

Hypnotherapie bei Depressionen

Der folgende Beitrag präsentiert hypnotherapeutische Methoden und Techniken, die sich in der Arbeit mit Patienten mit reaktiven Depressionen bewährt haben und sich leicht in schon bekannte Ansätze integrieren lassen.

0.1 Störungsbild

Depressionen gehören zu den am häufigsten auftretenden psychischen Störungen. Im DSM-IV werden sie als affektive Störung eingestuft, die in unterschiedlicher Form auftreten kann. Verschiedene Modelle sind zur Erklärung depressiver Störungen entwickelt worden. Das biologische Modell bezieht sich auf den veränderten Serotoninspiegel, die psychologischen Theorien verweisen auf den Verstärkerverlust, die erlernte Hilflosigkeit (Seligman) und die unadäquaten Attributionen und Kognitionen des depressiven Klienten (Beck / Hautzinger), oder sehen in Depressionen nach innen gewendete Aggressionen (Literatur).

Die folgenden Ausführungen beziehen sich vor allem auf die Entwicklung von reaktiven Depressionen, wobei der Autor der Ansicht ist, dass viele Depressionen auf Grund ihrer schleichenden Entwicklung nicht als reaktiv erkannt werden.

Das innere Konto

Menschen und Säugetiere verhalten sich in einem wesentlichen Punkt erstaunlich ähnlich. Sie sind zutiefst ökonomische Wesen. Sie berechnen beständig, ob sich ein Verhalten lohnt und die Effekte bringt, die den Aufwand rechtfertigen. (Kelly) In gleicher Weise wird alles, was man für einen anderen tut, innerlich mit dem verrechnet, was man dafür wieder zurückbekommt. Soziale Systeme funktionieren nach diesem Prinzip der Gegenseitigkeit. (Frans de Waal) Wir leisten etwas und erzielen damit ein Resultat, wir investieren unsere Arbeitskraft und erhalten einen Lohn, wir tun anderen einen Gefallen und erhalten etwas zurück. (Literaturangabe) Dabei ist die Gegenleistung nicht unbedingt materieller Natur. Anerkennung, Würdigung, Status, Lob und Dankbarkeit sind mindestens ebenso erwünscht und das angestrebte Ziel vieler Leistungen, die zum Wohle anderer erbracht werden. Bleiben unsere Handlungen ohne Wirkung oder die erwartete Gegenleistung aus, so erleben wir uns als wenig selbstwirksam. Haben wir viel in eine Sache investiert oder etwas für andere getan und erhalten dafür keinen Ausgleich, empfinden wir das als Zumutung und andere oder auch das Leben als undankbar und ungerecht. (Montana) Wir erleben ein inneres emotionales Minus. Unser inneres Konto weist einen Fehlbetrag aus. Dabei rechnet eher der Bauch als der Verstand. Man kann über verschiedene Wege in ein emotionales, inneres Minus zu geraten.

Man hat sich bemüht, aber erzielt nicht das erwartete Resultat Menschen möchten in ihrem Leben die Erfahrung machen, dass das eigene Tun etwas bewirkt und soziale Beachtung findet. Wenn die eigenen Bemühungen zu nichts führen und keine Resultate zeigen, steht der Aufwand in keinem Verhältnis zu dem erzielten Erfolg. Seligman konnte in seinen Experimenten zur gelernten Hilflosigkeit nachweisen, dass Hunde auf die Wirkungslosigkeit ihrer Aktionen mit depressivem Verhalten reagieren. (Seligman) Ähnliche Reaktionen ließen sich in Experimenten mit Menschen nachweisen. (Literatur) Das Erleben von Selbstwirksamkeit ist für Menschen und höhere Tiere von entscheidender Bedeutung für das seelische Wohlbefinden. Dies erklärt, warum auch Verwöhnung die Entwicklung von Depressionen begünstigen kann. Ein Jugendlicher, der von seinen Eltern auf einfache Weise ohne Gegenleistung alle Wünsche erfüllt bekommt, kann nicht die Erfahrung machen, dass er auf Grund seiner eigenen Leistungen seine Ziele erreicht.

Ebenso kann man im Verhältnis zu anderen in ein emotionales Minus geraten. **Man hat etwas für andere getan und keine Anerkennung, keinen Gegenwert bekommen.** Etwas für andere zu tun, ist in der Regel nicht ganz so edel und uneigennützig, wie es im ersten Moment erscheinen mag. Viele Menschen opfern sich für andere Menschen auf, in der Hoffnung irgendwann für die Aufopferung entlohnt zu werden. Wird der Ausgleich nicht gewährt, entsteht Enttäuschung, Ärger und Frust, (Montana) und in der Folge Aggressionen oder Depressionen. Ein typisches Beispiel ist der Mitarbeiter, der sich für seine Firma geschunden und abgearbeitet hat, ohne dass er entsprechend entlohnt wurde. Wird er dann entlassen, entsteht das Gefühl gegeben zu haben ohne einen entsprechenden Ausgleich bekommen zu haben, vor allem wenn die Entlassung vollzogen wird, ohne dass das Geleistete in Form einer Abfindung oder einer Ehrbekundung gewürdigt wird. Depressionen sind die Folge. Die Ehefrau, die ihrem Ehemann über Jahre die Treue gehalten hat, ihm zugearbeitet und seine Karriere unterstützt hat, wird depressiv, wenn er sie wegen einer Jüngerin verlässt und sie bei der Scheidung finanziell übervorteilt.

Aggression als Reaktion auf ein inneres Minus

Die natürliche Reaktion auf eine Schiefelage unserer Verdienstkonten ist Ärger, Wut und Aggression. Ist die Bilanz zwischen dem, was wir gegeben haben, und dem was wir zurückbekommen, im Minus, so werden wir wütend, frustriert und ärgerlich. Einen Computer, der im unpassendem Moment abstürzt, könnten wir an die Wand werfen, ein Auto, das in dem Moment nicht anspringt, wo wir es eilig haben, könnten wir treten. Ähnlich geht es uns mit Menschen, die uns die Zeit rauben, uns behindern, uns die verdiente Anerkennung verweigern oder den Lohn nicht auszahlen, der uns zusteht. Ein schlechtes überteuertes Hotel, ein Wagen, der kaputt aus der Reparatur kommt, eine überteuerte Rechnung für eine dahin gepfuschte Handwerkerarbeit, macht uns aggressiv gegen das Reisebüro, die Werkstatt oder den Handwerker. Wir verlangen Kompensation unseres Schadens, Satisfaktion und Vergeltung und wenn dies verweigert wird, dürsten wir nach Rache, Genugtuung und sinnen danach es dem anderen heimzuzahlen. Dies ist jedoch in vielen Fällen schlecht möglich.

Jemand der sich für die Eltern aufgeopfert hat und bei der Erbfolge benachteiligt wird, hat keine Möglichkeiten, seine Aggressionen an denen abzulassen, die ihm das Minus eingebracht haben, denn die haben das Zeitliche gesegnet. Ein Ehemann, der in „weiser Voraussicht“ mit einem für ihn günstigen Ehevertrag vorgesorgt hat, ein betrügerischer Anlagenberater, der seinen Kunden über den Tisch gezogen hat, ein Großkonzern, der sich die Rechte für ein Produkt eines anderen gesichert hat, bekommt vor Gericht Recht und so manch einer musste die Erfahrung machen, dass Recht nichts mit Gerechtigkeit zu tun hat.

Ist es nicht möglich, die Aggressionen gegen denjenigen zu richten, der einem geschadet hat, können sie sich gegen Unbeteiligte richten. (Literatur) Da die meisten Menschen in unserer Umgebung jedoch weder abhängig noch geneigt sind, uns die offenen Rechnungen zu bezahlen, die andere uns zurückgelassen haben, riskieren wir, dass diese sich von uns zurückziehen, wenn wir ihnen aggressiv begegnen. Auch ist es uns oft bewusst, dass wir etwas an Unbeteiligten ablassen, was anderen gilt, und so stoppt uns unser schlechtes Gewissen.

Sind unsere Aggressionen nach außen blockiert, richtet sich die Aggression nach innen. Wir beginnen uns selbst zu beschimpfen, wie konnte man so blöd sein und sich so betrügen, so ausnutzen zu lassen, wie konnte man nur in eine so wenig lohnende Sache investieren, warum

hat man sich auf etwas eingelassen, was man eigentlich gar nicht wollte.

Aggression und Depression

Der Depressive empfindet genau dieses Ungleichgewicht in der Bilanz zwischen dem, was er investiert und gegeben hat, und dem, was er daraus erzielt. Er lebt mit dem unterschwelligem Gefühl, von anderen oder vom Leben betrogen, bestohlen und übervorteilt worden zu sein. Er ist zweifellos aggressiv, aber seine Aggressionen wirken gestaut und blockiert, werden indirekt geäußert oder richten sich gegebenenfalls gegen sich selbst und enden im Extrem im Suizid. Dies entspricht der psychoanalytischen Annahme, Depressionen seien nach innen gewendete Aggressionen. (Literatur).

Ein Mann Anfang vierzig, litt unter schweren Depressionen. Er galt als arbeitsunfähig und konnte sich zu nichts aufraffen. Es ergab sich folgende Lebensgeschichte. Sein älterer Bruder hatte 12 Jahre zuvor eine Firma gegründet und ihm nach kurzer Zeit angeboten, in den Betrieb einzusteigen und ihn gemeinsam zu führen. Die Firma wuchs zu einem mittelständigen Unternehmen. Der ältere war für die Geschäftsführung zuständig, der jüngere kümmerte sich um die Produktion und die Verwaltung. 60 Stunden-Wochen waren die Regel. Der Patient hatte nicht einmal Urlaub genommen und in seiner wenigen Freizeit ein auf dem Firmengelände gelegenes altes Fachwerkhaus renoviert, in das er schließlich mit seiner Lebensgefährtin einzog. Zu dem Zeitpunkt, wo man die Früchte der Arbeit hätte ernten können, verwüstete ein schwerer Brand große Teile der Firmengebäude und auch das Fachwerkhaus des Patienten. Die zerstörten Gebäude erwiesen sich als unzureichend versichert, so dass der entstandene Schaden nicht ausgeglichen wurde. Da die administrative Führung des Unternehmens und somit auch die Versicherung der Gebäude im Bereich des älteren Bruders lagen, machte der jüngere diesem nun schwere Vorwürfe, und es kam zu einer heftigen Auseinandersetzung. Während dieses Streites erinnerte sich der ältere, wer der eigentliche Besitzer der Firma sei. Obwohl der jüngere kurz nach der Gründung des Unternehmens eingestiegen war, waren die Rechts- und Besitzverhältnisse nicht verändert worden. Kurzerhand kündigte der ältere dem jüngeren die Zusammenarbeit. Die schweren Depressionen entwickelten sich nur wenige Wochen nach diesem Ereignis.

Werden in einem solchen Fall die Aggression blockiert, ist der Weg frei für die Depression. In dem beschriebenen Fall spielte die Mutter der beiden Brüder eine entscheidende Rolle. Während der jüngere den Impuls verspürte, dem älteren an die Gurgel zu gehen, wollte die Mutter keinen Streit zwischen ihren Söhnen. Ja sie bestand darauf, dass beide wie bisher zu bestimmten Feiertagen und Familienfesten anwesend seien und sich dort mit einander vertrugen. Der Patient fügte sich diesen Forderungen mit entsprechenden Folgen.

Die Hypersozialität der depressiven Klienten

Die Entwicklung von Depressionen wird begünstigt durch die Tendenz depressiver Klienten den Erwartungen der sozialen Umgebung gerecht zu werden. Unpassende Emotionen werden kontrolliert und verschleiert, eigene Bedürfnisse werden zurückgestellt.

Die Motivation zu diesem Verhalten ergibt sich aus der Angst, die Beziehung zu anderen zu gefährden, wenn man deren Erwartungen nicht erfüllt. Es besteht die irriige Meinung andere durch Wohlverhalten in der Beziehung halten zu können. (Literatur)

Ein unter schweren Depressionen leidender Mann lebte mit seiner Frau auf dem Land in einem Haus mit 8 Katzen, zwei Hunde und zwei Ponys. Von acht Räumen waren sechs voller Chippendalemöbel, welche die Frau mit Hingabe pflegte. Diese Räume wurden kaum benutzt, um die Möbel nicht zu strapazieren. In den restlichen zwei Räumen drängten sich die Katzen und Hunde, und spielte sich das sonstige familiäre Leben ab.

