

Vortrag 6.März, STLP

Danke für die Einladung

Vorstellen: Ich bin Systemische Psychotherapeutin und Mal- und Gestaltungstherapeutin, arbeite in freier Praxis in Wien und Graz und leite mit meinem Mann die Ausbildungsstätte MGT für Mal- und Gestaltungstherapie in Wien, Graz und Innsbruck, bin da Lehrtherapeutin, Lehrsupervisorin und leite Ausbildungsgruppen. 2 Kinder, Patchworkfamilie und Künstlerin.

1. Wie definiert die Systemische Psychotherapie und die Mal- und Gestaltungstherapie Depression, bzw. hat welchen Zugang dazu?
2. Welche therapeutischen Ansätze gibt es in meinen Richtungen?

Kernaussage: Depressive Phasen können als Ausgangspunkt des nächsten Entwicklungsschrittes der KlientInnen gesehen und genutzt werden. Nach Sichtweise der Salutogenese: Was ist der Gesundheitsaspekt des Symptoms?

Ich verbinde die systemische Sichtweise nach Gunther Schmidt mit der mal- und gestaltungstherapeutischen Sichtweise nach C.G.Jung, deren aktuellste Vertreterin Verena Kast ist.

Die systemische Sichtweise beschreibt den Menschen verbunden mit seinem System, d.h. er ist im Falle einer depressiven Phase zwar der Symptomträger, betroffen und beteiligt ist jedoch das gesamte System – innerlich, wie äußerlich. Ein Symptom ist systemisch gesehen immer als Versuch einer Kommunikation im gesamten System zu sehen, so ist das Familiensystem auch an der Lösung beteiligt. Wir arbeiten ziel- und lösungsorientiert.

Weiters orientierte ich mich an den Ressourcen der Klienten, an der Sichtweise der Salutogenese (Was ist der Gesundheitsaspekt des Symptoms?)- und der Resilienzforschung (Stärke des Menschen, Krisen durchzustehen, bzw. Vertrauen in die Fähigkeit, sein eigenes Leben in den Griff zu bekommen) und am Konstruktivismus.

C.G.Jung geht in seinem tiefenpsychologischen Konzept auch vom gesunden und vom kreativen Potential in jedem Menschen aus. D.h. durch die Arbeit mit inneren Bildern und Glaubenssätzen und dem Gestalten und Ausdruck geben davon kommen wir in Kontakt mit dem Gesunden in uns und die Depression wird zum Ausgangspunkt der Ganzwerdung in unserer Entwicklung.

C.G.Jung hat auch festgestellt, dass Depressionen häufig in der Lebensmitte auftreten. Sie sind dann ein Ansporn, neue Wege zu beschreiten, den Weg nach innen zu gehen.

Verena Kast deutet besonders darauf hin, dass Schuldgefühle, die Kehrseite der Verantwortung sind. D.h. wir bleiben in unseren Schuldgefühlen handlungsunfähig.

Das heißt: Menschen in depressiven Phasen fühlen sich schuldig:
Wir sind schuldig an der Depression, wir sind schuld, dass wir nicht so sind, wie es von uns erwartet wird, wir sind schul.....

Um verantwortlich damit umzugehen, wären folgende Fragen wichtig:

„Was bedeutet diese depressive Phase gerade jetzt für mich?“

„Welche Botschaften könnte sie mir geben?“

„Wie kann ich mich in meiner depressiven Phase so wohl als möglich fühlen?“

„Bringt mir die Depression eine notwendige Ruhepause?“

„Wozu brauche ich die?“

Die Kehrseite wäre die Depression als Fehlfunktion und somit als eigene Schuld zu sehen und somit in der Handlungsunfähigkeit zu bleiben.

Die systemischen Fragen, die hier nützlich sein können sind:

Welchen Sinn, welche Vorteile hat die Erkrankung für den Klienten, für das System?

Was ist das Stattdessen?

Wem im System wird man mit der Erkrankung gerecht?

Welches Selbstbild leitet diesen Ausdruck?

Welche inneren Bilder gehören zur „Depression“?

