

Matakas F, Rohrbach E (2005): Zur Psychodynamik der schweren Depression und die therapeutischen Konsequenzen. Psyche - Z Psychoanal 59; 892-917

Zur Psychodynamik der schweren Depression und die therapeutischen Konsequenzen

Frank Matakas, Elisabeth Rohrbach

Übersicht

Ausgehend von Beobachtungen depressiver Patienten im Krankenhaus werden die bestehenden psychoanalytischen Konzepte der Depression einer Prüfung unterzogen. Depression setzt eine individuelle psychische Disposition voraus, manifestiert sich aber nur in einer Objektbeziehung, Sie ist eine Hemmung psychischer Funktionen, wahrscheinlich auf organischer Basis, ausgelöst durch einen psychischen Konflikt. Die Hemmung bewirkt, dass psychische Funktionen nur auf einem regressiven Niveau möglich sind. Die Beobachtungen im Krankenhaus zeigen, dass es für jede Depression ein regressives Funktionsniveau gibt, auf dem die psychischen Prozesse weniger behindert ablaufen können und auf dem das Leiden an der Depression gemildert oder gar aufgehoben ist. Ausgelöst wird die Depression durch einen Beziehungskonflikt, der dem Depressiven die narzisstische Unterstützung entzieht. Wie das zu verstehen ist, wird im Licht der neueren analytischen Entwicklungspsychologie und der Bindungsforschung untersucht. Dadurch gelingt es auch, vieles was bisher als Gegensatz verschiedener Theorien erschien, als verschiedene Aspekte des depressiven Geschehens zu verstehen.

Der psychoanalytische Beitrag zur Behandlung der schweren Depression

Die Psychoanalyse hat verschiedene psychodynamische Modelle der Depression entwickelt (eine gute Übersicht bei Eicke-Spengler, 1977, Arieti u. Bemporad, 1978, neuere Modelle Will, 1994, Blatt, 1998), aber Strategien für die akute Symptomatik oder gar die Behandlung im Krankenhaus hat sie nicht daraus abgeleitet. Das ist um so bemerkenswerter, als sich das von Freud in „Trauer und Melancholie“ (1917) dargestellte psychoanalytische Modell der Depression auf den akuten Zustand einer schweren Depression bezieht, wir würden heute sagen einer Depression mit psychotischen Merkmalen.

Mit der vorliegenden Arbeit versuchen wir diese Lücke etwas zu füllen. Wir sind seit mehr als 20 Jahren an einer psychiatrischen Klinik in einer westdeutschen Großstadt tätig. Diese Klinik hat einen Pflichtversorgungsauftrag für die Stadt und arbeitet nach einem psychoanalytischen Konzept (Matakas, 1992). Dabei hat sich gezeigt, dass gerade die psychoanalytische Sichtweise Perspektiven eröffnet, die besonders wertvoll für die Behandlung der schweren Depression sind, und die es zudem erlauben, die theoretischen Modelle zur Depression in einigen Punkten zu vervollständigen. Auf der Basis bekannter Tatsachen und neuer empirischer Befunde soll ein (einigermaßen) widerspruchsfreies Modell der Psychodynamik der Depression entwickelt werden, um daraus Behandlungsrichtlinien abzuleiten.

Doch folgen aus dieser Vorgehensweise auch Einschränkungen. Für alle psychoanalytische Theorien sind allein empirische Beobachtungen ein fester Grund, auf dem das theoretische Gebäude errichtet werden kann. In dieser Hinsicht sind die Beobachtung der

Kranken z.B. im Krankenhaus oder in einer Psychoanalyse einander gleichwertig. Aber der Blick in das Innere – um bei dem Bild zu bleiben – ist allein in der Analyse eines Patienten möglich. Wir benutzen darum die vorliegenden Erkenntnisse der Psychoanalyse für unsere Zwecke, überprüfen sie an Hand unserer empirischen Beobachtungen und schlagen da Veränderungen vor, wo die Empirie sie fordert. Aber Aussagen darüber, welche Vorstellungen und seelischen Prozesse diesen neuen theoretischen Vorstellungen entsprechen, können wir nicht machen. Das bleibt der Beobachtung in der psychoanalytischen Behandlung vorbehalten.

Die Objektbeziehung in der manifesten Depression

Die Symptome der Depression sind so bekannt, dass sie hier nicht beschrieben werden müssen. Im Rahmen einer Krankenhausbehandlung imponieren oft Symptome, die die Beziehungsgestaltung des Depressiven betreffen und in den Symptomlisten z.B. der ICD nicht enthalten sind (ICD 10, 2005). Freud hat schon für die Entwicklung seines Modells Symptome dieser Art in den Vordergrund gestellt, nämlich die egozentrische Verhaltensweise¹ und die Selbstanklagen.

Wir folgen Freud und nehmen unseren Ausgang zur Untersuchung der Psychodynamik bei den Klagen des Depressiven. Es sind überwiegend Selbstanklagen, bzw. Selbstentwertungen. Doch erzählt er von seinen Beschwerden so, dass sich das therapeutische Personal aufgefordert fühlt, Vorschläge zu machen, wie die quälenden Symptome gelindert werden können. Ob diese Vorschläge nun realisiert werden oder nicht, solange die Depression andauert, ist die Antwort des Depressiven, dass das alles nichts nütze. Die Selbstentwertung verbindet der Patient mit einer Entwertung der Objekte. Mit den Selbstanklagen, so können wir Freud folgen, sind in der Tat Anklagen verbunden.

Die Entwertung der Objekte führt aber nicht dazu, dass er sich von diesen abwendet, sondern ist im Gegenteil Anlass, den Kontakt aufrecht zu erhalten. Sowohl die Ichbezogenheit wie die Klagen werden von dem Depressiven benutzt, im Kontakt mit anderen Personen zu bleiben. Er sucht die Nähe von Menschen, die sich mit ihm beschäftigen, erzählt ihnen, wie schlecht er sich fühlt, fragt danach, was er tun soll.

Die positive Besetzung der Objekte scheint aufgegeben und der depressive Patient hat im Extremfall, also in der tiefsten Verstimmung, keine Beziehung, die ihm gut und wertvoll erscheint. Aber der Depressive gibt trotzdem seine Beziehungen nicht auf. Was will er von den anderen?

Freud hatte für die Klagen des Depressiven eine faszinierende Erklärung. Er sagt, dass die Libido in das Ich zurück genommen, und die Objektlibido in narzisstische Libido umgewandelt wird. Das erklärt die egozentrische Verhaltensweise. Auslöser dafür ist ein drohender Verlust des Objekts. In einer regressiven Bewegung kommt es zur narzisstischen Identifizierung mit dem Objekt, dessen Schatten nun auf das Ich fällt, der nun an die Stelle des Ich gesetzt wird. Der drohende oder eingetretene Objektverlust wird abgewehrt, indem er in einen Ich-Verlust umgewandelt wird. Die Vorwürfe gegen

¹ Bei einer Fortbildungsveranstaltung für Krankenschwestern in der Psychiatrie antworteten die Teilnehmerinnen auf die Frage, was ihnen im Zusammenhang mit depressiven Patienten als erstes einfiel, unisono: Die reden nur von sich. – Man darf darum vermuten, dass Freud bei der Abfassung von „Trauer und Melancholie“ auch an seine Erfahrungen in der Klinik dachte.

das Objekt werden nun Vorwürfe gegen das Ich. So erklärt er den quälenden Zustand der Depression, der durch die Attacken des Überich gegen das Ich zu Stande komme.

Freud hat mit dieser Erklärung die spezifische Interaktion, die nach seinen Ausgangsüberlegungen zur Entstehung der Depression beiträgt, nicht weiter beachtet und die Depression nur im Hinblick auf die innerseelischen Vorgänge untersucht. Was der Depressive von den Menschen seiner Umgebung will, bleibt offen.

Die meisten psychoanalytischen Autoren, die sich nach ihm mit der Depression beschäftigen haben, machen es ähnlich (z.B. Rado, 1927, 1951, Fenichel, 1945, Cohen et al., 1954, Arieti, 1978, Blatt, 1998). Jacobson (1971) ist eine der wenigen, die das interaktionelle Problem bei der manifesten Depression sieht. Sie geht einen Schritt weiter und meint, dass bei Zunahme der Depression Überichanteile auf Angehörige projiziert werden und der Depressive so ein seelisches Drama wieder als ein Objektbeziehungs-drama inszeniert. Tatsächlich gibt es empirische Beobachtungen, die in diese Richtung weisen. Die Depression braucht, um bestehen zu können, einen Interaktionspartner.

Wenn man depressive Patienten vorübergehend von allen Angehörigen und Freunden trennt, bessert sich in aller Regel die Depression erheblich (Matakas et al., 1999). In einer randomisierten Studie wurden Krankenhauspatienten mit einer schweren Depression (psychotische und nichtpsychotische, mono- und bipolare Formen) in zwei Gruppen eingeteilt. Die Versuchsgruppe hatte für 1 bis 4 Wochen keinerlei Kontakte zu Angehörigen, Freunden oder anderen Personen außerhalb des Krankenhauses. Die Patienten der Kontrollgruppe konnten ihre Kontakte zu Menschen außerhalb des Krankenhauses frei gestalten. Beide Gruppen wurden ansonsten gleich behandelt. Bei der Gruppe ohne Kontakte nach draußen waren die Werte für Depression (3 Fremd-, 2 Eigenbeurteilungsskalen) nach 1 bzw. 2 Wochen hochsignifikant besser als bei der Kontrollgruppe.

