

Psychotherapie chronischer Depressionen – eine Einzelfallstudie unter Berücksichtigung des Forschungsstands

■ G. Amann

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie mit Poliklinik, Tübingen, Deutschland

Summary

Amann G. [Psychotherapy of chronic depression – a single-case study taking account the results of research.] Schweiz Arch Neurol Psychiatr 1998;149:100–9.

Based on theory and empirical findings concerning the epidemiology, course, aetiology and therapy of depression, a single-case study of a chronically depressed patient is presented. Earlier the patient had been treated in a medical-psychiatric setting for 3 years without any effect. The plan for treatment was derived from a complex model of the hypothesized conditions, theoretical models, and empirical findings of psychotherapy-research. For the treatment diverse cognitive and behavioral strategies were integrated. The course of a 7½-month-lasting therapy is presented according to the different aspects of the disorder. The results of the treatment and a 1-year follow-up are described and the opportunities and chances in the treatment of chronic depression are critically discussed in the conclusion.

Keywords: single-case study, chronic depression, cognitive-behavioral treatment

Zusammenfassung

Aufbauend auf theoretische Modelle und empirische Ergebnisse zur Epidemiologie, zum Verlauf, zur Ätiologie und Therapie depressiver Störungen wird eine psychotherapeutische Behandlung eines Klienten mit einer chronischen Depression dargestellt, bei welchem medizinisch-psychiatrische

Behandlungsversuche über den Verlauf von 3 Jahren erfolglos geblieben waren. Die Therapieplanung erfolgt auf der Grundlage eines komplexen hypothetischen Bedingungsmodells sowie theoretischer Überlegungen und Ergebnissen der Psychotherapieforschung. In die Behandlung werden unterschiedliche kognitiv-behaviorale Therapiebausteine integriert. Der Verlauf der 7½ monatigen Therapie wird in die verschiedenen Problembereiche gegliedert beschrieben. Die Ergebnisse der Messungen des Therapieverlaufs und der 1-Jahres-Katamnese werden dargestellt und die Möglichkeiten und Chancen der Behandlung von chronischen Depressionen kritisch diskutiert.

Schlüsselwörter: Einzelfallstudie, chronische Depression, kognitiv-behaviorale Therapie

Einleitung

Bei chronischen Verläufen psychischer Erkrankungen sind Forscher und Therapeuten in besonderem Masse gefordert. Chronische Krankheitsverläufe – auch jene der Depression – erweisen sich als äusserst schwer therapeutisch zu beeinflussen. Sie sind zumeist dadurch gekennzeichnet, dass sie mit erheblichen Beeinträchtigungen und Belastungen des Betroffenen und seiner sozialen Umwelt verbunden sind und auch häufig zu einschneidenden Veränderungen der Lebensmöglichkeiten führen [1, 2]. Daraus entwickelt sich in der Folge ein Teufelskreis der gegenseitigen Aufrechterhaltung, der wesentlich zur Fortdauer sowie der sehr schwierigen Behandelbarkeit der chronisch depressiven Erkrankung beiträgt.

Stand der Forschung

In der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung wird man sehr häufig mit depressiven Syndromen konfrontiert. Aufgrund ihrer hohen Prävalenz- und Rückfallraten bindet diese Störung relativ viel Kapazität in der Versorgung (z.B. [3, 4]).

Korrespondenz:
Dr. Gabriele Amann,
Institut für Psychologie der Universität Salzburg,
Hellbrunnerstrasse 34,
A-5020 Salzburg
e-mail: gabriele.amann@sbg.ac.at

Psychiatrische *Verlaufsstudien* zeigen eine grosse interindividuelle Variabilität im Verlauf depressiver Erkrankungen [5]. Die Phasendauer bei medikamentös behandelten Patienten beträgt im Median 5 Monate. Das Intervall liegt im Median bei 4,5 bis 5 Jahren [5]. Einphasige depressive Erkrankungen unterscheiden sich von mehrphasigen in der Schwere der Symptomatik, zeigen jedoch keine andere Symptomstruktur [4].

Eine Metaanalyse über den Verlauf von depressiven Erkrankungen von Piccinelli und Wilkinson [6] hat gezeigt, dass bei 50% der Patienten innerhalb eines Jahres die depressive Episode beendet war. In der Folge blieben 43% der Patienten für ein Jahr, 46% für 5 Jahre und 24% der Patienten für 10 und mehr Jahre symptomfrei. Die Raten der chronisch verlaufenden Depressionen lagen zwischen 15% (1 Jahr) und 12% (mind. 10 Jahre). Die Forschergruppe um Brown [7, 8] konnte schlechte Lebensbedingungen in der Kindheit (elterliche Indifferenz, Gewalt, sexueller Missbrauch) und aktuelle interpersonelle Probleme als Risikofaktoren für chronisch verlaufende Depressionen isolieren. Die Ergebnisse dieser Metaanalyse zeigen, dass unter den üblichen psychiatrischen Behandlungsbedingungen die Rückfallgefahr bei Depressiven sehr hoch ist und die Chancen auf Symptomfreiheit immer geringer werden, wenn die depressive Phase nicht innerhalb eines Jahres beendet werden kann.

