

Dynamische Eigenheiten einer depressiven Symptomatik¹

Depression als normal-psychologische Reaktionsmöglichkeit

Sehr viele Menschen machen im Laufe ihres Lebens zumindest eine depressive Phase durch, die sie in irgendeine Form ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung führt. Viele Menschen erleben aber auch depressive Episoden, die ohne besondere Behandlung "von selbst" zu Ende gehen. Diese Häufigkeit depressiver Zustandsbilder wie auch deren Abklingen ohne therapeutische Maßnahmen machen den Gedanken nachvollziehbar, "dass depressive Zustände primär nicht destruktive Prozesse darstellen, sondern eher als menschliche Reaktionsmöglichkeiten auf eine Notsituation zu verstehen sind", wie das der Schweizer Psychiater Daniel Hell ausdrückt (1992, 43).

Hell ist mit dieser Sichtweise nicht alleine. Auf den ersten Blick erscheint sie vielleicht schwer vereinbar mit der Tatsache, dass Depressionen auch im öffentlichen Gesundheitswesen als psychische Erkrankungen gewertet werden. Eine „menschliche Reaktionsmöglichkeit auf eine Notsituation“ als Erkrankung? Für das in früheren Zeiten vorherrschende Krankheitsverständnis wäre es kaum vorstellbar gewesen, psychische Störungen als auch nur irgendwie verwandt mit normalpsychologischen Vorgängen zu sehen. Der gestalttheoretischen Sichtweise psychopathologischer Phänomene hingegen entsprach das von Anfang an.² Krankes und gesundes Geschehen sind nach dieser Sichtweise nicht von grundsätzlich verschiedener Art, entstammen nicht ganz unterschiedlichen Welten, in denen ganz unterschiedliche Gesetze herrschen. Krankes und gesundes Geschehen unterliegen vielmehr beide den gleichen Gesetzen, "nur dass eben andere psychophysische Konstellationen vorliegen und daher äußerlich andere Erscheinungen eintreten" (Lewin 1929 /1970, 6, bezugnehmend auf Kurt Goldstein).

¹ Erweiterte und aktualisierte Fassung eines Vortrags bei der internationalen AGPF-Tagung „Welche Bedeutung hat die Vergangenheit für die Zukunft?“ (Stemberger 1997). Für Anregungen zur Bearbeitung bin ich Ernst Plaum und Paul Tholey zu Dank verpflichtet.

² Dies wird auch in den vorliegenden gestalttheoretischen Arbeiten etwa von Heinrich Schulte & Max Wertheimer zum paranoiden Erleben und Verhalten (1924) und von Erwin Levy zur Manie (1936) und zur schizophrenen formalen Denkstörung (1943) deutlich (alle nachgedruckt bzw. übersetzt und kommentiert in Stemberger 2002).

Depressives Erleben und Verhalten sind zumindest in bestimmten Situationen für *jeden* Menschen Optionen für das Erleben und den Umgang mit für ihn krisenhaften Entwicklungen. Auch wenn im Einzelfall rätselhaft erscheinen mag, worauf der andere gerade in dieser Weise reagiert und warum er daran trotz aller offensichtlichen Qualen so hartnäckig festhält, und auch wenn in Extremfällen schwerer zugängliche Phänomene wie Wahnvorstellungen und dergleichen hinzukommen können, sind das Erleben und Verhalten von Menschen, die unter Depressionen leiden, auch für andere doch *grundsätzlich* durchaus einfühlbar und nachvollziehbar, wenn sie sich darauf einzulassen bereit sind (was allerdings gerade für die den Betroffenen am nächsten stehenden Menschen oft besonders schwer ist).

Auch die meisten Psychotherapeutinnen und -therapeuten haben ihre persönlichen Eigen-erfahrungen mit depressiven Episoden, was vorteilhaft für ihre Arbeit mit depressiven Menschen sein kann, sofern sie ihre Eigenerfahrungen angemessen verarbeitet haben und eine entsprechende Eigenfürsorge betreiben. Einer dieser Vorteile besteht darin, dass sie theoretische Ansätze und Modelle über Depression auf ihre eigenen Erfahrungen rückbeziehen können und die Überprüfung von Annahmen und Hypothesen am eigenen Erleben grundsätzlich möglich ist – wenn auch natürlich mit der gebotenen Vorsicht.

Situationsanalyse statt Symptomkatalog

Es gibt noch einen weiteren grundlegenden Ausgangspunkt, der für das gestalttheoretische Herangehen an psychische Störungen und damit auch die Depression elementar ist, gerade auch aus der Perspektive des therapeutisch Tätigen: Kurt Lewin hat ihn in seine programmatische Forderung nach einem *Übergang von der aristotelischen zur galileischen Denkweise* gefasst (Lewin 1931/1981). Dieser Forderung zufolge sollte man sich nicht auf das Sammeln und Klassifizieren äußerer Merkmale und Symptome und auf die daraus gewonnenen Unterscheidungen verschiedener Störungstypen konzentrieren. Vielmehr sollte man jene psychophysischen Konstellationen herauszufinden suchen, in denen das, was z.B. als depressives Geschehen bezeichnet wird, nach bestimmten Gesetzmäßigkeiten eintritt und sich nach diesen Gesetzmäßigkeiten entfaltet.

In dieser Denktradition wird also nicht nach einem entsprechenden Eigenschaftsinventar des depressiven Patienten gefragt (welche Symptome treten wie oft und wie lange auf – siehe die Klassifikationssysteme ICD und DSM), sondern nach den *dynamischen Eigenheiten* der konkreten *psychologischen Situation*, in der jemand depressives Erleben und Verhalten zeigt. Und es wird nach der Funktion gesucht, die depressives Verhalten und Lebensraum des betroffenen Menschen in dieser spezifischen psychologischen Situation verbindet. Es geht also darum, um es nun direkt in den Worten Kurt Lewins zu sagen,

“von den bloßen Symptombegriffen zur Feststellung der psychologisch realen Fakten

fortzuschreiten und dabei an Stelle einer rein klassifikatorischen eine konstruktive Begriffsbildung zu setzen. ... Der Psychotherapeut ... will ja das Seelenleben eines bestimmten Menschen nicht nur erkennen, sondern auch beeinflussen, ... er muss wissen, wie das konkrete Verhalten von der jeweiligen inneren und äußeren Situation abhängt, und welche konkreten Änderungen der Situation die gewünschte Änderung des Verhaltens nach sich ziehen können. Darüber können rein klassifikatorische Feststellungen ... keinen Aufschluss geben, sondern nur die Ermittlung dynamischer Gesetze. Ist es doch das Wesentliche der Gesetze im präzisen Sinne ..., dass sie nicht vom Konkreten zu abstrakten Allgemeinheiten übergehen, sondern trotz ihrer Allgemeingültigkeit die Beziehung zur Wirklichkeit des einzelnen Falles und der einzelnen Situation voll aufrecht erhalten" (Lewin 1929 in 2009, 334).

Lewin nannte daher als erstes Charakteristikum seiner Feldtheorie „die Anwendung der konstruktiven Methode anstelle einer klassifizierenden Methode“ (1963, 102). In seinem berühmten Vortrag zum „Übergang von der aristotelischen zur galileischen Denkweise in Biologie und Psychologie“ vor der Gesellschaft für empirische Philosophie in Berlin forderte er den Übergang von den abstraktiven Klassenbegriffen zu den funktionellen, konditional-genetischen Begriffen, Begriffsbildung durch Konstruktion im Gegensatz zur Klassifizierung (Lewin 1931). Seine Kritik an abstraktiven Klassifikationsbemühungen verdeutlichte Lewin sogar explizit am Beispiel der Psychopathologie:

„Abstrahiert man einmal von den individuellen Unterschieden, so gibt es keinen logischen Weg zurück vom Allgemeinen zum individuellen Fall. Solche Verallgemeinerungen [...] führen von einem seelisch kranken Individuum zu ähnlichen pathologischen Typen und von da zur allgemeinen Kategorie der ‚abnormen Persönlichkeit‘. Jedoch gibt es keinen logischen Weg zurück vom Begriff [...] ‚abnorme Persönlichkeit‘ zum individuellen Fall. [...] Worin liegt der Wert von Allgemeinbegriffen, wenn sie keine Voraussagen über den individuellen Fall gestatten? Sicherlich ist dieses Vorgehen [...] dem Psychotherapeuten von geringem Nutzen“ (1963, 102).

Das ist ja nun auch der entscheidende Punkt für den praktizierenden Therapeuten. Wenn Lewin sagt, „Eine richtige Darstellung dessen, was ‚ist‘, ist zugleich ‚Erklärung‘ dessen, was geschieht“ (1969, 99), so kann man das für die Therapiesituation für Klient und Therapeut durchaus erweitern auf: „Ein richtiges Erfassen dessen, was ‚ist‘, ist nicht nur zugleich ‚Erklärung‘ dessen, was geschieht, sondern auch Wegweiser dafür, was geschehen kann und soll.“

Wie aktuell die Forderung Lewins nach einem Übergang von der aristotelischen zur galileischen Begriffsbildung nach wie vor auch für den Bereich der Erfassung und Kategorisierung psychischer Störungen ist, zeigt die anhaltende Kritik an den internationalen Klassifikationssystemen DSM und ICD, denen zu Recht vorgehalten wird, dass sie nach wie vor reine Symptomkataloge sind und nach äußeren Symptom-Ähnlichkeiten zusammenwerfen, was dynamisch nichts

miteinander zu tun hat (Carson 1996, Beutler & Malik 2002, Stemberger 2005).

Keine allgemeine Theorie der Depression

Es gibt eine große Vielfalt von Auffassungen über die Ursachen, die Genese und die Erscheinungs- und Ausdrucksformen von Depression. Sie hier auch nur komprimiert zu würdigen, würde den Rahmen dieses Artikels sprengen. Ich verweise daher die daran interessierten Leserinnen und Leser auf die zusammenfassenden Darstellungen von Heinz Böker zu den psychodynamischen, kognitiven und interaktionsdynamischen Modellen (Böker 2000a-c) sowie auf die Zusammenfassung neurobiologischer Ansätze von Joachim Bauer (2002) und komme im folgenden Beitrag nur punktuell auf einige dieser Ansätze zurück.

Entsprechend der Vielfalt der Sichtweisen und Auffassungen zur Depression haben sich auch die diesbezüglichen klinischen Klassifikationen (DSM und ICD) immer wieder gewandelt. Diese Vielfalt kann als Hinweis darauf verstanden werden, dass viele dieser Klassifikationen möglicherweise *nach äußeren Merkmalen* sortiert zusammenwerfen, was *nach Konstellation und innerer Gesetzmäßigkeit* gar nicht zusammengehört. Eine allgemeine Theorie der Depression gibt es derzeit jedenfalls nicht und kann es wahrscheinlich auch gar nicht geben, weil unter diesem Begriff zu verschiedene Sachverhalte zusammengefasst sind, als dass es dafür eine einheitliche Erklärung hinsichtlich ihrer Genese, Dynamik und 'Behandlungs-'Möglichkeiten geben könnte.

Der von Lewin erhobene Anspruch hingegen richtet sich darauf, die jeweilige konkrete psychologische Situation des Patienten zu erfassen, statt nur nach Symptomen zu fragen und zu ordnen. Gleiche Symptome können ganz unterschiedlichen psychologischen Situationen entspringen, können Teil ganz unterschiedlicher Konstellationen sein.

Im vorliegenden Beitrag geht es demnach nicht um den Versuch einer solchen allgemeinen Theorie der Depression auf gestalttheoretischer Grundlage, sondern darum, eine bestimmte dynamische Konstellation depressiven Erlebens und Verhaltens darzustellen und zu erörtern, mit der ich in meiner psychotherapeutischen Arbeit mit depressiven Patientinnen und Patienten relativ häufig konfrontiert bin. Dabei ziehe ich auch Befunde und Konzepte aus der früheren gestaltpsychologischen Forschung und gestaltpsychologischen experimentellen Psychopathologie heran, aus denen ich selbst viel für ein vertieftes und differenzierteres Verständnis depressiver Erlebnis- und Verhaltensweisen gelernt habe.

Die dabei vorgestellten gestalttheoretischen Positionen, Konzepte und Befunde beanspruchen dabei weder in allen Punkten Urheberrecht noch Alleinstellung. Ähnliche oder jedenfalls damit vereinbare Gedanken finden sich auch in anderen Denkschulen und klinischen Orientierungen. Wenn diese nicht immer mit angeführt werden, dann nicht, um ihre Verdienste zu schmälern, sondern

um den hier verfügbaren begrenzten Rahmen für die zusammenhängende Darstellung eines an anderer Stelle noch nicht ausgeführten gestalttheoretischen Ansatzes auf diesem Gebiet zu nutzen. Aus ähnlichen Gründen werden hier auch bei den Literaturverweisen vorzugsweise gestalttheoretisch orientierte Arbeiten angeführt, um die sonst wenig bekannte und beachtete Kontinuität der Arbeit an solchen Fragestellungen in der gestalttheoretischen Tradition zumindest anzudeuten.