Das Haus hatte die Frau ausgesucht. Auf ihren Wunsch hin war man aufs Land gezogen. Dort waren nach und nach die Tiere angeschafft worden. Er berichtete, es sei ihm unmöglich gewesen, sich gegen die Anschaffung der Tiere zu wehren, da man ihm versichert habe, dass diese ansonsten getötet worden wären. Er habe nicht als moralisches Schwein dastehen wollen und schließlich dem lieben Frieden willen nachgegeben. Die Tiere Narrenfreiheit, sprangen auf dem Tischen herum und belagerten alle halbwegs bequemen Sitzmöbel. Wenn er genervt eines der Tiere unwirsch vom Tisch oder Sessel schubst, bekam er zu hören, er solle sich nicht so aggressiv den Tieren gegenüber verhalten, schließlich seien diese schutzbedürftige Lebewesen. Jeder seiner Versuche sich Raum und Platz zu verschaffen, wurde mit Schuldzuweisungen und dem Appell an sein Gewissen im Keim erstickt. Die Schilderungen des Mannes ergaben den Eindruck, dass man es in der Familie als Hund oder Katze weit besser habe denn als Ehemann.

Auf die Frage, wie er seine Frau kennen gelernt habe, berichtete er mir, diese sei damals noch in einer anderen Ehe gewesen. Ihr Ehemann habe sie übel behandelt, und sie habe ihm gegenüber geäußert, dass sie den Glauben an die Männer verloren habe. Er habe sich dann zum Ziel gesetzt, ihr zu zeigen, dass es noch andere Männer gebe, und versucht, ihr ein sorgenfreies Leben zu ermöglichen und ihr jeden Wunsch zu erfüllen. Entgegen seinen Erwartungen sei sie zunehmend unzufrieden geworden. Alle Bemühungen, es ihr Recht zu machen, seien gescheitert. Mittlerweile leide er unter Depressionen und sei eine Belastung für seine Frau.

Der Fall zeigt, wie jemand seine Minuskonten anwachsen lassen kann. Die Bemühungen und Anstrengungen, seine Frau zufrieden zu stellen, sind vergeblich, stattdessen erfährt der Mann Kritik. Seine eigenen Bedürfnisse hat er weit zurückgestellt, die damit erhoffte Anerkennung seiner Großherzigkeit jedoch nicht bekommen. Die aufkommenden Aggressionen werden als Zeichen von Egoismus und Egozentrik gedeutet. Egoistisch und selbstbezogen möchte er jedoch auf keinen Fall sein. Die Aggressionen wenden sich dann zunehmend gegen sich selbst. Die Depressionen schaffen nun zumindest in der Beziehung einen Ausgleich, da seine Frau nun auch zunehmend ins Minus gerät.

Depressive sind meist hypersozialisierte Wesen, die einen guten Eindruck machen und sympathisch erscheinen wollen. Sie neigen dazu, sich den Bedürfnissen und Wünschen ihrer Bezugspersonen und ihrer sozialen Umgebung unterzuordnen, wobei es die Bedürfnisse sind, die der depressive Klient seiner sozialen Umgebung unterstellt, nicht unbedingt diejenigen, die diese hat. Mütter verzichten aus Rücksicht auf ihre Kinder auf eine Berufsausübung, obwohl diese besser bedient wären eine zufriedene arbeitende Mutter zu haben, als eine die frustriert und depressivend zu Hause sitzt und von ihren Kindern Dankbarkeit für das gebrachte Opfer verlangt. Männer reiben sich im Beruf auf, um der Familie einen bestimmten Standard zu garantieren, obwohl diese den Vater und Ehemann lieber zu Hause hätte und auch etwas bescheidender leben würde. Es wird dann Dankbarkeit, Würdigung und Anerkennung für ein märtyrerhaftes Verhalten erwartet, das niemand will.

Die Entwicklung von Depressionen und Kindheitserfahrungen

„Viele Depressionen brauchen langjährige Vorbereitungszeit, damit sie sich entwickeln können.“ So formuliert führt dieser Satz in meinen Fortbildungen oft zu Belustigung. Klassisch sind Konstellation wie die folgende. Ein Mädchen wächst in einer Familie auf, wo jeder „Pups“ des Bruders von der Mutter beklatscht wird, während von ihr erwartet wird, dass sie sich im Haushalt engagiert, ohne dass diese Leistungen zur Kenntnis genommen oder gewürdigt werden. In der Familie führt sie ein Aschenputteldasein. So verbucht sie im Laufe der Jahre immer mehr Minus auf ihr inneres Konto und befindet sich in einem akuten Verrechnungsnotstand. Doch hat sie Hoffnung auf Ausgleich und Entschädigung, denn

schließlich erlangt auch das Aschenputtel im Märchen den verdienten Lohn für ihren Einsatz. Während die bösen faulen Schwestern ihre gerechte Strafe bekommen, wird sie selbst zur Königin und alles Gutgetane wird ihr heimgezahlt. Von wem erwartet also das ausgenutzte Mädchen den Ausgleich? - von ihrem späteren Ehemann. Dieser ist in der Regel jedoch wenig interessiert, die aus der Ursprungsfamilie offenen Rechnungen auszugleichen. Bestenfalls fängt er bei null an (was ich Dir gebe, verlange ich gleichfalls von Dir zurück). Zudem ist er besser in der Lage seine Bedürfnisse zu erkennen und diese durchzusetzen. In der Ehe "depressivelt" die Frau vor sich hin, ohne dass es zu einem klinisch relevanten Ausbruch von Depressionen kommt. Dazu bedarf es einiger zusätzlicher Komponenten. Entweder gehen nach langen Jahren der Aufopferung für die Familie die Kinder aus dem Haus ohne Danke zu sagen und das innere Konto der Mutter auszugleichen. (Meist haben sie nicht einmal bemerkt, dass Mutter sich aufgeopfert und ihre Bedürfnisse zurückgestellt hat.)

Oder es ergibt sich eine Konstellation wie die folgende: Der Ehemann stellt irgendwann fest, dass er eine pflegebedürftige Mutter hat, die sich alleine nicht mehr versorgen kann. Am Küchentisch sitzend redet er ins Leere: „*Was machen wir nur mit ihr? Nehmen wir sie zu uns, oder geben wir sie ins Heim?*“ Da die Ehefrau nun nicht Schuld sein will, und die ihr zugeschobene Verantwortung für die Heimunterbringung der Schwiegermutter scheut, antwortet sie: „*Entscheide Du!*“ Da er selbst wenig zu Hause ist und die Arbeit die Frau haben wird, entscheidet der Mann, wir nehmen sie zu uns. Zudem wird mit der häuslichen Pflege Geld gespart, dass "Mann" anderswo ausgeben kann. Also kommt die Mutter und bleibt nicht ein Jahr oder zwei, sondern es werden fünf oder acht Jahre. Die Ehefrau stöhnt zwar unter der Belastung, ist aber die gesamte Zeit noch nicht klinisch auffällig depressiv. Dann stirbt die Schwiegermutter ohne sich für all die Jahre der Versorgung und Aufopferung zu bedanken. Die Familie geht daraufhin zur Tagesordnung über. Noch immer entwickelt sich bei der späteren Patientin keine manifeste Depression. Diese entsteht erst ein halbes Jahr später, wenn die Patientin erkennt, dass kein angemessener Ausgleich mehr kommen wird und ihre jahrelange Aufopferung und Zurückstellung der eigenen Bedürfnisse nicht gesehen wird.

Schließlich sitzt eine Familie mit einer schwer depressiven Mutter in der Therapie, rat- und fassungslos über deren Zustand, und man hört den Satz: „Wir wissen auch nicht, was mit ihr ist. Eigentlich hat sie es jetzt, wo die Schwiegermutter tot ist, doch viel besser.“ Worauf die Klientin jammernd zustimmt: „Ja ich weiß.“ Denn auch sie zieht keinen Zusammenhang zwischen den verlorenen Jahren und ihrer augenblicklichen Verfassung, sondern empfindet ihren depressiven Zustand als unangemessen und sich selbst als auffällig, unfähig und insuffizient, und Leistung war das einzige, worauf sich ihr Selbstwertgefühl begründete. In solchen Fällen wird oft eine endogene Depression diagnostiziert, eine Depression ohne äußeren Auslöser, was die tatsächlichen Zusammenhänge ignoriert, die Behandlung mit Medikamenten ratsam erscheinen lässt und eine langfristige Besserung der Symptomatik erschwert. Dem depressiven Patienten bleibt der Zusammenhang zwischen seiner Lebensführung und seiner Symptomatik verborgen.

Die Hoffnung stirbt zuletzt

Der Zeitpunkt, wo die Hoffnung auf Ausgleich des inneren Minus schwindet, ist oft derjenige an dem der Patient klinisch auffällig wird. Ein Zahnarzt hatte sich über Jahre aufgerieben und war zwischen drei Behandlungsstühlen hin und her gerannt. Er hatte das Ziel möglichst schnell zu Reichtum zukommen, um dann mit 55 die Praxis zu verkaufen und das Leben zu genießen. Als er Mitte 50 war, bekam er ein schweres Rückenleiden, wurde operiert und musste feststellen, dass er für den Rest seines Lebens in seinen Bewegungen schwer eingeschränkt sein würde und chronische Schmerzen haben würde. Er verfiel in Depression.

Die Hoffnung stirbt zuletzt, sagt ein Sprichwort. So erklärt sich, wieso religiöse Menschen trotz eines hypersozialen Lebensstils weniger leicht depressiv werden. Sie hoffen immer noch auf den Ausgleich für das im Leben geleistete, wenn nicht in diesem Leben so doch im späteren oder im Jenseits. „Wenn mir schon die anderen es nicht danken, was ich für meine Mutter getan habe, Gott wird es mir danken. Das weiß ich.“ Verlieren solche Menschen ihren Glauben, entwickeln sich oft schwere Depressionen.

Lebensgeschichtliche Hintergründe von Depressionen

Die Hypersozialität eines depressiven Patienten hat seinen Hintergrund in der Lebensgeschichte. Die Tendenz eigene Wünsche und Bedürfnisse zurückzustellen entwickelt sich meist schon in der Kindheit. Oft wurde verlernt, sie überhaupt wahrzunehmen. Bestimmte familiäre Konstellationen und Verhaltensweisen der Bezugspersonen fördern dies (vgl. Juan Linares, Carmen Campo 2003).

a) Menschen mit depressiven Reaktionen hatten in der Kindheit oft Bezugspersonen, die selbst bedürftig waren. Oft finden sich psychisch gestörte Mütter oder Väter, oder Konstellationen wo der Vater abwesend war und das Kind von der Mutter als Partnerersatz benutzt wurde

b) Die familiäre Konstellation war unsicher und verwirrend. Ein Ehepartner drohte mit Beziehungsabbruch und war nur durch Wohlverhalten in der Familie zu halten. Es gab Alkohol- und finanzielle Probleme. Der depressive Klient hat als Kind schon viel getan, um die Familie zu stabilisieren und dabei gelernt, sein Verhalten nach den Bedürfnissen anderer auszurichten und zum Wohle der Gemeinschaft eigene Wünsche zurückzustellen, oft um das Auseinanderbrechen der Familie zu verhindern.

c) Die Bezugspersonen haben oft mit Schuldgefühlen und der Schaffung eines schlechten Gewissens operiert, um das Kind gefügig zu machen und zu dem Verhalten zu bewegen, das ihnen selbst diente. Depressive Patienten waren in ihrer Kindheit selten frech und widerborstig.

d) Auf die Verwirklichung eigener Bedürfnisse oder den Versuch sich abzugrenzen, wurde von einer wichtigen Bezugsperson mit der Drohung von Beziehungsabbruch reagiert (dann habe ich Dich nicht mehr lieb). Viele depressive Patienten befürchten bestimmten Ansprüchen nicht zu genügen und dadurch die Zugehörigkeit zu ihrer Bezugsgruppe zu verlieren.

e) Als Kind wurden sie oft wenig bestätigt, bestimmte Leistungen wurden als selbstverständlich gesehen (in der Küche helfen) oder als gering geachtet ("*hätte auch besser sein können*"). Bestenfalls entstand das Gefühl, etwas wert zu sein, wenn man etwas für andere tut. Durch das geringe Selbstwertgefühl neigt der depressive Patient dazu, Beziehungen dadurch zu erhalten, indem er den Wünschen seiner Umgebung nachkommt und sich als nützlich erweist.

