

Kapitel 6

Aktuelle depressive Episode

Martin Hautzinger, Tübingen

Einführung

Unipolare Depressionen zählen zu den affektiven Störungen. Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit, Interesseverlust, Hoffnungslosigkeit, Antriebsmangel, häufig begleitet von Ängstlichkeit und erhöhter Ermüdbarkeit gelten als zentrale Symptome des depressiven Syndroms. Diese typischen Beschwerden zeigen jedoch eine beträchtliche individuelle Variation. Üblicherweise diagnostiziert man dann eine typische „depressive Episode“ (ICD-10) oder eine „Major Depression“ (DSM-IV), wenn über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen fünf zentrale depressive Symptome (siehe Tabelle 1) gleichzeitig vorhanden sind und damit eine Änderung der vorher bestehenden Leistungsfähigkeit einhergeht. Besonders schwere Formen dieser Depression, meist charakterisiert durch ganz typische Symptom- und Verlaufsbesonderheiten wurden früher als „endogene Depression“ bezeichnet und finden sich heute unter dem Begriff der „Major Depression mit Melancholie“ (DSM-IV) oder „Depressive Episode mit somatischen Symptomen“ bzw. „Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen“ (ICD-10). Typische Melancholie-Symptome sind Verlust von Interesse oder Freude an fast allen Aktivitäten, Mangel an Reagibilität auf üblicherweise angenehme Reize, besondere Qualität der Stimmung, Morgentief, frühmorgendliches Erwachen, psychomotorische Hemmung oder Unruhe, erhebliche somatische Symptome (Appetitverlust, Gewichtsverlust), keine Persönlichkeitsauffälligkeiten vor Depression, klar abgegrenzte frühere Depressionen mit völliger Remission, gutes Ansprechen auf Antidepressiva.

Depressive Erkrankungen mit episodischem Verlauf werden von chronischen affektiven Störungen, der sogenannten „Dysthymie“, abgegrenzt. Bei der Dysthymie findet man nicht das volle Bild einer depressiven Epi-

sode, doch einen chronischen Verlauf der depressiven Störung. Die betroffenen Personen fühlen sich oft monatelang müde und niedergeschlagen, alles ist anstrengend und nichts bereitet Genuß, sie grübeln und klagen, schlafen schlecht und fühlen sich nicht vollwertig. In der Regel werden sie noch mit den Anforderungen des Alltags fertig. Die Betroffenen haben jedoch auch Perioden von Tagen oder Wochen, in denen sie ein eher gutes Befinden beschreiben. Typischerweise dauern derartige depressive Verstimmungen mehrere Jahre (ICD-10) oder mindestens zwei Jahre (DSM-IV) an, bevor diese Diagnose gestellt werden kann.

Tabelle 1:
 Diagnostische Kriterien für eine „Depressive Episode“ (nach ICD-10)
 bzw. eine „Major Depression“ (nach DSM-IV)

1. Depressive Stimmung oder Verlust an Interesse oder Freude.
2. Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Schlafstörungen, Früherwachen, Morgentief, Tagesschwankungen der Symptome, psychomotorische Hemmung oder Unruhe, verminderter Appetit, Gewichtsverlust, Libidoverlust, sexuelle Interesslosigkeit, mangelnde/fehlende Reagibilität auf Erfreuliches, Gedanken über/oder erfolgte Selbstverletzungen.
3. Mindestdauer 2 Wochen.
4. Ergänzend kann das vorherrschende Krankheitsbild durch die Beurteilung des Schweregrades (leicht, mittel, schwer), des Vorhandenseins psychotischer oder somatischer Symptome, von Melancholie, von rezidivierenden, chronischen oder saisonal abhängigen Verläufen beschrieben werden.
5. Bipolare affektive Störungen und Zykllothymia sind abzugrenzen, auch wenn die depressiven Episoden bei diesen Erkrankungen ein identisches Bild zeigen.

