

Depression aus Sicht der Integrativen Therapie

René Reichel, Franz Brunner, Barbara Enk, Angelika Jobst und Regina Magdowski

Zusammenfassung: Depression aus Sicht der Integrativen Therapie

Im Kontext des Bemühens, störungsspezifische Konzepte der Integrativen Therapie prägnant zusammenzufassen, fokussiert der vorliegende Artikel auf Depression aus integrativer Sicht. Ausgangspunkt ist das integrative Leibkonzept, für das ergänzend zu Hilarion Petzold und seinen Mitarbeiterinnen vor allem Thomas Fuchs wertvolle Beiträge geliefert hat. Auf diesen Grundlagen aufbauend werden allgemeine integrative Behandlungsstrategien bei Depression vorgestellt.

Anschließend werden spezielle Themen und Krankheitsbilder in Verbindung mit Depression aus integrativer Sicht diskutiert: Burnout, Trauer und Depression, Suizidalität und Depression, Postpartale Depression sowie Depression im Alter.

Schlüsselwörter: Depression, Integrative Therapie, Trauer, Suizid

Abstract: Depression from the View of Integrative Therapy

In connection with a general aim to give a résumé on specific clinical pictures from the view of Integrative Therapy this article focusses on depression. Starting point is the basic integrative concept of ‚Leib‘, for which additional to the main works of Hilarion Petzold and colleagues Thomas Fuchs has presented valuable contributions. Based on this some general strategies for treatment of depression are summarized in a nutshell.

Further specific aspects of depression are discussed, such as burnout, grief and depression, suicidality and depression, postpartal depression, high age depression.

Keywords: Depression, Integrative Therapy, grief, suicide

*... und kennst du das gefühl
wenn die gefühle verschwunden sind
und du versuchst sie zu erspüren
doch es geht nicht schwimmt nicht fliegt nicht
kriecht nicht bewegt sich nicht und vor allem
tanzt es nicht
es tanzt nicht.
(Fräulein Hona) ^[1]*

Vorbemerkung

Rund um das Thema „Depression“ ist in den letzten Jahren vieles in Bewegung gekommen, je nach soziokulturellem Hintergrund, nach Schulorientierung oder nach Professionalisierungsgrad. Depression wird einerseits als „Volkskrankheit“ bezeichnet, andererseits dauert es bis zur richtigen Diagnose nach wie vor oft mehrere Jahre. Unser Anspruch in diesem Beitrag ist nicht die Vollständigkeit, sondern wir wollen einige ausgewählte Bereiche, wie sie derzeit unter dem Begriff Depression versammelt werden, unter der Perspektive Integrativer Therapie in den Blick nehmen. Nach der gemeinsamen Arbeit ist deutlich geworden, wie viel Arbeit und Weiterentwicklung noch wünschenswert ist.

Depression als leibliche und zwischenleibliche Krankheit

Versteht man den Leib als primären Raum des Selbsterlebens, des Befindens und der Gestimmtheit und als primäre Verbindung zur Welt, dann erscheinen aus dieser Sicht „psychische Krankheiten eher als Veränderungen des gelebten Leibes, des gelebten Raums und der Beziehungen mit anderen“ (Fuchs, 2015, S. 157).

Fuchs versteht Depression als zwischenleibliche und interaffektive Erkrankung:

In der Depression kapselt sich der subjektive Leib von den lebendigen Kontakten mit der Umwelt ab. Statt als Medium der Zuwendung zur Welt zu fungieren, verdichtet und verdinglicht er sich zum Körperobjekt, das allen nach außen gerichteten Impulsen Widerstand entgegensetzt. Zugleich versagt die zwischenleibliche Resonanz, über der sich der elementare Kontakt zu ändern herstellt. (Fuchs, 2015, S. 161-162)

Ein generelles Gefühl des Getrenntseins, des Ausgegrenztseins stellt sich ein. So manifestieren sich Trennungs- und Verlusterfahrungen, die typische auslösende Faktoren von Depression sind, leiblich. Der Leib verliert die Fähigkeit, Medium zur Welt zu sein und wird zum Körper-Objekt.

Die leibliche Grundverfassung der Depression lässt sich wie folgt beschreiben: konstante beengende Spannung, Konstriktion, Erstarren in der leiblichen Enge einzelner Regionen (Panzer, Reifen über Brust, Enge beim Atmen, Druck im Kopf, etc.) oder diffuse Angst. Diese Enge erschwert und versperrt den Austausch mit der Umwelt. Atmung, Appetit, Libido, Antrieb, Spontaneität, Vitalität sind eingeschränkt. Weinen geht nicht – Lösung in leiblicher Regung geht nicht. Die Wahrnehmung und die Bewegung sind gehemmt. Die Partizipation an der Welt ist eingeschränkt. Auch sprachliche Äußerungen werden reduziert. Die Welt verliert ihren Aufforderungsscharakter. Der Leib verliert die emotionale Resonanzfähigkeit – Freudlosigkeit, Lähmung, Gefühle und Atmosphären können nicht mehr ergriffen werden. Leere, gedrückte Stimmung, Ermattung, Schwere stellen sich ein.

„Die affektive Seite der Erkrankung besteht also gerade in der schmerzlich erlebten Unfähigkeit, Gefühle wie Trauer, Freude oder Heiterkeit leiblich noch spüren zu können“ (Fuchs, 2015, S. 165).

Die Grunderfahrungen der Trennung, des Zurückbleibens, der Niederlage, des Verlusts manifestieren sich auf leiblicher Ebene. Der Mensch reagiert leibseelisch. Depression ist auch eine biologische Erkrankung, welche mit neurobiologischen und körperlichen Funktionsstörungen, einer Dysregulation des Hormonsystems, des Biorhythmus und des Immunsystems einhergeht. All dies ist „der sinnhafte Ausdruck einer Störung der Zwischenleiblichkeit und der interpersonellen Beziehungen, die sonst von einem gemeinsamen Stimmungsraum getragen sind“ (Fuchs, 2015, S. 172).

Dieser Zustand führt zur Entfremdung und Selbstentfremdung. Das kann bis hin zu wahnhaften Zügen wie Schuldwahn oder Insuffizienzwahn reichen. „Die schwere, melancholische Depression lässt sich dann als eine spezifische, nämlich leiblich-affektive Form der Depersonalisation beschreiben“ (Fuchs, 2015, S. 167).

Depressionen (Petzold weist plausibel darauf hin, dass es sinnvoller ist, von Depressionen im Plural zu sprechen) sind keine sehr prägnant zu beschreibenden Krankheiten, sondern können als vielschichtiges Syndrom charakterisiert werden:

Dysthymien und andere Depressionen sind als ein „Syndrom“, ein Komplex dysregulierter Verhaltensweisen zu sehen, der schwere Störungen des psycho-affektiven Lebens (Misstimmungen, Negativgefühle), der kognitiven Orientierung (Negativgedanken), des

psychophysischen Befindens (Negativempfindungen, Regulationsstörungen) umfassen kann, sowie des sozialen Verhaltens (Rückzug, Isolation, Menschenscheu) und des ökologischen Bezugs (Bewegungsarmut, Naturentfremdung). (Petzold, 2014a, S. 3)

Aus integrativer Sicht kann man daher zusammenfassend sagen: Depressionen sind gekennzeichnet von eingeschränkter Expressivität und reduziertem Antrieb. Die damit verbundene bio-psycho-sozial-ökologische Dynamik neigt dazu, sich selbst zu verstärken.

Die besondere Bedeutung der Wechselwirkungen zwischen physiologischen, emotionalen, kognitiven und sozialen Aspekten gerade bei Depressionen betont Petzold immer wieder und warnt davor, sich auf die „Henne oder Ei“-Frage einzulassen. Stattdessen spricht er von einer zirkulären Dynamik (Petzold, 2014b), wie es für eine bio-psycho-sozial-ökologische Sichtweise angemessen ist (siehe auch Fuchs, 2008). Die Forschung ist hier noch lange nicht zu Ende.

Allgemeine Behandlungsgrundsätze

Genesung kann über das Nachlassen der Hemmung, der schrittweisen Rückkehr des eigenleiblichen Spürens und in der Folge über die Wiederkehr der motorischen und sozialen Aktivität erfolgen.