Diese Kindheitserfahrungen erklären die Bereitschaft, die Erwartungen anderer zu erfüllen und die Unfähigkeit für sich einzutreten. Notwendige Auseinandersetzungen werden nicht geführt, dem natürlichen Wettbewerb um Vorteile und Ressourcen wird aus dem Wege gegangen. Vieles wird gemacht, was man eigentlich nicht will. Es gibt Schwierigkeiten nein zu sagen und sich abzugrenzen. Oft wurde von den Bezugspersonen das "*ich will nicht*" nicht akzeptiert. Nur wenn man kommunizierte "*ich kann nicht!*" , war es erlaubt, sich zu verweigern.

2. Hypnotherapeutische Verfahren in der Arbeit mit depressiven Patienten

Hypnotherapeutische Verfahren sind eine sehr gute Ergänzung verhaltenstherapeutischer, tiefenpsychologischer und systemischer Ansätze, da sie dem Patienten sein unbewusstes, latentes Wissen über sich selbst und seine Kernproblematik zugänglich machen. Sie bieten Möglichkeiten den Widerstand und die verdeckten Aggressionen des Patienten zu umgehen und therapeutische Angebote so zu gestalten, dass der Patient sie annehmen kann.

Viele depressive Patienten machen es dem Therapeuten nicht leicht, den Zusammenhang zwischen der depressiven Symptomatik und der Lebensgeschichte und der aktuellen Lebenssituation aufzuspüren. Die Minuskonten werden von dem Patienten gefühlt, er kann sie aber nicht benennen, und sie sind ihm nicht bewusst. Aggressionen und andere als unpassend empfundene Gefühle werden geleugnet. Oft beeindruckt der Patient mit einer kompletten Ratlosigkeit bezüglich seiner Problematik. „Eigentlich ist nichts los, alles in Ordnung, so wie immer.“ Die Betriebsblindheit des depressiven Patienten ist vergleichbar mit derjenigen der psychosomatischen Patienten, und einige der in diesem Buch beschriebenen Techniken zur Stellvertretertechnik (Bongartz 2000) und zur Psychosomatik (Meiss 2000) sind auch bei depressiven Patienten anwendbar.

Die im Folgenden beschriebenen Methoden haben nicht nur diagnostischen Wert für den Therapeuten. Sie machen dem Patienten den Zusammenhang zwischen seinen Lebenserfahrungen und seinem Lebensstil und den depressiven Gefühlszuständen erfahrbar. Der Patient gewinnt nicht nur eine kognitive Erkenntnis, er macht eine sinnesspezifische Erfahrung, die eindrucksvoll und emotional nachvollziehbar die Beziehungen zwischen den Depressionen und den Lebensumständen deutlich werden lässt. Vielfach entstehen in der Arbeit starke Trauergefühle, denn der Depressive hat guten Grund über sein emotionales Minus traurig zu sein. Oft war genau dieser Trauerprozess blockiert, was verhinderte, dass der depressive Patient seine Minuskonten bearbeitet, seine Verluste realisiert und sie hinter sich bringt. Dabei ist daraufhin zu weisen, dass Depression und Trauer nicht das gleiche sind. Wenn eine Person trauert, setzt sie sich mit den entstandenen Verlusten auseinander. Bei den Depressiven fehlt genau diese Auseinandersetzung. Die Verluste werden weder betrauert noch abgeschlossen sondern mit der Zukunft verknüpft (bringt ja alles nicht, wenn ich versuche etwas zu ändern, wird es wieder so kommen), und wirken als posthypnotische Suggestion (und verstärken die Problemtrance. Der Depressive realisiert und verbucht die Verluste nicht, sondern besteht auf Ausgleich (ehe die anderen mein Minus nicht ausgleichen, ehe die Welt sich nicht ändert, bewege ich mich nicht). Kommt es zu einem Trauerprozess, ist ein wesentlicher Schritt in der Therapie getan.

Alle im weiteren Verlauf beschriebene Techniken bedürfen der Arbeit mit Trance, da es entscheidend ist, dass der Patient sich auf die Fragen des Therapeuten nicht irgendetwas zusammenreimt und mit seinem bewussten Verstand nach einer Antwort sucht, sondern die Antwort idiodynamisch entsteht, als eine Antwort, die dem Patienten spontan kommt und aus seinem Unbewussten aufsteigt.

Für die folgenden Ziele sind die hier dargestellten hypnotherapeutischen Techniken einsetzbar

- a) Auflösung der Betriebsblindheit des Depressiven Patienten / Die Nutzung von ideodynamischen Prozessen für die Diagnostik und Therapie
- b) Die Bearbeitung der Hintergründe des hypersozialen Verhaltens, der kindlichen Ängste vor Verlust (Liebe, Platz in der Familie, Status) und Zurückweisung
- c) Die Erfahrung, dass es einem helfen würde, wenn man sich in bestimmten Punkten besser abgrenzt, die Erfahrung, dass es einem tatsächlich besser gehen kann

- d) Die Veränderung unadäquater Lebensbewältigungsstrategien über Metaphern und Geschichten
- e) Das Umgehen von Widerstand durch indirekte Kommunikation und der kreative Umgang mit Ambivalenzen

2.1 Tranceinduktion bei depressiven Patienten

Depressionen erfüllen die Kriterien einer Problemtrance. Der Patient ist fokussiert auf seine negativen Gefühle und assoziiert mit seinen negativen Erfahrungen. Positive Erfahrungen sind nicht zugänglich, Lösungsmöglichkeiten für aktuelle Probleme werden nicht wahrgenommen und ausgeblendet, die Zukunft scheint wie verbaut, Perspektiven sind nicht vorhanden. Jeder mit Hypnose arbeitende Therapeut weiß, wie schwierig es ist, eine Trance zu aktivieren, indem man einen solchen Patienten auf positive Wahrnehmungen und Erfahrungen orientiert. Innerhalb des Hypnotherapeutischen Ansatzes von Milton Erickson ist man geneigt, die Fähigkeiten zu nutzen, die der Patient mitbringt im Fall des depressiven Patienten also, die Fähigkeit nach innen zu gehen und sich auf die negativen Gefühle zu konzentrieren. Mit Hilfe dieser Strategie gelingt es meist leicht, innerhalb kurzer Zeit eine ausreichend tiefe Trance zu aktivieren. *„Erlauben Sie sich zu spüren, wie erschöpft sie sind, und wie schwer alles ist...“* Entgegen der Befürchtung vieler Kollegen versinken die Patienten nicht unrettbar in den Tiefen ihrer Depression sondern berichten häufig, dass es für sie angenehm war, endlich mal die Erlaubnis zu bekommen, das fühlen zu dürfen, was ihnen beständig zusetzt, aber nicht akzeptabel ist und gefühlt werden soll.

Die Depression als ungebetener Hausgast

Symptome, die in Folge negativer Entwicklungen der psychosozialen Situation des Patienten entstehen, sind ein Hinweis, dass seine Lebenssituation änderungsbedürftig ist. Reaktive Depressionen sind eine Botschaft: Ändere etwas, denn so wie es ist und sich entwickelt hat, tut es Dir nicht gut! Die Bedeutung der Depressionen und deren Beziehung zu psychosozialen und psychischen Faktoren sind dem Klienten jedoch meist nicht bewusst. Dies ändert sich, wenn der Klient sich selbst von außen aus der Perspektive der seines Symptoms betrachtet. Dazu eignet sich die Vorstellung, die Depression sei ein ungebetener Hausgast, der sich in der eigenen Wohnung, im eigenen Haus breit gemacht habe.

Rapport schaffen und Seeding der Hausgastmetapher Häufig gebrauchen die Patienten bereits Metaphern und Analogien, welche die Vorstellung, die Depression hätte sich wie ein Fremdkörper in ihrem Leben ausgebreitet, nahe legen. *„Es ist wie ein Brei der sich über alles legt. Ich sehe keinen Weg mehr da raus. Das nimmt mir jede Bewegungsmöglichkeit. Ich kann nichts mehr tun. Das nimmt allen Raum ein. Das steht mir überall im Wege.“* Der Therapeut kann diese Metaphern aufnehmen oder auch anbieten und schauen, wie der Patient darauf reagiert. *„Es hört sich so an, als wenn sich die Depression in ihrem Leben richtig breit gemacht hat, und ihnen praktisch überall im Weg steht, ihnen jeden Raum nimmt, und Sie kaum noch Luft zum Atmen haben.“* Stimmt der Patient den Metaphern und Analogien des Therapeuten zu (indem er nickt oder sie bejaht), dann ist man sicher, dass das nachfolgende Angebot passt und von dem Klienten angenommen wird.

Tranceinduktion und Etablierung der Vorstellung des Ungebetenen Hausgastes in Trance Man fokussiert den Patienten auf seine negativen Gefühle und verwendet die metaphorischen Beschreibungen der Depression als etwas, was sich im Leben breit gemacht hat. *„Und erlauben Sie sich zu spüren, wie diese Gefühle allen Raum einnehmen, wie sie*

jede Bewegung erschweren, einen einschränken und einem alle Möglichkeiten nehmen. So als hätte man einen ungebetenen Hausgast, der da ist, ohne dass man ihn eingeladen hat, und der sich überall breit macht, allen Platz beansprucht, einem überall im Wege steht und einen behindert und die Luft zum Atmen nimmt. Und dann erlauben Sie sich, sich vorzustellen, Sie könnten diesen Hausgast sehen, und seien Sie neugierig, wie er ausschaut, was ganz von selbst erscheint, und schauen Sie ihn sich dann, wenn Sie ihn sehen können, erst einmal nur an.“ Wenn dem Patienten ein Bild erscheint, sollte man ihn anleiten, es erst einmal nur zu beschreiben ohne es zu interpretieren. Hat die Vorstellung genügend Plastizität und Lebendigkeit entwickelt („*Ich sehe einen dicken fetten Kerl, der mich breit und selbstgefällig angrinst*“.) ergeben sich für verschiedene weitere Optionen.

1. Verändern des Symptoms Man kann den Patienten anregen, zu schauen, was die Figur des ungebetenen Hausgastes verändern könnte. Was macht ihn größer, was macht ihn kleiner? Was macht ihn aggressiver, wann wird er friedlich?

2. Kommunikation mit dem Symptom Der Patient kann dem ungebetenen Hausgast Fragen stellen z.B.: Was willst Du, warum bist Du da? Wieso tust Du das, was Du tust? Was tust Du für mich? In welchen Situationen kommst Du? Was brauchst Du, damit es Dir besser geht? Wann kannst du gehen? Was wünschst Du Dir von mir?