Eine dynamische Konstellation depressiven Erlebens und Verhaltens

In Hinblick auf depressives Erleben und Verhalten werde ich hier eine spezifische Konstellation im psychischen Feld vorstellen und diskutieren. Ich stelle dem einen kleinen Therapie-Ausschnitt zur Veranschaulichung voran. Wir befinden uns hier in der zweiten Therapiestunde mit einer Patientin, die mir mit einer Depressionsdiagnose von einem Arzt überwiesen worden war:

Ich lasse die Patientin im Raum ihre Lebenssituation stellen: Sie weist verschiedenen Personen und Bereichen einen Platz im Raum zu, nimmt diesen Platz kurz ein und beschreibt sich als diese Person, dieser Bereich (*ich bin die Arbeit in der Schule, ich bin da so und so ...*). Dann wählt sie ihren eigenen Platz, sieht sich um und berichtet über ihre Eindrücke, Gefühle, Empfindungen, Gedanken. Noch einmal nimmt sie den Platz der verschiedenen Personen und Bereiche ein und sagt von dort aus in Richtung auf ihren Platz einen Satz: Das Haus zum Beispiel sagt: *Du wirst mich verlieren*. Der Mann sagt: *Ich weiß nicht, ob ich zu Dir zurückkehren werde*. Dessen Freundin sagt: *Ich sitze am längeren Ast*. Der Freund sagt: *Von uns darf niemand erfahren, sonst verliere ich meine Kinder*. Das ganze Dilemma steht damit greifbar im Raum. Die Klientin, auf ihren Platz zurückgekehrt, sagt: *Es ist mir alles zu viel, ich weiß nicht, was ich tun soll. Am liebsten würde ich mich in einem Mauseloch verkriechen. Da sind lauter Dinge, an die ich nicht einmal denken mag*.

Ich sage zu ihr, dass es bei ihr liegt, wann hier was zum Thema wird. Wir müssen nicht mit dem Schwersten beginnen. Für heute könnte sie die Sache damit abschließen, dass sie kurz die Themen beim Namen nennt, die sie gerne aufschieben möchte. Wenn sie mag, kann sie Pakete daraus machen und irgendwohin weit weg im Raum schieben.

Sie macht drei Pakete: die Scheidung oder Nicht-Scheidung, das Gespräch mit den Kindern über dieses Thema, das Haus. Sie schiebt sie in die entfernteste Ecke, zieht nach einigem Zögern noch eine Decke darüber, setzt sich wieder auf ihren Platz, wobei sie sich von der Ecke wendet.

Etwa ein Jahr später wird sie im Rückblick sagen: *„Ich habe damals gesagt, dass ich das alles aufschiebe, aber tatsächlich habe ich ab diesem Tag daran gearbeitet.“* Und das kann ich nur bestätigen.

Wie lässt sich die psychologische Situation, die hier andeutungsweise sichtbar wird, in ihren allgemeinen dynamischen Grundzügen beschreiben?

Ein Mensch steht - vielleicht ohne dass ihm das bereits deutlich ist - im Gefolge von Veränderungen in seinem Lebensraum (die in seiner Person, in seiner Umwelt oder in deren Wechselbeziehung ihren Schwerpunkt haben können) vor einer Entscheidung, die er nicht treffen will oder nicht treffen zu können glaubt. Bei dieser Entscheidung kann es unmittelbar um eine bestimmte auszuführende Handlung gehen, um das Aufgeben einer bestimmten Lebensweise oder auch darum, sich mit allen Konsequenzen einer schmerzlichen Einsicht zu stellen. Dabei handelt es sich jedenfalls um eine Entscheidung, die im Erleben des Menschen mit der Gefahr eines möglicherweise existenzbedrohenden Versagens oder Verlustes verbunden ist. Alle Energien fließen in die Vermeidung dieser Entscheidung und in die irgendwie lebbare *Aufrechterhaltung der dadurch entstehenden Vermeidungssituation*. Diese Konstellation und ihre Dynamik sind unabhängig davon wirksam, ob anderen Menschen nachvollziehbar ist, wieso der betroffene Mensch sich überhaupt in einer Entscheidungssituation oder im Vorfeld dafür sieht, und auch davon, ob der Betreffende selbst später vielleicht einmal zur Einsicht kommt, dass er zumindest diese Entscheidung gar nicht zu treffen hat.

Eine Entscheidungssituation kann bekanntlich verschiedene Reaktionen hervorrufen: umsichtiges Klären der Lage und mutige Entscheidung unter Eingehen eines Risikos, einen Wutausbruch und mehr oder weniger chaotisches Agieren oder blindwütiges Um-sich-schlagen, fatalistisches Hoffen auf eine Entscheidung durch andere oder auf eine Änderung äußerer Umstände, beiläufiges Routine-Entscheiden nach blinden Regeln - u.v.a.. Für die depressive Reaktion in der hier diskutierten Konstellation hingegen ist die *Entscheidungsvermeidung* als charakteristisch anzusehen.

Depression wird hier also nicht als Eigenschaft oder Merkmal des Patienten als isolierter Person gesehen, sondern als spezifisches Bedingungsgefüge im psychischen Feld (Lebensraum), als eine spezifische dynamische Beziehung zwischen der erlebten Person und der erlebten Umwelt.

Bestimmungsmerkmale dieser Konstellation

Die Bestimmungsmerkmale dieser Konstellation stelle ich hier nun in acht Schritten vor – dabei verwende ich bereits die Begriffe des Anspruchsniveaus und der Prägnanzsucht, auf die ich im Anschluss noch genauer eingehen werde:

1. an der Entscheidungsschwelle:

Die hier diskutierte Konstellation von Depressivität ist davon bestimmt, dass sich der betroffene Mensch an der Schwelle zu einer Entscheidung erlebt. Damit ist

die dynamische Charakteristik seiner Situation jedoch noch nicht hinreichend bestimmt. Es muss hinzukommen:

2. die Gefahr einer gravierenden Fehlentscheidung:

dass es sich nämlich nicht um irgendwelche Entscheidungsmöglichkeiten handelt, sondern um solche, die - in Relation zum aktuellen Anspruchsniveau des Betroffenen - die Gefahr eines gravierenden Versagens oder Verlusts beinhalten. (Beispiel: „Wenn ich es zur Scheidung kommen lasse, ist erwiesen, dass ich als Frau/Mann gescheitert bin. Wenn ich mir eingestehe, entgegen meinem Anspruch auf Fehlerlosigkeit einen schweren, folgenreichen Fehler gemacht zu haben, verliert mein Leben seinen Sinn.“)

3. ... in zentralen, Ich-nahen Fragen:

Als gravierend wird dieses drohende Versagen oder dieser Verlust erlebt, weil es nicht um beliebige Leistungen oder Werte geht, sondern um zentrale, ich-nahe Fragen, mit denen das ganze Selbstbewusstsein steht und fällt (Gefahr einer „nicht lebbar Situation“). (Beispiel: „Bin ich als Frau/Mann gescheitert, bin ich eigentlich gar nichts mehr; bin ich nicht fehlerlos, verliere ich meine Existenzberechtigung.“ Diese zentralen, ich-nahen Fragen sind - wie auch in diesem Beispiel angedeutet - meist solche, die sich auf ein Teil- und Glied-Sein in der tatsächlichen oder angestrebten Gemeinschaft mit anderen Menschen beziehen.)

4. keine Ausweichmöglichkeit:

Aus diesem Grund bleibt auch der sonst mögliche Ausweg in die Senkung des Anspruchsniveaus weitgehend versperrt, da diese mit der Aufrechterhaltung des Selbstbewusstseins / des Ich-Status unvereinbar wäre. (Das vorausgehende Erleben eines Versagens oder zumindest die Ahnung, dass sich dieses vorausgegangene Versagen auf Dauer nicht leugnen lassen und Konsequenzen haben wird, kann das noch gravierender machen - die Gefahr ist greifbar, weil das Faktum schon eingetreten ist.) (Beispiel: „Eine Frau ist nur eine Frau, wenn sie ihren Mann halten kann. Da habe ich offenbar versagt, weil ich mir seiner zu sicher war, mich ihm gegenüber immer kälter und gleichgültiger verhalten habe.“ Schuldgefühle können hier z.T. als hohle Selbstanklage bezogen auf einen fragwürdigen Anspruch oder als konsequenzenlose Teil-Einsicht in tatsächliche Fehler und in schuldhafte Übergriffe oder Versäumnisse auftreten, jedenfalls aber als Verweigerung gegenüber der dadurch bereits eingetretenen neuen Situation).

5. Vermeidungsverhalten in der Gefängnissituation:

In dieser ausweglos erscheinenden Gefängnissituation werden verschiedene Ausprägungen des Vermeidungsverhaltens und der zugehörigen Symptomatik gewählt: Angststarre/Lähmung („auf der Tretmine“), Rückzug in sich selbst, Schwanken zwischen fiebernder motorischer Unruhe bei hoher affektiver Erregung (vorwiegend Angst) und hoffnungsloser Apathie, Suche nach Schuldigen etc. Dieses Vermeiden ist nicht leichtfertig (angesichts der Handlungsalternativen,

die der Patient in diesem Zustand sieht, bisweilen sogar lebensrettend), es geht im Erleben des Patienten um Zentrales, wenn nicht um alles. Das erklärt auch den hohen Stress-Pegel in solchen depressiven Perioden (nicht zufällig lassen sich bei Depressiven oft überhöhte Mengen des Stresshormons Cortisol im Blut und Urin nachweisen).

6. Festhalten an unangemessenen Zielen und Ansprüchen:

„Hohes“ Anspruchsniveau ist dabei oft, wenn nicht immer, ein „falsches“ Anspruchsniveau; die Problematik besteht dann also nicht darin, dass zu hohe Ziele angestrebt werden, sondern qualitativ unangemessene: es wird z.B. ein Leistungsanspruch gestellt, wo es nicht um Leistung geht (im Streben nach Geliebt-werden, Freundschaft) oder Leistung (z.B. infolge Erkrankung, Alter etc.) nicht mehr erbracht werden kann, oder es wird ein falscher und auf Dauer nicht lebbarer Leistungsanspruch gestellt (*„Ich hätte mich immer anpassen und meine eigenen Bedürfnisse verleugnen müssen“*); es kann auch um eine lange aufrechterhaltene Lebenslüge gehen, die einen unversehens eingeholt hat, oder um einen Konflikt zwischen einem induzierten und dem eigenen Anspruchsniveau (*„Soll ich nach den Maßstäben meiner Eltern oder nach den eigenen entscheiden? Soll ich das als richtig Empfundene tun, auch wenn ich dafür von meiner Umwelt Ablehnung oder Verachtung ernten werde?“*).

7. Pränanzsucht verhindert Aufgabe unangemessener Ansprüche:

Oft zeigt sich in diesem Anspruchsniveau ein starkes Pränanzstreben (bis hin zu einer „Pränanzsucht“), die mit sachlich unangemessenen Pränanzvorstellungen und den entsprechenden Anforderungen an die eigene Person und die als unabdingbar erachteten Lebensbedingungen verbunden sind. Dabei handelt es sich häufig um ein Anspruchsniveau und um Pränanzforderungen, die nach dem Begriff des Adlerianers Fritz Künkel als „ich-haft“ zu charakterisieren wären, die also auf einer unsachlichen Schwerpunktbildung bzw. Zentrierung des Gesamterlebens in seinen verschiedenen Hinsichten (Metzger 1953/1997) beruhen (z.B. einem Idealbild gerecht werden zu wollen, statt sein Leben zu leben und die Aufgaben zu erfüllen, die dieses Leben stellt).

8. „Innere“ oder „äußere“ Entscheidungen:

Es kann bei der vermiedenen Entscheidung um eine - vielleicht etwas unpräzise ausgedrückt - ‘äußere Entscheidung’ gehen oder um eine ‘innere’, wobei in der Bearbeitung des Konflikts oft ein Wechsel oder Ineinandergreifen „äußerer“ und „innerer“ Entscheidungen, oft sogar regelrechte Verstrickungen zwischen diesen beiden Ausprägungen zu erwarten sind.

Mit ‘äußerer Entscheidung’ ist hier gemeint, dass es schwerpunktmäßig darum geht, in welche Richtung sich die Person in ihrer Umwelt bewegen soll, welche der in der Umwelt wahrgenommenen Handlungsalternativen aufgegriffen werden soll (Beispiel: Sich weiter um den bereits verlorenen Mann bemühen oder

von ihm Abschied nehmen, die Scheidung vollziehen). Im zweiten Fall geht es schwerpunktmäßig darum, welche der im Bereich der Person wahrgenommenen, womöglich in scharfem Konflikt liegenden Alternativen gelebt werden sollen (Beispiel: Sich von einem bestimmten Selbstbild zu verabschieden oder es wider besseres Wissen aufrechtzuerhalten).

Die Phänomenologie und die zugrundeliegende psychologische Situation weisen dabei charakteristische Unterschiede auf, was ich anhand gestaltpsychologischer Arbeiten zur experimentellen Psychopathologie noch erläutern werde.

Als therapeutische Aufgabe sehe ich bei der geschilderten psychischen Konstellation, allgemein gesprochen, dem Patienten in der Therapie solche Randbedingungen zu setzen, dass er es auf Grundlage einer Überprüfung seiner Ansprüche an sich und die Welt wagt, sich seiner tatsächlichen Verantwortung zu stellen und den notwendigen Neuentscheidungen nicht mehr aus dem Wege zu gehen, und ihm bei diesem oft schmerzlichen Prozess verlässlicher Partner zu sein.