Wir müssen also annehmen, dass die Depression nicht nur durch eine spezifische Beziehung ausgelöst, sondern auch durch eine spezifische Beziehung unterhalten wird. Damit gerät auch ein Dogma der Depressionsforschung ins Wanken, nämlich dass es ein Verlust ist, der eine Depression auslöst.

Macht Objektverlust depressiv?

Freud erklärt in seiner Arbeit „Trauer und Melancholie“, dass sowohl in der Trauer wie in der Depression die libidinöse Besetzung des Objekts aufgegeben wird, weil das Objekt verloren ist oder verloren zu gehen droht. Auch die meisten späteren psychoanalytischen Autoren nehmen das an. Noch in einer zweiten Hinsicht ist der Verlust wichtiger Personen im Zusammenhang mit der Depression diskutiert worden. Bowlby (1980) hat in Kasuistiken eingehend beschrieben, dass der frühe Verlust der Mutter eine Disposition zu schwerer Depression im späteren Leben begründen kann. Brown und Harris (1978) haben dies in ihrer Campwell Studie durch epidemiologische Daten belegen können.

Aber aus der Tatsache, dass ein früher Verlust zur Depression disponiert, folgt nicht zwangsläufig, dass ein aktueller Verlust eine Depression auslöst. Es gibt zudem neben unserer Studie über den Effekt einer Kontaktunterbrechung zu allen nahestehenden Per-

sonen weitere Fakten, die dafür sprechen, dass die Depression nur in einer Beziehung bestehen kann und weniger einen wirklichen Objektverlust voraussetzt.

Erstens haben Brown und Harris in ihrer Campwell Studie (1978) festgestellt, dass zwar der frühe Verlust der Mutter mehr als ein anderes biographisches Ereignis zu einer späteren Depression disponiert. Aber ein aktuelles Lebensereignis, das in besonderer Weise eine manifeste Depression auslösen kann, ist die Geburt eines Kindes. In dem Zusammenhang ist auch die nicht seltene postpartale Depression zu erwähnen (O'Hara, 1995).

Zweitens haben Keller et al. in zwei epidemiologischen Studien heraus gefunden, dass eine Depression bei verheirateten Frauen häufiger chronisch wird als bei allein stehenden (1981, 1984). Generell manifestiert sich eine Depression häufig in einer Partnerbeziehung (Keitner et al., 1990, Goldstein et al., 1996).

Drittens ist es eine Erfahrung des Psychiaters, wofür wir freilich keine epidemiologische Studie angeben können, dass nicht Menschen mit einem schweren Verlust, z. B. Menschen, die durch einen tragischen Unfall ein Kind oder die ganze Familie verloren haben, mit einer schweren Depression bei ihm auftauchen, sondern Menschen mit Partnern.

Viertens entsteht eine Depression in der Adoleszenz typischerweise dann, wenn die Ablösung von den Eltern misslingt (Bemporad, 1978).

Der Abwehrcharakter der Depression und die Aggression

Der Depressive sucht die Nähe eines Interaktionspartners, der dazu beiträgt, seine Depression aufrecht zu erhalten. Der Analytiker ist geneigt, daraus zu schließen, dass die Depression eine Abwehr ist. Es ist ja die Regel, dass der Patient einerseits seine neurotische Symptomatik los werden will, andererseits viel dafür tut, dass sie erhalten bleibt.

In der psychotherapeutischen Praxis geht man davon aus, dass bei einer nicht so schweren Depression meist ein Beziehungskonflikt der Auslöser ist, und dass durch die Depression dieser Konflikt abgewehrt wird. Eine Ehefrau wird depressiv, um sich nicht mit der Tatsache konfrontieren zu müssen, dass ihr Ehemann sie verachtet. Eine Wochenbettdepression z.B. kann entstehen, wenn der Neid der Mutter auf das Kind und dessen Ansprüche allzu groß ist und abgewehrt werden muss. Manche Menschen werden depressiv, nachdem sie sich verliebt haben, weil sie Angst vor Bindung und der dadurch entstehenden Abhängigkeit haben.

Diese wenigen Beispiele der Praxis zeigen, dass unterschiedliche Ereignisse eine Depression auslösen können. Abgewehrt wird der auslösende Konflikt, also die Entwertung, der Neid, die Angst vor Bindung usw. Hinzu kommt, dass die Depression ein Beziehungsmoment enthält. Sie soll vielleicht den Partner bewegen, Mitleid zu haben, oder bewirken, dass die Mutter selbst bemuttert wird, oder das Liebesobjekt vertreiben.² Ist der Konflikt bereinigt, schwindet in der Regel auch die Depression.

² Man könnte in allen diesen Fällen sagen, dass es doch ein Verlust ist, der abgewehrt wird, z.B. im Fall der Depression, die wegen einer Verliebtheit entsteht, dass es der Verlust der Unabhängigkeit ist. Aber da jedes Ereignis auch mit einer Negation verbunden ist, (wenn sich etwas ereignet, werden alle anderen

Freud, wie viele Autoren nach ihm, war der Meinung, dass es bei der Depression vorrangig um die Abwehr von Aggression gegen das Objekt gehe. Die Beziehung zum Objekt ist ambivalent, und sein drohender Verlust löst Aggression aus, die aber, um das Objekt nicht zu verlieren, gegen das Ich gekehrt wird. Milrod (1988) nennt es „aggressive Besetzung des Selbst“. Es beeindruckt in der Tat oft, wie viel Aggression auch bei denen entsteht, die mit dem Depressiven zu tun haben (Hayhurst et al., 1997). Ein analytisches Verständnis einer solchen Situation lässt daran denken, auch die Quelle der Aggression beim Beobachter im Depressiven zu suchen, so als drücke der Beobachter die abgewehrte Aggression des Depressiven aus.

Nun ist es aber so, dass Cohen und Mitarbeiter (1954) in einer detaillierten Untersuchung der Biographie von 12 schwer depressiven Menschen keine Hinweise für ein hohes Maß an unbewusster oder bewusster Aggressivität gefunden haben. Ferner, wenn die Depression eine Abwehr von Aggression gegen das Objekt ist, dann müsste eine entsprechende Deutung wenigstens tendenziell zu einer Minderung der Depression führen. Tatsächlich ist das aber nicht der Fall. Bemporad (1978) merkt dazu an: „Seit Jahrzehnten bemühen sich die Therapeuten ohne nennenswertem Erfolg, ihre depressiven Patienten dazu zu bringen, dass sie ihren Zorn aussprechen und auf diese Weise von dem internalisierten Bild abziehen“ (S. 44). Man kann ziemlich sicher die Tiefe einer Depression vergrößern, wenn man mit dem Depressiven über seine aggressiven Triebanteile zu sprechen versucht, wie z.B. auch Mentzos anmerkt (1995, S. 63).

Tatsache aber ist, dass Aggression häufig, wenn nicht regelmäßig, der Depression beigemengt ist. Man kann es unmittelbar beobachten. Wut und Aggression können überdies, wie man aus der klinischen Erfahrung weiß, vor Depression schützen. Aber all das bedeutet nicht, dass man die Depression als eine Abwehr von Aggression verstehen muss. Vielmehr können wir ebenso gut annehmen, dass Wut und Aggression eine in der Tendenz gesunde Reaktion ist, die verändern will, was depressiv macht. Wir werden später versuchen, eine Lösung für dieses Problem zu finden.

Es ist im übrigen schwierig zu bestimmen, auf welche Weise die Depression überhaupt Abwehrfunktion hat. Bei der vorübergehenden Trennung der Patienten von ihren Angehörigen haben wir immer wieder Patienten erlebt, denen es danach eindeutig besser ging, die aber dennoch auf Abbruch dieser Maßnahme drängten, um dann zu erleben, dass es ihnen wieder schlecht ging.³ Wenn wir unterstellen, dass die Depression eine Abwehr ist und das Festhalten an ihr ein Widerstand, dann stellt sich die Frage, wie der Widerstand weiter wirksam sein kann, wenn er bereits überwunden wurde.⁴

Möglichkeiten ausgeschlossen) bekäme der Begriff „Verlust“ dadurch eine unspezifische Bedeutung ohne Aussagekraft.

³ Es war bei Durchführung der Studie oft schwierig, Patienten dazu zu bringen, der Maßnahme zuzustimmen. Da wir sie aber nicht gegen den Willen von Patienten durchführen wollten (was aber unvorhergesehen doch einige Male geschah und dann dennoch den positiven Effekt hatte (sic!)), sind die Fallzahlen der Studie klein. Dennoch hat sich die Methode inzwischen als Routinemaßnahme etabliert, deren prompte und unübersehbare Wirksamkeit immer wieder überrascht.

⁴ Diese Tatsache spricht übrigens mehr als vieles andere dagegen, dass es sich bei der Depression um eine nur im Organischen verwurzelte Krankheit handelt; denn dann wäre zu erklären, dass eine Krankheit verschwindet und der Patient dem damit verbundenen Leiden nachtrauert. Es könnten doch nur psychische Gründe sein, die ihn dazu veranlassen. Also gäbe es im Psychischen verankerte Gründe, depressiv zu

Das Fazit ist, dass wir einerseits Gründe haben, die Depression für eine Abwehr zu halten, z.B. eines Beziehungskonfliktes. Aber es ist wohl nicht so, dass die Depression generell die Abwehr von Aggression ist.