Die Wahrscheinlichkeit an einer Depression zu erkranken ist bei einem Lebenszeitrisko von 12–16 % für Männer und 20–26 % für Frauen als hoch einzuschätzen. Verschiedene Prävalenzschätzungen stimmen darin überein, daß 2–3 % der Männer und 4–7 % der Frauen aktuell an einer unipolaren ernsthaften Depression leiden. Unipolar verlaufende Depressionen machen unter den affektiven Störungen den größten Anteil aus, während bipolar affektive Störungen unter 1 % Punktprävalenz liegen. Der Median des Ersterkrankungsalters an unipolaren Depressionen liegt zwischen 20 und 40 Jahren, bei einer beträchtlichen Streuung von der Kindheit bis ins hohe Alter. Neuere epidemiologische Arbeiten zeigen eine deutliche Zunahme depressiver Erkrankungen in allen untersuchten Ländern und über die Alterskohorten. Insbesondere die jüngeren Jahrgänge (18 bis 29 Jahre) weisen ein deutlich gesteigertes Erkrankungsrisiko auf.

Depressive Syndrome treten in Verbindung mit vielfältigen anderen psychischen Erkrankungen wie Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen, Zwängen, Eßstörungen, Süchten, psychophysiologischen Erkrankungen, somatoformen Störungen, Schizophrenien und schizophrenoformen Störungen, Demenzerkrankungen und chronischen (körperlichen) Krankheiten auf. Häufig sind akute bzw. chronische Belastungen und Lebenskrisen, eine Häufung typischer Risikofaktoren (z. B. frühere Depressionen, Neurotizismus, unharmonische oder fehlende Beziehungen usw.) und ein Mangel an Bewältigungsstrategien (instrumentelle, personelle und soziale Ressourcen) bzw. Verhaltensdefizite und dysfunktionale Verarbeitungsmuster im Vorfeld einer depressiven Entwicklung bzw. Episode festzustellen.

Zur Illustration dieses Störungsbildes wird ein Fall von aktueller depressiver Episode bei bestehender Dysthymie dargestellt.

1 Beschreibung der Störung

Der 42 Jahre alte Patient klagt seit über drei Jahren in wechselndem Ausmaß über Konzentrationsschwächen, Sprachstörungen, Gedächtnisprobleme, Kopfschmerzen, Durchschlafstörungen, Schmerzen im Brustbereich, häufiges Sodbrennen, heftiges Schwitzen, Atemnot, Erschöpfung, Globusgefühl im Hals und gelegentliche Neigung zum Weinen verbunden mit Selbstvorwürfen und negativen Zukunftserwartungen, insbesondere im beruflichen und in der Folge im finanziellen Bereich. Wiederholte gründliche labormedizinische und auch apparative ärztliche Untersuchungen ergaben außer einem leichten Übergewicht und Hypercholesterinämie keine organischen Auffälligkeiten. Anlässe, die ihm früher Genuß bereitet haben, wie gutes Essen, Kochen, ein Glas Rotwein trinken, eine gute Zigarre rauchen oder mit den Kindern zusammen zu sein, lassen ihn jetzt kalt oder ohne Befriedigung.

Aktuell, d. h. seit nun etwa 6 Wochen, verstärkte sich die Symptomatik. Er kommt morgens „schwer in die Gänge“, war deshalb kurzfristig bereits zweimal krank geschrieben. Anlaß für diese Verschlechterung waren Veränderungen in der Firma. Dort wurde in einer Besprechung angekündigt, daß durch Zusammenlegungen im Konzern die jetzt bestehende Abteilung für Datenverarbeitung personell überbesetzt sei und in einem Zeitraum von 3 Jahren die Belegschaft halbiert werde.

