

## Kapitel 7

# Endogene Depression

Renate de Jong-Meyer und Elvira Cloer, Münster

## Einführung

Nach der im kontinentaleuropäischen Bereich lange Zeit üblichen, durch das International Classification of Diseases (ICD-9, Degkwitz et al., 1980) repräsentierten Tradition ist die Diagnose einer endogenen (inneren) Depression abzugrenzen von der einer somatogenen (z. B. Schilddrüsenhormonstörungen), neurotischen oder psychoreaktiven Depression. Grundlage dieser Klassifikation ist ein Ätiologiemodell. In ICD-10 (Dilling et al., 1991) und DSM-IV (APA, 1996) werden Klassifikationen auf der Basis eines Ätiologiemodells aufgegeben zugunsten von Unterscheidungen auf syndromaler Ebene. Die Kontroversen bezüglich diagnostischer Unterteilungen von Depressionen wurden bei Hautzinger & de Jong-Meyer (1998, im Kapitel „Depressionen“ des Lehrbuchs) ausführlicher diskutiert. Jenseits der Kontroversen besteht relative Einigkeit darin, daß es eine Untergruppe Depressiver gibt, bei der vor allem „psychomotorische Veränderungen (in der Regel Hemmung, gelegentlich aber auch Agitation), Schwere der depressiven Stimmung und deren Mangel an Reaktivität, depressive Wahnideen, Selbstvorwürfe und Interessenverlust“ (aus: Hautzinger & de Jong-Meyer: Angst, 1987, S. 31) charakteristisch sind. Diese Kerngruppe ist bei syndromaler Betrachtung gemeint, wenn von endogener Depression bzw. Melancholie die Rede ist. Von einer gemeinsamen letzten Wegstrecke der Auswirkungen unterschiedlicher biologischer und psychologischer Ursachenfaktoren ausgehend (siehe Abb. 4, S. 232 des Lehrbuchartikels) bleibt für den Einzelfall zunächst offen, ob die vor dem Einmünden in die gemeinsame Wegstrecke vorliegenden inneren Ursachen eher biologischer oder psychologischer Natur sind oder Wechselwirkungen vorliegen. Bei ausgeprägt behandlungsbedürftiger Depression, wie sie der hier dokumen-

tierte Fall darstellt, ist während der depressiven Episode auf jeden Fall von Auswirkungen auf allen Ebenen auszugehen.

Der Fall wurde gewählt, weil der Patient in typischer Weise sehr viele Symptome des heterogenen depressiven Syndroms zeigt. Er ist u. a. ein Beispiel dafür, daß eine psychologische Therapie selbst bei ungünstigsten Ausgangsbedingungen erfolgreich sein kann. Es handelt sich um einen Patienten, bei dem die indizierte und üblicherweise auch durchgeführte medikamentöse Behandlung nicht zum Erfolg geführt hatte. Gerade für endogen Depressive wird für 50 bis 60 % ein gutes Ansprechen auf Medikamente berichtet. Für jemanden, der nicht zu dieser erfolgreichen Gruppe zählte, gab es in der Vergangenheit die Alternativen Heilkrampf, Wechsel zu anderen Antidepressiva, Kombinationen mit Medikamenten anderer Wirkspektren und/oder Langzeiteinstellungen auf Lithium oder Antidepressiva. Die Anwendung psychologischer Behandlungsprinzipien bei endogen Depressiven ist eine relativ neue Entwicklung. Sie wurde begünstigt durch angloamerikanische Studienergebnisse zur vergleichbaren Wirksamkeit von Antidepressiva und kognitiver Verhaltenstherapie bzw. Interpersonaler Therapie bei „Major Depressive Disorder“-Patienten. Diese Diagnosekategorie schließt endogen Depressive ein. Einzelne Untersucher konnten zeigen, daß sich die Effekte bei nachträglicher Dichotomisierung der Patienten in endogene und nicht-endogene nicht unterschieden. Kombinationen von Antidepressiva mit kognitiver Verhaltenstherapie erreichten zwar kaum additive Effekte, aber die psychologische Behandlung verbesserte die Langzeitprognose und hatte positive Auswirkungen auf das Verbleiben in der Therapie. Bei der Überlegung, für wen eine solche Kombination oder auch die kognitive Verhaltenstherapie allein von Bedeutung ist, stellt der ausgesuchte Fall in unseren Augen aus mehreren Gründen ein gutes Indikationsbeispiel dar:

1. wegen des bisherigen Nichtansprechens auf Medikamente;
2. wegen der damit einhergehenden ungünstigen Langzeitprognose;
3. wegen der damit ebenfalls einhergehenden Hoffnungslosigkeit und erhöhten Suizidgefahr des Patienten und
4. wegen des bei der Störungsbeschreibung deutlich werdenden hohen Angstanteils an der Gesamtpathologie (Angstdepressionen stellen, wie im Depressionskapitel erläutert, eine deutliche Indikation für psychologische Therapien dar).

### *Biographische Angaben*

Der 43jährige Herr A. wuchs in einem dörflichen Umfeld in Süddeutschland auf. Von früher Kindheit an arbeitete er im elterlichen Hof. Aus seiner

Schulzeit erinnert er vor allem seine Angst vor dem Schreiben. Der Vater strafte ihn bei schlechten Schulleistungen mit Prügeln. Er war als Kind bereits zurückgezogen, gehemmt und kontaktscheu, nahm jedoch als Heranwachsender in begrenztem Ausmaß am dörflichen Vereinsleben teil. Die harte Arbeit auf dem Hof hat er als selbstverständlich empfunden und recht gern gemacht. Herr A. heiratete jung eine unternehmungslustige, sozial kommunikative Frau aus dem näheren Umfeld. Das Ehepaar bekam in schneller Folge zwei Töchter und einen Sohn. Herr A. mußte mit 22 Jahren, früher als erwartet, den Hof übernehmen, nachdem seine Mutter einer Krebserkrankung erlag und kurz darauf der Vater durch einen Unfall gehbehindert wurde. Er bewirtschaftet seitdem den Hof und lebt dort mit der Familie und dem ebenfalls unter Depressionen leidenden Vater. Da der Hof keine ausreichende Existenzsicherung darstellt, arbeitet Herr A. zusätzlich und hauptberuflich in einem Transportunternehmen. Trotz der bereits vor sechs Jahren einsetzenden Depression ist es ihm bisher gelungen, seine Arbeit gewissenhaft und nach außen hin unauffällig zu leisten. Dies kostet ihn jedoch enorme Anstrengung und das Aushalten von großer Angst, so daß er seinen familiären und bäuerlichen Pflichten kaum mehr nachkommen kann. Er verkriecht sich in seiner Freizeit am liebsten in den Stall und vermeidet möglichst jeden Kontakt. Wegen dieser Zurückgezogenheit gibt es zunehmende Auseinandersetzungen mit der Ehefrau, die auch schon an Trennung gedacht hat.