Anspruchsniveau – Perfektionismus - Prägnanzsucht

Anspruchsniveau

In der Darlegung der Bestimmungsmerkmale der hier geschilderten psychologischen Konstellation habe ich bereits die Begriffe des Anspruchsniveaus und der Prägnanzsucht verwendet. Diese und das damit in Verbindung stehende Konstrukt des Perfektionismus möchte ich nun etwas näher erläutern:

Der Begriff des Anspruchsniveaus (AN) wurde im Laufe der von Kurt Lewin am Berliner psychologischen Institut angeregten und angeleiteten Experimentaluntersuchungen zur „Handlungs- und Affektpsychologie“ entwickelt. Er geht auf die Untersuchungen der Lewin-Schüler Ferdinand Hoppe (1930) und Tamara Dembo (1931) zurück. Mit AN ist gemeint, dass der Mensch an eine Aufgabe stets mit gewissen Ansprüchen und Erwartungen herangeht, die sich im Laufe der Handlung ändern können. „Die Gesamtheit dieser mit jeder Leistung sich verschiebenden, bald unbestimmteren, bald präziseren Erwartungen, Zielsetzungen oder Ansprüche an die zukünftige eigene Leistung wollen wir das Anspruchsniveau ... nennen“ (Hoppe 1930, 10).

Im Regelfall lässt sich - wie durch die Untersuchung Hoppes und zahlreiche folgende belegt ist - beobachten, dass das Erleben von Erfolg oder Misserfolg abhängig ist von diesem Bezugssystem: Liegt die Leistung über dem AN, wird sie als Erfolg erlebt, und es kommt in der Regel zu einer Erhöhung des AN; liegt sie darunter, wird sie als Misserfolg erlebt und es kommt in der Regel zu einer Senkung des AN. Ob dies tatsächlich eintritt, hängt vor allem von der dynamischen Beziehung zwischen dem AN für die jeweilige Aufgabe und einem über diese Aufgabe hinausgehenden - auf der eigenen Person als sozialem Wesen

beruhenden - Ich-Niveau (Hoppe 1930, 34) und der Tendenz, dieses Ich-Niveau möglichst hoch zu halten ab.

“Neben dem Realziel, das dem momentanen AN entspricht, besteht nämlich in der Regel ein übergreifendes Idealziel. Während das Realziel nach Erfolgen oder Misserfolgen in der Regel erhöht oder gesenkt wird, pflegt sich die Höhe des Idealziels (zunächst) bei Erfolg oder Misserfolg nicht zu ändern, wohl aber verändert sich mit dem Abstand von Real- und Idealziel der Realitätsgrad des Idealziels” (Hoppe 1930, 30).

Über die einzelne Teilhandlung hinaus sind also diese dynamischen Zusammenhänge in Betracht zu ziehen.

“Wenn auch die Einzelhandlung... seinem psychischen Leistungseffekt nach von dem augenblicklichen AN, also einem relativ abgesonderten Spannungssystem abhängt, so deutet doch das gleichzeitige Vorhandensein des Idealziels auf das Bestehen eines durch das Idealziel charakterisierten umfassenderen Spannungssystems hin, in welchem das Realziel nur als unselbständiges Moment, als ‘vorläufiges Ziel’ existiert” (31).

[Beispiel: Neben der Verhinderung der Scheidung als Realziel kann in unseren Beispielfällen das Idealziel bestehen, die Person zu sein, die eine Familie als Hort ungetrübter Geborgenheit und Sicherheit zu schaffen vermag; auch wenn die Erreichung des Realziels scheitert, kann dieses Idealziel weiterbestehen.]

Beobachtungen bei den experimentellen Untersuchungen zum AN durch Hoppe und andere haben im Übrigen gezeigt, dass “nicht nur Erfolg und Misserfolg als solcher, sondern vor allem das Erlebnis der Zugehörigkeit dieses Effektes zur eigenen Person, das Betrachten der Leistung als Ausdruck des eigenen Wertes ... dynamisch von Bedeutung ist. Das zeigt sich unter anderem darin, dass die Versuchsperson ... außerordentlich häufig versucht, die Verantwortung für Misserfolge von sich abzuschieben” (Hoppe 1930, 33) und zwar in verschiedenen Varianten, die uns in solcher oder in etwas abgewandelter Form auch in der therapeutischen Arbeit begegnen, wenn implizit oder explizit Fragen des AN auf der Tagesordnung stehen:

- das ‘Material’ ist schuld - die Ursache von tatsächlichen oder vermeintlichen Fehlleistungen wird nicht in der eigenen Person, sondern in der neutralen Sphäre des Objekts gesucht (“Philosophieren” über Scheidungsstatistiken und dergleichen)
- die ‘Aufgabe ist zu schwer’ - die Verantwortung wird auf die Natur des Menschen als gegebenes biologisches Faktum abgeschoben, um das Misserfolgserlebnis zu vermeiden (oft mit schlechtem Gewissen, weil innerlich als Ausrede erkannt)
- (Selbst-)Betrugsversuche (beschönigende Darstellungen in der Therapie) und Genieren/Verschweigen gegenüber dem Therapeuten bis hin zur Erfindung von ‘Erfolgen’ (es geht um die Geltung der eigenen Person als sozialem Wesen),

‘geheime Eigentherapie’, um dann Fortschritte präsentieren zu können (vgl. die Wiederaufnahme in Abwesenheit des Versuchsleiters bei den AN-Versuchen)

→ Ärger auf den Therapeuten (wie in der Versuchssituation auf den Versuchsleiter), feindselige Fragen („Wie steht es denn mit Ihrer Ehe?“)

→ Entwertung der Aufgabe - sie wird herabgesetzt oder als Gleichgültiges hingestellt

- Herabziehen der anderen auf ein ‘gleich niedriges’ Niveau (der anderen Frauen, des Therapeuten, Versuche, ihn, die ‘Rivalin’, den Ehemann irgendwie unter sich zu stellen)

→ das Suchen nach Ersatz-Zielen (gegenüber dem ursprünglichen eigenen / ‘viel zu schwere Aufgabe’ / zu hohen Ziel als Norm für das AN -> Suche nach einer neuen Bewertungsnorm) (Beispiel: Ersatzbeziehung -> Neben-Beziehung als Ersatz-Ziel zeigt ähnliche Erscheinungen wie schon Hoppe beobachtet hat (51): “Die ganze Sache wird bald ‘reizlos’, ‘monoton’, eine ‘bloße Beschäftigung.’”)

Dies alles ist wohl als Versuch zu werten, die eigene Person vor Misserfolgen zu schützen oder trotz bereits wahrgenommenen oder geahnten Scheiterns das Ich-Niveau hoch zu halten.³

Perfektionismus

In verschiedenen gestalt- und feldtheoretischen Untersuchungen zu Fragen der Psychopathologie Mitte des vorigen Jahrhunderts spielte das Anspruchsniveau eine zentrale Rolle – man wollte verstehen, ob es Zusammenhänge zwischen verschiedenen psychischen Störungen oder problematischen Situationen und dem Anspruchsniveau gibt und welcher Art diese Zusammenhänge sind. In jüngerer Zeit kehrt dieses Thema nun in anderer Gestalt in die Forschungsarbeiten auf diesem Gebiet zurück, nämlich unter dem Begriff des *Perfektionismus*.

Forschungsarbeiten über Perfektionismus haben seit den 80er-Jahren des vorigen Jahrhunderts stark zugenommen. Eine Literaturrecherche in der Forschungsdatenbank *PsychLit* ergab einen Anstieg von 102 Publikationen zu diesem Themenbereich in den 80er-Jahren auf 336 Publikationen in den 90er-Jahren (Flett & Hewitt 2002, 5).

Bei diesen neueren Perfektionismus-Forschungen wird differenziert zwischen einem Perfektionismus, dessen Gegenstand die eigene Person ist („self oriented

³ Hier ist auch die Gefahr der Verwicklung für den Therapeuten nicht zu unterschätzen: Dieser muss mit solchen Versuchen der Entwertung etc. rechnen, wenn solche Prozesse im Gange sind, und sie als das verstehen, was sie sind, statt sie ‚persönlich‘ zu nehmen. Hier ist wichtig, vor allem auf das einzugehen, was ‚dahintersteht‘ - z.B. schon auch einmal einen Dialog mit den ‚Abgewerteten‘ führen lassen, um den Patienten nicht zu entlasten (hier allerdings oft gerade der größte Widerstand), oder schlicht Stellung zu nehmen und als ‚Modell‘ zu fungieren - erlebe ich derartiges auch als Scheitern und wie gehe ich damit um, wenn ich einmal in einer mir wichtigen Sache gescheitert bin?

perfectionism“), und einem Perfektionismus, der sich auf andere Personen richtet („other oriented perfectionism“, z.B. die „nicht perfekte“ Ehefrau, die dann gequält wird), schließlich auch noch einem „world-oriented perfectionism“, der Perfektionsansprüche an die Welt erhebt (Flett & Hewitt 2002, 11). Man glaubt festgestellt zu haben, dass bei Zwangsneurotikern eher ein auf Sachen bezogener Perfektionismus zu finden sei, bei Menschen mit Depressionen und mit so genannten narzisstischen Persönlichkeitsstörungen hingegen eher ein auf Personen bezogener Perfektionismus (ebenda, 9).

Perfektionismus muss diesen Untersuchungen zufolge also nicht zwangsläufig mit Depressionen verbunden sein, auch wenn unter depressiven Menschen sehr oft perfektionistische Tendenzen und Neigungen feststellbar sind.⁴ Forschungsarbeiten wiesen auch auf Zusammenhänge mit Essstörungen hin (Goldner et al. 2002; vgl. dazu nun auch Fuchs 2010), auch Angststörungen und Zwangsstörungen (Frost & DiBartolo 2002) sowie Sozialphobien (Alden et al. 2002) können damit in Verbindung stehen.

Die amerikanischen Perfektionismus-Forscher Hewitt und Flett gehen daher von einer Multidimensionalität des Konstrukts Perfektionismus aus – es enthält personale und interpersonale Aspekte. Ihr eigenes Diathese-Stress-Modell⁵ ist „auf der Annahme aufgebaut, dass bestimmte Dimensionen des Perfektionismus zur Depression führen, wenn perfektionistische Menschen auf Lebensschwierigkeiten stoßen, die aufzeigen, dass die Dinge nicht perfekt sind“ (Flett & Hewitt 2002, 19).

Diese neueren Arbeiten zum Perfektionismus-Konstrukt könnten meines Erachtens durchaus sinnvoll in Verbindung zu den Arbeiten mit dem Konstrukt des Anspruchsniveaus gebracht werden. Perfektionismus (in den oben angeführten Differenzierungen) wäre dann als eine spezifische Ausprägung des Anspruchsniveaus zu verstehen. Dies hätte zugleich den Vorteil, den bisher in den meisten empirischen Untersuchungen auf quantitative Aspekte der Leistung bezogenen Begriff des Anspruchsniveaus zu öffnen für nicht unmittelbar leistungsbezogene und nicht quantitative Dimensionen, wie sie auch für die im vorliegenden Beitrag behandelten Konstellationen wesentlich sind.

Prägnanztendenz - Prägnanzsucht

Auch in der neueren Perfektionismus-Literatur wird zwischen „normalem, gesundem Perfektionismus“ und „negativem, pathologischem Perfektionismus“

⁴ Seit den Anfängen der Behandlung depressiver Erscheinungen wurde darauf hingewiesen, dass es oft gerade besonders fähige Menschen sind, die unter Depressionen leiden (z.B. Bach, Beethoven, Rossini, Dumas, Shelley, Byron, Lincoln, Edison, Wittgenstein...). Vgl. dazu u.a. „Impressive Depressives“ von Lawrence 1994.

⁵ Hewitt & Flett 2002. Diathese (auch Vulnerabilität) = Prädisposition für die Entwicklung einer bestimmten Störung.

unterschieden (Flett & Hewitt 2002, 11f). Aber von welchen im Menschen angelegten Strebungen ist eigentlich die Rede, wenn man von Perfektionismus spricht? Handelt es sich dabei um isolierte Neigungen, die eben der eine Mensch hat und der andere nicht? Wer mit der Gestalttheorie auch nur einigermaßen vertraut ist, wird hier sofort an die *Prägnanztendenz* denken und damit auch eine Brücke zur Verfügung haben, um die erwähnten Untersuchungen zum Perfektionismus in einem größeren Zusammenhang zu sehen. Unter *Prägnanztendenz* versteht die Gestalttheorie die Tendenz zur einfachsten und klarsten Ordnung, die unter den gegebenen Randbedingungen möglich ist - im Bereich der Wahrnehmung die Ordnungstendenz etwa zum Einfachen, Einheitlichen, Geschlossenen, Geradlinigen, Ganzheitlichen, im Bereich der Motorik die Tendenz zu einem Maximum an Ganzheitlichkeit und Zügigkeit und einem Minimum an Innervationsaufwand, im Bereich des problemlösenden Denkens die Tendenz zur strukturellen Umformung, Umgliederung, Lückenschließung, Umzentrierung, zum Übergang von Wirrwarr zu Ordnung, zur Entzerrung des Verzerrten usw. usf.