Ordnet man die Beschwerden des Patienten nach den unterschiedlichen Manifestationsebenen, so ergibt sich folgendes Bild:

- *Emotionale Ebene*: Niedergeschlagen, verletzt, gereizt, frustriert, lustlos, traurig
- *Motivationale Ebene*: Resignativ, vermeidend
- *Kognitive Ebene*: Konzentrationsprobleme, Selbstvorwürfe, Zweifel, Gedächtnisschwächen
- *Somatische Ebene*: Atemnot, Schwitzen, Globusgefühl, Schmerzen, Unruhe, Schlafstörungen, Erschöpfung
- *Motorische Ebene*: Anspannung, weinerlicher Gesichtsausdruck, Rückzug bei Konflikten im zwischenmenschlichen Bereich, (aktuell) Antriebsminderung

2 Differentialdiagnostik

Da keine körperlichen Störungen bei den wiederholten Untersuchungen gefunden wurden, trotz des leichten Übergewichts und der erhöhten Cholesterinwerte der Patient als körperlich gesund gilt und kein Alkohol- oder anderer Suchtmittelmißbrauch vorliegt, ist eine psychische Störung nahelegend. Die Durchführung des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV (SKID – Wittchen et al., 1997) ergibt deutliche Auffälligkeiten im Affektiven Bereich. Psychotische und manische Symptome sind weder lebensgeschichtlich noch aktuell feststellbar. Zwar werden einige ängstliche und anankastische Symptome bejaht, doch die Kriterien der Angst- und Zwangsstörungen werden nicht erfüllt. Der Patient zeigt auch keine sozial-ängstlichen Auffälligkeiten. Eine Suchtproblematik ist auszuschließen. Von der Persönlichkeit her wirkt der Patient korrekt, gewissenhaft, zuverlässig, anankastisch, verschlossen, selbstkritisch, überangepaßt, verletzlich, angespannt und explosiv.

Die Kriterien einer aktuellen depressiven Episode mittleren Schweregrades werden erfüllt. Gleichzeitig besteht vermutlich seit 4 Jahren, mit Sicherheit jedoch seit 2 Jahren eine anhaltende affektive Störung. Entsprechend dem ICD-10 werden die Kategorien F 32.1 (mittelgradige depressive Episode) und F 34.1 (Dysthymie) erfüllt. Nach DSM-IV liegt aktuell eine Major Depression, mittlerer Schweregrad (296.22) vor. Es werden auch die Kriterien einer Dysthymie (primärer Typus) (300.40) erfüllt. In der amerikanischen Literatur hat sich für diese Konstellation der Begriff der „Double Depression“ eingebürgert.

Psychodiagnostik

Die klinische Fremdbeurteilung ergibt im HAMD (Hamilton 1986) 21 Punkte und im IDS (Hautzinger & Bailer, 1994) einen Wert von 35. In der Selbstbeurteilung mittels des BDI (Hautzinger et al., 1993) werden 28 Punkte ermittelt. Der Unsicherheitsfragebogen (Ullrich & Ullrich, 1977) erbrachte keine Hinweise auf eine allgemeine soziale Unsicherheit oder Ängstlichkeit. Lediglich die Werte der Skala „Schuldgefühle“ und „Anständigkeit“ sind geringfügig erhöht. Ein Befund der durch die Ergebnisse von Ullrich und Ullrich (1977) bei depressiven Patienten bestätigt wird. Der Münchner Persönlichkeitstest (MPT – von Zerssen et al., 1988) zeigt erhöhte Werte auf den Dimensionen Neurotizismus, Introversion und Rigidität, was sich mit den geschilderten Eindruck des Patienten in der Untersuchungssituation mit dem SKID deckt.

Anamnese

Der Patient stammt aus kleinen Verhältnissen. Er hat heute als Programmierer in der Industrie ein gutes Einkommen. Er ist verheiratet und hat zwei schulpflichtige Kinder. Der Patient ist zusammen mit zwei älteren Brüdern aufgewachsen. Der Vater verstarb mit 47 Jahren, als der Patient 11 Jahre alt war. In der Familie übernahm er nun viele Aufgaben, um die Mutter zu entlasten. Die älteren Brüder (vier und fünf Jahre älter) waren wenig zuhause, „hielten sich raus“, während er brav, überangepaßt und verletzlich zu Hause „funktionierte“ und half. Er besuchte die Realschule und machte nach der Mittleren Reife eine Banklehre. Später nach der Fachhochschulreife, die er in Abendkursen erwarb, studierte er an einer Fachhochschule Informatik. Bereits damals traten wiederholt starke migräneartige Kopfschmerzen auf.