Welche inneren Bilder gehören zur „Lebensfreude“?

Welche Entwicklung möchte gelebt werden und ist scheinbar unmöglich?

Was ist möglich?

Für das äußere System – Systemische Sichtweise, äußere Kommunikation über Sprache, bzw. über das Symptom, das innere System: C.G.Jung, innere Bilder und Glaubenssätze, innere Kommunikation, nicht sprachlicher und bildhafter Bereich, der nach der Gestaltungsphase in Sprache gebracht wird.

Resilienz: Dieses Vertrauen basiert auf **sieben Säulen**:

1. Resiliente Menschen akzeptieren die Krise und die damit verbundenen Gefühle
2. Resiliente Menschen suchen nach Lösungen
3. Resiliente Menschen lösen ihre Probleme nicht allein
4. Resiliente Menschen fühlen sich nicht als Opfer
5. Resiliente Menschen bleiben optimistisch
6. Resiliente Menschen geben sich nicht selbst die Schuld
7. Resiliente Menschen planen voraus

Wenn wir diese Vorgaben umdrehen, für Menschen in depressiven Phasen, gilt:

1. depressive Menschen akzeptieren ihre Krankheit und die damit verbundenen Gefühle nicht, Selbstabwertung und Selbstablehnung verbunden mit perfektionistischen Leistungsansprüchen an sich selbst, die uneinlösbar sind. Aggression, Wut wird unterdrückt. Die depressive Phase wird bekämpft.
2. depressive Menschen bleiben in ihren Problemen – Übermacht der Depression-Problemtrance
3. depressive Menschen isolieren sich und wollen allein bleiben, Idealisierung/Abwertung bei Kontakten – gleiche Beziehungsmuster werden wiederholt
4. depressive Menschen fühlen sich als Opfer, nicht beeinflussbar der Depression ausgeliefert
5. depressive Menschen sind pessimistisch, der Wahrnehmungsfocus ist eingeengt auf negative Erfahrungen, erfreuliche Erlebnisse verstärken dies of nur, weil sie endlich sind
6. depressive Menschen geben sich selbst die Schuld
7. depressive Menschen haben keine Hoffnung in eine bessere Zukunft

Welche therapeutischen Ansätze gibt es in der Systemischen Psychotherapie und in der Mal- und Gestaltungstherapie?

3 wichtigsten:

1. Sinn des Symptoms erkunden, damit Akzeptanz der Erkrankung fördern, auch bereits erlebte Kompetenzen und Ressourcen finden – dabei mit mal- und gestaltungstherapeutischen Mitteln die eigene Gestaltungsfähigkeit erleben
2. Identifikation mit dem Symptom durch Telearbeit lösen (Beispiel Familienbrett)
3. Ziel definieren und dessen Erreichung imaginieren

Stationen in der Therapie:

1. den Sinn des Symptoms, bzw. den eigenen Körper verstehen lernen
2. innere Ressourcen finden
3. Annehmen der depressiven Phase - Sinn
4. Abschied von krankmachenden Einstellung (Musterunterbrechung), statt entweder/oder – sowohl/als auch und Kreieren des Stattdessen (Ziel)
5. Identifikation mit der Depression lösen – Externalisieren von inneren Anteilen
6. Heilendes Feld zwischen Therapeutin und Klientin aufbauen
7. Äußere Ressourcen finden (im Familiensystem, oder außerhalb)
8. Einstellung einbringen, dass wir grundsätzlich von unserem Potenzial her gesund sind

Interventionen:

- Musterunterbrechung – Komplextheorie (Innere Glaubenssätze – innere Bilder)
- Wieder erleben eigener Gestaltungsfähigkeit
- Hilfreiche Episoden und Ressourcen finden, Auswirkungen erfragen, bei Einsetzung der Ressourcen
- Reframing, Unterschiede finden
- Perspektiven der Hoffnung aufbauen
- Bewertung von Lebensereignissen ändern
- Selbstwert verbessernde Perspektiven entwickeln
- Loyalitätsleistungen würdigen
- Depression verstehen lernen als wertvolle Informationsquelle über wichtige Bedürfnisse, die bisher nicht geachtet wurden
- Unterstützung hilfreicher Interaktionen im Beziehungssystem und Beachtung von Bedürfnissen anderer
- Unterstützung der Balance zwischen eigenen Bedürfnissen und Loyalitätsverpflichtungen (vom entweder/oder zum sowohl/als auch) – damit verbunden – Leistungserwartungen an sich selbst auf „menschliches Maß“ relativieren, statt sich perfektionistisch zu überfordern
- Auf Gegenwart und Zukunft konzentrieren
- Identifikation mit der Krankheit mit innerer Telearbeit (inneres Parlament, innere Familienkonferenzen – in der Gruppe)dissoziieren.

-Fragen nach Zeiten bisher hilfreicher Erfahrungen, Hypothetische Fragen – z.B. Wunderfrage,
- imaginative Reise in die gewünschte Lösungszeit

Für C.G.Jung ist die eigentliche Therapie für den Menschen in der Lebensmitte die Religion, die ihn einlädt, die verborgene Bedeutung hinter allem zu ergründen. Die Religion hat die Aufgabe, uns über unser egoistischen Wünsche und Ziele hinauszuführen.

Die Gestaltung der **Abstände** zwischen den Sitzungen ist wesentlich – sie sollten in aller Regel mehr als eine Woche, am besten alle **2 Wochen** betragen, dass verbunden mit zielgerichteten Schlussinterventionen die Klienten selbst ihre Möglichkeiten ausprobieren können, Abhängigkeitsmuster werden vermieden,.

Menschen in depressiven Phasen fürchten oft, dass es zu zerstörerischen Konflikten in ihren Beziehungen kommen würde, wenn sie die wieder entdeckten **hilfreichen Ressourcen nutzen würden**. Dies kann dazu führen, dass die sich auf unbewusster Ebene die Verwendung der **Ressourcen verbieten** und gleichzeitig darunter **leiden**. Wichtig ist oft, dass es in der Familie keine Konflikte gibt, alles ist normal und unauffällig. Es gilt, dass eigene Bedürfnisse, nicht gegen die der anderen durchgesetzt werden dürfen.

Es gibt die **Erfahrung in Herkunftsfamilien**, der **massiven Unterdrückung** wie: „Wenn Du das nochmals tust, werde ich dich verlassen“, „Wenn Du das tust, bist du ausgeschlossen“.. Sozialisation unter solchen Abhängigkeits- und Loyalitätsbedingungen fördern, **dass eigene Bedürfnisse unterdrückt werden – deprimiert werden**. Sie sind dadurch nicht weg, da Symptom ist dann die Depression.

Gerade in der Therapie mit Menschen in depressiven Phasen hat sich dadurch das Hereinholen des Familiensystems wenig bewährt. Angehörige und Klienten selbst erleben das oft so, als ob die Familie diskriminiert und als die Ursache der Symptome abqualifiziert würden. Familiengespräche werden dann zum schuld zuweisenden Tribunal.

Das **Beziehungssystem** sollte **nur mit dem Fokus auf seine Kompetenzen** miteinbezogen werden, ob direkt oder indirekt.

Loyalitätskonflikte der inneren Anteile – ins Erleben bringen durch Externalisierung in der Gruppe oder einzeln mit Sessel, auch mit malen und gestalten.

Es ist wichtig verständlich zu machen, dass die Depression eine angemessene Reaktion auf Unterdrückung und Abwertung ist und berechnete Bedürfnisse anzeigt. Dennoch ist es nicht hilfreich sich nur auf die bedürftige Seite zu konzentrieren, denn auch die perfektionistische Seite ist Teil des Wertsystems und drückt ihre Loyalität zu wichtigen Bezugspersonen aus. Vom **Entweder/Oder Muster ins Sowohl/Als Auch**.

So kann Depression übersetzt werden als Information über Sehnsüchte, z.B. auch gebraucht zu werden, anerkannt zu sein, angenommen sein, sich abgrenzen dürfen, aber auch Nähe wollen, auch nehmen zu dürfen, sicher zu sein.