Unterstützung durch den Psychotherapeuten/die Psychotherapeutin ist je nach Schweregrad auf sehr unterschiedliche Weise möglich:

1. Zunächst ist eine **medizinische Abklärung** notwendig. Dabei ist vor allem der Schweregrad des momentanen depressiven Zustandsbildes handlungsleitend. Bei schweren Depressionen gilt es festzustellen, inwieweit auf Grund einer momentanen, allgemeinen Überforderung oder einer suizidalen Einengung stützende Maßnahmen einzuleiten sind. Diese können von einer medikamentösen Therapie bis hin zu einer vorübergehenden stationären Aufnahme (gegebenenfalls mit Unterbringung) reichen. Die Kombination von Psychopharmaka und Psychotherapie ist als die erfolgreichste Variante bei Depression gesichert (de Maat et al, 2007; Hollon, 2014).
2. Darauf aufbauend ist die Integrative Therapie gekennzeichnet von der Skepsis gegenüber vereinzelt Maßnahmen. Die Überzeugung, dass wir ein komplexes Menschen- und Weltbild brauchen und dass jegliche Reduzierung nur punktuell Sinn macht, führt auch zu einer komplexen Behandlungsperspektive, zu einem „**integrativen Maßnahmenbündel**“ (Petzold, 2014b). Grundstruktur im Hintergrund eines solchen Maßnahmenbündels bietet in der Integrativen Therapie die konsequente Orientierung am Therapieprozess (prozessuale Diagnostik) und das Konzept der „Vier Wege der Heilung und Förderung“. Die hier

anschließend genannten Vorgehensweisen sind nicht in der beschriebenen Reihenfolge zu verstehen:

3. **Ein engagiertes Beziehungsangebot** kann es für die Patienten/Patientinnen ermöglichen, Gefühle wieder fühlen zu dürfen und sie anzunehmen. Verlässliche Akzeptanz durch die Therapeutin ermöglicht korrigierende Erfahrungen.
4. **Eine intermittierende fokale Psychotherapie**, die u. a. die Arbeit an der Veränderung negativer Kognitionen, negativer Gefühle („erlernte Hilflosigkeit“) sowie ein „Willensempowerment“ mit einschließt.
5. **Netzwerktherapeutische Maßnahmen** zur Veränderung von Beziehungen in Familie, Freundeskreis, Nachbarschaft, Kollegen-/Kolleginnenkreis, zur Erfahrung von Gemeinschaft und Solidarität ... sowie eventuell die Anschaffung eines Haustieres.
6. **Leib-, bewegungs- und sporttherapeutische Maßnahmen** einschließlich Aktivitäten mit Naturbezug („green therapy“; Steiner, 2015).
7. **Agogische und kreativtherapeutische Maßnahmen** einschließlich Stärkung der Motivation zu Arbeitsfähigkeit und beruflicher Weiterentwicklung (Fortbildung etc.).
8. **Eine gesellschaftskritische Reflexion** der eigenen Krankheit.

„Natürlich muss für die einzelnen Maßnahmen und das **Gesamtbündel** der Maßnahmen der **Wille des Patienten** gewonnen werden“ (Petzold, 2014b, S. 25), und das ist bei Depression, besonders bei einer längeren Krankheitsgeschichte, ein Schlüsselproblem. Wenn das gleichzeitige therapeutische Beziehungsangebot passt, können wir aber davon ausgehen, dass genau das hier beschriebene Konzept des Maßnahmenbündels eine Chance bietet, dass im Zuge verschiedener gleichzeitig stattfindender Erfahrungen auch „korrigierende“ Erfahrungen dabei sind, die zugleich die Motivation fördern, solche Erfahrungen weiterhin zu machen, bis sie „greifen“, sodass - ähnlich der Negativspirale - jetzt umgekehrt eine förderliche Dynamik der Heilung in Gang kommt.

Schwere Depression

Die Diagnose einer Depression fokussiert vorerst auf die Bestimmung ihres momentanen Schweregrades. Daraus ergibt sich, ob eine Behandlung in einem ambulanten, teilstationären oder stationären Setting durchgeführt werden muss (Möller, Laux & Kapfhammer, 2008).

Bei schweren Ausprägungen, insbesondere bei vorhandener Suizidalität und gleichzeitigem Mangel an sozialen Ressourcen, ist eine stationäre oder teilstationäre Therapie indiziert. Die Vorteile einer stationären Behandlung liegen in einer vorübergehenden Entlastung, einem vielfältigen Therapieangebot und im Schutz vor suizidalen Handlungen für die Betroffenen (Arolt & Kersting, 2010).

Menschen wollen über ihr Leben selbst bestimmen und über ihr Tun und Lassen selbst entscheiden. Die Erfahrung, dass man mit den alltäglichen Anforderungen überfordert ist und auf professionelle Unterstützung angewiesen ist, geht meist mit einem Gefühl von Ohnmacht und Hoffnungslosigkeit einher. Der/die Betroffene erlebt sich als nutzlos und als Belastung für andere. In solchen Phasen der Unselbstständigkeit und Abhängigkeit ist die Würde des Menschen in Gefahr (Bieri, 2015). Nach Petzold (2003) gilt es in Situationen eingeschränkter Selbstsorge nach dem ethischen Maß der unterstellten Intersubjektivität zu handeln. Ständige Anpassungsprozesse an fremdbestimmte oder auch selbstgewählte Normen bei gleichzeitiger Unterdrückung eigenleiblicher Bedürfnisse führen zur Verdinglichung und Entfremdung vom eigenen Leibsubjekt. Wenn jemand sich nicht mehr als Subjekt erlebt, wenn eigene Gefühle, Bedürfnisse und das eigene Wollen nicht mehr spürbar sind, ist Stützung, aber auch kurzfristiger Eingriff von außen notwendig. Das braucht eine Form der Begegnung, in welcher die/der Betroffene als Subjekt wahrgenommen und respektiert wird. Das ermöglicht ihm/ihr, sich auch selbst wieder als ein solches zu erleben. Diese Form einer würdevollen Begegnung muss die Basis für alle weiteren Interventionen und Therapieangebote sein. Neben Psychotherapie und medikamentöser Therapie zählen Ergotherapie, Leibtherapie, Sporttherapie, Musiktherapie, Gartentherapie (Steiner, 2015) und Sozialarbeit zu den Standards einer stationären Depressionsbehandlung (Arolt & Kersting, 2010). Alle Therapieangebote sind Teile eines multimodalen Behandlungskonzepts, dessen übergeordnetes Ziel es ist, den betroffenen Menschen wieder zu seinem Selbsterleben als fühlendes, handelndes und selbstbestimmtes Subjekt hinzuführen.

Spezielle Phänomene und Themen im Krankheitsbild Depression

Burnout

Fallvignette:

„Ich schleppe mich jeden Tag in die Firma, obwohl ich nicht mehr kann. Alles, was früher in der Arbeit Spaß gemacht hat, ist nur noch mühsam. Meine Gedanken kreisen ständig um Probleme, und ich finde keine Möglichkeit zur Entspannung. Ich glaube, ich habe auch schon Panikattacken und kann seit Wochen nicht gut schlafen. Wenn ich etwas Privates unternehme, kann ich den Gesprächen kaum mehr folgen und denke mir oft, was mit mir los ist. Ich habe das Gefühl, ich bin wie ein lächelnder Roboter nach außen; wenn ich genauer hinspüre, habe ich eine erstarrte Mimik.“

Trotz zahlreicher Publikationen ist es bis jetzt nicht gelungen, sich auf eine einheitliche, normierte und verbindliche Begriffsbildung zu einigen. Oft wird der Begriff Burnout ersatzweise für Depressionen von arbeitenden Menschen verwendet.

Christina Maslach und Michael P. Leiter (2001) beschreiben den Burnout-Begriff wie folgt mit:

- emotionaler Erschöpfung
- Depersonalisation
- Leistungsunzufriedenheit – Leistungsabfall

Erschöpfungszustände und andere Burnout-Beschwerden entsprechen laut ICD-10 (Z 73, Z73.0 „Burnout gleichbedeutend mit Zustand der totalen Erschöpfung“) (Dilling & Freyberger, 2001) noch nicht dem Vorliegen einer Krankheit.

Ortwin Meiss (2016) versucht, Unterschiede zwischen zu Depression und zu Burnout neigenden Menschen herauszuarbeiten. Er hat herausgefunden, dass sich die Grundeinstellungen und Sichtweisen in ihrem Selbst- und Weltbild sowie in ihrer Einstellung zu Leistung und Umweltbedingungen in den beiden Gruppe deutlich unterscheiden. Depressive Menschen verharren oft in ihrer Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit und sehen wenige Veränderungsmöglichkeiten, Burnout-Gefährdete haben oft „alles fest im Griff“. Der Blick in die Zukunft ist für depressive Patienten oft wenig positiv und nach ihrer Einschätzung auch wenig beeinflussbar, Burnout-Patienten glauben, mit der richtigen Anstrengung alles schaffen zu können.

Depressive Patienten/Patientinnen unterschätzen oft ihre Möglichkeiten zur Veränderung, glauben, keinen Einfluss auf ihre Ressourcen und Potentiale zu haben. Bei Patienten/Patientinnen mit Burnout-Syndrom findet sich oft eine Überschätzung in ihren Leistungsmöglichkeiten, eine Ignoranz den eigenen Bedürfnissen und den eigenen Grenzen gegenüber.

In der Integrativen Therapie wird Burnout folgendermaßen definiert:

... als ein **komplexes Syndrom**, das durch multifaktorielle, z. B. makro-, meso- und mikrosoziale, zeittextendierte **Belastungen** bzw. Überlastung eines personalen oder sozialen Systems bis zur völligen Erschöpfung seiner Ressourcen verursacht wird, besonders wenn ein Fehlen protektiver Faktoren und eine schon vorhandene Vulnerabilität gegeben ist. Sofern nicht durch die Beseitigung von Stressoren und Entlastung, z. B. durch Zuführung von Ressourcen eine Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit gewährleistet wird, hat Burnout Funktionsstörungen, Fehlleistungen und Identitätsverlust des Systems zur Folge.