Beziehung und Kontakt zur Mutter bestehen unverändert eng, worunter der Patient mittlerweile leidet. Er fühlt sich ausgenutzt und herumkommandiert. Seine Leistungen und sein Einsatz für die Mutter und die Familie wurden nie und werden nicht honoriert. Dies zeigte sich z. B. vor kurzem darin, daß der eine Bruder wie selbstverständlich und ohne Zinszahlungen von der Mutter einen größeren Geldbetrag leihen konnte, während er für eine ähnliche Sache vor einigen Jahren bei seinem Hauskauf für die geliehene Summe seiner Mutter die marktüblichen Zinsen zahlen mußte. Solche Verletzungen, wie es der Patient nennt, waren in der Vergangenheit zahlreich und beschäftigen ihn noch heute.

Kurz vor dem Berufseintritt als Ingenieur, noch während des letzten Semesters, gab es eine ernsthafte Krise in der damals schon einige Jahre bestehenden Ehe. Ausgelöst wurde sie durch eine Beziehung der Ehefrau zu einem anderen Mann. Die doppelte Belastung (Prüfungssemester und Ehekonflikt) habe ihn zwar „fertig gemacht“ (er hatte vermehrt Kopfschmerzen, sei erschöpft und mit den Nerven fertig gewesen), doch das Semester habe er dennoch beendet. Anfänglich habe er versucht, den Beziehungskonflikt durch ruhiges, ausgleichendes Verhalten seiner Frau gegenüber aufzufangen. Dies sei soweit gegangen, daß er seine Frau sogar mit dem Auto zu deren Freund gefahren und sie Stunden später dort wieder abgeholt habe. Er erlebte dies zwar innerlich als Demütigung, doch fürchtete er, die Beziehung zu gefährden und die Partnerin zu verlieren, wenn er seinen Ärger und seine Enttäuschung zeigen würde. Mit Abschluß der Hochschule suchte er sich dann mehrere hundert Kilometer entfernt eine Arbeitsstelle. Er wollte dadurch seine Ehefrau zwingen sich zu entscheiden, mit ihm zu gehen oder die Beziehung zu beenden. Nur so war es ihm möglich, den Konflikt zu lösen. Die Ehefrau entschied sich für den Patienten. An dem neuen Wohn- und Arbeitsort bearbeiteten beide den Beziehungskonflikt im Rahmen einer Paartherapie bei einer Beratungsstelle.

Der Patient arbeitete nach dem Studium in der Industrie und stieg rasch bis zum Projektleiter auf. Er könne gut organisieren, planen, mit Mitarbeitern umgehen und sei eben höchst zuverlässig. Wenn erforderlich, was meist die Regel war, setzte er sich 12 und mehr Stunden täglich, oft 6 Tage die Woche, für die Arbeit ein. Ärger, Spannungen und Konflikte in der Arbeitsgruppe habe er versucht auszugleichen, Druck seitens der Firmenleitung versuchte er von der Gruppe fernzuhalten und durch eigenen Einsatz zu kompensieren. Der Patient war über 10 Jahre bei einer Firma beschäftigt, die nach 8 Jahren von einem internationalen Konzern gekauft worden war, was zur Folge hatte, daß andere Organisationsstrukturen und Führungsprinzipien eingeführt wurden. Die Belastungen der Projektleiter, eine Art Sandwich-Position zwischen Konzernleitung und Abteilungsmitarbeitern, nahmen zu. Durch vermehrten Einsatz versuchte er diesen Belastungen gerecht zu werden. Hinzu kam, daß auch die Arbeitsinhalte wechselten und er sich in ein zunächst fremdes Gebiet einarbeiten mußte. Weitere Belastungen waren, daß zunehmend Auslandsaufenthalte längerer Dauer erforderlich und die selbstverständliche Bereitschaft dazu erwartet wurden. Der Patient berichtet weiter, daß zunehmend Kollegen, trotz erfolgreicher Projektleitung von heute auf morgen entlassen wurden. Er schildert recht eindrucksvoll, wie besonders ein Kollege, eine Woche bei einer Präsentation noch hochgelobt und gefeiert, in der folgenden Woche von der Auflösung der Abteilung überrascht und mit einer ansehnlichen Abfindung entlassen wurde.