Aus einer ressourcenorientierten Perspektive erscheint es sehr wichtig, zu beachten, dass die **Depression verdeckt auch eine lebensorientierte (unterdrückte) Seite** zeigt. Mit dieser Seite kann in der Therapie wieder stärkender Kontakt hergestellt werden.

Wovon sprechen wir bei depressiven Phasen?

Trauerphasen, schwere, leichte, mittlere Depression?

Depression abgrenzen von Trauer, Traurigkeit, die aus nachvollziehbaren Gründen in Lebensphasen auftaucht und zur Trauerarbeit gehört. Hinweis auf eine Gesellschaft, in der Trauerarbeit wenig Platz hat.

Man nimmt das **Medikament mit hinein in das System und schaut drauf**, wie lange es eine Ressource sein kann – solange bis wir Zugang zu den gesunden Anteilen gefunden haben, dann ersetzen durch eigene Ressourcen.

Innere und äußere Ressourcen

Äußere Ressourcen: **auch im Umfeld schauen, wer oder was eine äußere Ressource sein kann, d.h. unterstützend** im Heilungsprozess sein kann.

Abgrenzung zu Muster erhaltenden Teilen des Systems, Orientierung am Möglichen, nicht am Unmöglichen.

Die Stärke in der Depression finden und diese Stärke umdrehen.

Depression aus mal- und gestaltungstherapeutischer Sicht:

Ein innerer Anteil, mit dem der Mensch sich sehr stark identifiziert, ist der, der sich über die Schwäche, über das Kranksein seinen Wunsch nach Aggression, nach Lebensfreude hintan hält.

Selbstbild – Fremdbild

Bewegung, Tiere, jedes Mittel recht, um den kreativen Funken, das gesunde Ganze anzuzapfen.

Eigene **Haltung der Therapeutin** über Depression bestimmt ganz stark die Möglichkeit von Veränderung mit. Wir kreieren unsere eigenen Felder und Möglichkeiten in der Arbeit. Ins System gehen heißt, dieses eigene Feld aufzugeben und in das hoffnungslose Feld des Klienten hineinzuschlittern.

Wobei es wirklich eine wunderbare Leistung ist einen Zustand der Depression aufrecht zu erhalten! – dazu gehört ganz viel Disziplin, Durchhaltevermögen, Einsgerichtetheit, Treue, Solidarität,

Aus dem eigenen Erleben war die Depression von dem Augenblick an leichter zu ertragen, als ich bemerkte, dass es **nur eine Phase ist, die wieder vergeht** – nichts, was immer bleibt, bzw. immer da ist. Gunther Schmidt berichtet über Morgen- und Abendphasen – beobachten, wann es besser und wann schlechter ist – diesen Unterschied einführen, dass es Unterschiede gibt.

Selbstliebe, dorthin kommen, was wir uns wünschen, was wir möchten und wollen.

Ungelebte Macht in der Erkrankung – auch die Frage, wie die Klientin ihre Macht außerhalb der Depression leben könnte.

Wem dient eine breite Depression? Gesellschaftliche Unterdrückung, Kleinhalten der Masse der Bevölkerung – durch wen gefördert – Lexotanil und Konsorten – Pharmaindustrie
Gesellschaft der „Unmöglichkeit“ versus Gesellschaft der „Möglichkeit“

Externalisieren mit dem Familienbrett....die Depression am Brett....., die Ressourcen dazu, den Vorteil, den Nachteil, ecetera.....Gesundheit dazustellen.

Wenn wir uns das Leben als bunt gewebten Teppich vorstellen, dann sind depressive Phasen vielleicht die dunklen Fäden, die im gesamten ein schönes Lebensmuster ergeben und zur Ganzheit des Gewobenen beitragen. Vielleicht ergeben sich sogar durch die dunklen Fäden ein schönes Muster, durch das der Teppich eigenwillig und interessant wird.
Und dieser Teppich ist wieder eingewoben in den großen Weltteppich, ein Teil des Ganzen zu dem er genau passt, so wie er ist und zur Vielfalt des Großen Ganzen beiträgt.