## 1 Beschreibung der Störung

Herr A. wird von seinem Psychiater überwiesen, nachdem die seit sechs Jahren andauernde depressive Episode sich durch hochdosierte pharmakologische Therapie (verschiedene Antidepressiva und auch Lithium) nur unzureichend verbessert hatte. Die Medikation hatte geholfen, den Beruf aufrechtzuerhalten, aber nur unter fast unerträglicher Anstrengung und mit dem Gefühl des Überfordertseins, was außerhalb der Arbeit zu totaler Desaktivität und sozialem Rückzug geführt hat. Die von der Schwere der Erkrankung her indizierte stationäre Aufnahme in eine Klinik hatte Herr A. abgelehnt, da er befürchtete, seine Krankheit dann seinem Arbeitgeber gegenüber nicht mehr verheimlichen zu können.

In den ersten Gesprächen schilderte der Patient nur unter großen Schwierigkeiten und offensichtlicher Angst seine Beschwerden. Er betrat gebeugt und mit gesenktem Kopf das Behandlungszimmer, suchte mit entschuldigendem Blick um Erlaubnis, sich hinsetzen zu dürfen, nahm keinen Blickkontakt mehr auf, sondern starrte auf seine Füße oder auf einen weit ent-

fernten Punkt im Raum und schwieg. Auf Fragen antwortete er zögernd, machte lange Pausen und bemühte sich dann mit gepreßter Stimme um eine möglichst präzise Antwort, wobei seine Stimme oft unverständlich leise wurde. In den ersten jeweils 50minütigen Sitzungen hat er häufig kaum mehr als 3 bis 4 Sätze gesprochen.

Das Bild der Störung folgt einer in der Depressionsdiagnostik üblichen Einteilung in Symptombereiche (vgl. Tabelle 1, S. 209 des Lehrbuchkapitels).

### Verhalten/Motorik/Erscheinungsbild

Neben den gerade beschriebenen non- und paraverbalen Charakteristika (fehlender Blickkontakt, leise, monotone Sprache, starke Verlangsamung in Sprache und Motorik) ergaben sich aus den Berichten des Patienten (von der später zur Therapie hinzugezogenen Ehefrau bestätigt) folgende Hinweise zu beobachtbaren Verhaltens- und Aktivitätscharakteristika: Verlangsamung der Handlungsabläufe, Vermeidung selbst kleinerer Entscheidungen, fehlende Äußerung auch kleiner Bedürfnisse innerhalb der Familie, Sich-zurückziehen von familiären Kontakten und Vermeidung aller außerfamiliären Kontakte außerhalb der Arbeit, Reduzierung des Verhaltens auf die Aufrechterhaltung der notwendigen landwirtschaftlichen Arbeiten und die Berufstätigkeit, Vermeidung aller Aktivitäten, die ein Schreiben vor anderen (z. B. Bankbesuche) oder auch gezielte Konzentration (Überstundenabrechnungen, Prüfen des Wechselgeldes beim Einkaufen) verlangten. Auf Vorwürfe und Druck der Ehefrau, doch mehr zu unternehmen, reagierte Herr A. mit Verzögerungstaktiken und dem Verlassen der Interaktionssituation. Er vermied früher konfliktfrei erlebte Aktivitäten mit den Kindern wie Spiele, Ausflüge oder Urlaub oder paßte sich den Wünschen der Familie an (z. B. Wahl des Fernsehprogramms). Seine große Sparsamkeit hinderte ihn daran, die geringsten Schritte in Richtung Befriedigung eigener Bedürfnisse zu unternehmen (kein Mineralwasser trotz Hitze und medikamentös bedingter Mundtrockenheit; kein Eis für sich, selbst wenn er es den Kindern kaufte und selbst Lust darauf hatte).

### Emotionen (affektiver Syndrombereich)

Herr A. hatte große Mühe, über seine Gefühle zu sprechen. Er beschrieb Niedergeschlagenheit, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit und ein ständiges Gefühl der Überforderung. Von seiner Familie ist er so weit entfernt und

entfremdet, daß er das Gefühl hat, wie in einem Brunnen eingemauert zu sitzen, auf einem entlegenen Teil des Grundstücks. Über diese Distanz ist er besonders in der Beziehung zu den Kindern traurig, denen gegenüber er positive Gefühle wie Freude, Liebe oder Stolz nicht äußern kann. Die erkrankungsbedingte Einschränkung der Leistungsfähigkeit erlebte Herr A. als persönliches Versagen, und er litt unter den damit zusammenhängenden Schuld- und Wertlosigkeitsgefühlen. Außer diesen im engeren Sinne zum depressiven Affektspektrum zählenden Gefühlen berichtete Herr A. über starke Angst, insbesondere die Angst, Leistungsanforderungen nicht nachkommen zu können, sich zu verschulden und zu verarmen, Entscheidungen zu treffen, Auseinandersetzungen durchzustehen, von der Ehefrau verlassen zu werden, unter Beobachtung zu schreiben sowie generell sozialen Kontakten gegenüber.

### Physiologisch-vegetative Symptome (somatischer Syndromanteil)

Auf der somatischen Ebene standen innere Unruhe und Schlafstörungen sowie Libidoverlust im Vordergrund. Konzentrationsschwierigkeiten und Ermüdbarkeit (zum Teil medikamentenbedingt) führten zu starker gegensteuernder Anspannung. In Angstsituationen, die nicht vermieden werden können, berichtete Herr A., rot zu werden und zu schwitzen. Beim Schreiben unter Beobachtung entstehen Krämpfe.