Während dieser Jahre des beruflichen Aufstiegs, meist verbunden mit Phasen der starken Belastung und Konflikten im Betrieb, traten wiederholt verschiedenste körperliche Beschwerden auf, die als Gastritis, unklare Virusinfektion, Erschöpfungssyndrom, Spannungskopfschmerz u. a. diagnostiziert und medikamentös behandelt wurden. Vor etwa vier Jahren, in Verbindung mit der Kündigungserfahrung des Kollegen, seien wieder diese körperlichen Beschwerden, verbunden mit Schlafstörungen, Atemnot, Gefühl der Erschöpfung und des Gerädertseins aufgetreten. Seine Konzentrationsfähigkeit habe nachgelassen und es traten in Sitzungen bzw. Schulungen Unruhe, Ängste, Wortfindungsstörungen auf.

Zwischenzeitlich hatte die Familie ein Haus gebaut und es waren zwei Kinder geboren worden, die heute 8 und 10 Jahre alt sind. Angesichts der geschilderten beruflichen Situation, der familiären Verpflichtungen und ausgelöst durch die heftig erlebte Symptomatik bemühte sich der Patient darum, eine andere Arbeitsstelle zu finden. Diese mögliche neue Arbeitsstelle sollte weniger hektisch, mit weniger Verpflichtungen, ohne ständiges Reisen, insgesamt ruhiger, längerfristig sicher, berechenbarer und familienfreundlicher sein. Er fand eine solche Stelle und wechselte nach einem längeren Urlaub in ein Unternehmen der Pharmaindustrie. Dort fühlte er sich zunächst sehr wohl, da diese Firma sehr um ihn geworben und mit verschiedensten Versprechungen gelockt hatte. Bereits im Laufe des ersten Jahres an der neuen Stelle bemerkte er jedoch, daß er immer wieder mit seinen Ideen und Vorschlägen vertröstet wurde, nicht ankam, andere ihn abblockten. Wiederholte Anläufe wurden bei der Firmenleitung zwar wohlwollend aufgenommen, verliefen dann jedoch im Nichts. Es stellte sich zunehmend ein Gefühl des Überflüssigseins und der Unterforderung ein. Eine Zuspitzung erfuhr die Lage in der aktuellen Zusammenlegung zweier Teilfirmen des Konzerns, was zu der Ankündigung führte, daß die Abteilung, in der der Patient tätig ist, personell überbesetzt sei und Personal abgebaut werden müsse. Über einen Zeitraum von 3 Jahren werde die Belegschaft halbiert, was durch Nichtbesetzung von freiwerdenden Stellen und Entlassungen (über Abfindungszahlungen) erreicht werden solle.

Während der letzten zwei Jahre hatte die ältere Tochter außerdem wiederholt soziale und Leistungsprobleme in der Schule, insbesondere im Fach Mathematik. Dies führte immer wieder zu familiären Spannungen, zunächst zwischen den Eltern und dem Kind, in der Folge auch zwischen den Eltern. Der Patient sieht in dem Verhalten seiner Tochter viele Parallelen zu seinem verunsicherten, selbstzweiflerischen Verhalten, wie es sich bei ihm in der Folge des Todes seines Vaters herausgebildet hatte.