Die psychische Hemmung in der Depression

Bei einer Depression finden wir eine Minderung des Antriebs, Lustlosigkeit, mangelnde Phantasie, fehlende Libido und Aggressivität, körperliche Kraftlosigkeit, Veränderungen im Hormonhaushalt, vegetative Symptome wie Schwitzen, Gewichtsveränderung usw., kurz, alles Zeichen einer herabgesetzten Vitalität, die im subjektiven Empfinden des Depressiven ebenso wie objektiv auch die körperliche Funktionsfähigkeit betreffen.

Depression ist ein Gemütszustand, unterschieden von fokussierten, objekt-gerichteten Affekten. Es ist darum wenig wahrscheinlich, dass es bestimmte zerebrale Zentren sind, die eine depressive Stimmung verursachen. Plausibler ist, dass die depressive Stimmung und der geminderte Antrieb einen Funktionszustand der Gesamtpsyché widerspiegeln. Überdies ist die Depression von einem Affekt begleitet, der, wie jeder Affekt, neben der psychischen Repräsentanz eine körperliche Komponente hat, die hier aber besonders auffällig ist und wohl auch eine Störung signalisiert. - Aus diesen Überlegungen ergibt sich zwanglos eine Definition der Depression: Ausgelöst durch einen psychischen Konflikt kommt es zu einer organischen Hemmung, die sich in den depressiven Symptomen äußert. Wir werden im folgenden das Eigentümliche dieser Hemmung noch erklären. Von einer organischen Genese der Depression zu sprechen, kann u.E. nur diesen Sinn haben. Das Ausmaß der Hemmung ist je nach Schwere der Depression unterschiedlich. Bibring (1953) kann man darum Recht geben, dass die Depression ein Ichzustand ist, verbunden mit einem elementaren Gefühl der Hilflosigkeit und Ohnmacht, in diesem Sinn ein primärer Affekt, der Ausdruck einer organischen Hemmung ist. Ähnliches gilt für die Überlegungen von Sandler und Joffe (1965).

Das Gefühl von Hilflosigkeit allein sollte man nicht Depression nennen. Auch psychische Zustände, die durch Selbstentwertung und Klagen gekennzeichnet sind, ohne von einer die körperlichen Funktionen betreffenden Hemmung begleitet zu werden, sollte man nicht den Depressionen zurechnen, wie es z.B. Brenner (1991) tut. Dagegen ist die anaklitische Depression des Säuglings (Spitz, 1946) eine echte Depression, weil sie mit einer Minderung der Vitalität verbunden ist.

Die Regression in der Depression

Was wir hier depressive Hemmung nennen, kann man auch als Regression bezeichnen. Reife Ichfunktionen werden aufgegeben. Der Begriff „depressive Hemmung“ beschreibt den psychischen Zustand im Hinblick auf das, was man tun will, aber nicht tun kann. „Regression“ beschreibt ein herabgesetztes psychisches Funktionsniveau im Hinblick auf das, was noch funktioniert. Dieser Unterschied ist bedeutsam.

sein. Quod erat demonstrandum. - Andererseits soll damit nicht bestritten werden, dass es Faktoren im Organischen geben kann, die zur Entstehung einer Depression beitragen oder die Disposition dazu begründen. Die Sache ist aber wahrscheinlich nicht so einfach, dass es organische Faktoren gibt, die unmittelbar eine Depression verursachen.

Die meisten Patienten, die wegen einer Depression stationär, also in einem regressiven Milieu, behandelt werden, verlieren die quälenden Symptome innerhalb weniger Tage nach der Aufnahme, auch wenn die Depression vorher schon lange bestanden hat. Sowohl der depressive Affekt wie auch die entwertende Haltung, sich selbst und den anderen gegenüber, werden geringer oder schwinden ganz. Übrig bleiben Hilflosigkeit und Verminderung der spontanen Aktivität, also eine regressive Verfassung, die aber von den Patienten weniger beklagt wird. Im Rahmen des Stationslebens erscheint sie eher als adäquate Reaktion. Nicht selten entsteht darum nach wenigen Tagen der Eindruck, der Patient sei gar nicht depressiv. Versucht man dann allerdings eine schnelle Entlassung, kehrt die depressive Symptomatik sofort zurück.

Es gibt Patienten, die sich gegen die Regression, die im Stationsleben gefordert ist, auflehnen und um diese Frage einen Machtkampf anzetteln. Gelingt es den Machtkampf, der manchmal ein langer ist, zugunsten der regressiven Strategie zu entscheiden, dann beobachtet man regelmäßig eine rasche Beruhigung des Patienten.

Eine überschlägige Zählung in der Klinik ergab folgendes: Von 60 Patienten, die mit der gesicherten Diagnose Depression innerhalb eines Jahres auf einer Station behandelt wurden, waren 46 (knapp 80%) spätestens nach 4 Wochen erheblich gebessert. Mindestens 34 der Patienten waren weit länger als 4 Wochen vor der Indexaufnahme depressiv. Die stationäre Behandlung hat also selbst schon einen kurativen Effekt; denn verglichen mit der Länge der Depression ging es den Patienten auf der Station relativ schnell wieder gut. An der medikamentösen Therapie konnte es nicht liegen, weil die Patienten ausnahmslos auch schon vor der Aufnahme Antidepressiva bekommen hatten.

Es waren Probleme mit der Suizidalität, die uns dazu brachten, diesen Effekt zur Grundlage einer neuen Behandlungsstrategie in der Klinik zu machen. Anstatt Patienten mit einer tiefen Depression intensiv psychotherapeutisch zu behandeln, gilt seit 1999 die Regel, dass bei allen Depressionen solange eine regressive Behandlung durchgeführt wird, bis Zeichen einer Besserung der depressiven Symptomatik zu erkennen sind (Matakas u. Rohrbach, 2005). „Regressiv“ in diesem Kontext heißt, dass dem Patienten alle Verantwortung für sich abgenommen wird, und dass er die Information erhält, er könne so lange depressiv bleiben, wie er das „braucht“. Es gibt nur Behandlungsmaßnahmen mit regressivem Charakter. Eine psychotherapeutische Bearbeitung von Konflikten findet erst dann statt, wenn die Depression abgeklungen ist. Es wird den Patienten also nicht Hoffnung gemacht, dass die Depression schnell vorüber gehen werde. Der Eindruck dabei war regelmäßig, dass die Patienten nicht mit Panik, sondern erleichtert reagierten.

Die entlastende Wirkung, die die Regression auf die Depression hat, wird durch die deutlich verringerte Suizidhäufigkeit belegt. Die Suizidrate in den 15 Jahren davor, nämlich von 1984 bis 1999 (6.891 Aufnahmen), betrug 319 auf 100 000 Aufnahmen (22 Suizide). Nach Änderung des Behandlungskonzeptes ging sie in den 4 Jahren danach, von 2000 bis 2004 (3.359 Patienten), auf 89 pro 100 000 Aufnahmen (3 Suizide) zurück (Signifikanz zwischen 5% und 1%).⁵

⁵ Das Problem der Suizidalität wird im folgenden nicht weiter behandelt, weil wir mehr als diese Studie, die wir zur Prävention gemacht haben, nichts beitragen können. Aber auch in der Literatur finden wir keine befriedigende Erklärung der Suizidhandlung, obwohl es viele gute und umfassende Untersuchungen

Aus diesen Beobachtungen ergibt sich, dass an der Depression vier Momente unterschieden werden können: 1. der auslösende Konflikt, 2. die organische Hemmung, 3. das Leiden, 4. die psychische Regression. Das Leiden an der Depression hört auf oder wird gemindert, wenn der Depressive die Möglichkeit hat, bzw. gehalten ist, sich dem regressiven Niveau anzupassen, das die Hemmung fordert, kurz, wenn er nicht mehr zu tun versucht, als er kann. Umgekehrt können wir sagen, dass das Leiden in der Depression entsteht, weil der Depression etwas versucht, was er nicht kann. Es ist wie einem gebrochenen Bein. Wenn man versucht, damit zu laufen, tut es weh. Wenn man sich hinlegt, das Bein schient, dann bleibt es zunächst gebrochen, aber es schmerzt nicht. Jedenfalls ergibt sich mit ziemlicher Sicherheit, dass das Leiden an der Depression und der regressive Prozess, der mit der Depression verbunden ist, nicht unauflösbar miteinander verbunden sind.

Die Tiefe der Depression, die Intensität der Hemmung und das Niveau der Regression, auf dem noch ein Funktionieren möglich ist, scheinen direkt miteinander korreliert. Die depressive Hemmung ist aber wohl nur in Extremsituationen⁶ so vollständig, dass keine psychische Funktionen erhalten bleiben.

Das Problem des Narzissmus bei der Depression

Die Hemmung, wie wir sie beschrieben haben, scheint uns pathognomisch für die Depression. Aber was löst die Hemmung aus?

Wir nennen Regression, wenn reife psychische Funktionsweisen aufgegeben werden. Im Falle der Depression sind es u. a. Objektbesetzungen, an deren Stelle egozentrische Verhaltensweisen treten. Aber eine so generelle Regression, wie sie in der schweren Depression statt findet, hat eine zweite Konsequenz, nämlich dass für die Regelung der psychischen Prozesse die Unterstützung eines Objekts notwendig wird, ähnlich wie es für die Kindheit charakteristisch ist, in der gesunde psychische Funktionsweisen nur mit Hilfe einer (mit zunehmender Reifung abnehmenden) Unterstützung durch die Eltern möglich sind. Im stationären Rahmen eines psychiatrischen Krankenhauses erhalten die Patienten eine ähnliche Form der psychischen Unterstützung, die ihnen das Funktionieren auf regressivem Niveau ermöglicht.

