

Zeitschrift: Infokara : Fachzeitschrift der Schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Band: 5 (2000)

Heft: 3

Artikel: Was lösen depressive Patienten bei uns aus?

Autor: Egli, Heinrich

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091756>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 25.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Heinrich Egli*

Was lösen depressive Patienten bei uns aus?

Einführung zum Workshop Jahrestagung SGPMP 2000,
Thun

Kommunikation ist eine gemeinsam hergestellte Wirklichkeit (Buchholz und Streeck 1999, Buchholz und v. Kleist 1995)

(...) Alles Psychische, zum Beispiel Gedanken eines Patienten, kann nie direkt erfasst werden, sondern nur, wenn es durch das Nadelöhr der Kommunikation hindurch dem Gegenüber vermittelt wird. Diese Kommunikation, also wie Menschen sich zueinander verhalten und wie sie einander behandeln, ist hergestellte soziale Wirklichkeit. So ist die Tatsache, dass zwei Leute zusammen spazieren gehen oder dass sie Psychotherapie machen eine hergestellte gesellschaftliche Tatsache.

Die Kommunikation in einer Psychotherapie kann in unterschiedlicher Weise hergestellt werden, so als sei der eine «krank» und würde vom andern «behandelt», als sei der eine hilflos, ohnmächtig und unwissend und der andere wissend, hilfreich und mächtig, oder aber als gemeinsame Arbeit, das Erleben des einen, des Patienten, besser zu verstehen.

Bei sozialem Geschehen weiss man nach wenigen Sekunden, was «los ist», in «welchem Film» man ist, man kategorisiert Situationen und handelt dann aufgrund dieser Kategorisierungen – aber nur, wenn diese Kategorisierung von andern geteilt wird. Wer fragt: «Kennst Du den schon?» zeigt an, dass er die Situation als eine kategorisiert, in der ein Witz erzählt werden kann. Aber das Gegenüber kann rasch das Thema wechseln, den Blick abwenden – oder aber Zustimmung erkennen lassen.

* Dr. med., Leitender Arzt, Psychosomatischer Dienst, Kantonsspital St.Gallen

Auch «Erzählen» und alle andern sozialen Situationen können so als gemeinsam hergestellt aufgefasst werden.

Soziales Handeln ist kontextabhängig und Kontexte sind immer gemeinsam hergestellt. Die Beteiligten müssen sich die Kontexte hör- und sichtbar machen, um voneinander zu wissen, ob sie sich in der gleichen Situation, «im gleichen Film» bewegen. Wer davon spricht, «zugeben» zu müssen, diese oder jene Gedanken zu haben, konstruiert einen Kontext wie beim Verhör oder vor Gericht, und das bestimmt dann den weiteren Gesprächsverlauf mit.

Metaphernanalyse der Depression

Es gibt viele qualitative Forschungstechniken. Ich möchte hier nur die Metaphernanalyse erwähnen. (...) Die Metaphernanalyse hat verschiedene methodologische Konsequenzen: Eine metaphorische Äusserung bringt immer den Interpreten ins Spiel, der Interpret ist wie ein Resonanzkörper. Jede konzeptuelle Metapher ist das Zentrum einer subjektiven Welt: so kann eine Krebserkrankung als Kampf oder als Reise erlebt werden. Konzeptuelle Metaphern steuern in einem Gespräch die Situations- und Selbstdefinition und auch die erwarteten Rollen des andern. Wer in der Therapie «lernen» will, macht aus der Sitzung eine Unterrichtsstunde und macht den Therapeuten zum Lehrer. Konzeptuelle Metaphern schliessen bestimmte Erfahrungsmöglichkeiten aus: Wer seine Therapie als Beichte konzeptualisiert, wird zum «armen Sünder», der «schwere Arbeit» vor sich hat und nicht etwa eine «Entdeckungsreise».

Depressives Erleben wird nun sehr häufig metaphorisch zum Ausdruck gebracht. In einer Untersuchung von Gesprächen mit selbst nicht depressiven Laien (Kronberger, 1999) wurden sechs hauptsächliche Metaphern gefunden:

Die wichtigste Grundlage für das Szenario einer Depression ist die Metapher: Das Leben ist eine Reise und die Depression ist ein Zustand des Nicht-Mehr-Weiterkönnens. Schon das Wort «Depression» verweist durch die ursprüngliche Bedeutung des «Niedergedrücktseins» auf die Metapher: Depression ist das Tragen einer schweren Last, die niederdrückt. Ein anderer Grund, nicht weiter zu kommen, ist die Möglichkeit, auf dem Weg in ein Loch zu fallen oder nicht mehr heraus zu können mit der Metapher: Depression ist in ein Loch fallen. Depres-

sion wird beschrieben als Halt und Boden unter den Füßen zu verlieren, zu fallen und in die Tiefe zu stürzen. Die Löcher sind dunkel und schwarz, und von einem Loch aus ist der Blick durch Aussichtslosigkeit gekennzeichnet mit der Metapher: Depression ist eine Sackgasse oder das Auftauchen unüberwindbarer Hindernisse. Man kann auch auf andere Arten festgehalten und am Fortschreiten auf dem Lebensweg gehindert werden, mit der Metapher: Depression ist Gefangenschaft. Ebenso kann es passieren, dass Tiefschläge, Rückschläge oder Schicksalsschläge niedergeschlagen machen, also die Metapher: Depression ist Geschlagen werden. Das Fortschreiten kann auch aufgrund von Krankheit behindert werden mit der Metapher: Depression ist körperliche Krankheit, Lähmung bzw. eine Wunde.

Metaphern haben Konsequenzen

Jede metaphorische Beschreibung beinhaltet Ursachenvorstellungen: So wird die Metapher der Last zur Charakterisierung kumulativer Belastungen über längere Zeit herangezogen, während die Metapher des Niedergeschlagenwerdens auf die Wucht eines einzelnen Ereignisses, eines Schicksalsschlages, hinweist. Depression als biologische Krankheit trifft das Individuum schicksalhaft. Die Metaphern bedingen auch unterschiedliche Erwartungen und Hoffnungen: Wenn das Bild eines Anfalls gebraucht wird, ist baldiges Verschwinden zu erwarten, beim Bild einer fortschreitenden Lähmung hingegen eine progressive Verschlimmerung.

Jede Metapher beinhaltet auch Handlungsanweisungen für die betreffende Person und für deren Mitmenschen. Depression als das Tragen einer zu schweren Last fordert «Entlastung». Die depressive Person kann etwas «abwerfen» oder dadurch Erleichterung erfahren, dass jemand mit ihr «trägt», sie «unterstützt». Das in ein Loch gefallene Individuum muss versuchen, aus der depressiven Phase «herauszukommen»; der Auftrag an andere lautet «fang mich auf!» oder «hol mich heraus!» Es werden aber auch Gefahren für die helfenden Personen angenommen, mit «Ansteckung» oder «mit hinein gezogen werden in ein Loch». Depression als Krankheit legt Pflege und Schonung nahe und fordert vom Arzt Heilung.

Wenn Patient und Helfer unterschiedliche Bildern haben, lässt sich das als «Interaktion der Bilder» beschreiben. Die entstehenden Konflikte sind

im Grunde nicht viel anders, als wenn ein Ehemann seine Ehe als «ökonomisches Unternehmen», seine Frau sie hingegen als «spirituelle Reise» definiert. Zumindest werden sich beide Beteiligte unverstanden fühlen. Solche Konflikte können sich aber auch in einem Teufelskreis verstärken: Wenn der Betreuer davon ausgeht, dass der Patient in einem Loch sei, aus dem er ihn herausreißen sollte, und der Patient es so sieht, dass er vor einem unüberwindbaren Hindernis steht, dann erlebt der Patient die Hilfe leicht als Forderung, und sich selbst noch mehr als Versager, weil er das Hindernis nicht überwinden kann. (...)

Neurowissenschaftliche Überlegungen

Seit Jahrtausenden haben sich die Menschen Gedanken gemacht über die Funktionsweise des Gehirns. Vielfach waren die Erklärungen metaphorisch, sie haben die unbekanntere Funktionsweise mit einem bekannten Bild, einer zeitgemässen Technik verglichen. Das Gedächtnis wurde dann zum Beispiel aufgefasst wie ein Wachstäfelchen, in das etwas eingeritzt wurde. Heute wird wohl vor allem der Computer als konzeptuelle Metapher benutzt. (...)

Wir wissen heute, dass das Gehirn nicht wie ein Computer und nicht wie eine mechanische Maschine mit eindeutigen Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen arbeitet. Das Gehirn ist ein dynamisches, sich selbst organisierendes System, das mit Hilfe der Chaostheorie beschrieben werden kann und für das Metaphern wie die freie Marktwirtschaft oder Ökosysteme angemessener sind als die Metapher eines digitalen Computers. Reaktionen auf etwas, was uns begegnet, sind nie sicher voraussehbar. Alles, was wir im Leben erleben, hinterlässt im Gehirn Spuren, die man als Spuren von Geschichten auffassen kann. Solche Spuren kann man als seltsame Attraktoren im Sinne der Chaostheorie betrachten, so dass neue Erregungen die Tendenz haben, wieder ähnliche Muster zu bilden. Man kann sich diese seltsamen Attraktoren räumlich vorstellen als Täler, in denen ein herumhüpfender Ball um so eher liegen bleibt, je grösser und tiefer das Tal ist.