3 Erklärung/Theoretisches Modell

Die depressiven Symptome treten in der Folge von Belastungen und Schwierigkeiten, insbesondere im beruflichen, doch auch im häuslichen und privaten Bereich auf. Dabei stellt die aktuelle, von ihm so empfundene, doch noch unklare Bedrohung des Arbeitsplatzes nur eine zusätzliche Belastung auf dem Hintergrund starker Unzufriedenheit und Enttäuschung mit den Arbeitsbedingungen dar. Diesen langangestauten Ärger „frißt er in sich hinein“, da er, wie viele Male davor und bei unterschiedlichsten Gelegenheiten, nach dem braven, überangepaßten Muster sich dazu diszipliniert, solche Empfindungen nicht zuzulassen und schon gar nicht zu zeigen vermag. Die Verantwortung bei Fehlern, Problemen im Betrieb, doch auch bezüglich des Verhaltens der Tochter, lastet er sich selbst an. Seine Strategie ist es dann, durch größeren Einsatz wieder Kontrolle zu erlangen und die Dinge „gerade zu biegen“. Da der Patient seit einiger Zeit und ganz besonders aktuell mit einer zumindest beruflichen Situation konfrontiert ist, die er kaum beeinflussen kann, wirken sich seine internalen Kausalattributionen besonders niederschmetternd aus. Die Modellvorstellungen der erlernten Hilflosigkeit passen hier gut. Die zunächst gesteigerten Bemühungen aktivieren das System in einem Bereich, in dem es zu körperlichen Störungen und Auffälligkeiten kommt. Da diese Symptome dann zusätzlich belastend sind und die Handlungsfähigkeit einengen, außerdem die beruflichen Belastungen andauern, der Konflikt mit der Tochter sowie mit der eigenen Herkunftsfamilie (insbesondere der eigenen Mutter) weiter bestehen, kommt es zu einem Zustand der Hilflosigkeit, welcher dann in die bereits erwähnten depressiven Symptome mündet. Da sein zuvor gezeigtes Verhalten darauf gerichtet war, die Belastungen im Arbeitsbereich durch vermehrten Einsatz zu bewältigen, wurden andere, angenehme und verstärkende Aktivitäten in der Freizeit sowie in der Familie geopfert. Die meiste Zeit in der Familie verschlang außerdem das Bemühen um die schulischen Leistungen der Tochter. Andere soziale Kontakte waren verkümmert oder wurden durch Fehlattritionen (z. B. zu den jahrelangen Nachbarn, die sich wohl etwas zurückgezogen hatten, was nun als „die wollen nichts mehr mit uns zu tun haben“ interpretiert wurde) gemieden.

Das von uns (Hautzinger, 1991; Hautzinger 1997) vorgeschlagene multifaktorielle Modell paßt zum Verständnis dieses Falles ebenfalls recht überzeugend. Als Erklärungen für die Depressionsentwicklung werden dort folgende Faktoren angenommen:

- Einfluß von Belastungen (Über- und Unterforderung im Beruf), familiäre Konflikte;

- damit einhergehend ein selektiver Zugang zu mit diesen Affekten verbundenen Gedächtnisinhalten (zustandsabhängige Emotionen);
- gesteigerte Selbstaufmerksamkeit (bzw. Lageorientierung) im Sinne vermehrten Grübelns; und letztlich
- eine Reduktion angenehmer, verstärkender Aktivitäten sowie ein Rückzug von früher vorhandenen sozialen Kontakten.

Diese Entwicklung erfolgt ganz besonders rasch, intensiv und dauerhaft bei Personen, die aufgrund ihrer Verarbeitungsmuster, Handlungsstile, ihrer Persönlichkeit und ihren Sozialisationsbedingungen für eine solche anfällig sind.