Unsere These ist, dass eine ähnliche Situation die Depression auslöst, also nicht der Verlust des Objekts, auch nicht der Objektbesetzung, sondern der Verlust einer besonderen Art von Unterstützung, die der Depressive braucht. In der psychoanalytischen Literatur ist das viele Male beschrieben worden, und zwar unter dem Stichwort „Narzissmus“ (Rado, 1927, 1951, Fenichel, 1945, Cohen et al., 1954, Sandler u. Joffe, 1965, Jacobson, 1971, Arieti, 1978, Milrod, 1988, Bose, 1995, Bleichmar, 1996). Die meisten Autoren gingen davon aus, dass das narzisstische Gleichgewicht des Depressiven nur durch die Mithilfe eines Interaktionspartners möglich ist, auch wenn sie diese Grundannahme in unterschiedlichen Begriffen ausgedrückt haben. Neuere epidemiologischen Befunde, dass Depressive in besonderer Weise auf Interaktionspartner angewiesen sind

zur Epidemiologie (Hawton u. Heeringen, 2000) und zur Therapie suizidaler Patienten gibt (Perelberg, 1999, Leenaars, 2004).

⁶ Bettelheim (1960) beschreibt, wie Häftlinge in deutschen Konzentrationslagern allmählich alle psychischen autonome Aktivitäten einstellten und dann starben.

(Veiel, 1996, Böker, 1999), bzw. dass es charakteristische Beziehungsmodi von depressiven Menschen gibt (Kitron, 1999), bestätigen das.

Auf der Basis der Ergebnisse der modernen Entwicklungspsychologie und der Bindungsforschung (z.B. Fonagy et al., 2004) können wir das psychische Geschehen um den Narzissmus freilich neu formulieren.⁷

Das kleine Kind braucht die Mutter, um überhaupt psychisch reagieren zu können (Stern, 1986). Ohne die Stimulation, die von der Mutter ausgeht, kommen die psychischen Funktionen zum Erliegen. Dabei geht es nicht nur um die Befriedigung der kindlichen Triebregungen, sondern auch darum, dass es der Mutter (und dem Vater) gelingen muss, die inneren Prozesse des Kindes so zu moderieren, dass das Kind in einer befriedigenden Weise innere und äußere Wahrnehmung integrieren kann. Es geht um die Regulation der kindlichen psychischen Prozesse. Später, wenn das Kind schon einen eigenen Zugang zur Welt hat, kommt es darauf an, dass die Mutter (und der Vater) dem Kind eine hilfreiche Anleitung bietet, die physische und soziale Welt zu verstehen und die Techniken zu erlernen, die notwendig sind, um zu einer ausreichenden Befriedigung zu kommen. Wenn all das gelingt (wozu die Eltern selbst eine gewisse psychische Stabilität brauchen), dann sind die Voraussetzungen gegeben, dass der heran wachsende Mensch ein realistisches Gefühl des eigenen Wertes, seiner Kompetenz und Leistungsfähigkeit entwickeln kann, kurz über das verfügt, was wir einen gesunden Narzissmus nennen. Dazu gehört notwendig eine gewisse Autonomie des psychischen Funktionierens (Tronick, 2004, Sroufe, 2000). Eine ausgeglichene Regulation der psychischen Prozesse angesichts einer bestimmten physischen und sozialen Situation ist gleichbedeutend mit einem narzisstischen Gleichgewicht.

Wenn die mütterliche (oder väterliche) Bezugsperson die notwendige Stimulation und Moderation der psychischen Prozesse beim Kind nicht angemessen wahrnimmt (Goodman, 2002), sei es dass sie zeitweise nicht da ist, sei es, dass sie selbst an einer Depression leidet, und dem Kind nicht ausreichend zur Verfügung steht, kann das beim Kind im schweren Fall eine Depression auslösen oder die Disposition zu einer späteren Depression schaffen (Spitz, 1946, Field, 1954, Birtchnell, 1970). Das Kind kann ohne die Unterstützung durch die Eltern psychisch nicht angemessen reagieren und es wird später Schwierigkeiten haben, die autonomen Funktionen zu erlangen, die für einen gesunden Narzissmus, so wie es im vorigen Absatz beschrieben wurde, notwendig sind (Wilson 1986). Es wird als erwachsener Mensch die Unterstützung eines anderen brauchen, um einen ausgeglichenen psychischen Zustand erreichen zu können.

⁷ Die Vorstellung, dass narzisstische Libido „fließt“ und das Ich speist, wie es oft in der Literatur ausgedrückt wird (z.B. Milrod, 1988), kann in die Irre führen. Solche Reifizierungen oder Personifizierungen (z.B. das Überich) sind als *façons de parler* sicher erlaubt. Aber in der Psyche gibt es keine Dinge, sondern nur Prozesse. Schon die Annahme von psychischen Strukturen ist nur eine Abstraktionen mit Modellcharakter, kann aber nicht den Anspruch erheben, die Wirklichkeit unserer Psyche zu beschreiben. Wir haben keine andere Wirklichkeit des Psychischen als je unsere eigenen psychischen Prozesse. Der Grund dafür liegt u. a. darin, dass es im Psychischen nur eine Dimension, nämlich die der Zeit, gibt, aber keine zweite, wie den Raum der physischen Welt. – Dennoch ist es vielleicht passender, z.B. von inneren Objekten und von Besetzung dieser Objekte zu sprechen, wenn man sich auf eine reife psychische Organisation und postöipale Prozesse bezieht. Was als Relation in der frühen Dyade entsteht, wird erst zu einer seelischen Struktur und dann eben zur Repräsentanz eines Objekts, das Dingcharakter hat.

Wahrscheinlich ist es so, dass in engen Objektbeziehungen die Beteiligten immer einander in unterschiedlichem Ausmaß die Regulierung der eigenen psychischen Prozesse überlassen und dass die Menschen bis zu einem gewissen Grad auch immer auf eine solche Unterstützung angewiesen sind. Wenn aber ein Mensch in besonderer Weise die Hilfe eines anderen braucht, ist damit die Voraussetzung für eine Depression geschaffen. Die Depression findet nur in einer Objektbeziehung statt.

Bei der Beziehungskonstellation, die der manifesten Depression voraus geht, können die Gewichte unterschiedlich verteilt sein. Ein jeder kann depressiv reagieren, soweit er sich auf einen Menschen eingelassen und ihm die Regulation seiner psychischen Prozesse (seines narzisstischen Gleichgewichts) eingeräumt hat. Das andere Extrem wäre die Situation, wie wir sie bei einer schweren Depression finden, in der eine so umfassende Unterstützung durch das Objekt notwendig ist, dass ohne die keine Integration möglich ist. Wir finden darum, dass die schwere depressive Störung meist in eine Persönlichkeitsstörung eingebettet ist (Corruble et al., 1996). Wenn die notwendige Unterstützung nur möglich ist unter Verleugnung bestimmter Aspekte der Realität, wird in der Depression möglicherweise eine psychotische Symptomatik entstehen. Eine dritte mögliche Konstellation wäre, dass der Partner ein eigenes (pathologisches) Interesse hat, eine depressive Beziehungskonstellation herzustellen. Jedenfalls sind in der Regel Partnerbeziehungen die Bühne, auf der das Drama der Depression aufgeführt wird.

Nie wird die narzisstische Unterstützung ganz auf die Bedürfnisse des Depressiven abgestimmt sein. Erstens konterkariert sie das Bedürfnis nach Autonomie, zweitens zwingt der Partner ihm seinen eigenen Stil von Stimulation und Moderation auf, weil er es anders nicht kann. Bei dem, der die Unterstützung braucht, entsteht so leicht das Gefühl, in dem Objekt gar nicht die besondere Unterstützung und das Verständnis zu finden, das er sucht und braucht, während der Partner nicht versteht, was noch von ihm gefordert wird – eine Situation, wie man sie in vielen Ehen findet.

Unsere Antwort auf die Frage, was eine Depression auslöst, ist also die gleiche, wie die der meisten früheren Autoren: der Verlust der narzisstischen Unterstützung durch das Objekt. Doch verstehen wir das psychische Geschehen um den Narzissmus etwas anders. Depression entsteht, wenn die narzisstische Unterstützung durch das Objekt nicht mehr funktioniert, weil unerfüllte Bedürfnisse nach Realisierung drängen, aber die Integrationskraft der Beziehung überfordern. Bleichmar (1996) sieht die Ursache der Depression darum in unerfüllbaren Wünschen. Aus der Sicht des Depressiven bedeutet das eine unerträglich schmerzhaft Situation (Bose, 1995). Die depressive Hemmung ist die „Notbremse“. Die psychische Funktionsebene wird auf das regressive Niveau reduziert, auf dem die in der Objektbeziehung nicht realisierbaren psychischen Funktionen keine Rolle spielen. Der Depressive kann danach ohne das Objekt funktionieren, indem er auf dessen Unterstützung und damit auch auf bestimmte psychische Funktionen verzichtet, sich also auf ein regressives Funktionsniveau zurück zieht. Notfalls kann er in einer Manie alle Objektbeziehungen aufgeben und sich ganz einer schlecht integrierten eigenen Autonomie überlassen.