3. Perspektivwechsel und Identifikation mit dem Symptomteil Die wertvollsten Informationen ergeben sich durch einen Perspektivwechsel, bei dem der Patient sich selbst aus der Perspektive des ungebetenen Hausgastes betrachtet. Folgendes Vorgehen ist sinnvoll

a) Vorbereitung des Perspektivwechsels über Truismen: *Jeder Mensch ist in der Lage, sich in andere Menschen hineinzudenken, wie man sich in Personen hineindenkt, wenn man Bücher liest, und die Welt durch deren Augen wahrnimmt, aus deren Perspektive, wie in diese Person ein Stück hineinschlüpft und wahrnimmt, was man da fühlen kann. Was Kinder schon tun, wenn sie sich vorstellen jemand anders zu sein (suggeriert, dass dies jeder kann).*

b) Positionswechsel und Identifikation mit dem ungebetenen Hausgast: *Und erlauben Sie sich nun sich vorzustellen, Sie würden auf die Seite dieses Hausgastes gehen, und aus seiner Perspektive, aus seinem Blickwinkel, mit seiner Sichtweise, fast aus seinen Augen auf sich selbst schauen. Und dann sehen Sie diese Person, bei der Sie sich breit gemacht haben. Was nimmt man wahr, wenn man aus dessen Perspektive auf diesen Menschen schaut, dem man da so zusetzt? Was ist das für ein Mensch? Was ist mit ihm los? Und warum ist es so einfach, sich da breit zu machen?*

c) Fragen nach Verschlimmerung und nach der Auflösung der Symptome *Wann hat man richtig Lust, diesen Menschen zu ärgern oder ihm noch mehr zuzusetzen? Wann würde man eher von ihm ablassen und wie hätte er sich verändert, wenn man sich entschließen würde, ganz von ihm abzulassen?*

Das beschriebene Vorgehen ist nicht nur bei Depressionen einsetzbar, sondern auch bei, Ängsten, Panikattacken, Zwängen und selbst bei Psychosen unter der Voraussetzung, dass sich der Patient wieder stabilisiert hat. Es gibt wertvolle Informationen über die Entstehung, die aufrechterhaltenden Bedingungen der Symptome und über eventuelle sekundäre Krankheitsgewinne. Es liefert konkrete Hinweise für die notwendigen Schritte zu deren Veränderung.

Fallbeispiel: Der Patient beschreibt seinen Hausgast als einen schwarzen großen Affen, der sich in seiner Wohnung herumräkelt und alles durcheinander bringt und von Zeit zu Zeit die Wohnung regelrecht verwüstet. Aus den Augen des Affen sieht er auf sich selbst: „*Da ist*

einer, der sich nie abgrenzt, der nie sagt, was er will und was er nicht will. Der lässt sich von den anderen alles Mögliche vorsetzen und wehrt sich nicht. Und so lange der sich nicht wehrt und sein Leben in die Hand nimmt, mache ich mich bei ihm breit.“

Metaphern zur Beschreibung der Lebenssituation des depressiven Patienten

Metaphern sind ein Hilfsmittel über das sich das unbewusste Wissen des Patienten äußern kann. Sie geben Hinweise zur die Lebenssituation des Patienten. Dazu regt man den Patienten in Trance an, neugierig zu sein, welche Metaphern zu seiner Lebenssituation passen. Beispiel: *„Wenn zu ihrer Lebenssituation etwas passen würde wie eine Landschaft, welche wäre es?“*

Abgeerntet Eine Patientin sieht spontan ein Stoppelfeld, auf dem brennende Autos standen. Auf einem Stoppelfeld gibt es nichts mehr zu ernten. Autos sind Fortbewegungsmittel. Wenn diese brennen, dann kann man sie weder nutzen noch sich entfernen. Das Feuer deutet auf eine Aggression, der sie sich ausgesetzt fühlt. Die Patientin arbeitet als Chefredakteurin in einem Verlag, wo sie von dem Verlagsleiter gemobbt wird. Dieser will sie offensichtlich loswerden. In diesem Arbeitsumfeld gibt es für sie keine Perspektive mehr. Sie kann sich aber auch nicht einfach entfernen, denn der Verlagschef provoziert ihre Kündigung, will sie aber nicht selbst kündigen, um die ihr vertraglich zustehende Abfindung zu sparen.

Die Fata Morgana Ein Jurist berichtet, es sei ihm gelungen, innerhalb seiner Behörde die zweithöchste Position zu erlangen. Zu seiner Überraschung könne er sich darüber nicht freuen sondern sei häufig deprimiert und niedergeschlagen.

Als Bild für seine Lebenssituation erscheint ihm eine große Sandwüste. In dieser wühlt sich ein müder, ausgemergelter Wanderer eine Düne empor. Wo dieser denn hin wolle, frage ich ihn. Ja da weit in der Ferne sei ein Palmenstrand, gibt er zur Antwort. Aber immer wenn der Wanderer eine Düne geschafft habe, rücke der Palmenstrand eine Düne nach hinten.

Die Metapher beschreibt eindrucksvoll die Lebenssituation des Patienten. Jeder berufliche Aufstieg hat ihn seinem eigentlichen Ziel, symbolisiert durch den Palmenstrand, keinen Meter näher gebracht. Wie deprimierend!

Lustlosigkeit Ein Mann Mitte 40 beklagt eine zunehmende Lustlosigkeit, welche sich auch in der sexuellen Beziehung zu seiner Frau zeigt. Dies alles hätte sich entwickelt ohne konkreten Anlass, denn wie er betont, sei alles wie immer.

In Trance assoziiert er zu seiner Beziehung einen Rosenstrauch. Er berichtet: *„Der Rosenstrauch hat wunderschöne lachsfarbene Rosen. Die sind wirklich schön.“* Plötzlich wird er traurig und beginnt zu weinen: *„Die sind alle aufgeblüht, und da gibt es keine Knospen.“* Th.: *„Da weiß man, die blühen noch eine Weile und dann fallen sie ab, ist das so.“* Patient: *„Ja.“* Th.: *„Und ohne Knospen gibt es keine neuen Blüten. Und warum gibt es keine neuen Knospen?“* Patient: *„Es fehlen die Bienen. Da fehlen die Bienen.“*

Wie nach der Trance zur Sprache kommt, wünscht sich der Mann Kinder. Seine Frau hatte ablehnend reagiert, als er das Thema einmal angesprochen hatte. Danach hat er es nicht mehr gewagt seinen Kindwunsch zu äußern.

2.2 Altersregression und Stellvertretertechnik: Das Kind, das sich so fühlt

Das hier vorgestellte Vorgehen gehört zu den wirksamsten und effektivsten Techniken in der Arbeit mit depressiven Patienten. Es führt den Patienten zu der Zeit, wo depressive Haltungen und Sichtweisen sowie inadäquate Problemlösungsmuster entstanden sind. Es wird deutlich, wie sich das zur Depression führende hypersoziale Verhalten entwickelt hat. Der Patient erlebt eine

spontane Altersregression bei der biographisches Material aktiviert wird. Da häufig traumatische Situationen erinnert werden, sollte der Therapeut Erfahrungen in der Bearbeitung von traumatischen Erfahrungen haben.

Über diese Trance-Technik erkennt der depressive Patient, wie sehr er gegen sich selbst gelebt, und wo er sich überfordert und emotional vernachlässigt hat. Die wesentlichen Schritte lassen sich wie folgt beschreiben (eine ausführliche Darstellung in dem anschließenden Fall)

1. Vorbereitung auf das Konzept, sich ein Kind vorzustellen, das sich so fühlt, wie man sich selbst fühlt Folgendes Seeding eignet sich zum Anwärmen. Es wird eine Analogie zwischen dem Patienten und dessen Ratlosigkeit sich selbst gegenüber und einer Elternfigur und deren Ratlosigkeit einem Kind gegenüber hergestellt.

2. Aktivierung der Vorstellung ein solches Kind zu sehen Im nun folgenden Schritt, führt man den Klienten zu der Vorstellung, ein Kind hätte die Gefühle, die er selbst hat, befände sich in einem solchen Zustand, in einer solchen Lage, wie er sich selbst befindet.

3. Nutzung der ideodynamisch entstehenden Vorstellung Wenn das Kind dann sichtbar geworden ist, können folgende Fragen gestellt werden: *„Wie sieht dieses Kind aus? Wie geht es ihm? In welchem Zustand ist es? Was fühlt es? Was ist mit ihm geschehen, so dass es ihm so geht, dass es das fühlt, was es fühlt? Was braucht es? Was täte ihm gut? Was würde ihm helfen. Wenn es einem etwas mitteilen könnte, was wäre es?“*

Bei vielen Patienten entstehen über diese Technik biographische Erinnerungen an Kindheitserfahrungen, die mit den Depressionen in Zusammenhang stehen (vgl. M. Philips, C. Frederic 2003) Es zeigen sich insbesondere Situationen von Hilflosigkeit und Überforderung sowie Verlustereignisse und Drohungen von wichtigen Bezugspersonen, die Beziehung abubrechen, falls das Kind den Wünschen der Erwachsenen nicht nachkommt. Hier finden sich direkte Bezüge zu der Hypersozialität der depressiven Patienten.

Fall: Innerlich hohl und leer

Ein circa 40 Jahre alter Mann gibt an, sich leer und hohl zu fühlen. Das Leben sei freudlos. Er würde oft nur noch mechanisch funktionieren. Er wisse nicht, was los sei. Er habe das Gefühl, da nicht raus zu kommen. Wenn plötzlich Freiräume entstünden, habe er keine Idee, wie er diese füllen solle. Eigentlich sei seine berufliche und familiäre Situation in Ordnung. Er habe selbst keine Ahnung, wieso er sich so miserabel fühle.

Das therapeutische Vorgehen beginnt mit der Fokussierung des Klienten auf die geschilderte Problematik. Der Klient wird gebeten die Augen zu schließen und nachzufühlen, was er dann genau wahrnimmt, wenn er sich so freudlos und hohl und leer fühlt.

Patient: „Es fühlt sich an, als ob die Seele nicht drin ist.“

Th.: „Wie spürt man das im Körper?“

Patient: „Als Druck im Magen, im Sonnengeflecht - Da ist ein flaes Gefühl und gleichzeitig ist da ein Selbstvorwurf: Du Idiot, was machst Du mit Dir? Was machst Du da mit Deinem Leben? Es entsteht dann so eine Traurigkeit.“

Th.: „Und erlauben Sie sich, dieser Traurigkeit Raum zu geben und dann den Satz zu sagen: Du Idiot, was machst Du da? Was machst Du mit Deinem Leben? - Und die Frage entsteht, was ist zu ändern? Man merkt, es ist etwas los, und weiß nicht was.“

Die Vorstellung eines Kindes als Stellvertreter für den Patienten vorbereitet.

„Wie bei Kindern, wo man merkt, die haben etwas, irgendetwas ist nicht in Ordnung, aber man weiß nicht genau was. Man weiß nicht, was das Kind genau hat. So dass man manchmal sehr genau schauen muss, warum sie schreien oder weinen, denn oft sind sie nicht in der Lage zu beschreiben, was ihnen zugestoßen ist, und was geschehen ist, warum sie sich fühlen, wie sie

sich fühlen. Und oft wissen sie nicht genau, was sie brauchen, und man muss das Kind genau anschauen, damit man sieht, was nicht in Ordnung ist. Aber wenn man sich den Kindern zuwendet und sich dabei Zeit lässt, bemerkt man oft genau, wie es ihnen geht, und was sie eigentlich brauchen.“

Nun wird der Patient auffordert, sich ein Kind vorzustellen, dem es genau wie ihm selbst geht. Man beachte dabei, die Einleitung der Frage *„Ich möchte Ihnen eine merkwürdige Frage stellen“* anderenfalls würden viele Patienten auf die Frage irritiert reagieren, und die Als-Ob-Formulierungen, *„erlauben Sie sich, sich vorzustellen, Sie könnten...“* was die kognitiven Einwände gegen eine derartige Vorstellung reduziert.