4 Interventionsprinzip

Da der Patient nach dem Erstkontakt bereits selbständig verschiedene Texte und Bücher zu Depression und den Themen Kognitive Therapie gelesen hatte (z. B. Burns, 1991), kam er mit dem Wunsch nach einer daran orientierten Behandlung. Da sich aus der Anamnese und der Verhaltensanalyse entsprechende Hinweise auf die Entwicklung und Aufrechterhaltung der Depression aufgrund von Belastungen, ungünstigen Werthaltungen, Prinzipien und Überzeugungen, einer Neigung zur Lageorientierung und gesteigerten Selbstaufmerksamkeit ergaben, außerdem eine recht einseitig auf den belastenden Arbeitsbereich und auf die Erledigung von Verpflichtungen ausgerichtete Tagesstruktur auffiel, hielten wir eine Kognitive Verhaltenstherapie (Hautzinger, 1997) für angezeigt. Diese Behandlung umfaßt neben den auf Beck et al. (1992) zurückgehenden kognitiven Interventionsprinzipien auch stärker klassisch verhaltenstherapeutische Methoden, insbesondere eine Steigerung angenehmer, verstärkender Erfahrungen, den Aufbau positiver Aktivitäten und einen Abbau von Pflichten und aversiven Bedingungen (diese Methoden finden sich alle beschrieben in Linden und Hautzinger, 1993). Da der Bereich der sozialen Fertigkeiten und der partnerschaftlichen Interaktion unauffällig und angemessen war, konnte dieser Interventionsbereich ausgeklammert werden.

Zum Einsatz kamen zunächst Selbstbeobachtungsmethoden (Wochenplan) und die Liste angenehmer Aktivitäten, um den Bereich der Freizeit unabhängig vom Thema Arbeit und Pflichten zu gestalten. Dinge wie Basteln, handwerkliche Fertigkeiten, Sauna, Sport, Urlaubsreise, mit den Kindern spielen, Kontakte pflegen, zu Veranstaltungen gehen usw. wurden zunehmend in die Woche und den Tagesablauf eingebaut. Dazu führte der Patient ein Protokoll, das in die Therapiesitzungen mitgebracht und dort besprochen wurde.

Elemente der Kognitiven Therapie bildeten das Beobachten und Herausfinden automatisch ablaufender negativer Gedanken, das Erkennen des Zusammenhangs dieser dysfunktionalen Verarbeitungsmuster mit den verschiedensten körperlichen und psychischen Symptomen, sowie das Bearbeiten der auftretenden negativen Kognitionen durch sokratische Gesprächsführung, so daß alternative Möglichkeiten und Sichtweisen erarbeitet und den automatischen Gedanken gegenübergestellt werden konnten. Der Patient führte über mehrere Wochen das Tagesprotokoll negativer Gedanken. Hier wurden, ausgehend von den aktuellen Erfahrungen (z. B. im Betrieb, in der Familie, im Kontakt mit der Mutter, mit dem eigenen Körper) und damit verbundenen Verarbeitungsmustern, die vor vielen Jahren erworbenen Einstellungen und Grundhaltungen deutlich. Der Verlust des Vaters, die Pflichten und Verantwortungen als Jugendlicher, Schuldempfindungen wegen aggressiver und ärgerlicher Impulse, Befürchtungen zu verarmen, die Überzeugung, im gleichen Alter wie der Vater erkranken und sterben zu müssen, wurden thematisiert und einer korrigierenden Bearbeitung zugänglich. Ein anderes zentrales Thema war immer wieder die Arbeit und die damit verbundene drohende Entwicklung. Hierbei konnte mit der Methode des Entkatastrophisierens und der Sichselbst-erfüllenden Prophezeiung aufgezeigt werden, wie der Patient mit der Bedrohung umgeht, wie er sich durch seine Gedanken Handlungsräume verwehrt, und daß die befürchtete Katastrophe nicht die erwarteten Ausmaße annimmt, zumal noch gar nicht erwiesen ist, ob er zu den später abzubauenen Arbeitskräften gehören wird. Diese Abläufe mußten mehrfach durchbesprochen, überlegt und Alternativen erarbeitet werden. Für die konkrete Konfrontation im Arbeitsalltag waren Elemente der Selbstinstruktionsmethode von Bedeutung (der Patient schrieb sich bestimmte, vorher erarbeitete Sätze auf, die er dadurch besser im Alltag verfügbar hatte und rascher einsetzen konnte).