Bei personalen Systemen führt dies zu Motivationsverlust, emotionaler Erschöpfung, Leistungsabfall, Selbstwertkrisen und psychischen und psychosomatischen, aber auch psychosozialen Symptomen, wie z. B. aggressiver Umgang mit Patienten und Klienten bis hin zu Vernachlässigung und Misshandlung. (Petzold, 2003, S. 637)

In der Betreuung erschöpfter Menschen bedeutet das im Sinne der Integrativen Therapie, auf Ressourcenaktivierung, Erlebnisaktivierung und Persönlichkeitsentfaltung zu schauen, also den dritten Weg der Heilung zu aktivieren. Die Vielfalt der kreativen Medien bietet wichtige Ansätze zur Förderung von Ausdrucksvermögen und Aktivierung von kreativen Fähigkeiten.

Trauer und Depression

Thesen zur „normalen“ Trauer

1. Trauer ist ein (nicht krankheitswertiges) Gefühl bzw. eine Gefühlmischung eines Menschen, Depression hingegen ist die Bezeichnung für eine Erkrankung eines Menschen.
2. Trauer ist zunächst
 - normal, d. h. Medikamente verschieben das Problem nur
 - eine Reaktion, d. h. nicht planbar
 - kultur- und genderspezifisch, daher ...
 - ... vielfältig in den Ursachen und den Formen. Es gibt kein richtig oder falsch, es ist ein Prozess, der muss „fließen können“.
3. Die „normalen“ Anpassungsprozesse auf Veränderungen folgen keinen Gesetzmäßigkeiten, dennoch bieten die bekannten Phasenmodelle eine hilfreiche Orientierung.
4. Es sind spannungsvolle Prozesse in der Bewältigung zu beobachten und mitmenschlich zu unterstützen:
 - Verlust-Orientierung UND Wiederherstellungs-Orientierung
 - Auseinandersetzen UND Ausweichen („*das Leben geht weiter*“)
 - „*Relocate*“ - Die Wahrnehmung der gemeinsam vertrauten Umwelt verändert sich. Bindungsgefühle müssen sich neu orientieren. Die Umwelt (z. B. die Wohnumwelt) muss aktiv verändert werden.
5. Erst bei „komplizierter Trauer“ (Znoj, 2004) ist eine professionelle, therapeutische Sicht- und Vorgehensweise sinnvoll.

Komplizierte Trauer

ist nach Znoj (2004) gekennzeichnet durch

- keine allmähliche Abnahme der Trauerintensität;
- starke, anhaltende Schuldgefühle (etwas am Toten versäumt zu haben, das Unglück durch Unachtsamkeit oder Nachlässigkeit selbst verantwortet zu haben);
- keine oder kaum Anpassung an die neue Wirklichkeit;
- reaktives selbstschädigendes Verhalten (Alkohol, Drogen);
- Depression;

- langfristige Schlaf- und Essstörungen;
- Vernachlässigung des sozialen Netzes und damit verbunden
- Vereinsamung.

Komplizierte Trauer entsteht u. a. bei

- aberkannter Trauer oder entrechteter Trauer: bei verbotenen oder geheimen Beziehungen (Paul, 2012; Metz, 2014). Hier geht es um von innen oder von außen nicht zugestandene Trauer: *„Ich darf nicht zeigen (vielleicht auch nicht spüren), wie wichtig dieser Mensch für mich war (und ist)“, „Die ist noch zu klein dafür“, „Der versteht das eh nicht“, „So schlimm ist das doch gar nicht.“*
- traumatischen Todesumständen
- Schuld: Ein größeres Schuldthema ist offengeblieben, konnte nicht zu Lebzeiten behandelt werden (Paul, 2010).
- Schuldgefühlen: Der/die Überlebende hat das Gefühl, der/dem Verstorbenen etwas schuldig geblieben zu sein (Paul, 2010)

Aus integrativer Position ist es wichtig, zwischen Schuld und Schuldgefühlen zu unterscheiden! Hier greifen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, die nur auf die Gefühle fokussieren, zu kurz, wenn sie nicht Schuld auch als Realität anerkennen. Interventionen müssen hier auch die Richtung von möglicher „Wiedergutmachung“ einschlagen und dürfen nicht nur „an den Gefühlen arbeiten“.

Trauer kann eine bestehende depressive Neigung verstärken oder aktualisieren, komplizierte Trauer kann eine depressive Störung in Gang setzen. Hier ist u. a. auf die großartigen Fallgeschichten in einem neuen Buch von Irvin D. Yalom hinzuweisen (Yalom, 2015), die alle mit komplizierter Trauer, viele in Verbindung mit Depression, zu tun haben.

Integrative Praxeologie bei Trauer und Depression

Gängige Normen und Klischees bei Trauer sind zu hinterfragen und abzuwehren. Es gibt z. B. kein „Loslassen“, sondern „continuing bonds“ (andauernde Bindungen), deren Veränderungsprozesse von außen nicht zu bewerten sind. Viele Patienten/Patientinnen unterliegen solchen Klischees von einem verfrühten Ende bzw. einem endgültigen Loslassen, die teilweise auch in therapeutischen Konzepten vertreten werden (siehe auch die Kritik von Helen Schmid-Blumer, 2011).

Auch wenn wir die populär gewordenen Modelle einer Abfolge von bestimmten Trauerphasen als überholt betrachten können, so gibt es eben doch Phasen im Sinne einer Verlaufsheuristik.

Und das bedeutet, dass wir in der Psychotherapie ein besonderes Gespür für die Übergänge solcher Phasen brauchen, denn genau hier sind bestimmte Impulse hilfreich. Die nicht nur von Patienten/Patientinnen und ihrer Mitwelt, sondern auch vom Gesundheitssystem ausgehende oder verstärkte generelle Ungeduld in der Krankheitsbehandlung muss von uns selbstkritisch reflektiert und ferngehalten werden, wenn wir nicht „das Richtige zum falschen Zeitpunkt“ (kurz „pushen“) machen wollen. Dieses Gefühl für das gute *Timing* ist eng verbunden mit einer guten und gelungenen Selbsterfahrung zu Trauer.

Einen besonderen Stellenwert im Repertoire der Integrativen Praxeologie nehmen Arbeitsweisen ein, die eingesetzt werden, wenn „Worte fehlen“. Und das ist bei Trauer häufig der Fall.

Wie kann die Sprachlosigkeit angesichts der eigenen Endlichkeit und der damit verbundenen Gefühle überwunden werden, damit eine existentielle Auseinandersetzung stattfinden kann. Die Integrative Therapie hat sich immer schon mit der therapeutischen Arbeit im sprachlosen Raum befasst und über ihre unterschiedlichen kunsttherapeutischen und bewegungstherapeutischen Zugänge nach anderen Ausdruckswegen für die Sprachlosigkeit der Menschen angesichts von Überwältigendem, Unsagbarem, Atmosphärischem gesucht. ... Über Bilder, Symbole, Bewegungen, Körperhaltungen, Gedichte, Töne etc. wird Sprachloses, Atmosphärisches, Gefühltes ausgedrückt. So wird es möglich die „Räume der Sprachlosigkeit“ zu betreten und sie zu erleben und zu erfahren und die dabei gewonnenen Eindrücke wiederum auszudrücken und in Sprache zu bringen (vgl. Orth 2007, 57-59). (Jobst, 2012, S. 68)

Aber auch wenn die Sprache möglich ist, dann ist auf die szenische Arbeit bzw. die „dramatische Therapie“ (Petzold, 1982) hinzuweisen, die in der Integrativen Therapie eine lange Tradition hat und ein nicht wegzudenkendes Element darstellt.

Die Integration von Trostarbeit in das beschriebene Maßnahmenbündel bei Trauer und Depression, kreativ eingesetzt und fernab jeglicher engen Manualisierung, ergibt insgesamt einen brauchbaren Fächer von Interventionen für Integrative Therapeuten/Therapeutinnen.

Suizidalität und Depression

Aussagen eines Menschen mit einer mittleren oder schweren Depression und Aussagen eines suizidalen Menschen ähneln sich häufig. In beiden klingt vieles nach Schwere und Aussichtslosigkeit. Die Resonanzen bei Angehörigen, Betreuenden und manchmal auch bei Ärzten und Psychotherapeutinnen sind aber hier ganz unterschiedlich. Die Stimmung einer Depression überträgt sich leicht auf das Gegenüber und löst dann manchmal Ärger, manchmal die Tendenz

des Ablenkens, auch des Bagatellisierens aus. Suizidalität hingegen bewirkt in den meisten Fällen Angst beim Gegenüber, kleine oder große. Das gilt insbesondere bei Professionisten dann, wenn diese Angst institutionell verstärkt wird („Bei uns darf so etwas nicht passieren!“), oder wenn einem dieser Mensch am Herzen liegt, oder wenn diese Angst selbst nicht wahrgenommen werden darf. Suizidalität ist daher immer sowohl eine besondere Frage der Selbsterfahrung^[2] des jeweiligen Gegenübers bzw. seiner Gegenübertragung (Kind, 2011), als auch eine Frage der offiziellen Regelungen bzgl. Verantwortung. Hier wird vieles als unklar oder verschwommen wahrgenommen, was dann die Angst verstärkt. Es geht hier um ein gesellschaftlich ziemlich unterentwickeltes Thema, das gilt leider auch für die medizinische Community.