### Imaginativ-kognitive Symptome

Aus den Äußerungen von Herrn A. kann auf eine hohe Ausprägung der von Beck et al. (1986) postulierten kognitiven Triade bei Depression geschlossen werden: Ausschließlich negativ-abwertende Einstellung gegenüber der eigenen Person, selektiv negative Sicht der Umfeldbedingungen und hohes Ausmaß an Pessimismus, was die Veränderbarkeit der Situation in der Zukunft betrifft. Insbesondere die Hoffnungslosigkeit in bezug auf die zukünftige Entwicklung hat zu wiederholten Suizidgedanken geführt, denen der Patient lediglich mit Blick auf die Familie nicht nachgegeben hat. Herr A. schildert auch Depersonalisationsgedanken und fast paranoide Vorstellungen (z. B., daß noch andere Personen anwesend seien, während er allein auf dem Hof arbeite). Die Gedanken zu verarmen gehen in Richtung eines Verarmungswahns.

## Motivationale Symptome

Herr A. berichtet über eine beständige Antriebs- und Energielosigkeit, die Handeln nur dann zuläßt, „wenn es gar nicht anders geht“ (z. B. Saatgutentscheidungen in letzter Minute, Durchhalten der Arbeitsphasen). Ein auf Ziele und Erfolge gerichtetes Handeln wie z. B. den vor der Depression betriebenen Hausbau gibt es nicht mehr. Lediglich die Vermeidung weiterer Mißerfolge bzw. befürchteter Katastrophen wie die Kündigung im Betrieb, die Trennung der Ehefrau oder der Verfall der Landwirtschaft sind Motive für Handeln. Es besteht ein weitgehender Interessenverlust. Aus der Exploration zur Krankheitsentwicklung wird die frühere und gegenwärtige Bedeutung des Leistungsmotivs deutlich (Arbeit in der Landwirtschaft und gutes Abschneiden in der Schule als selbstverständliche Voraussetzungen elterlicher Anerkennung).

## 2 Differentialdiagnostik

Bei Herrn A. sind die Kriterien einer „Major Depressive Disorder“ (DSM-IV, APA, 1996) erfüllt. Von den für den Untertyp Melancholie aufgeführten Symptomen erfüllt Herr A. die Hauptkriterien einer persistierenden Freudlosigkeit und eines Mangels an Reaktivität und außerdem zwei der zusätzlichen Kriterien (Qualität der depressiven Stimmung sowie psychomotorische Hemmung), während die beiden weiteren auf typische Tagesschwankungen bezogenen Kriterien („morgens schlimmer“ und „frühes Erwachen“) für ihn weniger charakteristisch sind. Unbestritten ist zu Behandlungsbeginn die Unipolarität der Depression, obwohl man bei einer ersten Episode immer noch damit rechnen muß, daß später auch manische oder submanische Phasen auftreten.

Innerhalb des syndromalen DSM-IV-Diagnosensystems erfüllt Herr A. zusätzlich die Dysthymie-Kriterien, da die Dauer seiner depressiven Episode eher dem für Dysthymie typischen chronifizierenden Verlauf (länger als zwei Jahre) entspricht. Nach Keller et al. (1983) leidet er deshalb unter einer „double depression“, die im Vergleich einer alleinigen „Major Depressive Disorder“ als therapeutisch schwerer beeinflussbar eingeschätzt wird.

Die Ausprägung seiner Angstsymptome ist so stark, daß Herr A. außerdem an einer sozialen Phobie leidet (DSM-IV, APA, 1996, 300.23), was vor allem über das Merkmal der Vermeidung deutlich wird. Eine gegenüber dem Aufnahmezustand abgeschwächte soziale Phobie bestand nach Angaben des Patienten bereits vor der Depression. Der weite Bereich, auf den sich

Herrn A.s Ängste beziehen, läßt auch an die Diagnose „Generalisierte Angst“ denken. Auf einer in der DSM-IV-Systematik anderen Achse (den Persönlichkeitsstörungen der Achse II) ist Herr A. als sozial gehemmte Persönlichkeit zu charakterisieren. Das heißt, unter Zugrundelegung der DSM-IV-Diagnostik bestehen außer der „Major Depressive Disorder“ weitere Störungen mit prognostisch ungünstiger Bedeutung. Die ungünstige Bedeutung insbesondere der Komorbidität „Depression – Angst“ für Verlauf und Ausgang der zusammen auftretenden Störungen wird zunehmend untersucht und durch longitudinale Ergebnisse unterstrichen (Bronisch & Hecht, 1990).

Gründe für die traditionelle ICD-9-Überweisungsdiagnose „Endogene Depression“ waren die Schwere der Depression, insbesondere der psychomotorischen Hemmung sowie des affektiven Syndromanteils, der Mangel an Reaktivität und das berichtete Gefühl der Gefühllosigkeit sowie die ausgeprägten Schuldideen mit Tendenz zu einem „synthönen“ Verarmungswahn, außerdem die – fragliche – familiäre Belastung (Depressivität des Vaters). Nicht ganz typisch für eine endogene Depression waren das Vorliegen einer einzigen, sehr lang andauernden Episode (kommt jedoch in 20 bis 30 % der Fälle auch endogener Depressionen vor), das Fehlen ausgeprägter Tagesschwankungen sowie das schlechte Ansprechen auf antidepressive Medikation. In diesen Punkten wären Symptome und Krankheitsverlauf eher typisch für eine „neurotische Depression“.

Fragebogenergebnisse zur Depressivität sowie zu einzelnen Anteilen des depressiven Syndroms (siehe Tabelle 1) unterstützten den beschriebenen klinischen Eindruck einer schweren Depressivität und Angstsymptomatik nachdrücklich. Die Werte in den Skalen liegen, soweit Vergleichsdaten verfügbar sind, im oberen Bereich des bei behandlungsbedürftiger Depression Erwartbaren. Die Bejahung hoher Suizidalität sowohl im HAMD-Interview als auch in der BDI-Selbsteinschätzung sowie die geringe Veränderungserwartung (E-BDI) sind diagnostisch im Sinne der Suizidprophylaxe wichtige Informationen: Die Therapeutin ließ sich versprechen, daß während der Therapie kein Suizidversuch unternommen würde und bei Suizidgedanken ein Telefonkontakt gesucht würde. Diese Verpflichtung konnte der Patient glaubhaft eingehen.

Die Werte in den verwendeten Persönlichkeitsskalen verweisen auf eine überdauernd hohe Introversion sowie ein hohes Ausmaß an Neurotizismus. Der Newcastle-Wert von 7 unterstützte die Endogenitätsdiagnose gegen die Diagnose einer neurotischen Depression.