Die Rolle der Bindung in der Depression

Der Depressive beschäftigt die Menschen um sich herum mit den Klagen über sein Leiden. Er erzählt, was er nicht kann. Es liegt auf der Hand, dass er die narzisstische Unter-

stützung sucht, die er verloren hat. Wenn er auf dem regressiven Niveau funktionieren darf, bzw. kann, zu dem er in der Lage ist, hört er auch auf, zu suchen. Aber warum verschwindet das Leiden und das Klagen, wenn der Depressive seine Angehörigen meidet? Offensichtlich braucht er die narzisstische Unterstützung nicht unbedingt. Das heißt, es ist etwas mit der narzisstischen Unterstützung verknüpft, das den Depressiven nicht los lässt, auch wenn er die Unterstützung nicht mehr hat. Dabei muss es sich um etwas handeln, das zu der narzisstischen Unterstützung hinzu kommt, aber gar nicht als etwas eigenes auffällt.

Schauen wir noch einmal auf die anaklitische Depression von Spitz, dann finden wir auch da das Vorbild. Die Mutter lässt sich nicht ohne weiteres durch eine andere Person ersetzen. Das Kind ist an seine Mutter gebunden, und zwar so, dass es nicht einfach nur Stimulation und Moderation braucht, sondern es braucht sie in der Art und Weise, wie es sich zwischen dem Kind und seiner Mutter eingespielt hat. Gerade, weil es sich dabei um Trieb- und Affektregulation handelt, ist der Stil von Bedeutung. Das ist aber auch der Grund, warum die Abwesenheit der Mutter zu einer Hemmung führt. Das Kind hat keinen eigenen Stil, nach dem es psychisch aktiv sein kann. Entweder es ist in der besonderen Dyade, die sich mit der Mutter heraus gebildet hat, aktiv oder gar nicht, allenfalls auf einem sehr regressiven Niveau.

Was wir den Stil der Trieb- und Affektregulation genannt haben, also der Erziehungsstil von Eltern, macht schließlich die Identität einer Familie aus, wobei die Reaktionsweisen des Kindes natürlich nicht ohne Einfluss sind. Ein Kind ist durch diese Kräfte an „seine“ Familie gebunden. Vielleicht würden wir statt von Kräften besser von Strukturen sprechen. Bei der Regulierung der psychischen Prozesse entstehen bestimmte Muster, innerhalb derer das Kind, später der Erwachsene, nur reagieren kann. Es entstehen so individuell festgelegte Reaktionsweisen, die wir der Persönlichkeitsstruktur zurechnen. Aber die Persönlichkeitsstrukturen machen auch bestimmte Sozialstrukturen notwendig, innerhalb derer sich der Einzelne definieren und einen gesunden Narzissmus aufrecht erhalten kann. Wenn wir annehmen, dass Triebwünsche, Abwehrprozesse und Überichforderungen die Menschen aneinander binden, müssen wir auch annehmen, dass dies immer nach bestimmten Mustern geschieht. Es gibt Grundformen, die in unserer Kultur festgelegt werden (vgl. Parin, 1972), Abwandlungen, die für eine Familie spezifisch sind, und schließlich individuelle Besonderheiten. Es gibt für jeden Menschen Muster, die er nicht verändern, andere die er den sozialen Bedingungen anpassen kann.

Worauf wir hier, in diesem Kontext, abheben, ist, dass das Individuum niemals ganz unabhängig davon wird, dass die Regulierung seiner psychischen Prozesse von anderen Menschen mit übernommen wird. Das ist ganz augenfällig bei den Überichforderungen, die im Regelfall das ganze Leben über sehr stark von der Gesellschaft mitbestimmt werden. Dass ein Mensch mit seinen moralischen Normen, geschweige denn mit seinen moralischen Entscheidungen, jemals von Gruppennormen ganz unabhängig wird, ist kaum vorstellbar. Aber es gilt im Prinzip für jede psychische Reaktionsweise. Diese Tatsache, dass wir für die Regulation unserer psychischen Prozesse immer eine Unterstützung durch Menschen brauchen, die ähnlich wie wir sozialisiert sind, schafft eine Abhängigkeit, die wir „Bindung“ nennen. Auf der familiären Ebene spüren wir ihre Auswirkungen in jeder adoleszenten Krise oder Ehescheidung, auf der Ebene von Ethnien merken wir es daran, dass psychische Devianz bei Emigranten signifikant häufiger ist,

und zwar dann, wenn die Bindungen zur Herkunftsgesellschaft gelockert, aber die zur neuen noch nicht Normalität geworden sind (vgl. Beiser, 1988).

Die Antwort, nach der wir suchen, ist also: Der Beziehungskonflikt in der Depression entsteht durch das „Versagen“ des narzisstischen Partners. Das bedeutet konkret, dass der Depressive bestimmte Bedürfnisse in der Beziehung nicht realisieren kann. In der Realität erleben wir das manchmal als Folge einer Unterdrückung durch den Partner, in anderen Fällen als Folge unrealistischer Erwartungen an den Partner oder, wenn Kränkungen, die außerhalb einer Beziehung liegen, Anlass für eine Depression sind, weil die bestehenden Beziehungen diese Kränkung nicht auffangen können. Die Folge ist in jedem Fall eine Hemmung, also der Rückzug auf eine regressive Stufe, weil die unerfüllten Bedürfnisse keinen Aufschub dulden, andererseits die Objektbeziehung die Realisierung dieser Bedürfnisse nicht integrieren kann. Aber die Beziehung, bzw. das Objekt verlassen, kann der Depressive auch nicht so ohne weiteres, weil die narzisstische Unterstützung nach einem bestimmten Muster erfolgt ist, was wir Bindung nennen.

Die Bindung hält den Depressiven in Kontakt und damit in dem Konflikt mit dem Objekt. Manchmal scheint es auch so, dass das Objekt den Depressiven nicht aus der Beziehung entlassen will. Aber wie dem auch sei, in der Beziehung werden psychische Reaktionen beim Depressiven provoziert, die er nur durch eine generelle Hemmung verhindern kann. Das ist schmerzhaft. Die Bindung aufgeben und eine andere adaptieren, erfordert psychische Arbeit, zu der der Depressive in der manifesten Depression meist nicht in der Lage ist. Kann der Depressive aber die Beziehung doch verlassen, z.B. wenn äußere Umstände das erzwingen, dann ist er in der Regel auf einem regressiven Niveau funktionsfähig und „schmerzfrei“. Aktivitäten, wie Sport, Massagen etc. kann er oft sogar genießen.

Wir können an dieser Stelle zu der eleganten Lösung von Freud zurück kehren. Der Depressive klagt das Objekt an. Dafür hat er, wie wir gesehen haben, einen doppelten Grund: nämlich einmal den Ausgangskonflikt, der die Hemmung eingeleitet hat, zum zweiten das Gefühl der Ohnmacht, das sich aus der psychischen Hemmung ergibt. Den Ausfall der unterstützenden Funktion erlebt der Depressive als eigene Unfähigkeit. Darum geben Depressive in der Regel Überlastung, z.B. am Arbeitsplatz, als Grund für ihre Depression an, aber so gut wie niemals Beziehungskonflikte. Die Klagen über das eigene Unvermögen beschreiben die Funktionen, für die der Interaktionspartner gebraucht wird. Es ist also in gewisser Weise dasselbe, ob wir sagen, es sind Selbstanklagen oder verkappte Anklagen gegen das Objekt. Es ist das aber keine Identifizierung mit dem Objekt. Allenfalls könnte man sagen, dass das Überich des Depressiven mit dem Objekt identifiziert ist. Die Formulierung, dass ein „Objektverlust in einen Ichverlust“ umgewandelt wird, braucht nur wenig abgewandelt zu werden: Der Verlust der Unterstützung durch das Objekt wird als ein Verlust von Ichleistungen erlebt. Der Objektbeziehungskonflikt wird auf diese Weise zu einem innerseelischen Konflikt, was er ursprünglich auch ist. – Es spricht u.E. nichts dagegen, in diesem Sinn der Depression auch Abwehrfunktion zuzusprechen.

Noch einmal das Problem der Aggression in der Depression

Wie sehr Aggressivität in die Depression und ihre Symptomatik hinein spielt, hängt sicher auch vom prämorbidem Charakter des Depressiven ab. Nicht selten ist Aggression

an dem Ausgangskonflikt, der in die Depression führt, beteiligt. Aber unabhängig davon hat man oft den Eindruck, dass die depressive Symptomatik aggressive Komponenten enthält, die ihren Ursprung in der Depression selbst haben und dass sie in der Dynamik der Depression eben doch eine wesentliche Rolle spielt. Ein Beispiel hierzu: Ein Patient mit einer schweren Depression fühlt sich unfähig, seinen kleinen Sohn, der ihn sehr vermisst, am Wochenende zu sehen. Die Vermutung liegt nahe, dass er den Sohn gar nicht sehen will und dass die depressive Symptomatik den Zweck hat, das Treffen mit dem Sohn zu vermeiden.