State of the Art

Suizid ist kein rein seelisches oder medizinisches Problem, sondern viel umfassender zu sehen. Er beinhaltet ebenso soziokulturelle, historische, moralische und philosophische Aspekte (Eichinger, 2010). Erst in den letzten circa 100 Jahren hat sich die Aufmerksamkeit stark auf die psychologische und medizinische Dimension verlagert und konzentriert. Speziell durch das Wirken von Erwin Ringel (1953) hat sich in unseren Breiten die Sichtweise von Suizid als krankheitswertiger Störung verbreitet. Dementgegen sagt Jean Améry (1976):

Wer abspringt, ist nicht unbedingt dem Wahnsinn verfallen, ist nicht einmal unter allen Umständen ‚gestört‘ oder ‚verstört‘. Der Hang zum Freitod ist keine Krankheit, von der man geheilt werden muss wie von den Masern ... Der Freitod ist ein Privileg des Humanen. (S. 33-43)

Und Albert Camus (1959) beginnt seinen „Mythos von Sisyphos“ mit dem Satz: „Es gibt nur ein wirklich ernstes philosophisches Problem: den Selbstmord“ (S. 9).

Klaus Dörner und Ursula Plog stellen in ihrem Lehrbuch „Irren ist menschlich“ (1982) unmissverständlich beide Positionen nebeneinander:

Suizid ist eine uns allen offene Möglichkeit der Verwirklichung menschlicher Freiheit – anthropologisch gesehen. Suizid ist der Abschluß einer Krankheit – psychiatrisch gesehen. ... Wenn ich in der Psychiatrie arbeite und einem suizidalen Menschen gerecht werden will, muss ich *beide* Seiten zusammen sehen. (S. 161)

Auch als Psychotherapeut/in muss man mit dieser widersprüchlichen Sichtweise leben, in der Suizidalität nicht ausschließlich als krankheitswertig betrachtet werden darf.

Rechtlich, medizinethisch und früher auch theologisch umstritten ist die Frage, ob ein Mensch „ein Recht auf Suizid“ hat.

Als Kriterium der Unterscheidung könnte helfen zu schauen, ob eine Komorbidität vorliegt, dass also die Suizidalität in Verbindung mit einer anderen, eindeutig als krankheitswertig einzustufenden Problematik einhergeht. Dazu gehören z. B. eine Traumatisierung oder eine Suchterkrankung oder - wie im Zentrum dieses Beitrags - eine schwere Depression.

Das entspricht auch den üblichen Risikogruppen:

- Menschen mit Suiziden in der Familie
- Suchtkranke
- Depressive
- Vereinsamte
- Menschen nach Suizidversuch(en)
- Ganz besonders: Menschen, für die zwei oder mehr dieser Kriterien zutreffen!

Martin Hautzinger (1998) listet prägnant „Indikatoren für akute Suizidalität“ auf:

Patient distanziert sich nicht von Suizidideen bzw. Suizidversuch, auch nicht nach ausführlichem Gespräch; Patient erlebt drängende Suizidgedanken; Patient wirkt ausgesprochen hoffnungslos (*Anm. d. V.: Dieser Punkt wird auch ganz gegenteilig beschrieben: Nach einem Suizidentschluss kann der Patient gelöst, gelassen und zuversichtlich wirken; das ist dann „die Ruhe vor dem Sturm“, also eine besonders akute Suizidalität (Sonneck, 2000, S. 155)*); Patient hat keine Zukunftsperspektive; Patient ist sozial isoliert, hat sich in letzter Zeit zunehmend zurückgezogen; Patient hat Konflikt, der zu Suizidideen/ Suizidversuch führte, nicht gelöst; Patient reagiert ausgesprochen gereizt/ aggressiv oder ist agitiert, ein tragfähiger Gesprächsrapport kommt nicht zustande; Patient hat schwere depressive Verstimmung, evtl. mit Wahnideen; Patient hat eine Suchterkrankung; Patient befindet sich in einer akuten psychotischen Episode; Patient hat einen oder mehrere Suizidversuche in der Vorgeschichte; Patient hat ein Suizidarrangement getroffen, das eine Auffindung schwierig oder unmöglich macht; Patient unternahm einen Suizidversuch mit harter Methode oder hat Suizidgedanken mit harter Methode; Patient zeigt mangelnde Impulskontrolle. (Hautzinger, 1998, S. 74-75)

Die psychiatrische Praxis im Umgang mit Suizidalität ist höchst unterschiedlich: Mal wird ein/e Patient/in - wenn er oder sie Suizidgedanken auch nur vage äußert - sofort nach dem österreichischen Unterbringungsgesetz 1990 untergebracht (Unterbringung ohne Verlangen, § 8.; Rechtsinformationssystem des Bundes, 2018), ein anderes Mal wird jemand ganz kurz nach einem

Suizidversuch wieder entlassen. Vieles hängt vom persönlichen Befinden und Denken des/der gerade verantwortlichen Arztes/Ärztin ab. Das ist natürlich unbefriedigend.

In der Theorie bzw. in übergeordneten Konzeptpapieren liest sich das jedoch gut. So schreibt die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention:

Sie finden für jeden Bereich Minimalstandards. ... Wird in einem Bereich der Minimalstandard der Organisation nicht erreicht, beeinträchtigt dies die Güte der gesamten Arbeit.

Ein Beispiel soll diese Verzahnung verdeutlichen: Auch wenn Mitarbeitende gelernt haben, Suizidsignale zu erkennen (Bereich IV), bleibt ihre Hilfe unzureichend, wenn sie die Schweigepflicht nicht ernst nehmen (Bereich V), oder sie ihre Arbeit nicht supervidieren lassen (Bereich III) oder sich unklar sind über das Selbstverständnis ihrer Arbeit (Bereich I) oder sie diese niemals evaluieren (Bereich VII) etc. (Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention, 1993)

Ähnlich kompetent liest sich das im Bericht „SUPRA - Suizidprävention Austria“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2011). Die Praxis jedoch ist anders, überwiegend konzeptlos und von individuellen und organisationsspezifischen Ängsten geprägt. Das wird auch im SUPRA-Bericht zugegeben: „Es gibt noch keine politische Beauftragung einer Person oder einer Institution, die sich gezielt mit dem Thema auseinandersetzt. Die Akteure sind in vielerlei Verpflichtungen eingebunden und nur zeitlich begrenzt in der Lage, sich der weiteren Entwicklung der Suizidprävention zu widmen“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2011, S. 16). Das wiegt allerdings schwer, denn Planlosigkeit und Angst sind keine gute Basis für den Umgang mit Suizidalität.

Als State of the Art kann noch gelten, dass ambulantes Arbeiten mit akut suizidalen Menschen abgelehnt wird. Nur ein stationäres Setting gilt als angemessen. Das leuchtet ein, stellt praxeologisch allerdings viele Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen und Menschen in verwandten Berufen vor sehr schwierige Aufgaben, denn es ist klar, dass ein Weiterverweisen oder ein Anruf bei der Rettung die Suizidalität manchmal noch akuter werden lässt. Hier wären spezielle Schulungen wichtig.

In einem weiteren Aspekt muss neu geforscht und der State of the Art neu formuliert werden: Die Aussage in Ringels „präsuizidalem Syndrom“ (Ringel, 1953/2015; Sonneck, 2000), dass Suizidalität durch die gegen sich selbst gerichtete Aggression gekennzeichnet ist, ist missverständlich. Angesichts von Amokläufen, von zum Absturz gebrachten Flugzeugen, von „Selbstmordattentaten“ ist Aggression und Autoaggression immer gemeinsam zu sehen. Der Begriff „erweiterter Selbstmord“ ist ebenso völlig unzureichend. Hier braucht es ganz neue Forschungen und neue Theorien.

Die integrative Sichtweise

In den bisher verfügbaren Texten zur Integrativen Therapie finden wir zur Suizidalität wenig. Das heißt, es ist dringend erforderlich, konzeptionell zu entwickeln und zu forschen.^[3]

Als Referenzautor eignet sich bei diesem Thema Klaus Dörner, der schon in seinem Standardwerk „Irren ist menschlich“ (Dörner & Plog, 1982) und dann besonders in seinem Beitrag „Krisenintervention bei suizidgefährdeten Personen“ (Dörner, 1991) mit äußerstem Respekt und großer Einfühlung an das Thema herangeht.

Praxeologisch spricht vieles dafür, einem suizidalen Menschen das Recht auf Suizid prinzipiell zuzugestehen, weil alles andere seine suizidale Abwehr bestärkt, indem er sich noch weiter bestätigt fühlt, dass ihn niemand versteht, ... und das wiederum verstärkt die Suizidalität. Aus der Bestätigung des Rechts auf den Suizid erwächst dann auch die gemeinsam geteilte Erkenntnis, dass dieses Recht jetzt, aber auch morgen und auch noch in zwei Monaten oder in einem Jahr besteht (Dörner, 1991). Dadurch wird der Aspekt der suizidalen Einengung (Ringel, 1953/2015) teilweise verringert.