Ein als zunehmend wichtig eingeschätzter Teil diagnostischer/prognostischer Überlegungen zu Verlauf und Ausgang der Erkrankung sind belasten-

Tabelle 1: Testergebnisse

Bereich	Meßinstrument	Ergebnis
Depressivität	Beck Depressions Inventar (BDI, Beck et al., 1961)	36 (max. 63)
	Hamilton-Depressions-Skala (HAMD, Hamilton, 1960)	36 (max. 67)
	Newcastle-Scale (Camey et al., 1965)	7 (max. 18)
Verhalten/ Aktivität	Eigenschaftswörterliste (EWL-K-60, Janke & Debus, 1978):	
	– Leistungsbezogene Aktiviertheit	1 (max. 24)
affektiver Syndrombereich	– Allgemeine Desaktivität	23 (max. 36)
	Eigenschaftswörterliste (EWL-K-60):	
	– Allgemeines Wohlbefinden	0 (max. 24)
	– Emotionale Gereiztheit	18 (max. 36)
somatischer Syndrombereich	– Angst	21 (max. 36)
	Beschwerdeliste (BL, Zerssen, 1971)	41 (max. 72)
	kognitiver Syndrombereich	
kognitiver Syndrombereich	Dysfunctional Attitude Scale (DAS, Hautzinger, 1985)	192 (max. 280)
	Self-Control-Schedule (SCS, Rosenbaum, 1980)	–53 (max. 108)
	Erwartungs-BDI (Beck et al., 1961)	38 (max. 63)
	Persönlichkeits- variablen	Eigenschaftswörterliste (EWL-K-60):
Extraversion/Introversion		9 (max. 24)
Eysenck Persönlichkeitsfragebogen (E-P-1, Eysenck & Eysenck, 1975):		
– Extraversion		2 (max. 24)
	– Neurotizismus	19 (max. 24)

de bzw. protektive Faktoren in der Person und/oder im Umfeld des Patienten.

Als belastende Faktoren bei Herrn A. werden gesehen: überdauernde soziale Unsicherheit, Angst, Introversion, das hohe Ausmaß körperlicher Beschwerden sowie die ausgeprägt negative Zukunfts- und auch Therapieerwartung (siehe 3. Erklärungsansätze). Weiterhin stellten die Leistungsansprüche, denen sich Herr A. trotz Depression aussetzte (Vollzeitberufstätigkeit plus Bewirtschaftung des landwirtschaftlichen Kleinbetriebs) eine beständige Überforderungssituation mit potentiellen körperlichen Erschöpfungsfolgen dar.

Als protektive Faktoren wurden gesehen: die Beibehaltung der Berufstätigkeit als Schutz vor totalem Selbstwertverlust, die berufliche Arbeit selbst als Schutz vor totalem Aufgehen in negativ-selbstbezogenem Grübeln, Ehefrau und Kinder als Schutz vor Suizidalität sowie die Medikation als zumindest partieller Schutz vor einem Zusammenbrechen der anderen Schutzfaktoren.

### 3 Erklärungsansätze

Wenn man – wie auch im Kapitel zur sozialen Phobie (Reinecker, in diesem Band) vorgeschlagen – in bezug auf die zahlreichen psychologischen Erklärungsansätze depressiver Störungen zwischen Vorhersagen zu prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren unterscheidet, so ist Herr A. insofern ein typischer, auch das Grundlagenwissen über die Störung repräsentierender Fall, in dem mit größerer Sicherheit Aussagen zur Prädisposition und zur Aufrechterhaltung möglich sind als zur Verursachung/Auslösung der depressiven Episode.

Die in unseren Augen wichtigsten prädisponierenden Faktoren auf psychologischer Seite (biologische Untersuchungen wurden nicht durchgeführt) werden in der Introversion, Angst und sozialen Gehemmtheit und den daraus resultierenden Defiziten in der Entwicklung des sozialen Verhaltensrepertoires gesehen. Für Vertreter des Verstärkerverlustmodells der Depression (u. a. Lewinsohn, 1974; Coyne, 1976) stellen Aspekte des sozialen Interaktionsrepertoires, z. B. die Begrenztheit der Interaktionsbreite und die nicht gelernte Fähigkeit, Verstärkungen zu akzeptieren oder zu senden, Vulnerabilitätsfaktoren dar. Martin (1985) postuliert negative Affektivität als einen zur Depression prädisponierenden Vulnerabilitätsfaktor, weil die chronisch erhöhte Aktivierung kognitiver Prozesse um negativ-selbstbezogene Inhalte sowie die während einer depressiven Episode ähnlich verzerrt ablaufenden Informationsverarbeitungsprozesse sich summieren. Nach Eysenck (1979) sind Introvertierte chronisch mehr erregt und das mit sozialer Interaktion steigende arousal wird für sie aversiv und begünstigt soziales Rückzugsverhalten. Eindeutiger noch als bei Neurotizismus sehen Barnett & Gotlib (1988) die prädiktive Rolle von Introversion als erwiesen an.

Vom prämorbidem Erscheinungsbild des Patienten her sind weiterhin Merkmale einer Typus-melancholicus-Struktur unübersehbar: Gewissenhaftigkeit, Arbeitseifer, Traditions- und Normengebundenheit. Auch die von Metcalfe et al. (1975) bei endogenen Depressiven außerhalb der Phase gefundenen Merkmale wie „Schwierigkeiten in der Umstellung von Ar-

beitsanforderungen, Ausweichen vor Arbeit, die schnelle Entscheidungen erfordert, leicht auslösbares Sich-unter-Druck-fühlen bei verantwortlichen Aufgaben und schlechte Konzentration unter ablenkenden Umgebungsbedingungen“ sind typisch für Herrn A. Kognitive prädisponierende Faktoren bei Herrn A. sind ausgeprägte negative Selbst-Schemata (insbesondere im sozialen und Leistungsbereich) bei Fehlen eines ausgleichend oder puffernd wirkenden Netzwerks positiver selbstbezoglicher Schemata. Als motivationaler prädisponierender Faktor imponiert Lageorientierung, d. h. die Neigung einer Fixierung der Aufmerksamkeit entweder auf einen als unbefriedigend erlebten Ist-Zustand oder auf einen von hohen Standards geprägten Soll-Zustand (Kuhl & Kazen-Saad, 1989). Die im Selbstregulationsmodell der Depression von Kanfer & Hagerman (1981) formulierten Vulnerabilitätsfaktoren (hohe Maßstäbe in bestimmten Lebensbereichen, unklare Standardsetzungen, hohe Rate an habitueller Selbstkritik und eingeschränktes Bewältigungsrepertoire) können aus den Äußerungen von Herrn A. zu seiner prämorbidem Entwicklung ebenfalls als gegeben angenommen werden. Inwieweit der Tod der Mutter als Trauma-Faktor (wie von Brown, 1978, und Beck et al., 1986, postuliert) eine prädisponierende Bedeutung hatte, ist dagegen aus den jetzigen Äußerungen des Patienten schwer abschätzbar.