1965 veröffentlichte der deutsche Psychiater Anton Reiter seine Studie „Gestalt- und erkenntnispsychologischer Beitrag zum melancholischen Wahn“. Darin wird der Entwicklung des so genannten melancholischen Wahns bei 123 Fällen von „Melancholie bei prämorbidem Persönlichkeiten“ nachgegangen, die zum „Typus melancholicus“ (nach der Terminologie von Hubert Tellenbach 1961) gehören, und zwar mit Hilfe gestalt- und erkenntnispsychologischer Überlegungen und Hypothesen.

Reiter geht dabei von der Feststellung Tellenbachs aus, dass es Menschen gibt, die für depressive Erkrankungen besonders prädisponiert sind – den *Typus melancholicus*. Dieser Typus melancholicus zeige einige besondere Merkmale, darunter eine übertriebene Ordentlichkeit, wobei das Ordnen

„von Seiten des Ordnenen durch einen Drang bestimmt (ist), in dem man die der Gestaltpsychologie bekannte und aufs Einfache, Einheitliche, Geradlinige, Geschlossene und Ganzheitliche, Regelmäßige, Parallele, Symmetrische, Vertikale und Horizontale sowie Beständige ausgerichtete *Prägnanztendenz* (Wertheimer 1923 u. a.) erkennt. Untersucht man auf diese Gesichtspunkte hin die Ordentlichkeit des Typus melancholicus (T. m.), so ergibt sich, dass sein Ordnungssinn über das normale Maß hinaus von der *Prägnanztendenz* bestimmt wird. Sein Ordnungsfanatismus ist in einer ausgesprochenen *Prägnanzsucht* begründet, die fordert, dass alles regelmäßig begründet, geglättet, egalisiert, nach einheitlichen Gesichtspunkten systematisiert und schematisiert wird und alles so bleibt wie es ist. Mit ihrer Intention nach Einheitlichkeit, Ganzheit und Beständigkeit verlangt die überstarke *Prägnanztendenz* in der Vorstellung des T. m. auch einen besonderen Ein-Klang sowie eine besondere Intaktheit und Integrität des Leibes und der Seele sowie deren Einheit“ (Reiter 1965, 114).

Dieser „überstarken *Prägnanztendenz*“ bzw. „*Prägnanzsucht*“ entsprechen nach

den Befunden Reiters bei diesen Menschen typische „Dekompensationsmotive“, also Auslöser für akute depressive Episoden:

„Das Zurückbleiben hinter einer gewohnten Vorstellung von einer optimalen eigenen Leistung; Krankheiten, Operationen, Gravidität und Entbindung als Beeinträchtigungen der Leibgestalt, deren Integrität und Beständigkeit die überstarke Pränanztendenz in besonderem Maße fordert; Alterationen der gewohnten optimalen Vorstellung des T. m. von sich selbst als Persönlichkeit durch eigene Fehler oder auch durch öffentliche Kränkungen und Verurteilungen oder auch schon durch das Nicht-genügend-gewürdigt-Werden vom Ehepartner; der unverschuldete Verlust des Geliebten durch dessen Absage, der Verlust des Ehegatten durch Tod oder Scheidung oder auch der Verlust des Kindes durch Tod oder Wegheirat usw. als unbegreifliche Erscheinungen für eine Kommunikationsvorstellung, die auf Grund der überstarken Pränanztendenz eine besondere Innigkeit, Festigkeit und Dauer in sich schließt; das Alleinsein, weil zur Ganzheit des Menschen einfach der andere gehört; die Kinderlosigkeit einer Ehe, zu deren Geschlossenheit und Vollkommenheit nach der Vorstellung zweier unserer Patientinnen notwendig das Kind gehört; die vom skrupulösen T. m. nur zu leicht als ‚verschuldet‘ erlebten Alterationen seiner von der überstarken Pränanztendenz besonders ‚gut‘ und ‚beständig‘ geforderten Verhältnisse zu seiner Welt und Mitwelt, zu seinen Werten, seinem ethischen Sollensbereich und seiner Transzendenz; oder schließlich der Heimatverlust sowie der Wohnungs- und Ortswechsel als Zerfallserscheinungen gegenüber einer gewohnten Vorstellung von Wohnung, Heimat und Welt sowie der Berufsverlust durch Pensionierung gegenüber einer von der Pränanztendenz besonders behaupteten Berufsvorstellung. Ein Dekompensationsmotiv kann für den T. m. aber auch schon sein, ... wenn eine unserer Patientinnen die Entscheidung zwischen einem zweiten Ehemann und ihren Kindern aus erster Ehe nicht zum Abschluss bringen kann.

Zusammenfassend kann man sagen, dass der Ordnungssinn des T. m. dermaßen von der Pränanztendenz bestimmt sein kann, dass das Gegenteil von Pränanz für ihn zu einem psychopathogenetischen Faktor wird“ (ebenda,115).

Man muss nun nicht unbedingt so weit gehen, einen *Typus melancholicus* als bereits bei der Geburt angelegten oder jedenfalls frühkindlich oder lebensgeschichtlich gewordenen, weitgehend fixierten Persönlichkeitstypus anzunehmen (auch wenn es dafür durchaus Indizien zu geben scheint). Es gibt dafür keine zwingende Notwendigkeit. Man kann und sollte wohl offen bleiben für die Fragestellung: Unter welchen Rahmenbedingungen nimmt ein Mensch sich und seine Welt so wahr, verhält er sich so, unter welchen nicht?

Was jedenfalls von Reiters Ansatz und Untersuchung so oder so relevant bleibt, ist der Umstand, dass die von der Gestalttheorie entdeckte, in Wahrnehmen, Erleben und Verhalten des Menschen wirksame Pränanztendenz, in ständigem Spannungsverhältnis steht und in Konflikt geraten kann - vielleicht sogar muss - mit einer immer wieder wenig pränanten (im Sinn von glatten, „perfekten“) Welt jenseits unserer jeweiligen phänomenalen Welt (dem „anti-pränanten Gestaltreiz der Welt“, wie es Reiter ausdrückt).

Zwei Beispiele zur Veranschaulichung dieses Gedankens müssen hier genügen: Wer die Familienstruktur Mann-Frau-zwei Kinder als einzig prägnante Familienfigur wahrnehmen kann, wird auch unter unseren heutigen gesellschaftlichen Bedingungen noch in beträchtlichen Stress kommen, wenn es ihr/ihm nicht gelingt, diese prägnante Konstellation für sich herzustellen, oder wenn sie/er diese Konstellation wieder verliert und zugleich tagtäglich in der Werbung, im Fernsehen usw. als faktisch einzig prägnante Familienkonstellation vorgeführt erhält. Ähnliches ließe sich über die Geschlechteridentitäten sagen – auf welche „anti-prägnanten Gestaltreize“ stoßen heute welche prägnanten Bilder der Geschlechteridentität?

Dies führt uns noch einmal zurück zu den neueren Perfektionismus-Forschungen. Maßgeblicher als die Messlatte der Perfektion ist wohl die von Reiter angesprochene Prägung – was der jeweilige Mensch als prägnant im Sinne von „in guter Ordnung“ wahrnimmt, erlebt, sich bewusst oder unbewusst zum Maßstab macht. Sieht er sich dann an der Schwelle zu Entscheidungssituationen, in denen diese gute, prägnante Ordnung in für ihn zentralen Fragen auf dem Spiel steht, kann sich ihm die oben skizzierte psychologische Konstellation der Vermeidung geradezu aufzwingen.

Entscheidungsvermeidung – Entscheidungsverzögerung: Die Untersuchungen von Sibylle Escalona

In der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen, die unter Depressionen leiden, bin ich (wie der Literatur zufolge viele Psychotherapeuten und Psychiater) immer wieder mit dem Phänomen konfrontiert, dass Menschen in der Depression zu keinen Entscheidungen mehr fähig scheinen, auch nicht in belanglosen, alltäglichen Dingen. Wie oben bereits skizziert, denke ich, dass es sich dabei meist nicht um eines unter vielen Symptomen der Depressivität handelt, sondern um das *zentrale*, die psychologische Situation des Betroffenen *bestimmende* dynamische Moment. Depressivität in dieser Konstellation ist nicht von Entscheidungshemmung oder –vermeidung *begleitet*, die Entscheidungsvermeidung *charakterisiert oder bestimmt* vielmehr die psychologische Situation, in der sich der betroffene Mensch befindet.

Nach langjähriger Beobachtung des Phänomens der Entscheidungsvermeidung in depressiven Phasen meiner Patientinnen und Patienten und verschiedensten Erfahrungen in meinem therapeutischen Umgang damit stieß ich eher zufällig auf eine frühe experimentelle Untersuchung einer Lewin-Schülerin, die genau dieses Thema zum Gegenstand hatte und mir sehr dabei half, viele meiner Beobachtungen und Erfahrungen in diesem Bereich differenzierter einzuordnen und auszuwerten. Aus diesem Grund möchte ich sie auch hier etwas ausführlicher darstellen.

Es handelt sich um die Untersuchung der Lewin-Schülerin Sibylle Escalona (Sibylle Korsch-Escalona) über "Die Auswirkung von Erfolg und Misserfolg auf das Anspruchsniveau und das Verhalten in manisch-depressiven Psychosen" (1940).

Escalona bezog in diese Untersuchung - neben einer Kontrollgruppe von 33 College-Studenten - vierzig Patienten zweier Spitäler in Iowa ein, von denen 16 als 'manisch-depressiv vom manischen Typ', und 24 als 'manisch-depressiv vom depressiven Typ' (bzw. in 2 Fällen als 'reaktiv-depressiv') diagnostiziert worden waren. Diesen Versuchsteilnehmern wurden verschiedene Aufgaben unterschiedlichen Schwierigkeitsgrades mit Labyrinthen und Steckplatten gestellt, die für die Herbeiführung und Untersuchung von Erfolgs- und Misserfolgserlebnissen und des AN geeignet schienen. Für unsere Zwecke hier ist eine nähere Darstellung dieser Aufgaben und Versuchsanordnungen nicht nötig. Auch will ich hier auf die Ergebnisse hinsichtlich der als manisch diagnostizierten Patienten nicht eingehen.

Bei den als depressiv diagnostizierten Patienten stieß Escalona im Zuge der Untersuchung auf folgendes Problem:

"Auf den ersten Blick schien es beinahe unmöglich, im Verhalten der depressiven Personen irgendwelche einheitlichen Trends festzustellen. Einige machten einen uninteressierten und apathischen Eindruck, andere reagierten auf jedes Element der Situation zu stark; einige waren über-gesprächig, andere blieben beinahe stumm; einige wählten ziemlich schwierige Aufgaben, andere sehr leichte. Es wurde offensichtlich, dass diese Fälle, die nach der psychiatrischen Nomenklatur in eine Gruppe fielen, eine Vielzahl verschiedener psychologischer Zustände repräsentierten. Um eine gewisse Ordnung in dieses Chaos der beinahe entgegengesetzten Daten zu bringen, wurden die depressiven Personen in fünf Unter-Gruppen unterteilt: ..."
(221, Übersetzung G. St.).

Hier begegnen wir also dem bereits eingangs angesprochenen Thema: Es gibt nicht „die“ Depressiven, sondern Menschen, die zwar von Psychiatern oder Psychologen nach einem bestimmten Symptom-Inventar der Gruppe der Depressiven zugeordnet wurden, sich aber in offenbar sehr unterschiedlichen psychologischen Situationen befinden, die ihr Erleben und Verhalten bestimmen. Escalona unterteilte diese Personengruppe in folgende Untergruppen:

- a) 'Motor Retarded', also motorisch verzögerte Patienten,
- b) 'Decision Retarded', also in ihren Entscheidungen Verzögerte,
- c) 'Major Decision Retarded', also hinsichtlich wichtiger Entscheidungen Verzögerte,
- d) 'Motor and Decision Retarded', also sowohl motorisch als auch Entscheidungs-Verzögerte sowie
- e) 'Nonretarded Depressives', also Depressive, an denen Verzögerungen weder im motorischen, noch im Entscheidungsbereich feststellbar waren.

Mit dieser Einteilung weicht Escalona also von der in der Psychiatrie für das manisch-depressive Krankheitsbild in der Regel üblichen allgemeinen Zuordnung der Symptomatik der psychomotorischen Verzögerung ab, die mit der deutlichen Verlangsamung aller körperlichen und geistigen Funktionen umschrieben wird. Escalona stellte nämlich fest, dass diese Verlangsamung *zwei unterschiedliche Ausprägungen* annehmen kann, die jeweils auf einen deutlich verschiedenen psychologischen Zustand hinweisen, nämlich eben der *motorischen Verzögerung* und der *Entscheidungsverzögerung*.