Im Internet beschrieb das ein Betroffener so:

Freitag, 16. September 2011, 09:29. ... Mit den Gedanken an den Suizid, bekämpfe ich meine Ängste, weil es mir ein Trost ist zu wissen, ich kann jederzeit gehen. Seit meinen Suizidversuch vor 2 Jahren, habe ich gelernt das das Sterben gar nicht mal so schwer ist. LG Wolfgang. (Quelle nicht mehr zugänglich)

In allen zugänglichen Texten über den Umgang mit suizidalen Menschen wird betont, dass das Zuhören das Wesentliche sei. Dazu muss ergänzt werden, dass Zuhören auf jeden Fall zu wenig ist. Es geht, wie Klaus Dörner ganz im integrativen Sinne betont, um ein sich Einbringen mit seiner eigenen Suizidalität, also mit dem Wissen um die eigenen Verzweiflungsanteile im Laufe der eigenen Biographie. Hier zeigt sich dann auf unmittelbarste Weise, wie wir „intersubjektive Korrespondenz“ verstehen und leben. Das ist auch deshalb wichtig, weil ein intensives Gefühl von Einsamkeit ein Wesensmerkmal von Suizidalität ist. Dörner (1991) fordert daher diese selektive Offenheit und wagt dann sogar den Satz: „Geteilte Verzweiflung ist halbe Verzweiflung“ (S. 290). Klaus Dörners erhellender und zum Teil provokanter Text lässt sich in einigen zentralen Schritten zusammenfassen (Dörner, 1991). Diese Schritte gelten für ein Gespräch vor als auch nach einem Suizidversuch:

1. Die Anerkennung, dass sich mein Gegenüber in einem Zustand höchster Verzweiflung befindet.
2. Die Wahrnehmung und Andeutung, dass mir dieser Zustand nicht völlig fremd ist.
3. Der konsequente Verzicht auf die Frage „Warum?“, weil diese Frage die atmosphärische Involvierung (Verzweiflung, Trauer, Wut) zerstört.^[4]
4. Die Bestätigung, dass der Gedanke des Suizids eine - vielleicht die erste - Lösungsidee ist und insofern ein Schritt zu möglicher Befreiung.
5. Die Anerkennung, dass mein Gegenüber ein Recht auf sein Leben - und damit auch auf den Suizid - hat.
6. Der Hinweis, dass dieses Recht jederzeit besteht, also auch noch später.
7. Die Akzeptanz der Ambivalenz von Hoffnungslosigkeit und Hoffnung.
8. Ein sich selbst und dieses Gespräch als Modell anbieten für eine andere Möglichkeit, indem ich ausdrücke, wie wertvoll und wichtig es für mich ist, in dieses Denken und Fühlen mit einbezogen zu werden. Mein Gegenüber hat mir einen wichtigen Teil dieses Lebens wieder bewusst gemacht.
9. Ich selbst bin aber hier nur ein Repräsentant der Welt, der Mitwelt, die ebenfalls nicht auf mein Gegenüber verzichten kann: „Das Leben gehört mir, aber ich gehöre auch dem Leben.“

Ähnliche Gedanken bieten Haim Omer und Avshalom Elizur an in ihrem Text: „Was sagt man dem Menschen auf dem Dach?“ (o. J.) Solche Schritte sind natürlich je nach Persönlichkeit, Sprachstil und Rahmenbedingungen zu adaptieren, aber als Orientierungshilfe für eine Integrative Therapie und Beratung können sie sehr wohl dienen.

Darüber hinaus gibt es einige wichtige Begleitmaßnahmen in der Praxis zu bedenken: Ähnlich destruktiv wie die voreilige Frage nach dem „Warum?“ ist ein vorschnelles Verstärken oder Bagatellisieren von Schuldgefühlen bei den Angehörigen etc. Schuldgefühle sind einerseits hinderlich: Sie dämpfen die Trauer darüber, dass ein Mensch in seiner Verzweiflung keine andere Möglichkeit sieht oder gesehen hat. Andererseits sind sie unvermeidlich und kaum aktiv zu reduzieren. Es hilft, sie als Wolkendecke zu betrachten, die am Himmel hängt, manchmal für längere und sogar für lange Zeit, aber irgendwann einmal zieht sie weiter. Daher können wir nach einer gewissen Zeit - wenn die Wolkendecke schon etwas dünner ist - vielleicht helfen, die Schuldgefühle in eine andere Haltung zu verwandeln: Was können wir aus diesem Suizid oder Suizidversuch lernen? Über diesen Menschen, aber auch über das Leben allgemein?

Depression und Suizidalität in Kombination

Die Kombination von Suizidalität und Depression hört sich häufig ungefähr so an: „Ich würde ohnehin niemandem fehlen.“ „Die anderen kommen ohne mich sehr gut zurecht, sogar besser.“

Die Unterscheidung zwischen persönlicher Gestimmtheit und äußeren Gegebenheiten oder Ereignissen ist nicht mehr vorhanden, wir sprechen seit Erwin Ringel (1953/2015) auch von suizidaler Einengung.

Auf Grund seiner neurobiologischen Situation ist bei mittlerer oder schwerer Depression in Kombination mit Suizidalität nicht davon auszugehen, dass der suizidale Mensch die im bisherigen Text unterstellte und zu respektierende Selbstverantwortung aufbringen kann. Es sind daher Maßnahmen zu ergreifen, die diese Selbstverantwortung wieder erhöhen. Dazu dienen selbstverständlich und unverzichtbar Medikamente und wahrscheinlich eine stationäre Unterbringung. Damit in Verbindung kann es vielleicht gelingen, die Krankheitseinsicht zu fördern und darauf aufbauend die Suizidalität in diesen Zusammenhang mit Depression zu stellen. Erst dann kann bei einem wiedererlangten Willen (Petzold & Sieper, 2008) auch der Blick auf mögliche Ressourcen gerichtet werden. Immer aber ist die mögliche Selbstverantwortung maximal auszuschöpfen, denn sie fördert das Kohärenzgefühl und hier insbesondere die *manageability* (Antonovsky, 1997).

Und wenn es doch dazu gekommen ist

Nach einem Suizid gilt für uns eine Regel, die der traditionellen Alltagskultur widerspricht: Der Suizid muss im Umfeld möglichst offen zum Thema gemacht werden. Dass Suizidalität in manchen Familien wiederholt auftritt, hat auch damit zu tun, dass der Suizid tabuisiert wurde. Kinder sind hier in hohem Maße gefährdet. Das Geheimnis wird gespürt, und das ängstigt. Und zusätzlich wird dadurch die Wut unterdrückt, die Kinder empfinden (dürfen), wenn ein Elternteil „sich davonmacht“, sie „im Stich lässt“.

Wenn anstelle des Tabuisierens prinzipiell das offene Gespräch zur Kultur geworden ist, dann kann allerdings fallweise entschieden werden, dass manche Menschen, die in besonderer Weise ohnehin belastet sind, vorläufig nicht über den Suizid oder über die Art der Durchführung informiert werden.

Für alle anderen ist das offene Nachdenken und Sprechen von großer Bedeutung. Die Art der Durchführung und der Ort sowie die Frage, „Wer hat den toten Menschen gefunden?“ sind für die emotionale Verarbeitung und für das Lernen von Bedeutung. Häufig lässt sich aus der Art der Durchführung etwas besser verstehen, und speziell aus dem Ort der Durchführung. Wir können davon ausgehen, dass sich der Suizidant gut überlegt hat, wo und wie er sein Vorhaben ausführt, und daher können hier Botschaften abgeleitet werden: Wer sich im eigenen ehelichen Schlafzimmer erschießt, oder wer es darauf anlegt, dass die eigene Tochter ihn/sie findet, will etwas anderes mitteilen, als jemand, der sich irgendwo versteckt im Wald aufhängt. Wer gegen einen Baum fährt, tut dies aus einer anderen inneren Dynamik als jemand, der in ein anderes

Auto frontal hineinfährt. Und dann gibt es noch die Frage nach den Abschiedsbriefen oder Abschiedsnotizen (Jungnikl, 2014).

Es mag sein, dass man als Therapeut/in oder Berater/in Widerstand auslöst, wenn man mit den Hinterbliebenen Offenheit entwickeln will. Aber selbst dieser Widerstand kann dann Thema sein. Die Alternativen sind ansonsten schwere Störungen im Familiensystem und sogar eine Fortsetzung von Suizidalität.

Eine zweite Regel neben der Förderung von Offenheit ist die schon erwähnte Vermeidung der Warum-Frage. Die Warum-Frage drängt sich auf, ist aber hinderlich. Sie hilft bei der Vermeidung zweier wichtiger Bestandteile der Verarbeitung: Sie lenkt von der Trauer ab, und sie vermeidet die Einsicht in die Ohnmacht. Teilerkenntnisse und Lehren aus einem Suizid sind - später - möglich, aber: Suizid hat immer etwas Unfassbares und das muss bewahrt werden.