Es wird bezüglich der prädisponierenden Faktoren zusammenfassend deutlich, daß für Herrn A. Vulnerabilitätsfaktoren unterschiedlicher Modelle zutreffen. Die Entstehung seiner Depression ist bereits bei alleiniger Betrachtung der psychologischen Seite redundant begünstigt, fast überdeterminiert. Eine fragliche genetische Vulnerabilität und weitere hier nicht untersuchte biologische Vulnerabilitätsfaktoren (z. B. als Antwort auf die konstante Überforderungssituation seit früher Jugend) mögen hinzukommen.

Was genau den vor 6 Jahren datierten relativ abrupten Beginn der depressiven Erkrankung auslöste bzw. den Beginn einer als behandlungsbedürftig erkannten Episode, ist dagegen nur sehr spekulativ möglich, da nach Angaben des Patienten besonders Gravierendes oder Einschneidendes aus dieser Zeit nicht berichtet wird.

Die drei für den Ausbruch der Episode wahrscheinlichsten Konstellationen könnten jeweils allein oder in Kombination vorgelegen haben:

1. Ausbruch der Depression als Resultat von über lange Zeit aufrechterhaltenen Bewältigungsversuchen, die zu einer Erschöpfung der Kapazität neurohumoraler Übertragungen geführt haben: „Before this point, various neuro-endocrine and neurotransmitter systems may have been put into instable states, but at the point of coping failure serious pathology emerges“ (Gilbert, 1984, S. 166);

2. Eine vom Patienten nicht mit dem Erkrankungsausbruch in Verbindung gebrachte, jedoch generell berichtete Verschlechterung der Beziehung zur Ehefrau, evtl. einhergehend mit einer Libido- und Potenzstörung mit schwerwiegenden Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl;
3. ein vom Patienten ebenfalls nicht direkt mit dem Episodenbeginn assoziierter Verlust einer Aufgabe, nachdem ein großes zusätzliches Projekt, der Bau eines Hauses, abgeschlossen war, jedoch der Traum, es jemals selbst beziehen zu können, wegen der wirtschaftlichen Schwierigkeiten in weite Ferne rückte.

Die Aufrechterhaltung der Depression erscheint wiederum fast überdeterminiert, was ein Grund für ihre ungewöhnlich lange Dauer sein könnte.

Herr A. beobachtete Leistungs- und Konzentrationsschwierigkeiten bei sich und verarbeitete sie schuldhaft. Im Sinne attributionstheoretischer Erweiterungen des Modells der Gelernten Hilflosigkeit attribuiert er die wahrgenommenen Mißerfolge internal, global und stabil. Nicht vermeidbare soziale Interaktionen werden über Vorwürfe und familiäre Auseinandersetzungen zunehmend aversiv. Das erhöhte arousal intensiviert die Rückzugsmotivation und einen internen Wahrnehmungsfokus. Da negative Selbst-Schemata vorherrschen bzw. immer leichter durch zahlreichere Situationen auslösbar sind, trägt die Aufmerksamkeitsverlagerung nach innen zu einer Erregungssteigerung und einer immer stärkeren Aktivierung selektiv-negativer Informationsaufnahme und -verarbeitung bei. Der – einzige – Bewältigungsmechanismus, Aufrechterhaltung der Arbeit und Aufrechterhaltung eines „normalen“ Eindrucks nach außen hin, ebenso wie die mit der Depression einhergehenden Schlafstörungen und die Nebeneffekte der in der Hauptsache unzureichend wirkenden Medikamente verstärken die Erschöpfungs- und Überforderungssituation. Die Gedanken zur eigenen als total verantwortlich wahrgenommenen Person sowie zur Umwelt und zur Zukunft kreisen nur noch um Inhalte der negativen kognitiven Triade und die schweren Symptome der Gefühllosigkeit (evtl. auf biologischer Ebene Folge einer „streßinduzierten Analgesie“), der Depersonalisation und der Suizidwünsche gewinnen Raum.

Dies stellt eine mögliche Abfolge von aufrechterhaltenden Mechanismen dar. In der Grundlagenforschung ist jedoch nicht geklärt, ob z. B. höheres arousal einen internen Wahrnehmungsfokus begünstigt oder ein interner Wahrnehmungsfokus höheres arousal zur Folge hat oder ob diese beiden Zustände als Folge einer übergeordneten Variablen immer verknüpft auftreten. Es ist jedoch im Falle von Herrn A. unschwer möglich, unter Einbeziehung älterer und neuerer Depressionsmodelle Erklärungshypothesen dafür zu liefern, warum die Depression nicht endet. Alle Hypothesen laufen, wie im Lehrbuchkapitel (Hautzinger & de Jong, 1994) geschildert,

darauf hinaus, daß auf dem Boden zur Depression disponierender Faktoren aus einer selektiv negativen unter hohem arousal ablaufenden Informationsaufnahme und -verarbeitung syntone, idiosynkratische Netzwerkaktivierungen ablaufen, die bei fehlendem Gegengewicht (z. B. positive Selbst-Schemata oder wahrgenommene Anerkennung von außen) den Teufelskreis aufrechterhalten.

## 4 Interventionsprinzipien

In der Depressionstherapie erfolgreiche Interventionsprinzipien bestehen in verhaltensübenden und kognitionsverändernden Strategien (de Jong, 1987). Bei schwerer Depression liegen Hinweise dafür vor, daß zunächst verhaltensübende Strategien indiziert sind (de Jong et al., 1986). Die offenkundigen Therapieziele bei Herrn A. bestehen in einer Entlastung seiner Überforderungssituation, im Aufbau von als befriedigend erlebbaren Aktivitäten sowie in einer Verbesserung seiner kommunikativen Fähigkeiten und der Reduzierung der Angst in sozialen Interaktionen. Diese Ziele können mit den Komponenten „Aktivitätsaufbau“ und „Aufbau sozialer Kompetenz“, wie sie Bestandteile aktueller Depressionsprogramme sind (Hautzinger et al., 1989), erreicht werden. Voraussetzung für ihren Einsatz ist jedoch ein minimales Ausmaß von Veränderungserwartung und Kommunikationsfähigkeit, um das Rationale und die Interventionsprinzipien sowie erste Erfolgserlebnisse zu vermitteln. Bei Herrn A. lagen diese Voraussetzungen zu Therapiebeginn jedoch nicht vor. Die Psychotherapie bot für ihn wenig Perspektive, und er hatte keine Ziele, da ihm die Art der Arbeit völlig unbekannt war. Mit Hoffmann (1976) mußte daher zunächst versucht werden, die Basisvoraussetzungen einer vertrauensvollen Therapeut-Patient-Beziehung aufzubauen, die Kontaktaufnahme zu fördern und Hoffnung auf Änderbarkeit zu vermitteln.