In einer psychotherapeutischen Situation wäre man geneigt, dieses Verhalten auch so zu deuten, nämlich dass der Wunsch, den Jungen nicht zu sehen, Ausdruck einer aggressiven Regung und die Depression die Abwehr davon ist. Aber bei einer tiefen Depression würde das die Depression eher verstärken und nicht zu einer Beruhigung führen. Das kann man zum Anlass nehmen, die Sache umgekehrt zu verstehen, nämlich so, dass der Patient den Sohn nicht sehen will, weil das seine Depression verstärken würde. Die Aggression soll vor der Depression schützen. Eine solche Erklärung würde dem Patienten gegebenenfalls auch weiter helfen.⁸ Im Rahmen einer Krankenhausbehandlung haben wir es oft mit solchen Reaktionsweisen zu tun.

Im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie ergeben sich unter Umständen andere Konstellationen. Nicht selten macht der Patient dem Therapeuten aggressiv Vorwürfe. Er verlangt vom Therapeuten, dass der die Verantwortung für sein Wohlergehen oder bestimmte Angelegenheiten seines Lebens übernimmt und er reagiert mit Wut, wenn er erkennt, dass der Therapeut das nicht tut. Diese Art Aggression erscheint vor allem dann, wenn der Patient seine Bedürfnisse wieder wahrnehmen kann, also wenn er dabei ist, die depressive Hemmung zu überwinden. Es ist eine ähnliche Situation wie die, wenn Aggression eingesetzt wird, um Depression zu vermeiden. Das Objekt wird wegen seiner Versäumnisse attackiert, die narzisstische Unterstützung wird eingefordert, gleichzeitig wird die Bindung gelockert. – Wir wollen das hier aber nicht weiter verfolgen, weil die Situation in der Analyse nicht unser Thema ist.

Ähnlich erscheint es uns mit der Angst bewandert zu sein, die fast regelmäßig die Depression begleitet. Sie tritt dann auf, wenn sich die Triebregungen, die zu dem Beziehungskonflikt beitragen und die in der Hemmung ganz verschwinden (allgemeiner formuliert, die psychischen Prozesse, die in der Depression nicht verfügbar sind) noch oder wieder bemerkbar machen. Das was Angst macht, ist von der depressiven Hemmung noch nicht oder nicht mehr erfasst.

Für die Entwicklung der Depression ergeben sich nun die folgende Stadien: 1. Ausgangspunkt ist eine Objektbeziehung mit einem starken regressiven Anteil zur Stabilisierung des narzisstischen Gleichgewichts und Abwehr der dadurch bedingten Beziehungskonflikte. Die Situation ist kompensiert. 2. Die Abwehr des Konfliktes reicht nicht aus. Unter Umständen entsteht nun Angst. Oder es entsteht Aggression gegen das Objekt. Möglicherweise entsteht die Aggression aus einer Deneutralisierung von Ab-

⁸ Hier gilt die therapeutische Regel, dass Triebanteile und damit verbundene Affekte, wenn sie zur Stabilisierung der psychischen Funktionen benutzt werden, nur soweit zur Diskussion gestellt werden dürfen, wie auch ihre Copingfunktion geklärt wird.

wehrprozessen, ähnlich wie es Spitz (1946) für die anaklitische Depression und Hartmann (1964, S. 181 f.) beschrieben haben. 3. Wenn all das nicht ausreicht, kommt es zur depressiven Hemmung. Die These, dass die Hemmung eine Wendung der freigesetzten Aggression gegen das Selbst ist, führt zu theoretischen und therapeutischen Schwierigkeiten. Wir halten die Alternative für wahrscheinlicher, dass die Hemmung eine Reduktion der Vitalität auf einer organischen Basis ist, ausgelöst dadurch, dass bestimmte psychische Prozesse (man darf wohl annehmen Triebregungen) weder realisiert noch erfolgreich abgewehrt werden können.

Typologie der Depression

Die alte psychiatrische Unterscheidung in endogene, neurotische und reaktive Depression ist zwar in den neueren Klassifikationssystemen der Psychiatrie nicht mehr enthalten, aber immer noch wird zwischen organischer und psychischer Pathogenese unterschieden.⁹ Im Rahmen unserer Überlegungen können wir die „endogene“ Depression als die Form ansehen, die entsteht, wenn der Depressive in sehr elementarer Weise auf ein unterstützendes Objekt angewiesen ist. Diese Form ist darum öfter psychotischer Natur, weil es in der Objektbeziehung zu Realitätsverzerrungen kommt. Man findet in der Vorgeschichte weniger eindeutig ein auslösendes Ereignis.

Bei der „neurotischen“ Form, die nicht selten chronisch ist, entsteht die Depression aus einem kontingenten Beziehungskonflikt. Während bei der „endogenen“ Form die Beziehung selbst der Konflikt ist, weil sie nie die Erfordernisse des Depressiven erfüllen kann, ist es bei der „neurotischen“ Form ein „Fehler“ in der Beziehung. Ob man also eine Depression „endogen“ oder „neurotisch“ nennt, hängt davon ab, wie sehr man im Beziehungskonflikt eine generelle Beziehungsunfähigkeit des Depressiven zu erkennen glaubt (was heißt, dass er in jeder denkbaren Beziehung depressiv würde). Es ist aber sehr die Frage, ob die Unterscheidung zwischen endogen und neurotisch nicht doch sehr relativ ist (was heißt, dass es für jeden Menschen eine Beziehung gibt, in der er seine „Pathologie“ kompensieren könnte und darum nicht depressiv würde) – so wie es auch an Hand der Symptomatologie und des Verlaufs kein hartes Kriterium gibt, mit dem man die beiden Formen sicher unterscheiden könnte.

Die „reaktive“ Depression wäre schließlich eine Regression und die Suche nach dem unterstützenden Objekt anlässlich einer ungewöhnlichen Belastung, die das ansonsten ausreichende Integrationsvermögen des Menschen übersteigt.

Es gibt auch psychoanalytische Typologien. Arieti (1978) definiert eine Depression, die aus einer konflikthafter Objektbeziehung resultiert. Eine zweite Form charakterisiert er als Folge eines Versagens vor dem eigenen Überich. Benedetti (1981) unterscheidet eine Es-, Ich- und Überich-Depression, was von Will (1994) detailliert ausgearbeitet wurde. Blatt (1998) beschreibt, ähnlich wie Arieti, einmal anaklitische Patienten, die sich an ein starkes Objekt anlehnen und depressiv werden, wenn das nicht so gelingt, wie es ihr Abhängigkeitsbedürfnis fordert. Davon unterscheidet er selbstkritische introjektive Menschen, bei denen die Depression aus dem Konflikt mit den eigenen Anforderungen entsteht.

⁹ Zur Geschichte dieser Unterscheidung, die übrigens älter ist als Freuds Aufsatz, s. Rosenthal u. Klerman (1966).

Im Rahmen unseres Modells benennt die Unterscheidung in Es-, Ich- und Überichdepression den psychischen „Ort“, in dem die psychischen Funktionen angesiedelt sind, für die der Depressive in besonderer Weise die unterstützende Funktion des Interaktionspartners braucht. Auch bei der „anaklitischen“ und „introjektiven“ Depression, wie Blatt (1998) unterscheidet, ist der Grundprozess nach unseren Vorstellungen der gleiche. Mit seiner Definition von anaklitischer Depression kommt er unseren Vorstellungen sehr nahe, wenn er annimmt, dass sie entsteht, weil die Unterstützung eines idealisierten Objekts ausfällt. Mit dem Attribut „introjektiv“ meint Blatt Menschen, deren narzisstisches Gleichgewicht nur bestehen kann, solange sie hoch gesetzten Anforderungen genügen. Wenn dies nicht mehr gelingt, entsteht die „introjektive Depression“. Es scheint so, als wenn es eine psychische Instanz ist, nämlich das Überich, das in diesen Fällen die gleiche Funktion hat, wie bei der anaklitischen Depression der idealisierte Partner. Doch ist auch bei diesen Patienten in der manifesten Depression die Regression entlastend, wenn sie auch Schwierigkeiten haben, sie zuzulassen. Man hat überdies den Eindruck, dass das, was wie ein Überich erscheint, in wesentlichen Teilen Introjektion eines realen Objekts ist, das die Funktion des anaklitischen Objekts über den Umweg des Überich ausübt, und darum keine echte Verinnerlichung ist, ähnlich wie es auch schon Jacobson (1971) sieht.⁹

Die Liebe und die Trauer

Eine wichtige Autorin ist noch nicht berücksichtigt worden, nämlich Melanie Klein (1935). Sie betrachtet, wie auch Winnicott z.B. (1958), die Fähigkeit zur Depression als einen Entwicklungsschritt, nämlich von der paranoid-schizoiden zur depressiven Position. In der Tat wird man z.B. bei einem narzisstischen Charakter die Fähigkeit zur Depression immer als Fortschritt ansehen (Lax, 1989). Das scheint in Widerspruch zu unseren Überlegungen zu stehen, wonach die Depression aus einer defizitären Entwicklung entsteht.

Wahrscheinlich geht es grundsätzlich auch ohne die Kontinuität einer mütterlichen Beziehung. Aber in der kontinuierlichen Beziehung des Kindes zur mütterlichen Bezugsperson schlägt das Kind eine Entwicklung ein, die es für lange Zeit in seiner psychischen Funktionsfähigkeit auf diese angewiesen sein lässt. Dadurch erwirbt es die Fähigkeit, sich regressiv von einem anderen Menschen, auch im Hinblick auf seine innere Verfassung, abhängig zu machen; denn die Fähigkeit, „die Regulierung des Selbstwertgefühls“ einem Partner zu überlassen, gehört zu der Abhängigkeit, die mit der Liebe unausweichlich verknüpft ist (Specht, 1977). Dadurch entsteht Bindungsfähigkeit.