Postpartale Depression

Eines der vielen Gesichter von Depression ist die postpartale Depression (auch postnatale oder Wochenbettdepression genannt). Sie wird oft spät erkannt, weil sich die betroffenen Frauen schämen und ihre Beschwerden verschweigen. Hier beeinträchtigt die Erkrankung der Mutter auch die Mutter-Kind-Bindung und kann damit nachhaltig auf die Entwicklung des Säuglings einwirken. Die Mutter kann sich nicht an ihrem Kind erfreuen, sie ist nicht gut in der Lage zu spiegeln, manchmal kommt es auch zu Überstimulierung des Säuglings. Gerade weil von dieser Erkrankung auch die Kinder in einer sehr frühen Phase ihres Lebens betroffen sind, ist der Behandlungsbedarf hoch.

Eine postpartale Depression ist eine schwere depressive Erkrankung, die im ersten Jahr nach der Entbindung auftritt. 10 – 15% Frauen erkranken nach der Geburt an einer postpartalen Depression und 0,1 - 0,2% an einer postpartalen Psychose. Diagnostisch ist die postpartale Depression von einer postpartalen Dysphorie, dem sogenannten Baby-Blues – eine leichte Verstimmung, wie sie häufig nach der Geburt auftritt - und von einer postpartalen Psychose abzugrenzen (Gröhe, 2003; Riecher-Rössler, 2006).

Im Zusammenspiel der bio-psycho-sozialen Faktoren, die bei der Entstehung der Erkrankung relevant sind, kommt dem psychophysischen Stress eine besondere Rolle zu. Bei vielen Müttern, die an einer postpartalen Depression erkrankt sind, lässt sich ein Zusammenhang zu mangelnder sozialer Unterstützung und einer schlechten Partnerbeziehung finden. Grundsätzlich unterscheidet sich eine postpartale Depression in der Symptomatik nicht von anderen unipolaren depressiven Störungsbildern. Zudem können folgende Symptome spezifiziert werden: hohe emotionale

Labilität, die Inhalte des Grübelns und der Schuldgefühle beziehen sich häufig auf das Kind und die Mutterschaft, negative und ambivalente Gefühle oder Gefühllosigkeit gegenüber dem Kind, Ängste um die Gesundheit des Kindes und Ängste als Mutter zu versagen, erweiterter Suizid (Gröhe, 2003; Grube, 2013; Riecher-Rössler, 2006).

Die psychotherapeutische Behandlung bei postpartalen Störungen aus Sicht der Integrativen Therapie sollte folgende Aspekte, die sich an den vier Wegen der Heilung orientieren, beinhalten:

- Bewusstseinsarbeit und Sinnfindung durch: Aufklärung, Reflexion der eigenen Bindungserfahrungen (Großmann & Großmann, 2003) und der Rolle als Frau/Mutter, Veränderung von negativen kognitiven, emotionalen, volitiven und kommunikativen Stilen, Bearbeiten der Geburtserfahrungen...
- Nachbeelterung, Grundvertrauen und korrigierende Erfahrungen durch: Verständnis für die Patientin und Annehmen der Patientin mit all ihren Gefühlslagen, anbieten einer stabilen Beziehung, Entlastung von Schuldgefühlen, Raum geben für alle negativen wie positiven Gefühle
- Erlebnisaktivierende Erfahrungen durch: leib- und bewegungstherapeutische Angebote, Ausdruck über kreative Medien, Anregen zu entspannten Mutter-Kind-Erfahrungen...
- Solidaritätserfahrung durch: Stärken der Partnerschaft und bestehender familiärer und freundschaftlicher Kontakte, Besuch von Selbsthilfegruppen, Stillgruppen etc., Anregen zum Austausch mit anderen Müttern ...

Depression im Alter

Die psychische Gesundheit älterer oder alter Menschen in den Blick zu nehmen, bedeutet nicht, sich mit einer soziokulturellen Minderheit auseinanderzusetzen – sind doch bereits 16% der Europäer/innen älter als 65 Jahre. Innerhalb dieser Gruppe steigt die Anzahl der Hochaltrigen (älter als 80/85 Jahre) kontinuierlich (Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen [ÖPIA], 2015). Im Gegensatz zur Einigkeit über die extrem niedrige Behandlungsrate, divergieren die Angaben über die Häufigkeit psychischer Erkrankungen im Alter sehr stark. Prévillé et al. (2010) beschreiben, dass die Prävalenzrate psychischer Störungen mit zunehmendem Alter abnehme und bei älteren Menschen nicht einmal halb so hoch sei (19,4%), wie in der Gruppe der 18- bis 34-Jährigen. Körperliche Probleme nehmen zwar mit dem Alter deutlich zu, aber das heißt nicht, dass die Betroffenen unglücklich sind. Wittchen et al. (2011) hingegen postulieren, dass mehr als zwei Drittel der über 65-Jährigen an klinisch bedeutsamen psychischen Störungen leiden würden (Kinzl, 2013). Diese große Differenz dürfte sich dadurch erklären lassen, dass in der zweitgenannten Studie Demenzerkrankungen den psychischen Störungen zugeordnet wurden. Ob diese Zuteilung gerechtfertigt ist, spaltet nach wie vor die Geister.

Jedenfalls relevant erscheint mir an dieser Stelle auf vier Punkte hinzuweisen:

1. Die Unterscheidung zwischen Depression und beginnender Demenz ist oft schwierig (Heuft, Kruse & Radebold, 2006).
2. Biographische Einflüsse aus dem gesamten Lebensablauf können Ausprägung sowie Verlauf hirnorganischer Störungen mitprägen (Heuft, Kruse & Radebold, 2006).
3. Depressionen gelten als Risikofaktor für die Entstehung einer Alzheimererkrankung und bei 50% der Demenzbetroffenen sind depressive Symptome zu erwarten. Die Henne-Ei-Frage ist hier strittig (Green et al., 2003).
4. Unterschiedliche Medikamente (Antihypertensiva, Zytostatika, Opiode, Antiöstrogene, Antiandrogene etc.) können die Entstehung von Depressionen begünstigen (Kinzi, 2013; Mücke et al., 2016).

	Depression	Demenz
Beginn	abgegrenzt	Schleichend
Psychomotorik	antriebsarm	Unruhig
Alltagskompetenzen	gut	Schlecht
Orientierung	orientiert	Desorientiert
Formales Denken	Denkhemmung	umständlich, weitschweifig
Krankheitsgefühl	Klagsamkeit	Dissimulation
Verlauf	Besserung auf Antidepressiva und Psychotherapie	Keine Besserung auf Antidepressiva und Psychotherapie

Tabelle 1: Unterscheidung Depression – Demenz (Autor Barbara Enk)

Eine Erleichterung der Diagnosestellung bietet die Geriatrische Depressions-Skala (Yesavage et al. 1983). Von Bedeutung sind neben dem Krankheitsbeginn (Depression: meist abgegrenzter Beginn; Demenz: meist schleichend) unter anderem frühere depressive Episoden, - laut Wolf (1999) ist das erstmalige Auftreten einer Depression nach dem 65. Lebensjahr eher selten - die Psychomotorik (Depression: antriebsarm; Demenz: oft motorisch unruhig), Alltagskompetenzen (Depression: meist gut; Demenz: schlecht), die Orientierung (Depression: orientiert, weiß Hilfe zu finden; Demenz: desorientiert, ungezielt Hilfe suchend), das formale Denken (Depression: Denkhemmung; Demenz: umständlich, weitschweifig), das Krankheitsgefühl (Depression: Klagsamkeit; Demenz: Dissimulation) und der Verlauf (Depression: meist gutes

Ansprechen auch der kognitiven Symptome auf Antidepressiva und Psychotherapie; Demenz: kein Ansprechen der kognitiven Symptome auf Antidepressiva und Psychotherapie, bei gleichzeitiger Depression aber Besserung der Stimmung und Beruhigung) (Heuft, Kruse & Radebold, 2006).

Sowohl Alter als auch Depression gelten als Risikofaktoren für Suizidalität. Der Bilanzselbstmord ist auch im Alter eine Rarität. Suizidgedanken sind stets Ausdruck einer Krise und nicht „normal“ im Alter. Das häufige Fehlen des depressiven Kernsyndroms („Ich habe keine Freude mehr“) erschwert mitunter das Erkennen der Not. 45% der älteren, suizidalen Menschen suchen in der Woche vor dem Suizid den/die Hausarzt/in auf und klagen über körperliche Beschwerden, Störungen der Konzentration, Unruhe, Gereiztheit und darüber, die Hoffnung auf Besserung verloren zu haben. Den Hausärzten/Hausärztinnen kommt somit eine entscheidende Rolle im Erkennen von Depressionen im Alter und bezüglich des Einleitens einer Therapie zu (Wächtler, 2007).