5 Resümee

Nach insgesamt 30 Sitzungen, verteilt über knapp 10 Monate hatte der Patient gelernt, anders mit Ärger, Konflikten und Belastungen umzugehen. Er konnte zwischen objektiven Schwierigkeiten, nicht von ihm zu verantwortenden Einflüssen und seinen eigenen Anteilen differenzieren. Seine Tages- und Wochenstruktur sah völlig anders aus: er plante viel mehr Zeit für die Familie und sich selbst und verstärkende Aktivitäten ein. Beruflich konnte er sich mit der objektiv schwierigen Situation insofern arrangieren, als er seine Stärken und Möglichkeiten deutlicher zu erkennen lernte, indem er versuchte, das Beste aus der Lage herauszuholen (Weiterbildung,

Aufgaben selbst entwickeln und bearbeiten). Er war ferner dabei, sich auf neue Positionen zu bewerben (es waren bereits Vorstellungstermine vereinbart) und hatte sich mit verschiedensten Alternativen bereits detailliert befaßt. Der Therapieerfolg zeigte sich neben den geänderten Verhaltens- und Denkweisen im Arbeits- und Privatbereich auch auf den verschiedenen Depressionsskalen (HAMD 4, BDI 7 Punkte).

Dieser Fall stellte eine aus Lebensgeschichte und aktueller Belastung heraus verstehbare Depression dar – eine typische und erfolgversprechende Indikation für die psychologische Intervention, zumal der Patient sehr kooperativ und motiviert war.

Literatur

- American Psychiatric Association (APA). (Ed.). (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychiatrischer Störungen. DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1992). *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Burns, D. (1991). *Fühl dich gut. Angstfrei mit Depression umgehen*. Trier: Edition Tréves.
- Hamilton, M. (1986). Hamilton Depressionsskala (HAMD). In CIPS (Hrsg.), *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Weinheim: Beltz Test.
- Hautzinger, M. (1991). Perspektiven für ein psychologisches Konzept der Depression. In C. Mundt, R. Fiedler, H. Lang & A. Kraus (Hrsg.), *Depressionskonzepte heute*. Berlin-Heidelberg: Springer.
- Hautzinger, M. (1993). Kognitive Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie im Vergleich. *Verhaltenstherapie*, 3, 26–34.
- Hautzinger, M., Luka-Krausgrill, U. & Trautmann, R.D. (1985). Skala dysfunktionaler Einstellung (DAS). *Diagnostica*, 31, 312–331.
- Hautzinger, M. (1997). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen* (4. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Keller, F. & Worall, H. (1993). *Das Beck Depressionsinventar (BDI)*. Bern: Huber.
- Hautzinger, M. & deJong-Meyer, R. (1998). Depressionen. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. & Bailer, M. (1994). *Das Inventar Depressiver Symptome (IDS)*. Weinheim: Beltz Test.
- Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10)* (1991). Bern: Huber.
- Linden, M. & Hautzinger, M. (1993). *Verhaltenstherapie. Techniken und Einzelverfahren*. Berlin-Heidelberg: Springer.
- Ullrich, R. & Ullrich, R. (1977). *Der Unsicherheitsfragebogen (U-Bogen)*. München: Pfeiffer.

- Wittchen, H.U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M.. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse-I (SKID-I)*. Göttingen: Hogrefe.
- Zerssen, D. von, Pfister, H. & Koeller, D.M. (1988). The Munich Personality Test (MPT). A short questionnaire for self-rating and relatives' rating of personality traits. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 238, 73–93.