Th.: *„Und erlaube Sie sich, etwas Merkwürdiges zu tun. Erlauben Sie sich, ein Kind zu sehen, dem es genauso geht, das genauso traurig ist, sich genauso fühlt. Das traurig ist und das Gefühl hat, dass das Leben an ihm vorbeigeht. Und seien sie neugierig, was für ein Kind da erscheint, und wenn Sie es sehen können, schauen Sie es sich erst einmal in Ruhe an. Wie es sich bewegt, in seiner Körperhaltung und in seiner Gestik und Mimik.“*

Patient: *„Ich sehe einen 10-jährigen Jungen, der versucht der Mutter ein guter Sohn zu sein. Der Vater ist für die Mutter eine Enttäuschung, aber der Sohn nicht.“*

Th.: *„Der versucht auszugleichen, was der Vater nicht bringt. Der Mutter das zu geben, was der Vater ihr nicht gibt?“*

Patient: *„Er gibt sich Mühe und strengt sich an, und versucht gleichzeitig zu verbergen, dass er sich Mühe gibt und sich anstrengt, denn die Mutter soll das Gefühl haben, es kommt freiwillig. Und er versucht ihr die Wünsche zu erfüllen, die sie an ihn hat. Es irgendwie hinzukriegen. Er strengt sich an und beobachtet immer genau, was sie will.“*

Th.: *„Und da ist man mit der Aufmerksamkeit bei den anderen und ganz wenig bei sich selbst.“*

Patient *„Irgendwo macht das traurig und schmerzt.“*

Th.: *„So verständlich, dass das weh tut, dass das schmerzt. Man strengt sich an und niemand sieht es – und keiner sieht, dass man traurig ist. (Patient weint) Da hat man Grund, traurig zu sein. Da ist man einsam, kann sich keinem mitteilen –bleibt ganz allein –bloß keine Enttäuschung für die Mutter sein, wenn der Vater schon eine ist. Da kommt man nicht mehr zu den eigenen Bedürfnissen.“*

Patient: *"Die gibt es gar nicht. Die kann ich nicht mehr spüren. Da ist kein Raum dafür- da ist kein Platz für eigene Bedürfnisse.“*

Th.: *„Und das ist schlimm. – Wie geht es einem auf die Dauer in dieser Familie mit dieser Mutter? Wie ist das Leben, das man da führt?“*

Patient: *"Es ist grau und freudlos."*

Th.: *„Wie soll man da rauskommen?“*

Patient: *„Man ist halt drin – und denkt gar nicht ans Rauskommen.“*

Th.: *„So als gäbe es da keine Lösung –, ist das so?“*

Patient: *„Da wird nicht über Lösungen nachgedacht.“*

Würde man den Patienten in der Position des Kindes fragen, welche Möglichkeiten der Veränderung bestehen, so erntet man oft Ratlosigkeit, denn das Kind hat nicht die Fähigkeiten, den potentiell vorhandenen Handlungsspielraum zu erkennen. Entscheidend ist auf die Erwachsenenenebene zu wechseln und aus der Perspektive und mit dem Erfahrungshintergrund eines Erwachsenen auf die Situation des Kindes zu schauen (vgl.: M. Philips u. C. Frederic. 2003).

Th.: *„Und erlaube Dir, mit Deinen erwachsenen Augen auf diesen 10-Jährigen zu schauen, der so einsam und so traurig ist. Der versucht, die Erwartungen seiner Mutter zu erfüllen. Und schau, was der bräuchte, was würde ihm helfen?“*

Patient: „Der bräuchte erstmal jemanden, der ihn da rausführt, weil er selbst gar nicht auf den Gedanken kommt, er könnte da rauskommen. Er bräuchte einen Erwachsenen, der zum Jungen sagt: Schau mal, wir machen etwas für Dich, etwas was für Dich gut ist. - Etwas was ihn raus führt aus der Enge mit der Mutter, jemand der ihn da begleitet. Denn alleine sieht er das nicht.“

Th.: „Und wenn es jemand macht, dann schau einfach mal, was diesem Jungen Spaß macht?“

Patient: "Draußen was machen. Der ist gerne in der freien Natur. Der möchte auf Bäume steigen, Hütten bauen, Löcher graben, was zusammenzimmern, was gestalten. Der bewegt sich gerne.“

Th.: „Klar, der bewegt sich gerne, und alle 10-Jährigen lieben es, Hütten zu bauen, Löcher zu graben und auf Bäume zu steigen.“

Die Aussage ...alle Jungen machen das gerne... verhindert Schuldgefühle, denn wenn das alle Jungen machen, ist es ok. auch an sich selbst zu denken. Im nächsten Schritt wird überprüft, ob die erzielte Veränderung den Jungen zu einem neuen Erleben, zu neuen Gefühlen und Erfahrungen also heraus aus der Depression führt.

Th.: „Und schau, wie der Junge sich verändert.“

Patient: „Der fängt richtig an zu strahlen. Der sieht richtig gut aus – der strahlt.“

Th.: „Prima! - Und wenn man dem dann noch was geben würde, was ihm hilft in Bezug auf die Mutter. Was kann er da gebrauchen?“

Patient: „Ich sehe, wie ich ihm eine Glaskugel gebe. Hüte das gut – das ist dein Schatz – um den musst du dich kümmern. Und schütze den vor anderen, wie ein kleines Geheimnis.“

Th.: „Ein Geheimnis auch vor der Mutter.“

Patient: „Ja - und das hilft ihm, sich selbst zu schützen.“

Th.: „Da ist etwas Wertvolles in Dir, gib acht darauf, schütze es wie ein gutes, wertvolles Geschenk. Schau Dir diesen 10-Jährigen an und sei neugierig, ob es noch irgendetwas gibt, was du dem mitteilen möchtest.“

Patient: „Schau Dir nicht zu viel die Mutter an, kümmere Dich auch um andere Dinge.“

Es zeigt sich wie wichtig es ist, dass das Kind sich von der Mutter abgrenzen darf. Das Geheimnis steht für das Recht auf ein eigenes Leben.

Der Effekt der Arbeit verstärkt sich, wenn man den Klienten animiert, nun wieder die Kindposition einzunehmen und ihn animiert, sich mit diesen Gefühlen zu assoziieren. Damit wird eine Erfahrung nach geholt, die der Klient als Kind nicht machen konnte, die gleichwohl für die Entwicklung bestimmter Fähigkeiten wesentlich ist.

Th.: „Wenn man als 10-Jähriger jemanden hat, der einen rausführt und einem sagt, das gehört nur Dir, dass ist Dein wertvoller Schatz, wie geht es einem dann als 10-jähriger Junge? Was erlebt man dann?“

Patient: „Dann kommt ein Leuchten wieder zurück in ihn. Man strahlt, und es öffnet sich eine Tür zu einem neuen Leben.“

Th.: „Was ist das für ein Gefühl, dieses Leuchten in sich zu spüren und zu strahlen und zu merken, da öffnet sich eine Tür zu einem neuen Leben?“

Patient: „So ein Gefühl als ob das Innere sich wieder füllen würde. Voller Lebendigkeit!“ (zu Beginn der Sitzung hatte der Patient geklagt, sich leer und hohl zu fühlen)

Th.: „Und wo spürt man das im Körper?“

Patient „Man kann durchatmen und richtet sich auf, man fühlt sich lebendig und kann sich bewegen. Das spürt man im Atem und in den Armen und Beinen und im Sonnengeflecht, eigentlich überall.“

Das therapeutische Ergebnis wird in einem nächsten Schritt mit der aktuellen Situation und mit zukünftigen Erfahrungen verknüpft. Man lässt den Klienten mit den neuen Erkenntnissen, Einstellungen und Gefühlen älter werden und verankert diese dann mit Hilfe von posthypnotischen Suggestionen mit aktuellen und zukünftigen Auslösern.

Th.: *„Und erlaube Dir mit diesen Erfahrungen und diesem Wissen langsam älter zu werden. Mit dem Wissen, dass man diesen inneren Schatz hat, den man schützen kann. Und dass Jungen nicht dafür da sind, das zu ersetzen, was die Väter nicht auf die Reihe bekommen, und Jungen nicht dafür da sind, die Erwartungen von Müttern zu erfüllen. Denn niemand wird geboren, um die Erwartungen anderer zu erfüllen. Und ein Junge sollte wissen, dass die Mutter das mit dem Vater klären kann und auch sollte. Denn Jungen sollten die Freiheit haben, auf Bäume zu klettern, Hütten zu bauen und Löcher zu graben. Nimm wahr, wie es ist so älter zu werden. Den inneren Schatz zu schützen. Und diesen 10-Jährigen innerlich mitzunehmen, so dass ihr beide diesen Schatz schützt, diese Kraft, dieses Strahlen, dieses Leuchten. Und irgendwann erwachsen zu sein, und es macht Spaß neugierig zu sein, auf welche Bäume man als Erwachsener klettern will, welche Hütten man als Erwachsener bauen kann, und Löcher zu graben. Denn dieser Junge kann ein Begleiter sein und für jeden Tag, wenn man aufsteht einen erinnern, dass man einen Schatz besitzt, der jeden Tag leuchten und strahlen kann.“*

Der Patient berichtet im Nachgespräch, dass er spontan ans Motorradfahren gedacht habe, was er aus Rücksicht auf seine Frau aufgegeben habe.

Wie der hier dargestellte Patient sehen viele Patienten ihr jüngeres Selbst. Es entstehen relevante und bedeutungsvolle Erinnerungen, die einen direkten Bezug zu den Depressionen haben. Sieht der Patient ein ihm fremdes Kind, so bildet dieses Kind die Problematik des Patienten in verdichteter Weise ab. Häufig ist das Kind vernachlässigt, verdreckt, traurig und verzweifelt. Es wird auf symbolischer Weise deutlich, was dem Patienten fehlt, und was er bräuchte, damit es ihm besser geht.

Fall: Würdevoll begraben

Eine Patientin klagt seit über quälende Rückenschmerzen. Sie habe das Gefühl, sie habe einen Dolch im Rücken. Sie berichtet, dass ihr bei einer osteopathischen Behandlung die Tränen gekommen seien. Sie habe geweint, ohne zu wissen warum.

In Trance sieht sie ein halb totes Kind, das erdolcht worden ist. Sie hat das Gefühl, dieses Kind nicht mehr retten zu können und weint. Ich fordere sie auf, sich dem Kind langsam und behutsam zu nähern und zu schauen, ob sie irgendetwas für dieses Kind tun kann, und ob sie erkennen kann, was das Kind möchte. Sie berichtet, dass das Kind gleichzeitig sterben und leben möchte.

Aufgefordert das Kind zu sehen, das sterben möchte, und gleichzeitig das zu sehen, das leben möchte, sieht sie zwei Kinder. Auf die Frage, was die beiden Kinder möchten, antwortet sie, das eine möchte begraben und betrauert werden, und das andere sagt: Kommt wir gehen auf die Berge! Beides wird ihr in Trance ermöglicht.

Als Hintergrund ergibt sich die folgende Lebensgeschichte. Die Patientin hat einen behinderten Sohn und einen behinderten Mann und ist aufgewachsen mit einer Mutter, die als die Patientin drei Jahre alt war, MS bekam. Sie berichtet, dass sie durch die Behinderung ihrer Mutter schon als Kind sehr eingeschränkt gewesen sei. Dann habe sie eine kurze Phase in ihrem Leben gehabt, wo es ihr gelungen sei, sich von ihrer Mutter zu lösen. Sie sei, wie die anderen Jugendliche auch, in die Berge gegangen und habe mit 15 Jahren gelernt Ski zu fahren. Kurze Zeit später habe sie ihren späteren Mann kennen gelernt. Sie habe sich auf Grund dessen Gehbehinderung vieles versagt, was ihr eigentlich Spaß gemacht habe. So sei sie auch nicht mehr in die Berge gegangen und sei nicht mehr Ski gefahren.

Übertragbarkeit des therapeutischen Ergebnisses auf andere Situationen

Wie schon erwähnt, entwickelt sich die depressive Symptomatik aus einer Lebensgeschichte und weniger aus Einzelsituationen, wie sie in der therapeutischen Sitzung auftauchen. Diese Situationen stehen jedoch symbolhaft für die Entwicklung, die er Patient genommen hat. Lösungen, die sich in der Therapie für diese Situationen ergeben, sind gleichfalls Lösungen, die der Patient auf andere Lebenssituationen überträgt. Im Laufe der Therapie kann man auf dieses Verfahren zurückzukommen und schauen, wie sich das Kind inzwischen entwickelt hat. Oft kann der Klient dann feststellen, dass sich der Zustand des Kindes verbessert hat, was gleichzeitig eine Ratifizierung des Therapiefortschritts ermöglicht.

2.3 Fehlentscheidungen die einen zum Opfer gemacht haben

Das hypersozialen Verhaltensmuster und die damit verbundenen Tendenzen, die eigenen Interessen unzureichend und auf eine unadäquate Weise (durch Schmollen, beleidigt sein, den Märtyrer spielen) zu vertreten und faule Kompromisse zu schließen, führen zu einer Fülle von problematischen Entscheidungen, die der Patient gegen seine eigenen Bedürfnisse trifft in der trügerischen Hoffnung, dass ihm dies später einmal vergolten werde. Tatsächlich fördert dieses Verhalten die Entwicklung von Depressionen.