Der Anschaulichkeit halber will ich zu den Unterschieden zwischen diesen beiden Grundtypen einige der Beobachtungen wiedergeben, die Escalona dazu in der Versuchssituation machte (psychotherapeutisch tätigen Leserinnen und Lesern wird daran einiges sicher bekannt vorkommen):

a) Der *“motorisch verzögerte Depressive”*:

Dieser lässt sich ohne Widerstand in den Versuchsraum führen und legt dort weder an der Versuchsleiterin, noch an den Aufgabenstellungen Interesse an den Tag. Der Gesichtsausdruck ist traurig und sorgenvoll. Alle Bewegungen sind stark verlangsamt, das Denken scheint Schwierigkeiten zu bereiten. Er spricht - wenn überhaupt - mit leiser Stimme und mit so wenig Worten wie nur möglich. Die Mitarbeit an den Aufgaben erfolgt offensichtlich mehr aus Pflichtgefühl denn aus Interesse. Die Auswahl der Aufgaben und das ganze Benehmen sind offenbar davon bestimmt, das zu tun, was von ihm erwartet wird. Er zeigt keine Schwierigkeiten beim Treffen von Entscheidungen, führt jedoch jede einzelne Handlung sehr langsam aus. Dabei hat diese Ausführung in der Regel einen glatten Verlauf und eine einheitliche (sehr niedrige) Geschwindigkeit, völlig konträr zu dem, was beim Entscheidungsverzögerten zu beobachten ist.

b) Der *“entscheidungsverzögerte Depressive”*:

Auch bei ihm fällt die langsame und ineffektive Ausführung der Handlungen auf, jedoch beruht diese hier auf einer starken Verzögerung jeder noch so kleinen Entscheidung: ob er der Anweisung entsprechend auf einem Stuhl Platz nehmen soll oder nicht, welche Stäbchen er in die Hand nehmen soll, ob und wie er an ihn gestellte Fragen beantworten soll usw. - jeder dieser kleinen Schritte bringt ihn in einen größeren Entscheidungskonflikt und jede derartige Entscheidung dauert lange. Wenn die Entscheidung jedoch einmal getroffen ist, erfolgt die Ausführung der Handlung in normaler Geschwindigkeit. Es dauert also zum Beispiel lange, bis sich der Patient entscheidet, auf eine Frage zu antworten, die Antwort selbst kommt dann aber in einer ganz normalen oder sogar beschleunigten, beinahe explosiven Sprechgeschwindigkeit.

Dies ergibt ein Bild einer immer wieder stockenden, dann ruckartigen, also auffällig diskontinuierlichen Ausführung. In extremen Fällen kann es zu einer

Aufspaltung jeder Handlung in eine Vielzahl von Unterhandlungen kommen, von denen jede einzelne wieder vor gesonderte Entscheidungen stellt (Aufstehen, Sich-umdrehen, zu gehen beginnen, die Hand nach einem Steckbrett ausstrecken, es nehmen usw.), sodass in solchen Fällen die Entscheidungsverzögerung beinahe wie eine motorische Verzögerung wirkt. Bei beiden ist die Ausführung sehr langsam, bei den motorisch Verzögerten jedoch gleichförmig langsam, bei den Entscheidungsverzögerten zugleich langsam und ruckartig.

Auch die Haltung, die gegenüber der Versuchsleiterin an den Tag gelegt wird, ist bei den Entscheidungsverzögerten anders, nämlich immer angespannt und manchmal sehr negativistisch. Sie machen sich Sorgen über die Bedeutung des Versuchs, fragen oft "Wozu machen wir das? Was wird mit mir geschehen?" Es ist ihnen sehr wichtig, welches Steckbrett sie auswählen und was die Versuchsleiterin über ihre Wahl denken mag. In ihrem ganzen Verhalten zeigen sie deutlich, dass ihnen die Entscheidungssituation höchst unangenehm ist. Sie versuchen ihr auszuweichen, indem sie die Krankenschwester oder Versuchsleiterin ständig fragen, welche Wahl sie treffen sollen, und treffen auch keine einzige Auswahl über die geforderte Anzahl hinaus.

***c) die hinsichtlich wichtiger Entscheidungen Verzögerten und
d) sowohl motorisch als auch Entscheidungs-Verzögerten:***

Was es mit den beiden anderen Gruppen verzögerter Patienten auf sich hat, ergibt sich schon aus der Bezeichnung: Die Gruppe der nur hinsichtlich wichtiger Entscheidungen Verzögerten („major decision retarded“) z.B. brauchte lange, die für das Experiment wichtigen Entscheidungen zu treffen, also etwa sich für ein bestimmtes Steckbrett und damit für einen bestimmten Schwierigkeitsgrad der Aufgabe zu entscheiden, führte nach dieser Entscheidung die Aufgabe dann jedoch zügig aus. Die Gruppe der sowohl motorisch als auch hinsichtlich ihrer Entscheidungen Verzögerten zeigte sowohl extreme Entscheidungsverzögerungen, als auch eine extrem langsame Ausführung jeder Teilhandlung.

e) die nicht-verzögerten Depressiven:

Die fünfte Gruppe ('Nonretarded Depressives') legte weder motorische noch Entscheidungsverzögerungen an den Tag und unterschied sich von der Kontrollgruppe der Nicht-Depressiven nur in den mentalen Inhalten, ihrer Überzeugung von ihrer Wertlosigkeit und ihrer gedrückten Stimmung. Diese Patienten versuchten in der Regel den Anweisungen zu folgen, aber nicht in die Aufgaben involviert zu werden. Bei Misserfolgserlebnissen allerdings wurden sie sehr besorgt und an der Aufgabe interessiert. Häufig zeigten sie eine allgemeine Anspannung und Rastlosigkeit bis hin zur Agitiertheit. Soweit die Wahrnehmungen von Escalona bei ihren Versuchen.

Verschiedene psychologische Situationen

Wie bereits erwähnt, schloss Escalona aus diesen deutlichen Unterschieden im beobachtbaren Verhalten der motorisch und der entscheidungsverzögerten Patienten auf grundsätzlich unterschiedliche psychologische Situationen. Diese Unterschiede wurden von ihr folgendermaßen gesehen:

Der Entscheidungsverzögerte befindet sich in einem psychologischen Feld, das durch die Konfliktsituation der Zerrissenheit zwischen verschiedenen starken und zugleich "gleichgewichtigen" (meist mit gleichermaßen negativem Aufforderungscharakter ausgestatteten) Entscheidungsmöglichkeiten gekennzeichnet ist.

Der motorisch Verzögerte hingegen befindet sich in einem psychologischen Feld, in dem alle Umwelt-Regionen einen negativen Aufforderungscharakter zu haben scheinen und das Hauptbestreben darin besteht, die Region der innerlichen Beschäftigung mit den eigenen (quälenden) Gedanken nicht zu verlassen.

Man muss hier zur Erläuterung klarstellen, dass Escalonas Anliegen nicht das Entwickeln einer systematischen Typologie verschiedener depressiver Konstellationen war, sondern ihre Gruppeneinteilung dem Zweck diene, für ihre Versuche zum AN tatsächlich hinsichtlich ihrer psychologischen Situation zusammengehörige Patienten zu gruppieren.

Ihre wesentliche Entdeckung bestand m.E. eben darin, dass unter der gemeinsamen psychiatrischen Diagnose der Depression Patienten in sehr verschiedenen psychologischen Situationen bzw. Konstellationen zusammengefasst waren, und dass sie einige dieser sehr unterschiedlichen Konstellationen beschrieben hat. Damit ist weder der Anspruch auf Vollständigkeit erhoben, noch muss man Escalonas darüber hinausgehenden Überlegungen folgen.

Diskussion der Verzögerungs-Varianten

Eine dieser darüber hinausgehenden Überlegungen Escalonas ist, dass die beiden Typen der „Entscheidungsverzögerten“ und der „motorisch Verzögerten“ auch hinsichtlich der Pathogenese und der Rolle von Entscheidungskonflikten in ihrer psychologischen Situation verschieden sein könnten. So hat Escalona zu diesen Patientengruppen - zwangsläufig eingeschränkte - Anamnesen erhoben und dabei festgestellt, dass in der Biographie der Entscheidungsverzögerten ein mehr oder weniger lange zurückliegender gravierender externer Entscheidungskonflikt ("environmental conflict") vor dem ersten Auftreten der Depressivität festgestellt werden konnte, während das bei den motorisch Verzögerten nicht der Fall war. Daraus schloss sie, dass die Depressivität der Entscheidungsverzögerten als psychoneurotischer Mechanismus verstanden werden könnte, während es sich bei den motorisch Verzögerten um einen eher einer organischen Erkrankung ähnelnden Vorgang handeln könnte.

Dieser an die ältere Unterscheidung zwischen endogener und exogener Depression erinnernden Überlegung möchte ich nicht folgen. Meines Erachtens kann es bei den als motorisch Verzögerte beschriebenen Patienten zumindest *auch* um Fälle gehen, wo die Vermeidung einer Entscheidung den Kern der Sache bildet. Dies ist in zweierlei Form vorstellbar:

a) Es kann das Vermeidungsverhalten im ursprünglichen (in den Anamnesen nicht erfassten) "externen" Entscheidungskonflikt nach einer längeren Periode gescheiterter nach außen gerichteter Vermeidungshandlungen bereits zu einer Struktur und Dynamik des Lebensraums geführt haben, die der von Escalona beschriebenen entspricht: Rückzug nach innen mit großer Abneigung, diese Region innerlicher Beschäftigung überhaupt noch zu verlassen;

b) Es kann auch - wofür ich in meiner therapeutischen Arbeit Bestätigung gefunden zu haben glaube - von vornherein um einen "inneren" Entscheidungskonflikt gegangen sein, bei dem es also von vornherein nicht um die Zerrissenheit zwischen zwei negativen Aufforderungscharakteren in der psychologischen Umwelt, sondern um die zwischen zwei negativen Aufforderungscharakteren in der Person ging und geht (wobei also im ersteren Fall der Schwerpunkt in der Auseinandersetzung mit der "äußeren Entscheidung-Situation", mit den "feldbezogenen Kräften", im zweiten Fall in der Auseinandersetzung mit der "inneren Entscheidungssituation", den "Ich-bezogenen Kräften" stattfindet (Terminologie nach Henle 1961: „field-referent forces“ / „ego-referent forces“, wobei sich Henle auf Köhler, Wertheimer und Asch bezieht). Auf jeden Fall stehen auch die von Escalona geschilderten Fälle der "motorisch Verzögerten" vor einer Entscheidung, nämlich der: die Region der inneren Grübeleien und Selbstzerfleischung zu verlassen und sich wieder dem Leben zu stellen oder in dieser Region zu verharren.

Ich sehe hier auch eine gewisse Übereinstimmung zwischen dieser meiner Auffassung und der Schlussfolgerung des gestalttheoretisch beeinflussten psychoanalytisch orientierten Psychotherapieforschers Paul Matussek in seinen Untersuchungen. Er stellt fest:

"Auf Grund der Tatsache, dass endogene Depressionen immer dann ausbrechen, wenn die äußere Lebenssituation eine innere Umstellung des Ich erfordert, wird die Vermutung ausgesprochen, dass die Unfähigkeit zur ichhaften Umstrukturierung für die Manifestation der Phase von psychodynamischer Relevanz ist. Klinisch würde das bedeuten, dass es keineswegs eines äußeren Anlasses zum Ausbruch der Psychose bedarf. Er lässt sich nur in einem bestimmten Prozentsatz von Fällen feststellen. Der Schwerpunkt liegt vielmehr in der inneren Entwicklung und lässt sich meistens nicht explorieren, weil dem Kranken dafür die Einsichtsmöglichkeiten fehlen" (Matussek 1966, 460).⁶

⁶ Der Ausdrucksweise Matusseks kann ich nicht durchgehend folgen, auch nicht der mir allzu apodiktisch behaupteten Unmöglichkeit der Exploration und Einsicht.

Es erscheint mir demnach sinnvoll, die von Escalona unterschiedenen Gruppen nicht unbedingt als verschiedene Ausprägungen von Depression zu sehen, sondern zumindest auch die Möglichkeit miteinzubeziehen, dass es sich um verschiedene psychologische Situationen handelt, die ein Depressiver durchläuft bzw. durchlaufen kann (und zwar nicht zwingend in einer bestimmten Abfolge).

Überlappende psychologische Situationen

Vieles von der Symptomatik des Depressiven ist zudem verständlich vor dem Hintergrund der Tatsache, dass sich der Depressive in der Regel gleichzeitig in zwei sich überschneidenden psychologischen Situationen (sich überlappenden Feldern) unterschiedlicher Potenz befindet.

Zur Veranschaulichung dieses Gedankens möchte ich die Beschreibung einer der von Escalona untersuchten Patientinnen zitieren:

“Das Feld der Patientin, in dem sie sich mit ihren Sorgen beschäftigt (field of preoccupation) und das die Entscheidungsverzögerung verursacht, ist durch einen sehr starken Konflikt entstanden. Das Mädchen hatte ein uneheliches Kind von einem Mann, den sie nicht mochte. In der Periode, als sie zu entscheiden versuchte, ob sie dem Rat ihrer Familie folgen und diesen Mann, den sie eigentlich verabscheute, heiraten oder lieber doch ein uneheliches Kind aufziehen sollte, wozu sie eigentlich selbst eher neigte, begann ihre Erkrankung mit einer plötzlichen und extremen Verzögerung vom Entscheidungs-Typus. Bildlich gesprochen kam es zu einem völligen Stillstand zwischen zwei ungeheuer starken Kräften mit entgegengesetzter Richtung. Es ist bekannt, dass eine Person, die sich in einer solchen Konfliktsituation zwischen zwei gleich starken Kräften entgegengesetzter Richtung befindet, häufig aufhört, sich zu bewegen (Lewin 1938). In einem Fall wie diesem, wo jede der beiden Alternativen eine höchst unerfreuliche ist, möchte die Person die Entscheidung so lange wie möglich aufschieben; sie will die Entscheidung nicht treffen. Da die Person jedoch ständig unter dem Einfluss dieser schwierigen Situation steht, entwickelt sie eine generellere Unfähigkeit, Entscheidungen zu treffen. Jede Entscheidung ist nun qualvoll verlängert und von schwerem Stress begleitet.