In der Liebe wird dem geliebten Menschen die Regulierung der eigenen psychischen Prozesse überlassen. Darum auch schließt das Gefühl intensiver Liebe Depression aus. Aber zu Anfang einer Beziehung ist oft ungeklärt, was freiwillig ist und was von dem Partner an Unterstützung gebraucht wird, weil damit ein schwerwiegendes narzisstisches Problem gelöst werden soll. Oft genug ist das letztere der Fall, der Partner ist nach einiger Zeit überfordert, und der Depressive realisiert enttäuscht die Vergeblichkeit seiner Hoffnung. Er zieht alle positive Besetzung ab, weist selbst die Unterstützung des Partners, die ihm einmal so teuer war, ab und wird depressiv.

⁹ Die „Differentialpsychodynamik“ von Mentzos (1995) kann hier aus Platzgründen nicht dargestellt werden, steht aber nicht im Widerspruch zu unserem Modell.

Anders die Trauer. Von Trauer zu sprechen ohne einen Verlust, gibt keinen Sinn. Sie ist eine Reorganisation der Psyche, eine Restitution der Autonomie, so dass auf die regulierende Funktion des Objekts verzichtet werden kann. Die unterstützende Funktion, die das Objekt übernommen hat, wird nun in die eigene Autonomie übernommen. Sie ist eine Identifizierung mit dem Objekt, was die Depression nicht ist. Die Abschlussphase einer jeden Psychoanalyse ist dieser Arbeit gewidmet. Trauer löst darum Depression auf, wie die klinische Erfahrung lehrt (Haynal, 1978, Hägglund, 1981). Aber man kann darum doch nicht sagen, dass Trauer gut und Depression schlecht ist. In der Depression wird die Begrenztheit des Objekts zur Unvollkommenheit des Ich. Das scheint eine Möglichkeit zu sein, wie wir uns ein Objekt als gut erhalten können, auch wenn es nicht umfassend befriedigt.

Konsequenzen für die Behandlung

Die hier aufgelisteten Regeln gelten für die Behandlung der schweren Depression im Krankenhaus. Sie haben sich in vielen Jahren klinischer Praxis bewährt. Aber in einem kontrollierten Design sind sie nur soweit überprüft, wie in dem voran gehenden Text angegeben.

Depressive Hemmung. Die Depression ist eine Hemmung der psychischen Funktionen, die eine Schutzfunktion hat. Man sollte sie nicht forciert unterlaufen, z.B. indem man den Depressiven zu Tätigkeiten drängt, die er nur mit Anstrengung leisten kann. Die Leistungsanforderungen, unter die sich der Depressive stellt, sind oft die Erinnerung an die eigene Leistungsfähigkeit, der innere Widerstand gegen die Depression, und vielfach auch das, was in der Objektbeziehung für das narzisstische Gleichgewicht von Bedeutung war. Wenn man diese Forderungen als Handlungsanleitung missversteht, verstärkt man die Depression, im schlimmsten Fall mit der Konsequenz des Suizids. Wenn die Depression abklingt, spürt man, dass die Forderungen, die der Depressive nun an sich stellt, nicht mehr verzweifelte Bemühungen sind, die Depression zu verleugnen, sondern Ausdruck eines wieder erstarkenden Ich, das sich mit Lust an progressive Aufgaben heran macht.

Regression. Die wichtigste Entdeckung ist, dass es für jede Depression ein Niveau von Regression gibt, auf dem das Leiden verschwindet, mindestens aber sehr abgemildert wird. Darum kann eine regressive Umgebung, z.B. eine Klinik, dem Depressiven gegebenenfalls ermöglichen, die Depression „abzuwettern“, ohne dass er allzu viel leidet. Aktivierung auf einem regressiven Niveau, also Massagen, Bäder, kreative Übungen usw.¹¹, scheint nützlich, die Hemmung zu überwinden.

Therapeutisch ist nicht die depressive Stimmung das Problem, sondern die Regression. Im Rahmen einer Klinik stellt es sich oft so dar, dass der Depressive den regressiven Raum so bald nicht verlassen will, obwohl die Symptome der Depression sehr abgemil-

¹¹ Wenn die Klinik weit weg vom Wohnort des Patienten und in schöner Umgebung liegt, wo der Patient alle nur erdenklichen Bequemlichkeiten hat, die Behandlung von einer medizinischen Haltung geprägt ist, die allein den Medikamenten einen kurativen Effekt zuspricht, sind die drei Voraussetzungen für eine erfolgreiche Behandlung der Depression gegeben: die Ferne des Patienten von den wichtigen Menschen seiner Umgebung, die Versicherung, dass Konflikte bei der Entstehung der Depression keine Rolle spielen, und ein regressives aber stimulierendes Milieu.

dert sind. Drängt man auf Progression, kommt es u. U. erneut zur psychischen Hemmung mit den charakteristischen Symptomen.

Unter Umständen ist von der regressiven Basis aus der Aufbau neuer Formen psychischer Funktionen möglich. Dann könnte man sagen, dass die Depression eine Entdifferenzierung darstellt, die neue Strukturen möglich macht. Nach der Depression sind die Patienten gegebenenfalls in der Lage, sich zu fragen, warum sie depressiv geworden sind und das kann der Beginn einer Neuorganisation sein.

Zum depressiven Konflikt. Es gibt einen Konflikt in einer aktuellen Objektbeziehung, der als Auslöser der Depression angesehen werden kann. Wir wagen an dieser Stelle die Behauptung, dass es ohne Objektbeziehung, auf die sich die Depression bezieht, keine Depression gibt. Nach unseren Überlegungen ist der Beziehungskonflikt auf der Basis einer regressiven Beziehung entstanden. Man erkennt den Konflikt in den Klagen des Depressiven. Wenn es Leistungsprobleme sind, die die Depression ausgelöst haben, kann man unterstellen, dass eine wichtige aktuelle Beziehung, in der Regel die Partnerschaft, nicht ausreichte, den Stress aufzufangen.

Es ist nützlich, den auslösenden Konflikt zu kennen, weil in der akuten Phase einer schweren Depression auf der Handlungsebene die regressive Lösung der sicherere Weg ist. Einer Frau, die über ihre Partnerschaft depressiv geworden ist, kann es helfen zu ihrem Partner auf Distanz zu gehen. Aber in der tiefen Depression sollte man an der Beziehung nichts ändern. Im Regelfall ist der konservative Weg, also nichts zu verändern, auch der regressive. Eine Mutter mit Wochenbettdepression braucht selbst viel Bemutterung. Eine junge Frau, die darüber schwer depressiv geworden ist, dass sie die Ablösung von den Eltern psychisch nicht bewältigen konnte, sollte in der manifesten Depression keine weiteren Trennungsschritte machen.

Es kann ferner für den Patienten nützlich sein, vorübergehend, also für 1 bis 3 Wochen, die Kontakte zu allen Angehörigen und Freunden zu unterbrechen. Das löst natürlich nicht seine Konflikte, aber die Erfahrung, die er dann macht, dass es ihm sehr schnell besser geht, wird ihn motivieren, später darüber nachzudenken, was an seinen Beziehungen so beschaffen ist, dass es seine Depression befördert.

Die tiefe Depression ist ein regressiver Zustand, in dem – analog wie in der Kindheit – reife psychische Funktionen nicht zur Verfügung stehen. Darum ist eine therapeutische Ichspaltung nicht möglich, woraus folgt, dass konfliktorientierte Psychotherapie meist wenig Sinn macht. Supportive Maßnahmen sind dagegen nützlich.

Aggressive Affekte, die im Rahmen einer Depression auftauchen, sind nicht das, was durch die Depression abgewehrt werden soll. Bedeutet man dem Patienten, dass er aggressiv gegen ein Objekt ist, wird das die Depression verstärken – was man immer prompt beobachten kann. Die Aggression ist eher als Abwehr der Depression zu verstehen, weil sie oft ein Versuch des Depressiven zu sein scheint, sich von dem Objekt unabhängig zu machen. Eine solche Interpretation kann dem Depressiven gegebenenfalls helfen.

Chronische Depression. Es gibt Situationen, in denen Patienten die depressive Regression nicht aufgeben wollen, weil sie mit einem für sie unakzeptablen Verzicht verbunden ist, z.B. Aufgabe eines Partners. In anderen Fällen hat man den Eindruck, dass die Patienten aus einer unbefriedigenden Beziehung nicht entlassen werden, etwa durch den Partner oder die eigenen Kinder. In diesen Fällen führt Fortsetzung der regressiven Behandlung nicht zu einer Erholung. Eine vorsichtige Bearbeitung des Beziehungskonfliktes, die darauf abzielt, dass der Patient aus eigener Kraft, wenn auch vielleicht in einer für ihn ärmeren Welt, leben kann, ist dann notwendig. Gelingt auch das nicht, ist für lange Zeit oder dauerhaft eine regressive Lebensform, in schweren Fällen in einem Heim, unausweichlich.