Der Betroffene ist jedoch nicht in der Lage dies zu erkennen. Vielmehr werden die Depressionen als Folge des Verhaltens der anderen oder des Zustandes der Welt oder als völlig unabhängig von den eigenen Lebenserfahrungen gesehen. Entsprechend reagiert der Betroffene mit Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit und sieht keine Ansatzpunkte seine Situation zu verändern.

MCCullough (2006) betont, dass es entscheidend für einen therapeutischen Fortschritt ist, dass der depressive Patienten den Zusammenhang zwischen seiner Lebensführung und seinen Entscheidungen herzustellen kann und realisiert, dass die depressiven Gefühle nicht vom Himmel fallen sondern Folge seiner gegen seine Bedürfnisse und Interessen gerichteten Handlungen sind. Dabei reicht eine rein kognitive Erkenntnis keinesfalls aus. Es ist wichtig, dass der Patient eine emotional nachvollziehbare Erfahrung macht. Das folgende Vorgehen lässt genau diese Erfahrung entstehen. Viele meiner Patienten hörten danach spontan auf, zu klagen und zu jammern und begannen Verantwortung für die entstandene Situation zu übernehmen.

Das Vorgehen lässt sich wie folgt beschreiben:

1. Man identifiziert Entscheidungspunkte, wo der Patient offensichtlich eine Entscheidung getroffen hat, mit der er sich in seinen inneren Bilanzen ins Minus gebracht hat. *"Wann wäre der richtige Zeitpunkt gewesen, sich zu abzugrenzen und zu sagen, nein das will ich so nicht, und klare Bedingungen zu stellen? Wo war der Punkt, wo Sie gemerkt haben, dass ihre Bedürfnisse und Interessen verletzt werden, aber nicht reagiert haben?"*

2. Vorstellung die Entscheidung zu korrigieren Hat man diesen Entscheidungspunkt gefunden, führt man den Patienten in Trance zu diesem Punkt zurück, und fordert ihn auf, sich vorzustellen, er würde die Entscheidung anders treffen. *"...und erlauben Sie sich jetzt, sich vorzustellen, Sie würden sich anders entscheiden, und Ihre Bedürfnisse und Interessen klar vertreten.."*

3. Veränderung ratifizieren Daraufhin leitet man ihn an, nun zu schauen, wie sein Leben sich weiter entwickelt (langsam vorgehen). Insbesondere ist interessant, wie er sich fühlt, und ob sich die Depression in gleicher Weise oder eben nicht entwickelt. *"...und schauen Sie, wie ihr Leben dann weiter geht. Und wie würde es Ihnen dann heute gehen? Welches Verhältnis haben Sie zu anderen Menschen?"*

Das beschriebene Vorgehen hilft dem Patienten zu erkennen, dass er Einflussmöglichkeiten auf seine Stimmungen hat, diese aber bisher nicht oder ungenügend ausgeübt hat. Er bemerkt, dass seine (unterschwellig) Aggressionen mit Grenzüberschreitungen zu tun haben, die er zugelassen hat. Er erkennt die faulen Kompromisse, die er geschlossen hat, und die ihm geschadet haben, und dass er, wenn er rechtzeitig die eigenen Interessen vertritt, weder auf andere wütend sein noch enttäuscht reagieren muss.

Oft entstehen an diesem Punkt Trauer, Schuldgefühle bezüglich der Mitverursachung der Depression oder auch Wut auf sich selbst. In diesem Fall fordere ich den Patienten auf, sich bei sich selbst zu entschuldigen und sich zu versprechen in Zukunft besser zu vertreten, also nicht in den Schuldgefühlen zu versinken, sondern Verantwortung zu übernehmen und in Zukunft das Steuer in die Hand zu nehmen und sich nicht steuern zu lassen.

Fall: Wut auf den Exmann Eine junge Frau suchte mich wegen wiederkehrenden depressiven Episoden auf. Beim Eingangsgespräch zeigte sie sich mir gegenüber äußerst aggressiv, reagierte äußerst ungehalten auf eine Wartezeit von wenigen Minuten und wertete wohlgemeinte Nachfragen als Angriff auf die von ihr vorgetragene Schilderung ihrer Problematik. Voller Wut zog sie in üblem Ton über ihren Exehemann her und betonte, dass sie ihrer 6 jährigen Tochter am liebsten den Umgang mit ihm verbieten würde, das Kind könne gar nicht erkennen, was sie für ein abscheulicher Kerl als Vater habe. Sie nahm es ihrer Tochter offensichtlich übel, dass sie eine Beziehung zu ihrem Vater anstrebte, und es verletzte sie, wenn diese gut gelaunt von Besuchen von ihm zurückkam.

Wie sich auf Nachfragen ergab, war ihr Mann ihr Märchenprinz gewesen, ein erfolgreicher Anwalt, gut aussehend, der sie materiell gut versorgte. In den ersten Jahren ihrer Beziehung hatte er sie umschwärmt und verwöhnt und ihr ein angenehmes Leben ermöglicht. Schließlich hatten sie eine Märchenhochzeit. Dann begann er sie zu drängen, schwanger zu werden. Sie berichtete, sie sei eigentlich noch nicht so weit gewesen, habe aber seinem Drängen nachgegeben. Als sie schwanger war, begann sie an Gewicht zuzunehmen, worauf ihr Mann einige verletzend Äußerungen über ihr Aussehen machte. Zudem begann er sich nach anderen Frauen umzusehen. Zu allem sagte sie nichts, sondern schluckte ihren Unmut hinunter, um die Beziehung nicht zu gefährden. Als das Kind zur Welt kam, war die erste Reaktion ihres Mannes: „Och ein Mädchen, ich hatte mich auf einen Jungen eingestellt!“ Auch hier reagierte sie nicht, verbarg ihre Gekränktheit und versuchte weiter ihre Rolle als Ehefrau und Mutter zu spielen, um die Familie nicht zu gefährden. Gleichfalls begann sie sich innerlich von ihm abzuwenden und verweigerte sich sexuell, wobei sie das Kind als Grund vorschob. Er ertrug dies zwei Jahre und begann dann eine Nebenbeziehung, worauf die Ehe endgültig in die Krise geriet und nach heftigen Auseinandersetzungen zerbrach.

Der Ex-Ehemann hatte ihr eine geräumige Eigentumswohnung in guter Lage hinterlassen, was sie jedoch keinesfalls besänftigte, denn er selbst wohnte mit seiner neuen Freundin in einem luxuriösen Haus. Alle Versuche des Ex-Ehemanns, das Verhältnis zu seiner Ex-Frau zu verbessern, beantwortete sie mit schroffer Ablehnung, stattdessen überhäufte sie ihn mit Vorwürfen und versuchte sein Verhältnis zu seiner Tochter zu torpedieren.

In der therapeutischen Arbeit zeigte sie sich in Bezug auf die Unangemessenheit ihrer Aggressionen und ihrer Tendenz das Kind als Waffe gegen ihren Mann zu missbrauchen vollkommen uneinsichtig. In Trance wurde sie zurück zu dem Zeitpunkt geführt, wo ihr Mann sie zur Schwangerschaft drängte, und ich ermutigte sie, in der Vorstellung seinem Drängen zu widerstehen und zu schauen, wann für sie der richtige Zeitpunkt sei. Dann stellte sie sich vor, dass sie schwanger sei, und dass er begänne in der geschilderten Weise mit ihr umzugehen. Ich forderte sie auf, ihn zur Rede zu stellen, und ihm zu vermitteln, dass dies nicht mit ihr zu machen sei. Sie fühlte sich aufrechter und selbstbewusster. Dann forderte ich sie auf zu schauen, wo der Zeitpunkt sei, wo sie selbst eine Entscheidung herbeiführen sollte, „entweder ändert sich irgendetwas oder ich trenne mich!“. Sie bemerkte, dass sie unter der Bedingung, dass es ihr

gelänge ihre Würde zu wahren und sich rechtzeitig abzugrenzen, wesentlich weniger wütend auf ihren Exmann wäre.

Fall: Quartalssaufen

Der folgende Fall bezieht sich auf eine Patientin, die vordergründig mit einem Alkoholproblem zu mir kam, welches eine latente Depression überdeckte. In regelmäßigen Abständen erlebte sie regelrechte Alkoholexzesse mit schweren tagelangen Abstürzen, wo sie permanent betrunken war. Nach diesen Exzessen fing sie sich wieder, war gepeinigt von Scham- und Schuldgefühlen und versuchte, ein hoch kontrolliertes Leben zu führen, in dem nichts als Arbeit und Pflichten existierten. Der Alkohol diente ihr nicht nur als Medikament, um unerwünschte Gefühle, insbesondere aufkommende Depressionen hinunter zu saufen, sondern war gleichzeitig eine Möglichkeit Aggressionen zu kanalisieren und sowohl Eigenaggressionen auszuleben, indem sie sich selbst schadete, wie auch sich der Kontrolle der Umwelt zu entziehen und etwas sozial Unakzeptables zu tun.

Als persönlicher und familiärer Hintergrund ergab sich folgendes. Die Patientin, in ihrem Beruf überaus erfolgreich, hatte in Spanien ein Haus gekauft, das sie ihren Eltern zur Nutzung überließ, in der Hoffnung damit die von ihr lang ersehnte Anerkennung zu erlangen. Sie selbst hatte sich dort eine kleine Einliegerwohnung eingerichtet. Ihre Eltern zeigten sich jedoch weder dankbar noch anerkennend sondern nahmen alles als Selbstverständlichkeit. Man verhielt sich, als gehöre das Haus den Eltern. Die Patientin konnte die von ihr eingerichtete Wohnung oft nicht nutzen, da die Eltern diese ohne Absprache ihre Schwester überlassen hatten.

Nach ein paar Jahren hatten die Eltern eine heftige Auseinandersetzung mit einem Nachbarn. Die Patientin führte daraufhin einen Prozess für ihre Eltern und beauftragte und bezahlte dafür ihren Rechtsanwalt. Als der Prozess gewonnen wurde, gaben die Eltern eine Feier, als hätten sie selbst den Prozess gewonnen. Das Engagement der Klientin wurde mit keinem Wort erwähnt. Reichlich Alkohol wurde ausgeschenkt, und obwohl den Eltern bekannt war, dass ihre Tochter ein Alkoholproblem hatte, wurde sie zum Bierholen geschickt und sollte die Gäste bedienen. Weder protestierte die Patientin gegen diese Behandlung noch verweigerte sie die an sie gerichteten Forderungen. Sie fügte sich wenn auch widerwillig.

Noch auf dem Rückflug von Spanien nach Hamburg ging die Sauferei los. In einer Mischung aus Enttäuschung, Verletztheit, Wut und Depression schüttete sie mit allem zu, was an Board zur Verfügung stand. Zu Hause angekommen rief sie ihre Familie an, um sie im Suff übel zu beschimpfen und ihnen all das an den Kopf zu werfen, was sie sich im nüchternen Zustand nicht traute. Dies wurde nicht als ihre Meinung gewertet sondern ihrem Zustand der Volltrunkenheit zugeschrieben und galt als Zeichen eines schweren Rückfalls. Nachdem sie sich nach einigen Tagen wieder gefangen hatte, versank die Patientin in Scham- und Schuldgefühlen. Die Vorfälle in Spanien wurden nicht mehr angesprochen. In der Familie war lediglich der schwere Alkoholexzess Thema.

Der Patientin waren die Zusammenhänge zwischen ihren Alkoholexzessen und ihren familiären Problemen sowie ihren depressiven Verstimmungen nicht bewusst. In Trance wurde die Szene mit den Eltern noch einmal präsent gemacht.