Diese Interpretation zu den Ursachen des Zögerns der Person beim Herangehen an die Versuchsaufgaben und deren schrittweise Ausführung stimmt gut mit der Tatsache überein, dass, wenn sie erst einmal in die Anspruchsniveau-Situation eingetreten war, ihre Reaktionen völlig normal waren. Es war nicht die Aufgabe, die sie fürchtete, auch nicht eine extreme Angst vor dem Versagen in diesen Aufgaben, sondern schlicht das Sich-wegbewegen aus der Situation, in der sie sich andauernd befindet, nämlich zu einer Entscheidung zu kommen” (Escalona 1940, 285f).

Anhand dieses Beispiels lassen sich einige Aspekte vielleicht verdeutlichen:

1. Zur Unterscheidung Historische Genese / Aktualgenese: Die historische Genese ist der geschilderte Konflikt. Die eine gespannte seelische Region ‘Entscheidung in diesem Konflikt’ beginnt bei längerem Bestehen auch weitere angrenzende, ähnliche seelische Regionen anzuspannen (dies erfolgt also nach Gestaltgesetzen,

hier nach dem Gesetz der Nähe und der Gleichartigkeit/Ähnlichkeit; vgl. dazu Henle 1942), bis im Extremfall alle Regionen, die irgendetwas mit Entscheidung zu tun haben, angespannt sind und völlige Bewegungsunfähigkeit eintritt.

2. Im Zuge dieser Entwicklung kann es zu einer immer stärkeren Einschränkung des sogenannten 'Raums freier Bewegung' kommen. Da nicht zu Unrecht befürchtet wird, dass jede Bewegung in Regionen führt, wo unliebsame Entscheidungssituationen warten, engt sich der Bewegungs-Raum immer mehr ein bis zur völligen Einengung/Lähmung.

3. Dies zeigt sich auch in der häufig zu beobachtenden, immer weiter fortschreitenden Kontaktvermeidung in der Depression. Dabei spielt gerade auch das AN in seinem sozialen Aspekt eine Rolle: gemessen an diesem AN wird es zunehmend unerträglich, sich anderen in seiner ganzen immer schwerer zu verbergenden Lähmung und Unfähigkeit zu zeigen. Da es sich in der Regel um Konflikte handelt, die von einer Störung im Teil- und Glied-Sein im Zusammensein und Zusammengehören mit anderen Menschen ihren Ausgang nehmen, ist es auch nicht überraschend, dass es hier zu einem starken Rückzug von anderen Menschen kommt.

Historische Genese und Aktualgenese

Zusammenfassend: Im Vordergrund vieler Überlegungen zur Depression stehen oft historisch-genetische Betrachtungen zur Pathogenese: Wie ist es zu diesem Zustand, zu diesem Verhalten gekommen? Die Bedeutung derartiger historisch-genetischer Fragestellungen soll hier nicht negiert werden, im Vordergrund meiner Erörterung hier stand und steht jedoch die Aktualgenese: Wie entsteht das Erleben und Verhalten aus der konkreten Beschaffenheit der gegenwärtig gegebenen psychologischen Situation?

Die unterschiedliche Charakteristik der oben angesprochenen Konstellationen lässt sich m.E. tatsächlich aktualgenetisch aus der Struktur der angesprochenen Entscheidungs-/Vermeidungssituation ableiten, d.h. im engeren Sinn:

a) aus dem Charakter der geforderten Veränderung (geht es in erster Linie um notwendige Veränderungen im Bereich der Person, der psychologischen Umwelt, oder in deren Wechselbeziehung, und um *welche* Veränderung?)⁷

b) aus der Stellung dieser Forderung in der Gesamtstruktur der Situation und ihrer Entwicklung; handelt es sich um den aktuell dominierenden Teilaspekt bzw. um die aktuell dominierende Teilsituation eines übergreifenden Ganzen?⁸ - wobei Teilaspekt sich hier bezieht auf

⁷ Frage der Ich-Nähe, der zentralen und peripheren Regionen der Person; Frage der Feldkräfte; vgl. Henle 1961.

⁸ Ist die Konstellation bereits das Ganze oder nur Teil eines übergreifenden Geschehens-Ganzen -> vgl. Schulte 1924, Levys „Fall einer Manie“ (1936).; vgl. gängige Auffassungen von der Depression als Hauptsache oder Begleiterscheinung, Primäres oder Sekundäres.

c) die gegebene Struktur und Dynamik der Person, ihrer psychologischen Umwelt und deren Wechselbeziehung.

Psychotherapeutisch-praktische Schlussfolgerungen

Nun zu einigen Implikationen der hier vorgestellten Auffassung für die psychotherapeutische Aufgabenstellung:

Allgemein habe ich diese Aufgabenstellung bereits so umrissen: Es geht darum, dem Patienten solche Randbedingungen zu setzen, dass er es auf Grundlage einer Überprüfung und Revision seiner Ansprüche an sich und die Welt wagt, sich seiner tatsächlichen Verantwortung zu stellen und den notwendigen Neuentscheidungen nicht mehr aus dem Wege zu gehen, und ihm bei diesem oft schmerzlichen Prozess verlässlicher Partner zu sein.

Eine solche Sicht der Aufgabe hat verschiedene grundlegende Implikationen, die Hans-Jürgen P. Walter, anknüpfend an Wolfgang Metzgers sechs Kennzeichen der Arbeit mit dem Lebendigen und an Gedanken von Lewin und Rogers in zwölf globalen Gesichtspunkten gestalttheoretisch-psychotherapeutischer Arbeit zusammengefasst hat.⁹

Im Verhältnis zu diesen grundlegenden Gesichtspunkten haben Fragen der Technik eine nur abgeleitete Bedeutung. Die Gestalttheoretische Psychotherapie ist für alle Techniken offen, die geeignet sind, günstige Randbedingungen für jene Lösungs-Prozesse zu schaffen, die in der jeweiligen psychologischen Situation des Patienten angelegt sind. Gelingt es, diese psychologische Situation in ihren dynamischen Eigenheiten zu erfassen, ergibt sich, was am zweckdienlichsten zu tun ist, bereits aus diesem Erfassen der Dynamik. Daher möchte ich im Folgenden auch keine „depressionsspezifischen“ Techniken der Gestalttheoretischen Psychotherapie vorstellen. Bereits vorliegende Erkenntnisse aus der experimentellen gestalttheoretischen Forschung zu entsprechenden psychischen Konstellationen und den in ihnen wirksamen Gesetzmäßigkeiten können hier allerdings zwanglos genutzt werden (z.B. zur Veränderung des Anspruchsniveaus, zur Art und Dynamik von Entscheidungskonflikten), auch zur Entwicklung jeweils passender und förderlicher „Techniken“ und Interventionsstrategien.

Beispiele zur psychotherapeutischen Praxis: Vermeiden und Aufschieben

Anhand einiger Beispiele will ich abschließend skizzieren, was damit gemeint ist. Ein erstes Beispiel habe ich schon im ersten Teil dieses Beitrags angeführt (das

⁹ Diese zwölf Merkmale sind (Walter, 1994, S. 148-160): 1: Nicht-Beliebigkeit der Form; 2: Gestaltung aus inneren Kräften; 3: Nicht-Beliebigkeit der Arbeitszeit; 4: Nicht-Beliebigkeit der Arbeitsgeschwindigkeit; 5: Duldung von Umwegen; 6: Wechselseitigkeit des Geschehens; 7: ‚Beziehungscharakter‘ der verursachenden Fakten; 8: Konkretheit der wirkenden Fakten; 9: Gegenwärtigkeit der wirkenden Fakten; 10: Authentizität und Transparenz des Therapeuten; 11: Akzeptierung und Wertschätzung des Klienten; 12: Einfühlung (Empathie).

Beispiel der Therapiestunde mit der Frau, die vor schwierigen Entscheidungen steht und diese weit von sich schiebt und abdeckt). Bevor ich darauf noch einmal zurückkomme, eine allgemeinere Vorbemerkung:

Man kann sich die Frage stellen, ob ein depressiver Klient, der in Therapie kommt, damit schon einen ersten Schritt in Richtung Überwindung der Vermeidungssituation gemacht hat. Das kann mehr oder weniger so sein, es kann auch gar nicht der Fall sein. Der Entschluss, Hilfe in Anspruch zu nehmen, hat naturgemäß meist eine lange Vorgeschichte von Versuchen, die Belastungen ohne Therapie erträglich zu machen, also die Vermeidungssituation beizubehalten, aber weniger schmerzhaft zu gestalten.

Dem kommt auch die nach wie vor häufige Symptombehandlung mit Psychopharmaka entgegen. Beinahe alle Patienten, die mit einer Depressionsdiagnose zu mir kommen, nehmen solche Psychopharmaka, oft bereits seit vielen Jahren. Diese Psychopharmaka können bekanntlich helfen, die Angst zu kontrollieren, die Stimmung etwas aufzuhellen, die Arbeitsfähigkeit einigermaßen aufrechtzuerhalten usw. Sie machen also die Vermeidungssituation erträglich, können sie damit jedoch zugleich prolongieren. Die Erfolge der Behandlung mit Psychopharmaka kommen dementsprechend oft dadurch zustande, dass sie den Patienten durch die depressive Vermeidungsphase "durchtragen", bis z.B. durch Veränderung der äußeren Umstände die akute Konfliktsituation sich 'von selbst' auflöst oder der Patient eben doch einmal das Notwendige tut. Insofern ist auch eine generelle Ablehnung von Psychopharmaka aus meiner Sicht unangebracht: Es gibt Fälle, wo sie – von den Patientinnen und Patienten entsprechend angenommen und „eingeordnet“ - die Therapiefähigkeit überhaupt erst herstellen und aufrechterhalten helfen.

Ähnliche Erwartungen an die Psychotherapie, dass sie ebenfalls helfen könnte, das Vermeiden beizubehalten, aber ohne unter seinen Konsequenzen zu leiden, sind daher nicht verwunderlich. Die depressiven Zustände sind ja oft so schwer zu ertragen, dass schwerste Behinderungen des Lebens und beinahe unerträgliche Zustände entstehen.

Mein Ziel in der Eingangsphase einer Therapie, in der sich eine derartige Konstellation bemerkbar macht, ist daher häufig, eine gewisse Distanz zur angstbesetzten Entscheidungssituation herzustellen und einen Status zu erreichen, wo der Patient sich sagen kann: *Ja, da ist etwas, dem ich mich irgendwann einmal stellen muss. Hier habe ich jemanden, mit dem ich das vielleicht irgendwann einmal angehen werde. Ich werde dabei nicht allein sein. Und ich werde bestimmen, wann ich es angehe.*

Das bedeutet nichts anderes, als die Vermeidung anzuerkennen, *aus der Vermeidung ein bewusstes Aufschieben zu machen* und damit zu einer Handlung, für die man auch die Verantwortung übernimmt. Damit ist auch fürs erste schon

einmal die Hilflosigkeit und das Ausgeliefertsein durch eine gewisse Handlungsfähigkeit ersetzt. Meist ist es hier auch bereits möglich, die vermiedene Entscheidungssituation, das Dilemma, zu benennen. Das ist ein sehr wesentlicher Schritt, bedeutet er doch, damit zu beginnen, die Dinge beim Namen zu nennen- und die Verantwortung dafür zu übernehmen. Wichtig ist es mir hier, etwas zu vermitteln, was man als folgende Botschaft formulieren könnte: *„Ich weiß nicht, wann Du so weit sein wirst, dass Du Dich dem stellen kannst. Aber ich bin da, wenn es so weit ist.“*

Es mag auf den ersten Blick als Widerspruch erscheinen, aber gerade diese Umwandlung der Vermeidung in eine bewusste und verantwortete Verschiebung oder Vertagung kann den Prozess der Auseinandersetzung mit der angsteinflößenden Entscheidungssituation wesentlich beschleunigen.

Dazu ein Kommentar aus gestalttheoretischer Sicht:

Willi Ferdinand (1959, zit. nach Walter, 1994, S. 90) folgert aus seinen Untersuchungen zum Anspruchsniveau:

„Das starke Engagiertsein des Ichs in den persönlich wichtigen Handlungen machte für den von der Sache selbst ausgehenden Anspruch verhältnismäßig taub.“

Gerade wenn es um sehr ich-nahe Fragen geht, stellt sich auch in der Therapie das Problem, dass für das Erkennen von Gegebenheiten bzw. für die Einsicht, die Selbsteinsicht wie die Einsicht in Zusammenhänge, der „Gestaltfaktor der Nähe“ (zwischen ‘Beobachter’ und ‘Objekt’) eine Rolle spielt (Müller 1959, zit. nach Walter 1994, 90).

„Erst wenn ein genügender Abstand zwischen dem ‘phänomenalen Ich’ und bestimmten Gegebenheiten besteht, können sich diese Gegebenheiten überhaupt abheben und wahrgenommen werden“.