Mit gefällt auch die Metapher eines Biotops für eine solche Spur einer Geschichte. Neue Ereignisse, Geschichten, die wir erleben, wären dann eine heranziehende Wolke von Samenkörnern. Was in einem

Biotop wächst, hängt dann sowohl den heranfliegenden Samenkörnern ab, wie auch von den Eigenschaften des Biotops: in einem Feuchtbiotop wachsen nur Pflanzen, die in diesem Biotop gedeihen. Wir können uns das Gehirn eines depressiven Patienten als Feuchtbiotop vorstellen, mit dem Wassergehalt als Grad für die Depression. Es können in diesem Feuchtbiotop nur Wasserpflanzen wachsen, beziehungsweise depressive Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen, auch wenn die Ereignisse ringsum ganz erfreulich wären, mit vielen Samen, die in einer Trockenwiese als wunderschöne Blumen wachsen könnten.

Diese Metapher hilft vielleicht auch, sich ein Bild davon zu machen, dass es einem Helfer nicht möglich ist, die Depression eines Patienten einfach zum Verschwinden zu bringen, indem er einen guten Rat gibt, beziehungsweise einen besonders wertvollen Samen sät, oder gegen einen Gedanken argumentiert, beziehungsweise eine Wasserpflanze ausreisen will. Die Depression bessert sich erst, wenn das Biotop trockener wird, manchmal auf ganz banale Art unter der Wirkung von Antidepressiva. Ganz ähnlich führen Erlebnisse von Erfolg, Bestätigung und Kontrolle zu einer Verminderung der Depression, des Wassergehalts des Biotops.

Ich hoffe, diese Metapher hilft ebenfalls, dass wir uns Gedanken machen können über die Wechselwirkung zwischen depressiven Patienten und uns als professionellen Helfern. Wir können anschauen, was für Pflanzen in unserem Gehirn wachsen, wenn wir depressiven Patienten begegnen. Die Metapher hilft, Distanz zu nehmen, neugierig interessiert zu botanisieren, Freude zu haben nicht nur an schönen Blumen, sondern auch an unscheinbaren Pionierpflanzen und Zeigerpflanzen. Weil jeder in der Gruppe ganz verschiedene Geschichten erlebt hat, weil wir alle unterschiedliche Biotope haben, können ganz verschiedene Pflanzen wachsen. Wenn wir sie sammeln, können wir ein vielfältiges Bild davon erhalten, was für Samen durch den Wind herangetragen worden sind.

Anschliessend ging das Geschichten-Sammeln in der Gruppe angeregt los. Mehrere zeigten, wie in einem Pflorgeteam gewisse Personen einen guten Zugang zu einem depressiven Patienten finden konnten, andere aber abgelehnt wurden.

Auf der einen Seite wurde klar, dass dies oft mit uns selbst und unseren Erwartungen zu tun hat: Unser Hoffen auf eine Besserung, unser Erwarten

einer Veränderung kann vom Patienten als Überforderung oder gar als Vorwurf empfunden werden, statt als Ermutigung. Klar, dass er sich dann verschliesst. Auf der anderen Seite wurde auch sichtbar, welche Macht der Patient damit auf das Team ausübt: Durch seine Reaktion teilt er es in Hilfreiche und in Versager, in „Gute,, und „Böse,, ein.

Weniger fruchtbare, wenn auch oft begangene Wege sind dann für ein Team z.B. das Suchen nach Sündenböcken: „Wir haben viel zu wenig Zeit!,, „Wir haben viel zu wenig spezifische Ausbildung!,, Es ertönt der Ruf nach dem Psychiater oder zumindest nach der Psychiatrieschwester oder der Patient wird auch in die Psychiatrie abgeschoben. Als ob manchmal nicht auch Psychiater vom depressiven Patienten abgelehnt werden könnten...!

Wenn der Patient auslöst, dass ich mir als Versager vorkomme, kann ich mir sagen: Ich habe etwas Wichtiges wahrgenommen. Vielleicht wünscht der Patient keine Veränderung oder er kann sie sich gar nicht vorstellen? Das könnte man ja mit ihm ansprechen. Vielleicht habe ich damit überhaupt seine Depression erst wahrgenommen und so die Grundlage für eine bessere Therapie gelegt?

Gerade als Angehörige von helfenden Berufen müssen wir lernen, dass schon das Dasein beim Patienten, das mit ihm Tragen und aushalten von Ohnmacht eine wesentliche Hilfe sein kann: Er fühlt sich dann nicht mehr unverstanden und allein gelassen. Vielleicht kann er sich daraus einmal wieder Veränderung vorstellen... !

Zusammenfassung der Diskussion Claude Fuchs, Spitalseelsorger, Stadtspital Triemli, Zürich