Th.: *„Sagen Sie ihnen, was ihr hier feiert ist das, was mein Rechtsanwalt auf meinen Auftrag hin für euch erstritten hat, und ich würde erwarten, dass von euch nun wenigstens mal ein Danke kommt.“*

Patientin: *„Meine Mutter sagt, mein Gott nun mach mal nicht so eine große Sache daraus! - Da kann ich nichts drauf antworten.“*

Th.: „*Da würde ich vorschlagen zu antworten: Ich mache überhaupt keine große Sache daraus, ich möchte einfach ein Danke hören.*“

Patientin: „*Meine Mutter sagt ironisch: Na wenn es Dich zufrieden stellt, dann Danke mein kleines Kathrinchen, vielen, vielen Dank. Und nun hol mal das Knabbergebäck aus der Küche!*“

Th.: „*Dann sagen Sie ihr: So nicht, dann feiert mal alleine, und schauen Sie, wie sie reagiert.*“

Patientin: „*Sie macht sich lustig und sagt: Mein Gott, Jetzt ist sie auch noch beleidigt.*“

Ich ermutige die Patientin daraufhin, die notwendigen Konsequenzen zu ziehen und abzureisen. In ihrer Vorstellung steigt sie ins Flugzeug und fliegt nach Hamburg zurück. Sie schildert, wie sie landet und in ihre Wohnung fährt.

Th.: „*Wie geht es Ihnen?*“

Patientin: „*Irgendwo frage ich mich, ob das alles so richtig war, ob das in Ordnung war, dass so zu machen. - Aber gut geht es mir, richtig gut.*“

Th.: „*Und nun schauen Sie mal, wie es jetzt wäre sich zu besaufen.*“

Patientin: „*Das geht gar nicht. Das passt da nicht rein. Dazu stehe ich zu aufrecht. Da brauch ich mir doch jetzt keinen drüber zu geben. Da habe ich gar keine Lust zu.*“

Ein entscheidender Aspekt, um eine Veränderung vollziehen zu können, besteht in der konkreten Erfahrung, dass man sich anders fühlen kann, wenn man sein Leben anders gestaltet. Hiermit vollzieht sich eine entscheidende Veränderung im Weltbild des Patienten, denn es wird emotional nachvollziehbar, dass die depressiven Stimmungen nicht Reaktionen auf die Welt sondern Reaktionen auf die eigenen, selbst geschaffenen Erfahrungen sowie die spezifische Lebensführung und die eigenen Entscheidungen sind.

2.4 Indirekte Kommunikation und die Arbeit mit Geschichten

Depressive Patienten sitzen oft auf einem Berg von Groll, Hader und Bitterkeit, wagen es aber nicht, ihren Gefühlen offenen Ausdruck zu verleihen. Der depressive Patient macht dies auf eine indirekte Art, in dem er die Bemühungen ihm zu helfen, ins Leere laufen lässt und die Hilfeleistungen entwertet (*bringt nichts, hat nicht geholfen, macht alles schlimmer*). Er leistet Widerstand auf sozial akzeptierte Art. Er überzeugt andere und sich selbst, dass er guten Willens ist, die Depression ihn jedoch davon zurückhält, das sozial erwünschte Verhalten zu zeigen. Der depressive Patient wehrt sich, indem er versichert, er wolle ja, aber es ginge nicht. Das umsorgung provozierende Verhalten *care eliciting behavior* (Henderson 1974). ist oft die effektivste Möglichkeit des Depressiven Einfluss auf seine Umwelt auszuüben, denn wie könnte man ihn in einem solchen Zustand im Stich lassen. Die Entwertung der Hilfebemühungen des Ehepartners ist oft nur die Retourkutsche für die jahrelange Entwertung der Bemühungen des Patienten um Anerkennung und Würdigung. Das trübe und unaussprechliche Spiel, zu dessen Teilnahme der depressive Patient sich mitgerissen fühlt, lässt sich folgendermaßen beschreiben: „*Du lässt mich leiden, indem Du das, was ich mache, nicht schätzt, und ich bestrafe Dich, indem ich leide und Dich hilflos mache, da alles was Du tust, um mir zu helfen nicht funktioniert!*“ (Linares, Campo 2003) Durch die beständige Entwertung der Hilfsbemühungen treibt der Patient auch seine Umgebung ins Minus, da deren Bemühen und deren Opfer keinerlei Wirkung erzielt. Auch dort entstehen Aggressionen, die sich jedoch schlecht auf den Patienten richten können, da es diesem so schlecht geht. Die so

über lange Zeit aufgestauten Aggressionen der Bezugspersonen des Patienten können sich dann entladen, wenn es dem Patienten plötzlich besser fühlt. Ich habe es mehr als einmal erlebt, dass die Familie des Patienten über diesen herfiel, als er es wagte, den Kopf aus seinem depressiven Loch herauszustrecken, und man ihm vermittelte, wie sehr man jahrelang unter ihm gelitten habe. Es wurde ihm sodann die Rechnung für all die durchlittenen Jahre präsentiert. Das habe er nun wieder gut zu machen. Der Patient war daraufhin hoch motiviert, in den Schutz seiner Depression zurückzukehren.

Therapeuten sind ebenso gefährdet, in den Strudel von Aggression und Hilflosigkeit zu geraten, vor allem wenn sie sich mit Überengagement bemühen, den Patienten in Bewegung zu bringen. Experimentelle Studien konnten die verheerende Wirkung zeigen, die der Kontakt zu einem depressiven Patienten, selbst der von wenigen Minuten, auf das Gemüt der Therapeuten haben kann (Gotlib u. Robinson 1982). Ist der Therapeut weniger depressiv organisiert, macht der Depressive ihn aggressiv, was er spürt aber nicht zeigen darf. Aggressionen auf Seiten des Therapeuten entstehen, wenn dieser zugelassen hat, dass seine eigenen Grenzen überschritten wurden, und er sich übermäßig engagiert hat.

Umgang mit den unterschweligen Aggressionen und Widerständen des Patienten

Don't work harder than the client“ ist ein legendärer Ausspruch Milton Ericksons. Für die Arbeit mit depressiven Patienten ist dieser Satz von besonderer Bedeutung. Die meisten Therapeuten finden es mühsam und anstrengend mit dieser Patientengruppe zu arbeiten, was als Zeichen zu sehen ist, dass in der Arbeit etwas unrund läuft. Depressive Patienten haben die Fähigkeit, ihre Therapeuten dazu zu verleiten, Verantwortung für ihre Stimmung und die Fortschritte in der Therapie zu übernehmen. Die Passivität und das Jammern verführt den Therapeuten dazu, selbst aktiv zu werden und die Sache in die Hand zu nehmen, Vorschläge zu entwickeln und Anweisungen und Ratschläge zu geben, die dann von dem Patienten verworfen und entwertet werden. Der Patient reagiert mit zunehmender Unbeweglichkeit und Widerständen, als wolle er den Therapeuten beweisen, dass alles keinen Zweck hat und dieser genauso unfähig ist, seinen Zustand zu ändern wie er selbst. Je aktiver der Therapeut wird, desto passiver wird der Patient. Statt sich an die innere Welt seines Patienten anzukoppeln, hat er ihn schließlich verloren.

In der Weise wie der Patient auf direkte therapeutische Angebote reagiert, reagiert er auf direkte Formen der Hypnose. Man kann dem Patienten die Depression weder weghypnotisieren noch ihm einsuggerieren, das Leben sei lebenswert. Andere Ergebnisse erzielt man über die von Milton Erickson entwickelte indirekte Hypnose, deren Sprachmuster sich auch im normalen Gespräch mit dem Patienten wirkungsvoll einsetzen lassen. Die Arbeit wird für den Therapeuten entspannter, die indirekt formulierten und gemachten Angebote für den Patienten leichter annehmbar. Der Therapeut wird gleichzeitig weniger zur Zielscheibe für die Aggressionen des Patienten. Beispiele für indirekte Angebote seinen hier aufgeführt.

Eingestreute Suggestionen Über eingestreute Suggestionen können therapeutische Botschaften so verpackt werden, dass sie der Patient unbewusst auf sich bezieht (Literatur??) . *"Es würde Ihnen vielleicht wenig helfen, wenn jemand käme und sagen würde: Du hast eine Menge Talente, nutze sie! Du hast lebenswerte Seiten an Dir. Es gibt viele Möglichkeiten, die Du nutzen kannst. Und noch weniger würde es nützen, wenn Ihnen gesagt würde: Verändere endlich was! Schau auf das, was Dir schon gelungen ist! Es ist sicher schwer, jemandem zu glauben, der sagt: Sie schaffen es, da raus zu kommen!"*

Der Therapeut gerät nicht in die Position desjenigen, der für die Veränderung plädiert und den Patienten damit in den Widerstand treibt. Der Therapeut kann entspannt die Reaktionen des Patienten beobachten und schauen, worauf er positiv reagiert.

Die Ambivalenzen des Patienten berücksichtigen

Depressive Patienten sind grundsätzlich hoch ambivalent gegenüber Veränderungen. Die Ambivalenz äußert sich in dem Bewusstsein, dass es notwendig ist, die aktuelle Situation zu verändern und der gleichzeitig vorhandenen Überzeugung, das bringt ja doch nichts. Für die Therapeuten ist es wichtig sich klar zu machen, dass man bei einer ambivalenten Person augenblicklich die andere Alternative stärkt, wenn man für die eine plädiert. („Trenn Dich doch!“ „Nein das geht nicht.“ „Dann bleibe doch bei Deinem Partner!“ „Nein das halte ich nicht aus.“) Diese Ambivalenzfalle zu umgehen gelingt, wenn man die therapeutischen Angebote indirekt macht.

Das „Nicht“ einstreuen *"Ich denke, ich kann verstehen, dass Sie sich in so einer Verfassung nicht vorstellen können, dass es Ihnen helfen würde, wenn Sie wieder aktiv auf Menschen zugehen. Und da kann man nicht glauben, dass es andere Menschen auch geschafft haben, solche Situationen zu überwinden."*

Veränderungsmöglichkeiten implizieren *"Wenn man sich so fühlt, sieht man die Möglichkeiten nicht, die da sind. Und da können Sie nicht erkennen, welche Wege sie gehen können. Und man hat kein Gefühl für die Dinge, die man verändern könnte. "*

Das Unterstellen von Fähigkeiten, Ressourcen und Potentialen *"In so einer Situation können Sie nicht merken, was sie an positiven Eigenschaften haben, und dass Sie Ressourcen haben, die Sie in sich selbst aktivieren können."*

Auch bei diesen Formulierungen kann der Therapeut entspannt bleiben, schließlich ist es dem Patienten nicht möglich, die therapeutischen Angebote abzulehnen, denn sie wurden ihm ja nicht gemacht, bzw. sofort wieder zurückgenommen.

Das Verschreiben von Nicht-Veränderung Steckt der Patient in seinen Ambivalenzen fest und hat sich über lange Zeit nichts verändert, so kann man die "Nicht-Veränderung" verschreiben (Literatur). Mit diesen Verschreibungen kommuniziert man zudem auf indirekte Weise, dass Veränderungen möglich sind.

Die beschriebenen Sprachmuster können ebenso in Tranceinduktionen platziert werden. Gerade die Erlaubnis erst einmal nur wahrzunehmen, wie man sich fühlt und nichts verändern zu müssen führt oft dazu, dass die Patienten sich entspannen und berichten, sie hätten sich seit langer Zeit wieder etwas wohler gefühlt.

2.5 Suiziddrohungen und die Kunst sich an den Patienten anzukoppeln

Suiziddrohungen können Therapeuten leicht unter Druck setzen, da sie sich in der Verantwortung für den Patienten sehen. Dadurch können Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt werden und problematische Beziehungsmuster entstehen, wo die Therapeuten übermäßig aktiv werden. Man kann den Selbstmorddrohungen ihre Schärfe nehmen, indem man den Suizid nicht als Endpunkt einer unglücklichen Entwicklung sieht, sondern als zielgerichtete Handlung interpretiert, die vollzogen wird, um etwas bestimmtes zu erreichen. Man kann den Patienten fragen: „Was möchten Sie mit dem Suizid erreichen? Was soll sein, und was genau soll aufhören?“ Oft kommen Aussagen wie, endlich Ruhe haben, nicht mehr kämpfen müssen, diesen Schmerz, diese Angst, diese Einsamkeit, diese Trauer... nicht mehr spüren.