Was in dem hier geschilderten Therapie-Beispiel passiert, kann als eben ein solches Herstellen eines genügenden Abstandes zwischen phänomenalem Ich und dem Vermiedenen verstanden werden. Dieser phänomenale Abstand wird noch einmal akzentuiert durch die Entscheidung des Aufschiebens und des räumlichen Wegschiebens. Damit erfolgt zugleich eine erste Differenzierung der Verhaltensalternativen: verantwortetes Aufschieben statt „erlittenem“ Vermeiden.

„Anerkennen, was ist“: Nach etwa einem halben Jahr führt die Patientin ein Gespräch mit ihrem Mann (Dialog mit Hilfe des leeren Stuhls). Im Dialog kommt heraus, dass ihr Mann schwankt, lockt und zurückweist. Er möchte nicht mit ihr leben, richtet sich bereits mit seiner Freundin eine Wohnung ein, will sie aber zugleich mit Andeutungen und fallweisen Liebesbeteuerungen quasi in Reserve halten für den Fall, dass er es sich doch noch anders überlegt. Unterstützt durch entsprechendes „Doppeln“ kann das die Patientin sehr deutlich formulieren. Auf ihrem Platz weint sie lange und verzweifelt. Die Frage, ob sie dieses Arrangement akzeptieren will, beantwortet sie zuerst mit einem zornigen ‘Nein’, dann mit

einem unsicheren 'Vielleicht doch', an das sie wiederum verächtliche Bemerkungen über sich selbst anschließt.

Das geht auf meine Anregung hin über in ein Gespräch zwischen der verachtungsvollen Kritikerin und der 'Frau in Reserve', das zum erbitterten Streitgespräch wird. Die relativ klare Sicht der Situation auf der einen Seite und das Nicht-Wahrhabenwollen auf der anderen prallen scharf aufeinander. „*Was gibt es für mich noch, wenn das so ist?*“ Es kommt zu einer ersten kleinen Annäherung der beiden Seiten, indem aus den wechselseitigen Beschuldigungen die gemeinsame Frage hervorgeht: „*Will ich so leben mit allen Konsequenzen: Mich für die eher unwahrscheinliche Rückkehr dieses Mannes bereit halten und dazu auch stehen, oder einen klaren Strich ziehen und mein Leben neu ausrichten, auch auf die Gefahr hin, dass ich allein bleibe?*“

Also Übergang von der Konfrontation mit der Lage zur Selbstkonfrontation: Das kann sehr wichtig sein in der Überprüfung des AN: Die Patientin macht sich herunter, kritisiert sich aufs schärfste, schaut dabei ständig auf mich, als warte sie auf Widerspruch.

Walter zu Therapiesituationen wie dieser:

“Worauf es ankommt, ist, dass sich die Widersprüche subjektiv unleugbar im Raume stoßen, dass auf ein 'Abstellgleis' führendes Rationalisieren nicht mehr möglich ist. Soweit jedenfalls kann die Technik führen - und wirklich gefordert wird der Therapeut (als Therapeut und als Mensch im Sinne der 'Echtheit' nach Rogers) erst an dieser Stelle, wo vom Klienten eine Entscheidung zu fällen ist, der er in der Regel zuvor nicht leichtfertig ausgewichen ist, sondern weil sie mit dem Schmerz des Verzichts auf eines zugunsten von etwas anderem oder mit der subjektiven Anerkennung eines Verlusts, der 'objektiv' schon lange Realität sein mag, verbunden ist. Wenn ein Klient an einem solchen Punkt angelangt ist, dann kann die akzeptable Entscheidung - dies nur als Beispiel - auch lauten: 'Ich will mich nicht entscheiden' oder 'Ich will, was geschehen ist, nicht wahrhaben'” (1994, 92).¹⁰

Dieses Beispiel kann vielleicht auch noch einmal verdeutlichen, wie die oben angeführte Unterscheidung zwischen "äußerer" und "innerer" Entscheidungssituation zu verstehen ist.

→ Im ersteren Fall wird die Konfliktlage vorwiegend von Kräften bestimmt, die von Teilen des psychologischen Feldes ausgehen, die nicht der Person zugehören. Sie fühlt sich zwischen anziehenden oder abstoßenden Kräften in ihrer psycholo-

¹⁰ Die Vermeidung kann zeitweise wichtig sein, z.B. könnte die oft latente Selbstmordgefahr durch blindes Auf-Entscheidung-Drängen oder ‚Entscheidungsstraining‘ genauso aktualisiert werden, wie man dies bei bestimmten aktivierenden Medikamenten als Risiko sieht. Daher ist wichtig, dass die Entscheidungen vorbereitet werden, auf einer echten Umstrukturierung beruhen. Auch hier gilt die Nichtbeliebigkeit der Arbeitsgeschwindigkeit und der Arbeitszeit; zu frühes Insistieren auf Entscheidung durch Erhöhen des Drucks kann in bestimmten Fällen durchaus die Selbstmordgefahr erhöhen, wenn die Grundlagen für eine reife Entscheidung auf Grundlage einer Umstrukturierung und damit verbunden mit einer Änderung des AN noch nicht entwickelt sind.

gischen Umwelt hin- und hergerissen. Die Situation in der erlebten Umwelt ruft nach einer Entscheidung.

→ Im zweiten Fall sind vor allem Kräfte in jenem Teil des psychologischen Feldes für die Konfliktlage bestimmend, die die erlebte Person ausmachen. Der Konflikt besteht zwischen anziehenden und abstoßenden Kräften im Personbereich des psychologischen Feldes. Die Situation im erlebten Inneren der Person ruft nach einer Entscheidung.

Mit dieser Unterscheidung soll jedoch selbstverständlich nicht gesagt werden, dass im einen Fall die Situation in der Person, im anderen Fall die in der Umwelt keine Rolle spielt. Wie das Beispiel vielleicht veranschaulichen kann, ist es vielmehr so, dass auch bei Fällen, die hier als "äußerer Konflikt" bezeichnet werden, ein Hin- und Herpendeln zwischen "äußerer" und "innerer" Auseinandersetzung stattfindet, also eine enge Wechselbeziehung auch im Laufe des Klärungsprozesses das Geschehen bestimmt.

Vor diesem Hintergrund noch eine Bemerkung zu verschiedenen Entwicklungsvarianten aus Perspektive des Therapieverlaufs. Bekanntlich gibt es viele Methoden der Arbeit mit Depressiven und alle scheinen ihre Erfolge und Nicht-Erfolge zu haben; und es gibt, wie schon eingangs erwähnt, auch die vielen Fälle, wo die Depressivität sich ohne jegliche therapeutische Intervention „verabschiedet“. Was kann man dazu aus Sicht des hier vorgeschlagenen Verständnisses einer bestimmten Konstellation von Depression sagen?

Handelt es sich tatsächlich um die geschilderte psychologische Konstellation, so liegt es auf der Hand, dass es zumindest vier Verlaufsmöglichkeiten gibt:

a) Die Entscheidungssituation löst sich durch äußere Ereignisse (Zeitablauf, das Handeln anderer etc.) mit oder ohne therapeutische Begleitung auf; in solchen Fällen kann also jede in dieser Zeit gesetzte Intervention vermeintlich "wirken", da sie auf den Gang der Dinge gar keinen tatsächlich maßgeblichen Einfluss hat, sondern nur zufällig zeitgleich passiert: Handauflegen, Verhättschelungstherapie, Aspirin, Sonnenschein oder Regen usw.

b) Der Mensch kommt in die Lage, die tatsächlich anstehende Entscheidung zu erkennen und zu treffen; dies ist oft durchaus auch ohne echte Einsicht und Umstrukturierung möglich, kann im Einzelfall auch antrainiert werden oder durch verschiedene Eingriffe 'erzwungen' werden; es besteht jedoch in diesen Fällen wie auch im genannten ersten Fall die Gefahr, dass bei nächster Gelegenheit das Gleiche passiert, spricht: neuerliche Depressivität auftritt.

c) Der Mensch kommt aus der Entscheidungssituation heraus – sei es nun durch äußere Ereignisse oder durch Entscheidung ohne echte Einsicht und Umstrukturierung – und hat das Glück, in seinem weiteren Leben nie mehr in ein entsprechendes Dilemma zu kommen.

d) Der Mensch kommt in Vorbereitung und Vollzug der Entscheidung zu echten Einsichten, die ihn auch in zukünftigen ähnlichen herausfordernden Situationen handlungsfähig erhalten – ohne Auftreten des depressiven Vermeidungsverhaltens und der damit verbundenen Symptomatik oder zumindest weitgehend abgemildert oder verkürzt.

Schlussbemerkung: Überdauernde Konstanten und Wandlungsmöglichkeiten

Dies wirft natürlich die Frage auf nach überdauernden Konstanten und nach den Wandlungsmöglichkeiten der Persönlichkeit. So stellt sich die Frage, inwiefern es angebracht sein kann, von so etwas wie einer ‘depressiven Persönlichkeit’ oder einem ‘depressiven Stil’ zu sprechen (oder auch eines *Typus melancholicus* im Sinne Tellenbachs und Reiters). Ich erwähne hier etwa David Rapaports erwägenswerte und m.E. mit der Gestalttheorie in einigen Aspekten durchaus vereinbare Auffassung, dass das Verhalten eines Menschen durch relativ zeitstabile, sich nur langsam ändernde ‘innere Konfigurationen’ beeinflusst wird, die nicht zuletzt über seinen kognitiven Stil rekonstruierbar sind.¹¹

Nach David Rapaport (1960) und später David Shapiro (1965) können sich Charaktereigenarten und Charakterstörungen nicht nur auf Grundlage eines wiederholten (fixierten) neurotischen Verhaltens entwickeln oder gar daraus hervorgehen; Abwehr und Extremisierung in Form von Symptombildung ließen sich viel besser verstehen, wenn sie nicht isoliert und unabhängig vom allgemeinen Funktionieren und Handeln einer Person begriffen würden. Abwehr und Symptombildung gingen vielmehr aus den durchgängigen und ich-typischen Grundmustern der Welt- und Lebensverarbeitung des Menschen hervor.

Unter dem ‘persönlichen Stil’ wird von Shapiro die allgemeine Art des innerseelischen und vor allem zwischenmenschlichen Erlebens und Verhaltens verstanden, die bei einem Menschen mehr oder weniger durchgängig in den meisten Lebenssituationen zu beobachten ist. Mit ‘neurotischen Stilen’ werden Person-Eigenarten bezeichnet, die zwar eine gewisse Affinität zu den ‘neurotischen Störungen’ haben, jedoch nicht mehr als ‘Manifestationen bestimmter Abwehrmechanismen oder als Abkömmlinge spezieller Triebhalte’ erklärt werden – dafür sind diese Person-Eigenarten zu weitreichend und zu umfassend.¹²

¹¹ Mit kognitivem Stil ist hier Art und Weise gemeint, wie die Person auf die Umwelt reagiert. Rapaport sieht durch diesen kognitiven Stil die allgemeinen Verhaltensmöglichkeiten des Menschen einerseits begrenzt, andererseits den Menschen mit einem umrissenen, zeitlich stabilen und deshalb wiedererkennbaren persönlichen Stil ausgestattet, der nicht voreilig in pathologische Kategorien gefasst werden darf.

¹² Hier ist für den Ansatz von Shapiro kein Bezug zur Triebtheorie mehr zwingend erforderlich, insofern ist der Ansatz auch sparsamer ausgelegt als die Objektbeziehungstheorie. Abwehr und Symptombildung werden lediglich als Spezialfall der Wirkungsweise des allgemeinen persönlichen Funktionsstils eines Menschen betrachtet: „Nämlich als Funktionieren dieses Stils unter den speziellen Bedingungen eines Spannungszustandes“ (Shapiro 1965, 193).

Als solches „durchgängiges und ich-typisches Grundmuster der Welt- und Lebensverarbeitung“ eines Menschen lässt sich auch die jeweilige personenspezifische Ausprägung der Prägnanztendenz eines Menschen (bis hin zur „Prägnanzsucht“) nach Anton Reiter verstehen. Wieviel und welche Art von Prägnanz ein Mensch an sich selbst, an anderen Menschen und allgemein in seiner Beziehung zu seiner Umwelt braucht oder erstrebt, mit welchen Mitteln er diesen prägnanteren Zustand anstrebt oder einen unprägnanten Zustand, den er erfährt, in sein Leben integriert oder anderweitig verarbeitet, darin ist der Mensch wohl weder völlig festgelegt, noch beliebig wandelbar. Es gibt Menschen, die in den hässlichsten und menschenfeindlichsten Umwelten relativ ungerührt und unberührt ihren „Geschäften“ nachgehen können - es gibt andere, die daran zugrunde gehen. Es gibt Menschen, die sich selbst nicht die geringste Abweichung von einem einmal festgelegten Ideal verzeihen können – es gibt andere, die zumindest bei sich selbst schnell einmal „alle Fünfe gerade sein lassen“. Psychotherapie in einer akuten Lebenskrise, die mit depressivem Erleben und Verhalten einhergeht, kann einem Menschen aus dieser Krise vielleicht heraushelfen, ohne die Grundmuster, die zu seiner Krise maßgeblich beigetragen haben, tatsächlich über den Moment hinaus anzutasten. Sie kann ihm aber auch dazu verhelfen, diese zu erkennen, noch einmal für sich zu überprüfen und vielleicht in einem gewissen Ausmaß zu korrigieren – im günstigsten Fall hin zu einem realitätsgerechteren, also menschengerechteren (seinem eigenen und der anderen Mensch-Sein gerechteren) Erleben und Verhalten in seiner Welt.