Während dieser Anfangsphase versuchte die Therapeutin, Fähigkeiten sozialer Kommunikation zu fördern (Verstärken von Blickkontakt und von verbalen Äußerungen, Rückmeldung, welche Gefühle seine Gestik und Mimik auslösten). Erstes gemeinsam und transparent mit dem Patienten erarbeitetes Therapieziel war im Rahmen einer funktionalen Verhaltensanalyse die Bewußtmachung und Kommunikation von Gedanken, Gefühlen und Handlungsimpulsen. Allmählich nahm Herr A. das Therapieangebot an. In ganz kleinen Schritten sprach er von Stunde zu Stunde mehr. Er äußerte später große Erleichterung darüber, über Gefühle und Erlebnisse gesprochen zu haben, die er vorher nie mitgeteilt hat, und trotzdem Akzeptanz gespürt zu haben. Schwierig war, daß der Klient zunächst Hausaufga-

ben aus Angst vor Fehlern nicht schriftlich machen wollte. Bei der mündlichen Bearbeitung der Gedanken und Gefühle zu alltäglichen Situationen zeigte sich jedoch eine erstaunliche Differenziertheit der Selbstbeobachtung, die die funktionale Analyse von Angst- und Vermeidungssituationen sehr erleichterte. Mit der verbalen und nonverbalen Kontaktaufnahme zur Therapeutin war der erste wesentliche Schritt der Therapie getan.

Herr A. lernte mit zunehmender Differenziertheit, Gefühle und Impulse wahrzunehmen, sah jedoch noch keine Möglichkeit, diese Erfahrungen in seinen Alltag zu übertragen und dort irgendwelche Änderungen vorzunehmen.

Ein Ergebnis der Verhaltensanalyse bezüglich des Arbeits- und Leistungsbereichs war die totale Überforderung und Überlastung, der sich der Klient aussetzte. Er brauchte für notwendig werdende Reparaturarbeiten an landwirtschaftlichen Geräten doppelt so viele Stunden oder sogar mehrere Tage. Die schuldhafte Verarbeitung von Mißerfolg in diesem Zusammenhang sowie seine Art Probleme anzugehen, aktivierte nicht nur den depressiven Teufelskreis der Gedanken und Gefühle, sondern schuf wiederum Zeitdruck für die vielen anderen Aufgaben. Das Scheitern des Aufbaus angenehm erlebbarer Aktivitäten aus Zeitmangel sowie die vermutete Bedeutung der Überforderung für Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression veranlaßten die Therapeutin, den Patienten zumindest zu einer Krankschreibung zu motivieren. Dies gelang unter Überwindung großer Angst und stellte den rückblickend zweiten wichtigen Schritt in der Therapie dar. Es wurde dann mit dem Aufbau angenehm erlebbarer Aktivitäten begonnen. Die Entspannung, das tägliche Fahrradfahren (Wunschziel des Klienten war der benachbarte Friedhof!), weitere Aktivitäten wie Einkaufen und Kochen, Reparaturarbeiten, Schwimmen, ein Junikornfeld im Wind beobachten und ähnliches führten zu einer raschen und deutlichen Besserung der Stimmung und des Schlafes. Dieser Therapieabschnitt war insofern wichtig, als der Klient lernte, seine auch in der Therapie spürbare Verweigerung aufzugeben und neue Verhaltensweisen auszuprobieren. Er lernte dabei, daß er seine Stimmung beeinflussen konnte, was ihm neue Perspektiven eröffnete und seine Motivation für weitere Veränderungen stärkte.

Eine Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit in der Familie war das nächste vorgesehene Therapieziel. Da die Ehefrau auf die zunehmenden Aktivitäten besonders deshalb befremdet reagierte, da ihr Mann sie – wie in der Therapie abgesprochen – allein unternahm, schien es sinnvoll, parallel zum „Aktivitätsaufbau“ die Ehefrau mit in die Therapie einzubeziehen. Es fanden insgesamt zehn gemeinsame Sitzungen statt. Während der funktionalen Analyse der problemorientierten Paarsitzungen wurde deut-

lich, daß Frau A. allein durch ihre Impulsivität und Lebhaftigkeit dazu neigte, Lösungsvorschläge zu machen bzw. Einwände seitens Herrn A. sehr schnell vom Tisch zu fegen und daß Entscheidungen getroffen wurden, die letztlich nicht die Zustimmung von Herrn A. fanden. Auch wurde deutlich, daß sich das Ehepaar bei der Suche nach gemeinsamen Zielen gegenseitig schnell entmutigte, mit Äußerungen wie „Das geht doch sowieso nicht, weil . . .“, so daß es nicht zu einer Zielklärung und noch weniger zu Absprachen über gemeinsame Wege zur Erreichung eines Zieles kam.

Während des Problemlösetrainings konnten sich beide eindeutig auf das gemeinsame Ziel „Aufgabe des Hofes“ einigen und auch Alternativziele übereinstimmend entwickeln. Bei der Mittelanalyse lernten sie die Methode des Brainstormings. Es wurden erste Handlungsschritte ausgewählt, und Herr A. entschied sich, seinen Verwalter aufzusuchen, um mit ihm die Auflösung des Pachtvertrages zu besprechen. Er hatte vor diesem Gespräch große Angst, in Rollenspielen wurde deshalb die Situation geübt, und negative Erwartungen wurden disputiert. Seine nach kurzer Zeit initiierte Verhandlung mit dem Verpächter war erfolgreich, und es entwickelten sich daraus günstige Perspektiven. Der dritte entscheidende Schritt im Therapieverlauf war der Erfolg dieses Gespräches, die Erfahrung, Probleme selbständig lösen zu können, zu handeln statt zu resignieren. Es trat im Verhalten eine deutliche Veränderung auf. Herr A. erschien mit einer kleinen Mappe, in der er die Therapieunterlagen sammelte. Nach anfänglichem Zögern durfte die Therapeutin auch auf seine schriftlichen Aufzeichnungen blicken. Der Klient hatte befürchtet, wegen mangelnder Rechtschreibfähigkeiten kritisiert zu werden. Realistisch war, daß die Aufzeichnungen fast fehlerfrei waren. Herr A. machte sich nach den Therapie-sitzungen Notizen, begann Therapiesitzungen vorzubereiten, führte Aktivitätenpläne und versuchte insgesamt, möglichst viel aus der Therapie zu lernen.