Die Nutzung von Geschichten

Eine Möglichkeit auf kunstvolle Weise therapeutische Botschaften so zu verpacken, dass sie das Bewusstsein des Patienten umgehen und keine Widerstände erzeugen, sind therapeutische Geschichten (Literatur). In dem folgenden Beispiel gibt es nicht einmal einen offiziellen Therapieauftrag. Eine in dieser Weise verwendete Geschichte ist ein offenes Angebot, das der Angesprochene annehmen oder ablehnen kann.

Fall 5: Suizidgefährdete alte Dame

In dem Haus, in dem sich meine Praxis befindet, wohnte unter mir eine alte Dame mit dem Namen Lia, zu der ich losen Kontakt hatte. Man traf sich im Hausflur, grüßte sich und wechselte von Zeit zu Zeit ein paar Worte. Irgendwann erfuhr ich, dass die Dame erkrankt war, wusste aber weder, was sie hatte, noch wie es um sie bestellt war. Eines Tages klingelte es an meiner Praxistür Sturm. Zwei Hausbewohner standen aufgelöst vor der Türe und riefen, die Lia stirbt! Nach Beendigung der therapeutischen Sitzung begab ich mich zu der alten Dame, die ich jammernd im Bett vorfand: „Ich will nicht mehr, ich will sterben, lasst mich sterben!“ In der Kürze der Zeit schien es wenig angebracht irgendetwas zu tun, so nutzte ich einen Moment, wo das Jammern aussetzte, um die alte Dame zu fragen, ob es in Ordnung sei, wenn ich nach Beendigung meines Arbeitstages nach ihr schauen würde. Sie stimmte zu, ich besorgte mir einen Schlüssel, denn wie ich erfahren hatte, hatte sie mehrere Wochen kaum das Bett verlassen.

Als es Abend war, suchte ich sie verabredungsgemäß auf. Da niemand auf das Klingeln reagierte, gebrauchte ich den Schlüssel. Sie lag im Bett und war offenbar eingeschlafen. Als sie mich bemerkte, begann sie erneut zu jammern, sie wolle nicht mehr, man solle sie doch sterben lassen, alles hätte keinen Sinn mehr. Ich antwortete: *„Weißt Du Lia, ich weiß ja nicht wie es Dir geht. Aber ich bin der Meinung, wenn jemand wirklich nicht mehr leben und lieber sterben will, dann hat er auch das Recht dazu. Meinen Segen hast Du, für mich ist das in Ordnung.“* Das Jammern hörte auf, sie wendete sich mir zu und begann normal zu reden.

„Weißt Du“, sagte sie, *„ich habe schon alles geregelt. Da hinten habe ich Boschüren zum humanen Sterben. Und für die Imme (den Dackel) habe ich auch ganz liebe Leute gefunden, die sich um sie kümmern werden.“* Ich lobte sie für ihre Voraussicht und wartete auf die Chance, etwas zu platzieren, was sie auf andere Gedanken bringen könnte. Schließlich schaute sie mich an und sprach: *„Weißt Du, wir kennen uns nun schon so lange, aber eigentlich weiß ich gar nicht, was Du da oben machst.“* *„Ja Du weißt doch, ich bin Psychologe und Psychotherapeut,“* antwortete ich, *„und zu mir kommen Menschen mit ganz unterschiedlichen Problemen. Manchmal ist das wirklich eigenartig. Neulich hatte ich jemanden, der mir einen merkwürdigen Traum erzählte.“*

Die nun folgende Geschichte basierte auf einer Erfahrung mit einem Mann, der sich am Telefon mit den Worten *„Ich melde mich an für mein letztes Seminar“* für einen Workshop zum Thema Psychosomatik anmeldete. Am Telefon war es nicht möglich nachzufragen, was diese merkwürdige Anmeldung bedeute, und so war ich gespannt, was für ein Teilnehmer kommen würde.

Es kam ein 83 Jahre alter ehemaliger Neurologe. Im Seminar blickte er die ganze Zeit missmutig in die Runde. Ich demonstrierte bestimmte Techniken und alles was klappte, schien ihn zunehmend missmutiger und übellauniger werden zu lassen. Schließlich meldete er sich für eine Demonstration. Er berichtete, er habe das Problem, dass sein Gesichtsfeld auf einer Seite abfallen würde. Ich wusste weder ob dies veränderbar wäre, noch ob ich ihm helfen könne. Wir beschlossen, es auszuprobieren. Ich bereitete mich darauf vor, dass es schwierig werden könne. Wie erwartet reagierte er auf die therapeutischen Angebote ablehnend, nichts schien zu passen, nichts voran zu gehen. Ich überlegte, was das eigentliche Thema sei. Er wirkte suizidal. Daraufhin erzählte ich ihm eine Geschichte von einem großen

schlossähnlichen Haus mit vielen Zimmern, die jemand durchschreite. In einem Zimmer findet er Babysachen und in einem anderen Spielsachen für kleine Kinder. Im nächsten findet er Spielsachen für etwas ältere Kinder und im nächsten ein kleines Pult. Und so durchschreitet er Zimmer für Zimmer und findet Küchen und mehrere Schlafräume, Arbeitszimmer und Bibliothek, einen Fernsehraum und vieles mehr. Einige Zimmer durchquert er mehrmals. So geht er hin und her und immer wieder trifft er auf eine neue Tür. Doch dann kommt er plötzlich zu einer Tür, wo ihm schlagartig klar wird, diese Türe durchquert man nur in eine Richtung, und dahinter ist ein leerer Raum, den man durchschreitet, und dann kommt wieder eine Tür. Was hinter dieser Türe ist, weiß man nicht, man weiß nur dahinter ist es hell.

Das Durchschreiten vieler Räume symbolisiert das Leben, wo man durch verschiedene Zeiträume geht. Die Räume stehen für die Lebensphasen. Die Türe, die man nur in eine Richtung geht, der leere Raum und die Türe zu einem hellen unbekanntem Raum sind Symbole für das Sterben und Abschiednehmen.

Spontan sah der 83jährige Kollege diese Tür und rannte "mit Vollgas" hinein. Doch zu seiner Überraschung kam er auf der gleichen Seite wieder heraus, denn es war eine Drehtür und er hatte zuviel Schwung. Die Botschaft seines Unbewussten, die das Bewusstsein offenbar vollkommen unvorbereitet traf, war offensichtlich: Es ist noch nicht so weit, es bringt nichts, sich beim Sterben zu beeilen! Nach dieser Sequenz war es leicht mit ihm zu arbeiten. Als er aus der Trance erwachte, berichtete er, sein Gesichtsfeld wäre wieder gerade.

Lia erzählte ich die Geschichte in veränderter Form: *„Einem Patienten von mir ging es in der letzten Zeit sehr schlecht, und er sah wenig Möglichkeiten an seiner Situation etwas zu ändern. Ja er hat sich nur noch Gedanken darüber gemacht, wie er alles hinschmeißen und einfach abhauen könnte. Er war der Meinung, dass alles ohnehin keinen Sinn mehr hätte.“*

Diese Einleitung beschreibt analog die Situation der alten Dame und bietet Identifikationsmöglichkeiten mit dem Protagonisten. *„Ich wusste auch nicht so recht, was ich ihm hätte raten können und habe ihm gesagt, dass sein Unbewusstes ihm einen Traum schicken könne, der ihm helfen könne herauszufinden, was für ihn das Richtige sei. Tatsächlich kam er einige Tage später und erzählte mir den folgenden Traum.“*

Wenn man sich selbst als unwissend darstellt, vermeidet man, dass die Geschichte belehrend wirkt, was den Widerstand gegen das therapeutische Angebot reduziert. Den Lösungsweg findet letztendlich das Unbewusste des Patienten.

Ich erzählte ihr die Geschichte des Hauses mit den vielen Türen und der Drehtür als Traum dieses Patienten und schloss mit der Bemerkung, dass es seltsam sei, was mache Menschen träumen würden. Dann lenkte ich sie unvermittelt wieder auf ein Thema, das wir schon besprochen hatten, um ihr die Möglichkeit zu geben, eine Amnesie für die Geschichte zu entwickeln, erkundigte mich nach den Personen, die den Hund nehmen würden und nach den Broschüren über humanes Sterben. Wir sprachen noch einmal davon, dass der Mensch das Recht habe, selbst zu entscheiden, wann er aus dem Leben gehen will, und es eine würdige Entscheidung zur rechten Zeit sein sollte. Ich versicherte ihr, dass sie schon wisse, wann ihre Zeit käme, und sie dann eine weise Entscheidung treffen würde, und verabschiedete mich dann mit dem Versprechen, wieder nach ihr zu schauen.

Da der Abend weit fortgeschritten war, ging ich noch einmal hoch in meine Praxis, um meine e-mails zu bearbeiten. Als ich eine Stunde später das Haus verließ, es war mittlerweile 23.00 Uhr, traf ich die alte Dame mit ihrem Hund im Hausflur. *"Lia, was machst Du denn hier?"* fragte ich sie. *"Ach",* antwortete sie, *"ich hatte plötzlich die Idee, mit meiner Imme noch einmal vor die Tür zu gehen. Sie läuft nicht weg, sie geht nur ein Stück und macht ihr Geschäft. Und dann kommt sie zurück."*

Wie sich herausstellte, war die Zeit zum Abschiednehmen noch nicht gekommen. Die alte Dame begann wieder Spaziergänge zu machen, setzte einen Teil ihrer Schmerzmittel ab und veranstaltete ein Fest für die Hausgemeinschaft.

3. Empirische Belege

Empirische Studien zur Effektivität hypnotherapeutischer Verfahren in der Behandlung von Depressionen gibt es erst wenige. Assen Alladin verglich 98 chronische depressive Patienten mit der Diagnose Chronische Major Depression die entweder mit kognitiver Verhaltenstherapie oder mit Hypnotherapie behandelt wurden. Die Ergebnisse wurden mit dem Depressionsinventar nach Beck (BDI-II, Beck, et al 1996) und der Hoffnungslosigkeitsskala nach Beck (BHS Beck & Steer 1993b) erhoben.

Beide Verfahren erwiesen sich als wirkungsvoll und erzielten eine Reduzierung die depressive Symptomatik sowohl während der Behandlung als auch in Follow-up-Studien. Der Effekt der Hypnotherapie war sowohl während der Behandlung wie nach der Behandlung größer. Kombinationen von Hypnotherapie mit kognitiver Verhaltenstherapie zeigten einen additiven Effekt. Die Resultate bestätigten die Untersuchungen von Bryant et al (2005), Kirsch et al (1995) und Schoenberger (2000), dass kognitive Verhaltenstherapie mit Hypnotherapie kombiniert bessere Resultate erzielt als kognitive Verhaltenstherapie ohne Hypnotherapie.

Es wurden relativ einfache hypnotherapeutischen Techniken verwendet. Es ist anzunehmen, dass die hier beschriebenen Verfahren die Effektivität der Hypnotherapie noch deutlich erhöhen können.

Literatur

- a. Beck, Aaron T. (1981) Kognitive Therapie der Depression. Urban und Schwarzenberg, München
- b. Bongartz (Stellvertretertechnik) (Bongartz 2000) Walter Bongartz (2000) Die Stellvertretertechnik. In: Dirk Revenstorf, Burkhard Peter (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Springer, Berlin
- c. De Waal, Frans (2006) Der Affe in uns. Hanser, München
- d. Juan Linares, Carmen Campo (2003) Familientherapie bei Depressionen. Carl Auer, Heidelberg
- e. Meiss (Stellvertretertechnik) (Meiss 2000) Ortwin Meiss (2000) Hypnotherapie bei psychosomatischen Störungen. In: Dirk Revenstorf, Burkhard Peter (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Springer, Berlin
- f. Mikula
- g. Montana, Leo, Melvin Lerner (1996) Current Societal Concerns about Justice. Springer, New York
- h. Seligman, Martin (1992) Erlernte Hilflosigkeit. Beltz, Weinheim
- i. Thibaut, J.W., Kelly, H. (1959) The Social Psychology of Groups