Life span developmental approach

Lange Zeit war der psychotherapeutische Fokus hauptsächlich auf die kindliche Entwicklung gerichtet. Der Integrative Ansatz nimmt mit dem „lifespan developmental approach“ die Entwicklung in der Lebensspanne, im Lebensraum, in Kontext und Kontinuum in den Blick und vertraut auf die Entwicklungsfähigkeit bis ins hohe Alter – obwohl oder weil Themen wie Verluste, Einschränkungen und Abschiednehmen zentral sind und die Frage, ob es wünschenswert oder beklagenswert sei, alt zu werden, offenbleiben wird. Petzold spricht von der Janusköpfigkeit des Gegenstandes und weist darauf hin, „dass das Alter reich **und** beschwerlich, gewinnbringend **und** verlustreich sein kann, Traurigkeit **und** Lebensfreude“ (Petzold, 2005, S. 84) bringen kann.

Behandlungsansätze

Ressourcenaktivierung

Die Aktivierung individueller Ressourcen hat Einfluss auf die Stressphysiologie und ermöglicht Situationen neu zu bewerten (Diegelmann & Isermann, 2010). Dafür eignen sich z. B. Baumi-magination, Musik, Klangschalen, Erschließen der Bereiche, in welchen Vertrauen da ist, den Blick auf das, was gut ist, richten, Freudenbiographie, 5 Säulen der Identität

Lebensrückblicksinterventionen

Wie das Leben auch war, gegen Ende scheint bei vielen Menschen das Bedürfnis zu stehen, über das Leben nachzudenken, es aber vor allem auch wertzuschätzen. Lebensrevision gehört zur Entwicklungspsychologie des Alters. Es ist wertvoll, sich an Geschichten wieder zu erinnern, die man vergessen hat, und die auch geeignet sein können, ein anderes, differenzierteres Licht auf das eigene Leben zu werfen. Auch wenn das Erinnern an sich schon eine stimmungsaufhellende Wirkung haben kann, erhöht sich der therapeutische Nutzen, wenn alte Überzeugungen infrage gestellt und neue Einsichten gewonnen werden können (Staudinger, 2001). Der wohlwollende Blick des/der Therapeuten/Therapeutin hilft, das eigene Leben wohlwollender zu betrachten und in der Folge auch anderen Menschen gegenüber wohlwollender zu sein. „Man muss das gelebte Leben nicht schönen: Man kann auch weniger Schönes freundlich, wohlwollend bedauernd betrachten“ (Kast, 2014, S. 138). Das Ausbreiten der eigenen Lebensbilanz vor den Augen eines anderen ermöglicht Annahme des gelebten Lebens, sowie Veränderungen für die noch verbleibende Zeit und macht Mut für die letzte Wegstrecke. „Es muss quälend sein, ein Leben abzugeben, das man gar nicht als sein eigenes Leben ansehen kann“ (Petzold, 2005, S. 126). Lebensrückblicksinterventionen zeigen besonders gute Effekte bei Patienten/Patientinnen mit mittelschwerer und schwerer depressiver Symptomatik (Maercker, 2009).

Poesietherapie

Eine spezielle Form des Lebensrückblicks stellt das Schreiben von Lebenstagebüchern dar. Pennebaker (1997) konnte eine signifikante Besserung durch Schreiben über emotional schwierige Erfahrungen feststellen. In der Integrativen Poesie- und Bibliothherapie werden rezeptiv-bibliotheraeutische Möglichkeiten, aktiv-poesietherapeutische Behandlung und sinnorientierte, kokreative Biographiearbeit, verbunden (Orth, 2015). Zukunftsweisend ist diesbezüglich auch die Nutzung elektronischer Medien, z. B. wenn Menschen nach der mündlichen Lebensrückschau mit ihrer/ihrem Therapeutin/Therapeuten wichtige Teile davon in den Computer schreiben und mit Fotos und Musik hinterlegen (Maercker, 2010).

Menschen können lernen und sich verändern, bis sie sterben. Es ist nicht notwendig, alle Lebensthemen zu bearbeiten, vielmehr geht es um die „Knoten und Nester“ (Kast, 2014, S. 160) der Biographie.

Sich im Alter mit sich selber zu beschäftigen, bewirkt Freude und tiefes Einverständnis mit sich selbst, und ist meines Erachtens besser möglich als zu früheren Zeiten des Lebens: Denn das Gefühl für die Endlichkeit des Lebens macht wertschätzender für dieses eine Leben – und auch versöhnlicher“. (Kast, 2014, S. 178)

Wenn wir als jüngere Behandler/innen ältere Patienten/Patientinnen begleiten, werden wir zwangsläufig mit unserem eigenen Älterwerden konfrontiert. Es ist wie eine Reise in eine unbekannte Landschaft, die uns herausfordert und sehr lohnend sein kann.

Anmerkungen

- [1] Aus dem Song „Es tanzt nicht“ von Fräulein Hona (2013).
- [2] Schon die Bezeichnung lädt ein zu einer „sprachlichen Selbsterfahrung“ (Dörner, 1991, S. 289). Selbstmord, Selbsttötung, Suizid, schleichender ..., -versuch, ... Jedes dieser Worte impliziert etwas anderes.
- [3] Einen kleinen Beitrag dazu bietet René Reichel (2018). *Vom Sinn des Sterbens. Gedanken und Anregungen zum Umgang mit Sterben und mit Sterben wollen*. Wien: Facultas.
- [4] Klaus Dörner zitiert dazu den Satz von Hertha Kräftner vor ihrem Suizid: „Und ich bin überzeugt, dass es keinen geben wird, dessen Trauer um mich so groß ist, dass die Frage nach dem Motiv in seinem Herzen keinen Platz findet“ (Dörner, 1991, S. 289).

Literatur

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese*. Tübingen: dgvt Verlag.
- Améry, J. (1976). *Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod*. Stuttgart: Klett Verlag.
- Arolt, V. & Kersting, A. (2010). *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Berlin: Springer-Verlag.
- Bieri, P. (2015). *Eine Art zu Leben. Über die Vielfalt der menschlichen Würde*. Frankfurt: Fischer Taschenbuch.
- Bundesministerium für Gesundheit. (Hrsg.). (2011). *SUPRA. Suizidprävention Austria*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit. Zugriff am 10.05.2018. Verfügbar unter <http://www.suizidpraevention.at/pdf/suizid-praeventionsplan.pdf>
- Camus, A. (1959). *Der Mythos von Sisyphos. Ein Versuch über das Absurde*. Reinbek: Rowohlt.
- de Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R., van Aalst, G., Gijssbers-van Wijk, C., Hendriksen, M. et al. (2008). Short Psychodynamic Supportive Psychotherapy, antidepressants, and their combination in the treatment of major depression: a mega-analysis based on three Randomized Clinical Trials. *Depression and Anxiety. The official journal of ADAA*, 25(7), 565–574. Zugriff am 10.05.2018. Verfügbar unter <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/da.20305>
- Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention. (1993). *Hilfe in Lebenskrisen - e. V. Leitlinien zur Organisation von Krisenintervention*. Hildesheim: DGS (Hrsg. und Verleger). Zugriff am 10.05.2018. Verfügbar unter <http://www.suizidprophylaxe.de/Ausfuhrliche%20Leitlinien.htm>

- Diegelmann, C. & Isermann, M. (2010). *Ressourcenorientierte Psychoonkologie. Psyche und Körper ermutigen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (2001). *Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Dörner, K. (1991). Krisenintervention bei suicidgefährdeten Personen. *Wege zum Menschen* 43, 288-293.
- Dörner, K. & Plog, U. (1982). *Irren ist menschlich*. Rehbürg-Loccum: Psychiatrie Verlag.
- Eichinger, E. (2010). *Suizidär. suizidal. suizidant. Suizid als pathologisches Phänomen? Diskurs. Genealogie. Analyse*. Wien: Löcker.
- Enk, B. (2012). *Bevor ich gehe, bleibe ich*. Master Thesis, Donau-Universität Krems, Krems. Zugriff am 14.01.2017. Verfügbar unter <http://webthesis.donau-uni.ac.at/thesen/91353.pdf>
- Fuchs, T. (2008). *Das Gehirn - ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fuchs, T. (2015). Depression als leibliche und zwischenleibliche Krankheit. In R. M. Holm-Hadulla & A. Draguhn (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Depression. Ursachen, Erscheinungsformen und Behandlungsweisen* (S. 153-175). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Green, R. C., Cupples, L. A., Kurz, A., Auerbach, S., Go, R., Sadovnick, D. et. al. (2003). Depression as a risk factor for Alzheimer disease: the MIRAGE Study. *Arch Neurol.* 60(5), 753-759.
- Gröhe, F. (2003). *Nehmt es weg von mir. Depression nach der Geburt eines Kindes*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Grossmann, K. & Grossmann, K. (2003). *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grube, M. (2013). Postpartale Depression. In C. M. Freitag, A. Barocka, C. Fehr, M. Grube & H. Hampel (Hrsg.), *Depressive Störungen über die Lebensspanne. Ätiologie, Diagnostik und Therapie* (S. 41-53). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hautzinger, M. (1998). *Depression*. Göttingen: Hogrefe.
- Heuft, G., Kruse, A. & Radebold, H. (2006). *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie*. (2. Auflage). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Hollon, S. (2014). Effect of Cognitive Therapy With Antidepressant Medications vs Antidepressants Alone on the Rate of Recovery in Major Depressive Disorder. *JAMA Psychiatry*, 71(10), 1157–1164.