In dieser Phase der Therapie wurde mit kognitionsverändernden Therapie-strategien begonnen. Herr A. lernte die Drei-, später die Fünf-Spalten-Technik kennen. Es wurden dysfunktionale Annahmen wie „alles für den Hof“, „ich bin ein totaler Versager“, „nur durch Anpassung kann ich Liebe erreichen“, „nur wenn ich fleißig, gefällig, unterwürfig bin, werde ich von meiner Frau akzeptiert“ in der Therapie identifiziert, disputiert und relativiert. Auch mit der Ehefrau wurden zentrale Gedanken wie „in einer Familie müssen alle Familienmitglieder immer alles gemeinsam machen“ bearbeitet. Herr A. lernte über diese Strategien, daß es nicht schlechte und gute Verhaltensweisen gibt, sondern günstige bzw. eher ungünstige Verhaltensweisen, und daß er frei darüber entscheiden kann, welche Verhaltensweise er wählt. Er erarbeitete alternative Gedanken wie „ich möchte so

sein dürfen, wie ich bin“. Er lernte den Unterschied zwischen dem Bedürfnis, allein zu sein, und Isolation und daß er für sich ein gesundes Maß finden muß, nein sagen zu können, sich Arbeit aufbürden zu lassen. Er konnte für sich formulieren „ich lasse zuviel laufen, nehme zu wenig selbst in die Hand“, ohne dies als schuldhaft anzusehen. Er war auch zunehmend in der Lage, konkrete Schritte anzuvisieren, dabei jedoch seine immer noch bestehende Depressivität und Angst akzeptierend zu berücksichtigen.

Die letzte Phase der Therapie stellte eine Verbindung zwischen kognitionsverändernden Schritten und Übungen im sozialkommunikativen Bereich dar. Herr A. hatte formuliert „Ich möchte meine unterlegene Position gegenüber meiner Ehefrau verändern, meinen Standpunkt einnehmen“. Er berichtete über aggressive Impulse, wenn diesen Bedürfnissen nicht entgegengekommen wurde. Er wurde ermutigt, und es wurde geübt, diese ihn verunsichernden aggressiven Gefühle sozial kompetent auszudrücken. Deutlich wurde, daß er keine Kompromisse aushandelte, sondern zu sehr nachgab, Schwierigkeiten hatte, seinen eigenen Standpunkt zu finden, sich auch unklar darüber war, was er eigentlich wollte. Er wurde wieder mit seinen Selbstzweifeln konfrontiert und hatte Angst, als nicht normal zu gelten, wenn er Forderungen stellt. Dies war nochmals eine instabile Phase der Therapie. Es wurden Kognitionen bearbeitet wie „du bist kein normaler Mann“. Hier konnte der Klient über seine sexuellen Versagensgefühle während der Depression sprechen, die er bislang nicht der Erkrankung zuordnen konnte.

Die Therapie wurde nach 75 Sitzungen abgeschlossen. Medikamentenfrei war der Patient etwa ab der 40. Sitzung. Zu Therapieende hatte der Patient gelernt, seine Probleme aktiv anzugehen und einen Großteil von Veränderungen wie die Aufgabe des Bauernhofes erfolgreich einzuleiten. Suizidalität konnte glaubhaft verneint werden. Es blieb eine Tendenz zu einer depressiven Grundstimmung, die an manchen Tagen mehr, an anderen weniger vorhanden war. Bei diesen gelegentlichen depressiven Verstimmungen wendete Herr A. die gelernten Techniken an, nahm z. B. einen Tag Urlaub, unternahm etwas für sich und sprach aus, was ihn bedrückte. Er beschrieb dies als immer noch sehr schwer, berichtete jedoch anschließend über das Gefühl der Erleichterung. Die eheliche Situation blieb zwar bis zum Ende der Therapie schwierig, es stellte sich jedoch eine deutliche Entspannung ein, der Klient konnte wieder gemeinsame Aktivitäten mit seiner Frau und seinen Kindern unternehmen, es wurden auch gemeinsame Urlaube verbracht. Das Berufsleben erlebt er als weniger überfordernd, und soziale Aktivitäten können in Grenzen ausgehalten werden. Gelegentliche Durchschlafstörungen, leichte Konzentrationsstörungen, leichte Ängstlichkeit und gelegentliche Kopfschmerzen sowie gelegentliche Tagesschwankungen zeigen an, daß zwar eine durchgreifende Besserung er-

reicht ist, der Patient jedoch nach wie vor eine eher depressiv-ängstliche Struktur aufweist. Dies verdeutlichen auch die Werte in den Fragebögen, die Herr A. zum Zeitpunkt einer Nachkontrolle etwa zwei Jahre nach Ende der Therapie ausfüllte (BDI: 4; BL: 4; DAS: 115; leistungsbezogene Aktiviertheit (EWL 1): 12; Allgemeine Desaktivität (EWL 2): 1; Extra-/Introversion (EWL 3): 12; Allgemeines Wohlbefinden (EWL 4): 10; Emotionale Gereiztheit (EWL 5): 3; Angst (EWL 6): 3).