Zusammenfassung

Ausgehend von Kurt Lewins Forderung, von einer klassifikatorischen zu einer konstruktiven Begriffsbildung überzugehen, skizziert der Beitrag die Dynamik einer spezifischen psychologischen Konstellation depressiven Erlebens und Verhaltens: die Konstellation der Entscheidungsvermeidung mit der zugehörigen Dynamik und Symptomatik. In die Analyse dieser Konstellation werden gestaltpsychologische Forschungen zum Anspruchsniveau und zur „Prägnanzsucht“ und neuere Arbeiten zum Perfektionismus einbezogen.

Schlüsselwörter: Depression, Krankheitslehre, Entscheidungsvermeidung, Anspruchsniveau, Perfektionismus, Prägnanzsucht, Gestalttheoretische Psychotherapie.

Summary

Starting from Kurt Lewin's call to move from a classificatory to a constructive concept formation, this article outlines the dynamics of a specific psychological constellation of depressive experience and behavior: the psychological situation of decision avoidance with its associated dynamics and symptoms. A discussion of Gestalt psychological research on the constructs of level of aspiration and "Prägnanz"-obsession and new research on perfectionism are included in the analysis of this constellation.

Keywords: Depression, psychopathology, decision avoidance, level of aspiration, perfectionism, Prägnanz obsession, Gestalt Theoretical Psychotherapy.

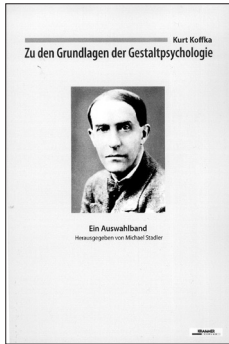
Literatur

- Alden, Lynn E., Ryder, Andrew G. & Tanna M.B. Mellings (2002): Perfectionism in the Context of Social Fears. Toward a Two-Component Model. In: Flett & Hewitt 2002, 373-392.
- Bash, Kennewer W. (1955): *Lehrbuch der allgemeinen Psychopathologie. Grundbegriffe und Klinik*. Stuttgart: Thieme.
- Bauer, Joachim (2002): *Das Gedächtnis des Körpers*. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. Frankfurt: Eichborn; neuere Auflagen seit 2004: München: Piper.
- Bender, Lauretta (1938): A Visual Motor Gestalt Test and its Clinical Use. New York: Orthopsychiatric Association..
- Beutler, L. E., & Malik, M. L. (eds., 2002): Rethinking the DSM - A Psychological Perspective. Washington: American Psychological Association.
- Böker, Heinz (Hrsg., 2000): *Depression, Manie und schizoaffektive Psychosen*. Psychodynamische Theorien, einzelfallorientierte Forschung und Psychotherapie. Giessen: Psychosozial Verlag.
- Böker, Heinz (2000a): Psychodynamik der Depression und Manie. In: Böker 2000, 14-85.
- Böker, Heinz (2000b): Kognitive Modelle der Depression. In: Böker 2000, 86-100.
- Böker, Heinz (2000c): Interaktionsdynamische Depressionsmodelle. In: Böker 2000, 101-125.
- Brown, Junius F. (1936): *Psychology and Social Order*. New York: McGraw-Hill.
- Brown, Junius F. (1940): *The Psychodynamics of Abnormal Behavior*. New York: McGraw-Hill.
- Carson, Robert C. (1996): Aristotle, Galileo, and the DSM Taxonomy: The Case of Schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64, 1133-1139.
- Cutting, John & Dunne, Francis (1986): The Nature of the Abnormal Experience at the Onset of Schizophrenia. *Psychopathology*, 19 (6), S. 347-352.
- Dembo, Tamara (1931): Der Ärger als dynamisches Problem. *Psychologische Forschung*, 15, 1-44.
- Escalona, Sybille K. (1940): The effect of success and failure upon the level of aspiration and behavior in manic-depressive psychoses. *Univ. of Iowa Studies. Studies in Child Welfare*, 16 (3) = *Studies in Topological and Vector Psychology*, 1 (3), 199-307.
- Ferdinand, Willi (1959): Experimentelle Untersuchungen über die persönliche Wichtigkeit des Materials auf das Behalten. *Psychologische Forschung*, 25.
- Flett, Gordon L. & Paul L. Hewitt (eds., 2002): *Perfectionism. Theory, Research, and Treatment*. Washington: American Psychological Association.
- Frost, Randy O. & Patricia Marten DiBartolo (2002): Perfectionism, Anxiety, and Obsessive-Compulsive Disorder. In: Flett & Hewitt 2002, 341-37.
- Fuchs, Thomas (2010): "Ich weiß, wie dünn ich bin, aber ich fühle mich dick". Gestalttheoretisches Modell der wahrgenommenen Welt einer magersüchtigen Person. *Phänomenal* 2(2), 3-8. Goldner, Elliot M., Cockell, Sarah J. & Suja Srikaneswaran (2002): Perfectionism and Eating Disorders. In: Flett & Hewitt 2002, 319-340.
- Hell, Daniel (1992): *Welchen Sinn macht Depression?* Reinbek b. Hamburg: Rowohlt.
- Henle, Mary (1942): *An experimental investigation of dynamic and structural determinants of substitution*. Durham: Duke University Press.
- Henle, Mary (1961): On field forces. In M. Henle (ed.), *Documents of Gestalt Psychology* (286-297). Berkeley & Los Angeles: Univ. of California Press.
- Hewitt, Paul L. & Gordon L. Flett (2002): Perfectionism and Stress Processes in Psychopathology. In: Flett & Hewitt 2002, 255-284.
- Hoppe, Ferdinand (1930): Erfolg und Mißerfolg. *Psychol. Forschung*, 14, 1-62.
- Höping, W. & De Jong-Meyer, R. (1999): Avoiding Negative Affect by Reducing Self-Focused Attention as a Vulnerability Factor for Depression. *Cognition, Creier, Comportament*, 3, 269-285.
- Lawrence, Peter Nolan (1994): *Impressive Depressives: 75 Historical Cases of Manic Depression from Seven Countries*. London: Manic Depression Fellowship - The BiPolar Organisation.
- Levy, Erwin (1936): A Case of Mania with its Social Implications. *Social Research*, 3, 488-493. In deutscher Übersetzung: Ein Fall von Manie und seine sozialen Implikationen. In: G. Stemberger (2002), S. 49-54.
- Lewin, Kurt (1929/2009): *Die Entwicklung der experimentellen Willenspsychologie und die Psychotherapie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft. Nachdruck in Lewin 2009, 307-338.
- Lewin, Kurt (1931/1981): Der Übergang von der aristotelischen zur galileischen Denkweise in Biologie und Psychologie. *Erkenntnis*, Bd. 1, S. 421-466; enthalten in A. Métraux (Hrsg., 1981), Kurt-Lewin-Werkausgabe Bd. 1, *Wissenschaftstheorie I*, Bern und Stuttgart: Hans Huber und Klett Cotta, 233-278.
- Lewin, Kurt (1938): The conceptual representation and measurement of psychological forces. Duke University. *Contributions to Psychological Theory*, 1(4), 247.

Stemberger, Dynamische Eigenheiten einer depressiven Symptomatik

- Lewin, Kurt (1963): *Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Ausgewählte theoretische Schriften*. Bern-Stuttgart: Huber.
- Lewin, Kurt (1969): *Grundzüge der topologischen Psychologie*. Bern-Stuttgart: Huber.
- Lewin, Kurt (2009): *Schriften zur angewandten Psychologie. Aufsätze, Vorträge, Rezensionen*. Hrsg. Von H. Lück. Wien: Krammer.
- Luchins, Abraham.S. (1967): Practice and Levels of Theory. *Int. J. Psychiat.*, 4, 344-348.
- Matussek, Paul (1966): Psychopathologie und Psychotherapie. *Der Nervenarzt*, 37 (10), 459-461.
- Matussek, Paul (1978): Die Wahrnehmung in der Sicht der Gestaltpsychologie. In F. Weinhandl (Hrsg.), *Gestalthaftes Sehen*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Metzger, Wolfgang (1953/1997): Gedanken zur Entfaltung und Wandlung der Persönlichkeit. *Psycholog. Beiträge*, 1, 325-344. Nachdruck in *ÖAGP-Informationen*, 6 (4/97 und 5/97).
- Müller, K. (1959): Denken und Handeln als Organisieren. *Handbuch der Psychologie*, Bd. 1, 1. Halbband. Göttingen: Hogrefe.
- Rapaport, David A. (1951): *Organization and Pathology of Thought*. New York: Columbia University Press.
- Rapaport, David A. (1960): *The Structure of Psychoanalytic Theory. A Systematizing Attempt*. New York: International University Press.
- Reiter, Anton (1965): Gestalt- und erkenntnistheoretischer Beitrag zum melancholischen Wahn. *Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift für die gesamte Neurologie* 207, S. 114-127.
- Schulte, Heinrich (1924): Versuch einer Theorie der paranoischen Eigenbeziehung und Wahnbildung. *Psychol. Forschung*, 5, 1-23. Wiederabdruck in G. Stemberger (2002), S. 27-47.
- Shapiro, David (1965): *Neurotic Styles*. New York/London: Basic Books. Deutsch: *Neurotische Stile*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1991.
- Stemberger, Gerhard (1997): Depressive Störungen: Beiträge aus Theorie und Praxis der Gestalttheoretischen Psychotherapie zum angemessenen Verstehen und therapeutischen Handeln. Vortrag beim AGPF-Kongress *Welche Bedeutung hat die Vergangenheit für die Zukunft? Phänomene, Strukturen, Entwürfe therapeutischer Gegenwart* (2.-5.10.1997 München).
- Stemberger, Gerhard (Hrsg., 2002): *Psychische Störungen im Ich-Welt-Verhältnis. Gestalttheorie und psychotherapeutische Krankheitslehre*, Wien: Krammer.
- Stemberger, Gerhard (2005): Gestalttheoretische Psychotherapie. In: H. Bartuska u.a. (Hrsg.), *Psychotherapeutische Diagnostik*, Wien – New York: Springer, 105 – 116.
- Tellenbach, Hubert (1961): *Melancholie. Zur Problemgeschichte, Typologie, Pathogenese und Klinik*. Mit einem Geleitwort von V. E. von Gebattel. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer. 4. Auflage 1984.
- Walter, Hans-Jürgen P. (1994): *Gestalttheorie und Psychotherapie*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Wertheimer, Max (1923): *Untersuchungen zur Lehre von der Gestalt, II. Psychologische Forschung* 4, 301–350.
- Zeigarnik, Bluma V. (1961): *Denkstörungen bei psychiatrischen Krankheitsbildern*. Berlin: Akademie-Verlag.

Gerhard Stemberger, Dr.phil., geb. 1947 in Innsbruck, Soziologe und Psychotherapeut in Wien. Lehrtherapeut für Gestalttheoretische Psychotherapie in der ÖAGP. Publikationen zur Krankheitslehre, zur Diagnostik, zu ethischen Fragen in der Psychotherapie sowie zu Geschichte und Grundkonzepten der Gestalttheoretischen Psychotherapie. Geschäftsführender Herausgeber der Zeitschrift "Gestalt Theory", Mit-Herausgeber der Zeitschrift "Phänomenal - Zeitschrift für Gestalttheoretische Psychotherapie".
Adresse: 1010 Wien, Köllnerhofgasse 4/24c.
E-Mail: gst@gestalttheory.net



Kurt Koffka

Zu den Grundlagen der Gestaltpsychologie

Ein Auswahlband

Herausgegeben von Michael Stadler

211 Seiten, € 21,80

ISBN 978 3 901811 41 8

Kurt Koffka (1886-1941) zählt mit Max Wertheimer und Wolfgang Köhler zu den Gründervätern der Gestalttheorie der Berliner Schule. 1935 erschien sein Hauptwerk „Principles of Gestalt Psychology“, in dem die Gestaltpsychologie erstmalig systematisch dargestellt wurde, in englischer Sprache. Fragt man in den USA nach der Gestaltpsychologie, so werden die „Principles“ auch heute noch fast immer einzig und allein genannt. Im deutschsprachigen Raum hingegen erlangte Koffkas Hauptwerk, da die „Principles“ bis heute nie in deutscher Sprache veröffentlicht wurden, nie die Bekanntheit und Geltung, die ihm zustünde. Im nun vorliegenden Auswahlband erscheinen die ersten drei Kapitel dieses Klassikers der Gestaltpsychologie in deutscher Übersetzung. Abgerundet wird diese Einführung in die Grundlagen der Gestaltlehre durch einen Überblicksbeitrag Kurt Koffkas aus dem Jahr 1925 über die Psychologie und ihre Kernthemen aus der Sicht der Gestalttheorie – eine kritische Auseinandersetzung mit bis heute einflussreichen Grundannahmen in der Psychologie, die an Aktualität nichts eingebüßt hat. Leben und Werk Kurt Koffkas werden in ergänzenden Beiträgen des Herausgebers, Univ.-Prof. Michael Stadler (Universität Bremen), beleuchtet.