- Jobst, A. (2012). „... und irgendwann werde ich tot sein ...“. *Vom Umgang mit der menschlichen Endlichkeit in der psychotherapeutischen Praxis*. Master Thesis Donau-Universität Krems, Krems.
- Jungnikl, S. (2014). *Papa hat sich erschossen*. Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Kast, V. (2014). *Was wirklich zählt, ist das gelebte Leben. Die Kraft des Lebensrückblicks*. Freiburg: Herder.
- Kind, J. (2011). *Suizidal. Die Psychoökonomie einer Suche*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kinzl, J. F. (2013). Psychische Erkrankungen bei Frauen und Männern im Alter. *Z Gerontol Geriat*, 46(6), 526-531.
- Maercker, A. (2009). Lebensrückblicksinterventionen als wirksame Alterspsychotherapietechniken. *Ärztliche Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*, 4, 10-17.
- Maercker, A. (2010). Lebensrückblicksintervention - ein neues Verfahren zur Behandlung älterer depressiver Menschen. *Ars medici*, 16, 631-632.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (2001). *Die Wahrheit über Burnout*. Wien: Springer.
- Meiss, O. (2016). *Hypnosystemische Therapie bei Depression und Burnout*. Heidelberg: Carl Auer.
- Metz, C. (Hrsg.). (2014). Leid im Abseits. Aberkannte und nicht gesehene Trauer. *Leidfaden. Fachmagazin für Krisen, Leid, Trauer*, 3(3).
- Möller, H.-J., Laux, G. & Kapfhammer, H.-P. (Hrsg.). (2008). *Psychiatrie und Psychotherapie*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Mücke, M., Conrad, R., Bleckwenn, M., Cuhls, H., Radbruch, L. & Rolke, R. (2016). Luftnot, Jucken und Depression in der Palliativmedizin. *Der Schmerz*, 30(2), 193–208.
- Omer, H. & Elizur, A. (o. J.). *Was sagt man dem Menschen auf dem Dach? Ein Text für die Verhinderung des Suizids*. Zugriff am 10.05.2018. Verfügbar unter <http://jkriz.de/omer.htm>
- Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen. (2015). Österreichische Indisziplinäre Hochaltrigenstudie. 1. Erhebung 2013 / 2014. Zugriff am 10.05.2018. Verfügbar unter http://www.oepia.at/hochaltrigkeit/wp-content/uploads/2015/05/OEIHS_Endbericht_Endfassung1.pdf
- Orth, I. (2015). Unsägliches sagbar machen. Die Poesie- und Bibliothérapeutin Ilse Orth im Interview mit der Textpraxis-Redaktion. *Textpraxis*, 11. Zugriff am 10.05.2018. Verfügbar unter <http://www.uni-muenster.de/Textpraxis/ilse-orth-unsaegliches-sagbarmachen>
- Paul, C. (2010). *Schuld - Macht - Sinn. Arbeitsbuch für die Begleitung von Schuldfragen im Trauerprozess*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus. Verlagsgruppe Random House GmbH.

- Paul, C. (2012). Aberkannte Trauer. In E. Schärer-Santschi (Hrsg.), *Trauern. Trauernde Menschen in Palliative Care und Pflege begleiten* (S. 225 - 231). Bern: Huber.
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional Experiences as a Therapeutic Process. *Psychological Science*, 3, 162-166.
- Petzold, H. G. (1982). *Dramatische Therapie. Neue Wege der Behandlung durch Psychodrama, Rollenspiel, therapeutisches Theater*. Stuttgart: Hippokrates.
- Petzold, H. G. (2003). *Integrative Therapie – Modelle, Theorien & Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie* (2. überarbeitete und erweiterte Auflage). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G. (2005). *Mit alten Menschen arbeiten. Teil 2. Lebenshilfe, Psychotherapie, Kreative Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Petzold, H. G. (2014a). Depression ist grau – Therapie grün! Die „neuen Naturtherapien“ in der Depressionsbehandlung. *Green Care*, 4(2-4). Bern: Hans Huber.
- Petzold, H. G. (2014b). *Integrative Depressionsbehandlung auf neurowissenschaftlicher Grundlage – Veränderung des „depressiven Lebensstils“ mit „Bündeln“ komplexer Maßnahmen in der „Dritten Welle“ Integrativer Therapie*. Zugriff am 05.05.2018. Verfügbar unter <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2014i-integrative-depressionsbehandlung-neurowissenschaftliche-grundlage-dritte-welle.pdf>
- Petzold, H. G. & Sieper, J. (Hrsg.). (2008). *Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie* (2 Bände). Edition Sirius. Bielefeld: Aisthesis Verlag.
- Prévillé, M., Boyer, R., Vasiliadis, H. M., Grenier, S., Streiner, D., Cairney, J. et al. (2010). Persistence and remission of psychiatric disorders in the quebec older adult population. *Can J Psychiatry* 55(8), 514-522.
- Rechtsinformationssystem des Bundes. (2018). Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Unterbringungsgesetz, Fassung vom 10.06.2018. , § 8. Zugriff am 05.05.2018. Verfügbar unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002936>
- Riecher-Rössler, A. (2006). Was ist postpartale Depression? In B. Wimmer-Puchinger & A. Riecher-Rössler (Hrsg.), *Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis* (S 11-20). Wien: Springer.
- Ringel, E. (1953, 2015). *Der Selbstmord: Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung*. Magdeburg: Klotz.
- Schmid Blumer, H. (2011). Zum Thema Trauer. Editorial. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 1(2), 81. Zugriff am 05.05.2018. Verfügbar unter <https://www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/psywis/article/view/225/398>

- Staudinger, U. M. (2001). Life-reflection: A social-cognitive analysis of life review. *Review of General Psychology*, 5, 148-160.
- Steiner, H. (2015). *Grüner Daumen gegen Depression. Zur Bedeutung der Integrativen Gartentherapie*. Master Thesis. Donau-Universität Krems, Krems. Zugriff am 10.05.2018. Verfügbar unter <http://webthesis.donau-uni.ac.at/thesen/94436.pdf>
- Wächtler, C. (2007). Suizidalität im Alter – ein komplexes Geschehen erfordert komplexe Interventionsmaßnahmen. In M. Teising, L. M. Drach, H. Gutzmann, M. Haupt, R. Kortus & D. K. Wolter (Hrsg.), *Alt und psychisch krank; Diagnostik, Therapie und Versorgungsstrukturen im Spannungsfeld von Ethik und Ressourcen* (S 337-344). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M. B., Jönsson et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*, 21(9), 655-679.
- Wolf, R. (1999). Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. In M. Berger (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 907-940). München: Urban & Schwarzenberg.
- Yalom, I. D. (2015). *Denn alles ist vergänglich*. München: btb Verlag.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. et al. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*, 17(1), 37-39.
- Znoj, H. (2004). *Komplizierte Trauer*. (Reihe: Fortschritte der Psychotherapie, Band 23). Göttingen: Hogrefe.

Angaben zu den Autoren und Autorinnen

Dr. René Reichel, MSc, Psychotherapeut (Integrative Therapie), Supervisor und Coach (ÖVS). Langjähriger Mitarbeiter am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit der Donau-Universität Krems. Zahlreiche Veröffentlichungen.

Kontakt: rene@reichel-reichel.at

Web-Adresse: www.reichel-reichel.at

Franz Brunner MSc, MSc, Psychotherapeut (Integrative Therapie) am Kepler Universitätsklinikum und in freier Praxis. Lehrtherapeut für Integrative Therapie an der Donau Universität Krems.

Kontakt: brunnerfranz8@gmail.com

Mag. Barbara Enk, MSc, Psychotherapeutin (Integrative Therapie), Psychoonkologin, DGKS, Pflegewissenschaftlerin, tätig in freier Praxis und auf der Palliativstation des LK Lilienfeld, Referentin in der Erwachsenenbildung.

Kontakt: ba.enk@aon.at

Mag. Angelika Jobst, MSc, Psychotherapeutin (Integrative Therapie) und Supervisorin (ÖVS) in freier Praxis, Klinische Psychologin, Pädagogin. Langjährige Tätigkeit in der Erziehungsberatung, der Frauenberatung und Erwachsenenbildung. Lehrtherapeutin für Integrative Therapie an der Donau Universität Krems.

Kontakt: angelika.jobst@chello.at

Dr. med univ. Regina Magdowski, MAS, Ärztin für Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin, Psychotherapeutin (Integrative Therapie) und Supervisorin (ÖVS) in freier Praxis, Fachbereichsleitung am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit an der Donau-Universität Krems. Lehrtherapeutin für Integrative Therapie an der Donau Universität Krems.

Kontakt: regina.magdowski@donau-uni.ac.at

Zitationsempfehlung

Reichel, R., Brunner, F., Enk, B., Jobst, A. & Magdowski, R. (2018). Depression aus Sicht der Integrativen Therapie. *E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychosomatischer Medizin, Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 6(1), S. 40-66. Zugriff am 15.05.2018. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org>