## 5 Resümee

Das folgende Zitat aus dem Lehrbuchkapitel „Depressionen“ verdeutlicht die enge Verbindung zwischen den grundsätzlichen Vorstellungen zu psychologischen Depressionstherapien und der Umsetzung im Fall von Herrn A.:

„Die wesentlichen Elemente moderner psychotherapeutischer Depressionsbehandlung (vgl. Hautzinger et al., 1989; Hoffmann, 1976; Hautzinger & Hoffmann, 1979; de Jong et al., 1980; Blöschl, 1981) sind: Aufbau einer tragfähigen Beziehung, kurzfristige entlastende Maßnahmen, Aufbau angenehmer, verstärkender Aktivitäten, Abbau von belastenden Aktivitäten und Strukturen; Aufbau sozialer Fertigkeiten und Kontakte; Veränderung einseitiger Wahrnehmungen und Bewertungsmuster; Korrektur absolutistischer Grundüberzeugungen und Einbezug der sozialen Kontaktpersonen (Partner, Familie). Die wiederholt bestätigte vergleichbare Effektivität theoretisch unterschiedlicher psychotherapeutischer Depressionsbehandlungen wird von Zeiss et al. (1979) auf vier Wirkgrößen zurückgeführt: Depressionstherapie ist dann erfolgreich, wenn 1. dem Patienten eine überzeugende Erklärung für die individuelle Erkrankung geliefert wird; 2. das Handeln geplant und strukturiert erfolgt und Hausaufgaben mit einschließt; 3. die Patienten durch die vorgeschlagenen Maßnahmen Erfolge, Verstärkung und Ablenkung erfahren; 4. die Patienten zu Selbstattributionen für die erzielten Veränderungen geführt werden.“

Die angewendeten Verfahren haben in einem ungewöhnlich langen Therapieprozeß geholfen, Herrn A. aus seinem Zustand tiefster Depression und hoher Verzweiflung sowie Suizidalität herauszuführen. Ursächliche oder differentialdiagnostische Fragen beantwortet dieser Therapieverlauf nicht. Wenn der dokumentierte Fall jedoch dazu beiträgt, die positive Veränderungserwartung klinischer Psychologen auch angesichts ungünstiger Vor-

aussetzungen zu stützen, würde unserer Ansicht nach ein wichtiger Wirkmechanismus von Depressionstherapien begünstigt.

## Literatur

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed., rev.). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV)*. Göttingen: Hogrefe.
- Angst, J. (1987). Begriff der affektiven Erkrankung. In K.P. Kisker, H. Lauter, J.E. Meyer, C. Müller & E. Strömgen (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart* (Band 5). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Barnett, P.A. & Gotlib, I.H. (1988). Psychosocial functioning and depression: Distinguishing among antecedents, concomitants and consequences. *Psychological Bulletin*, *104*, 97–126.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1986). *Kognitive Therapie der Depression*. München, Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 561–571.
- Blöschl, L. (1981). *Verhaltenstherapie bei depressiven Reaktionen*. Bern: Huber.
- Bronisch, Th. & Hecht, H. (1990). Major depression with and without a coexisting anxiety disorder: Social dysfunction, social integration and personality features. *Journal of Affective Disorders*, *17*, 229–236.
- Brown, G.W. & Harris, T.O. (1978). *Social origins of depression*. London: Tavistock Press.
- Carney, M.W.P., Roth, M. & Garside, F. (1965). The Diagnosis of Depressive Syndromes and the Prediction of E.C.T. Response. *British Journal of Psychiatry*, *111*, 659–674.
- Coyne, J.C. (1976). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, *39*, 14–27.
- Degkwitz, R., Helmchen, H., Kockott, G. & Mombour, W. (1980). *Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Deutsche Ausgabe der Internationalen Klassifikation der WHO ICD-9*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (1991). *Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Deutsche Ausgabe der Internationalen Klassifikation der WHO ICD-10*. Bern: Huber.
- Eysenck, H.J. (1979). The conditioning model of neurosis. *Behavioural and Brain Sciences*, *2*, 155–199.
- Eysenck, H.J. & Eysenck, S.B.G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (Junior and Adult)*. London: Hodder & Stoughton.
- Gilbert, P. (1984). *Depression: From Psychology to Brain State*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Hamilton, M. (1960). A Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, *23*, 56–62.

- Hautzinger, M. (1985). Skalen dysfunktionaler Einstellungen. Eine deutsche Version der Dysfunctional Attitude Scale. *Diagnostica*, 31, 312–323.
- Hautzinger, M. & Hoffmann, N. (1979). *Depression und Umwelt*. Salzburg: Otto Müller.
- Hautzinger, M. & de Jong, R. (1998). Depressionen. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., Stark, W. & Treiber, R. (1989). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. München, Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hoffmann, N. (1976). *Depressives Verhalten*. Salzburg: Otto Müller.
- Janke, W., Debus, G. (1978). *Die Eigenschaftswortliste*. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe.
- de Jong, R. (1987). *Neurotische Depression und psychologische Therapie*. Frankfurt, Bern: P. Lang.
- de Jong, R., Hoffmann, N. & Linden, M. (1980). *Verhaltensmodifikation bei Depressiven*. München: Urban & Schwarzenberg.
- de Jong, R., Treiber, R. & Henrich, G. (1986). Effectiveness of two psychological treatments for inpatients with severe and chronic depressions. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 645–663.
- Kanfer, F.H. & Hagermann, S. (1981). The role of self-regulation. In L.R. Rehm (Ed.), *Behaviour therapy for depression. Present status and future directions*. New York: Academic Press.
- Keller, M.B., Lavori, P.W., Endicott, J., Coryell, W. & Kleman, G.L. (1983). „Double depression“: Two-year follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, 140, 689–694.
- Kuhl, J. & Kazen-Saad, M. (1989). Motivationale und volitionale Aspekte der Depression: die Rolle der Lageorientierung. In R. Straub, M. Hautzinger & G. Hole (Hrsg.), *Denken, Fühlen, Wollen und Handeln bei depressiven Menschen* (S. 30–37). Frankfurt a. M., Bern, New York, Paris: Peter Lang.
- Lewinsohn, P.M. (1974). A behavioural approach to depression. In R.J. Friedman & M.M. Katz (Eds.), *The psychology of depression*. New York: Wiley.
- Martin, M. (1985). Neuroticism as predisposition toward depression: A cognitive mechanism. *Personality and Individual Differences*, 6, 353–365.
- Metcalfe, M., Johnson, A.L. & Coppen, A. (1975). The Marke-Nyman temperament scale in depression. *British Journal of Psychiatry*, 126, 41.
- Rosenbaum, M. (1980). A Schedule for Assessing Self-Control Behaviours: Preliminary Findings. *Behaviour Therapy*, 11, 109–121.
- Zeiss, A.M., Lewinsohn, P.M. & Munoz, R.F. (1979). Non-specific improvement effects in depression using interpersonal skill training, pleasant activity schedule, or cognitive training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 254–260.
- Zerssen, D.v. (1971). Die Beschwerdeliste als Test. *Therapiewoche*, 21, 1908–1914.