Psychopharmaka. Sie helfen, den quälenden Zustand der Depression erträglicher zu machen. Ihre Wirkung sollte man den regressiven Maßnahmen zuordnen. Sie beruhigen, was vor allem heißt, dass sie affektive Reaktionen dämpfen. Sie nehmen Angst, und sie machen gegenüber inneren und äußeren Situationen gleichgültiger. Beseitigen können sie die Depression in der Regel nicht. Generell von einer direkt stimmungsaufhellenden Wirkung zu sprechen, scheint uns nicht korrekt.¹²

Ambulante Behandlung. Wir haben keine systematischen Untersuchungen dazu gemacht, aber wir haben den Eindruck, dass diese Grundsätze auch in ambulanten Behandlungsrahmen von Wert sind. Selbst in einer Psychoanalyse würde es z. B. die Regeln der Abstinenz und Neutralität nicht verletzen, wenn der Analytiker in akuten Phasen der Depression die Regression des Analysanden akzeptiert, ohne sie so zu deuten, dass sich der Analysand genötigt fühlt, sie aufzugeben. Aber sicher braucht es eine eigene Untersuchung zu der Frage, was die hier abgeleiteten Grundsätze für die ambulante Behandlung bedeuten könnten.

Literatur

Arieti, S. und J. Bemporad (1978): Depression. Krankheitsbild, Entstehung, Dynamik und psychotherapeutische Behandlung. Stuttgart (Klett-Cotta) 1983.

Arieti, S. (1978): Die postpartale Depression. In: S. Arieti und J. Bemporad (Hg.) (1978), 331-350.

Beiser, M. (1988): The health of immigrants and refugees in Canada. *Santé, Culture, and Health*, 2, 197-213.

Bemporad, J. (1978): Psychodynamische Aspekte von Depression und Suizid bei Kindern und Heranwachsenden. In: S. Arieti und J. Bemporad (Hg.) (1978), 254-285.

Benedetti, G. (1981): Zur Psychodynamik der Depression. *Nervenarzt*, 52, 621-628.

Bettelheim, B. (1960): *Aufstand gegen die Massen*. München (Szasz) 1966.

Bibring, E. (1953): Das Problem der Depression. *Psyche* 6, 1952/53, 81-101.

¹² Wir sind uns darüber im Klaren, damit ein Tabu zu berühren – obwohl es dafür inzwischen auch Belege gibt (z.B. Kirsch et al. 2002).

- Birtchnell, J. (1970): Depression in relation to early and recent parent death. *Brit. J. Psychiat.*, 116, 299-306.
- Blatt, S. J. (1998): Contributions of psychoanalysis to the understanding and treatment of depression. *JAPA* 46, 723-752.
- Bleichmar, H. B. (1996): Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic treatment. *Int. J. Psycho-Anal.*, 77, 935-961.
- Böker, H. (1999): *Selbstbild und Objektbeziehungen bei Depressionen*. Darmstadt (Steinkopff).
- Bose, J. (1995): Trauma, depression, and mourning. *Contemp. Psa.*, 31, 399-406.
- Bowlby, J. (1980): *Verlust: Trauer und Depression*. Frankfurt / Main (Fischer) 1983.
- Brenner, C (1991) : A psychoanalytic perspective on depression. *JAPA*, 39, 25-43.
- Brown, G. W. und T. Harris (1978): *Social Origins of Depression*. London (Tavistock Publications).
- Cohen, M. B. et al. (1954): An intensive study of twelve cases of manic depressive psychosis. *Psychiatry*, 17, 103-137.
- Corruble, E., D. Ginestet und I.D. Guelfi (1996): Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: A review. *J. Affective. Dis.*, 37, 157-170.
- Eicke-Spengler, M. (1977): Zur Entwicklung der psychoanalytischen Theorie der Depression. Ein Literaturbericht. *Psyche*, 12, 1079-1125.
- Fenichel, O. (1945): *Psychoanalytische Neurosenlehre*. Bad. II Depression und Manie. Olten (Walter Verlag AG) 1975.
- Field, T. (1995): Infants of depressed mothers. *Infant. Behav. Dev.*, 18, 1-13.
- Fonagy, P. et al. (2004): *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst* Stuttgart (Klett-Cotta)
- Freud, S. (1917): Trauer und Melancholie. *GW X.*, 427-446.
- Goldstein, M. J., M. Rea und D. J. Miklowitz (1996): Family factors related to the course and outcome of bipolar disorder. In: G. Mundt et al. (Hg.), 193-203.
- Goodman, S. H. (2002): Depression and early adverse experiences. In: I. H. Gotlib und C. L. Hammen (Hg.), 245-267.
- Gotlib, I. H. und C. L. Hammen (Hg.) (2002): *Handbook of Depression*. New York, London (The Guilford Press).

Hartmann, H. (1964): Ich-Psychologie. Studien zur psychoanalytischen Theorie. Stuttgart (Ernst Klett Verlag) o.J.

Hägglund, T.-B. (1981): From depression to mourning. *Psychoanal. Rev.*, 4, 17-26.

Hawton, K. und K. v. Heeringen (Hg.) (2000): *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Chichester, New York, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto (John Wiley & Sons, Ltd.).

Hayhurst, H. et al. (1997): Expressed emotions and depression. A longitudinal study. *Brit. J. Psychiatry*, 171, 439–443.

Haynal, A. (1978:) Some reflexions on depressive affect. *Int. J. Psycho-Anal.*, 59, 165-171.

ICD 10, (2005) Dilling, H., W. Mombour und M. H. Schmidt (Hg): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. 5. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle (Verlag Hans Huber).

Jacobson, E. (1971): *Depression*. Frankfurt / M. (Suhrkamp) 1977.

Keitner, G. J. (1990): *Depression and Families. Impact and Treatment*. Washington DC (American Psychiatric Press, Inc.) 1-29.

Keller, M. B. et al. (1984): Long-term outcome of episodes of major depression - Clinical and public health significance. *JAMA*, 252, 788 –92

Keller, M. B. und R. W. Shapiro (1981): Major depressive disorder - Initial results from a one-year prospective naturalistic follow-up study. *J. Nerv. Mental. Dis.* 169, 761– 68.

Kirsch, I. et al. (2002) The emperor's new drugs: An analysis of antidepressant medication data submitted to the U.S Food and Drug Administration. *Prevention & Treatment* 5, Article 23

Kitron, D. G. (1999): A developmental perspective of depression – towards a novel formulation. *Isr. J. Psychiatry Rel. Sci.*, 36, 153-163.

Klein, M. (1960): Zur Psychogenese der manisch-depressiven Zustände. *Psyche*, 14, 256-283.

Lax, R. (1989): The narcissistic investment in pathological character traits and the narcissistic depression: Some implications for treatment. *Int. J. Psycho-Anal.*, 70, 81-90.

Leenaars, A. A. (2004): *Psychotherapy with Suicidal People*. Chichester (John Wiley & Sons, Ltd.).

- Matakas, F. (1992): Neue Psychiatrie. Integrative Behandlung: psychoanalytisch und systemisch. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Matakas, F. et al. (1999): Effect of the family relationship on in-patient treatment of severe major depression: Is family therapy always appropriate? *Family Therapy*, 26, 201-211.
- Matakas, F und E. Rohrbach (2005): Suicide prevention at the psychiatric hospital. Zur Publikation eingereicht.
- Mentzos, S. (1995): Depression und Manie. Psychodynamik und Therapie affektiver Störungen. Göttingen, Zürich (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Milrod, D. (1988): A current view of the psychoanalytic theory of depression – with notes on the role of identification, orality, and anxiety. *Psychoanal. St. Child*, 43, 83-99.
- O'Hara, M. W. (1995): *Postpartum Depression: Causes and Consequences*. New York (Springer).
- Parin, P. (1973): Der Beitrag ethno-psychoanalytischer Untersuchungen zur Aggressionstheorie. *Psyche*, 27, 237-248.
- Perelberg, R. J. (1999): *Psychoanalytic Understanding of Violence and Suicide*. London New York (Routledge).
- Rado, S. (1927): Das Problem der Melancholie. *Int. Z. Psychoanal.*, 13, 439-455.
- Rado, S. (1951): Psychodynamics of depression from the etiological point of view. *Psychosom. Med.*, 13, 51 – 55.
- Rosenthal, S. H. und G. Klerman (1966): Content and consistency in the endogenous depressive pattern. *Brit. J. Psychiatr.*, 112, 471–84.
- Sandler, J. und W. G. Joffe (1965): Notes on childhood depression. *Int. J. Psycho-Anal.*, 46, 88-96.
- Specht, E.-K. (1977): Die psychoanalytische Theorie der Verliebtheit - und Platon. *Psyche*, 31, 101-141.
- Spitz, R. A. (1946) : Anaclitic depression. An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanal. Study Child*, 2, 213-342.
- Sroufe, L. A. (2000): Early relationships and the development of children. *Inf. Ment. Health J.*, 21, 67-74.
- Stern, D. N. (1986): *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart (Klett-Cotta) 1992.

Tronick, E. Z. (2003, 2004): Stimmungen des Kindes und die Chronizität depressiver Symptome: Der einzigartige schöpferische Prozess des Zusammenseins führt zu Wohlbefinden oder in die Krankheit. Teil 1,2. Z. Psychosom. Med. Psychoth., 49, 408-424. 50, 153-170.

Veiel, H. O. F. (1996): Gender differences in the role of interpersonal dependency in depression. In: C. Mundt et al. (Hg.): 168-189.

Will, H. (1994): Zur Phänomenologie der Depression aus psychoanalytischer Sicht. Psyche, 48, 361-385.

Winnicott, D. W. (1958): Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Frankfurt am Main (Kindler,1983), 276-299.

Wilson, A. (1986): Archaic transference and anaclitic depression. Psychoanal. Psychol., 3, 237-256.