Für depressive Störungen wurden biologische und psychologische *Ätiologiemodelle* entwickelt (siehe [9–11]). Als relevante und überprüfte Ätiologietheorien sind die Verstärker-Verlust-Theorie von Lewinsohn [12], die Theorie der erlernten Hilflosigkeit von Seligman [13, 14], das Beck'sche Depressionsmodell [15–17] und das soziologische Depressionsmodell von Brown [18] zu nennen. In der biologischen Forschung wurden neben genetischen Erklärungsmodellen zahlreiche biochemische Ätiologiemodelle entwickelt [19, 20]. Keines der Ätiologiemodelle – weder die biologischen noch die psychologischen – erwiesen sich in der Forschung als geeignet, vollständig die Entstehung depressiver Syndrome zu erklären. Diese unbefriedigende Situation führte zur Entwicklung unterschiedlicher multifaktorieller Erklärungsmodelle, die bewährte Konzepte zu integrieren versuchen (z.B. [21]).

Entsprechend den unterschiedlichen Ätiologietheorien der Depression setzen auch die aus ihnen entwickelten *Psychotherapiemodelle* bei unterschiedlichen Variablenbereichen an. In den letzten Jahren kam es zu einer Annäherung der unterschiedlichen Therapieansätze, wobei die ursprüngliche Schwerpunktsetzung erhalten blieb,

jedoch Bestandteile von anderen Modellen integriert wurden. Die aufgrund der Psychotherapieforschung relevantesten psychotherapeutischen Ansätze in der Behandlung depressiver Erkrankungen findet man im verhaltensorientierten Ansatz von Lewinsohn [22, 23], im kognitiv orientierten Ansatz von Beck [15–17], im Selbstkontrollansatz von Rehm [24, 25] und im interpersonellen Ansatz von Klerman et al. [26].

In *empirischen Therapiestudien* wurden kognitiv-behaviorale Therapien sowohl untereinander als auch mit unbehandelten Kontrollgruppen, Pharmakotherapie, unspezifischen Therapien, psychoanalytischen Therapien und humanistischen Therapien verglichen. Aufgrund der Ergebnisse ihrer Metaanalyse bezeichnen Grawe und Mitarbeiter [27] die *kognitive Therapie nach Beck* als eine sehr potente Therapieform, deren Wirksamkeit von keiner anderen Therapieform übertroffen wird. Ähnliche Ergebnisse erbrachten die Metaanalysen von Hollon et al. [28] sowie Dobson [29]. Auch sie konnten feststellen, dass diese Therapieform als einzige Methode ihre Effektivität über die Beendigung der Therapie hinaus bewiesen hat. Die aufwendige und umfangreiche NIMH-Studie zur Behandlung von Depressionen [30], in welcher die kognitiv-behaviorale, die interpersonale sowie die medikamentöse Therapie verglichen wurden, zeigte, dass eine medikamentöse Therapie die Symptomatik am schnellsten reduzierte, nach 12 Wochen hatten sich die Effekte der unterschiedlichen Therapieformen jedoch ausgeglichen [31, 32]. Hingegen scheinen bei der 2-Jahres-Katamnese beide psychotherapeutischen Richtungen der medikamentösen Therapie deutlich überlegen zu sein. Ähnliche Ergebnisse erbrachte auch die Studie von Shapiro et al. [33].

Fallstudie

Die Fallstudie bezieht sich auf einen 29jährigen Mann, der vom Hausarzt zur ambulanten Psychotherapie überwiesen wurde. Die Therapie dauerte 7½ Monate. Es fanden insgesamt 38 Therapiesitzungen statt, mit anfänglich zwei und später einem Termin pro Woche. Ein Jahr nach Beendigung der Therapie wurde eine persönliche Katamneseerhebung durchgeführt.

Diagnostik

Zur Eingangs- und Verlaufsmessung wurden folgende Instrumente und Methoden herangezogen: *Diagnose*: SKID [34]; *Prä-, Post-, Katamnese-*

erhebung: BDI [17], Liste angenehmer Ereignisse [35]; *Therapieverlauf:* Aktivitätentagebuch, Wochenplan, Protokoll dysfunktionaler Gedanken [17], Protokoll des Alkoholkonsums.

Anamnese und Krankheitsanamnese

Der Klient wuchs als Ältester von 7 Geschwistern am elterlichen Bauernhof auf. Nach dem Abschluss einer Lehre war er im Aussendienst beschäftigt. Im Rahmen dieser Tätigkeit war er ständig auf Reisen (teilweise in Übersee). Es war häufig der Fall, dass er bis zu 48 Stunden keinen Schlaf bekam. Urlaub nahm er kaum. Er war beruflich sehr engagiert und mit viel Freude dabei. Er habe schon immer etwas Besonderes tun wollen. Der Klient war ledig, ohne Beziehung zu einer Frau. Er lebte am elterlichen Hof. Neben seiner kraftraubenden beruflichen Tätigkeit war der Klient auch in seiner knapp bemessenen Freizeit sehr aktiv. Er verbrachte diese oft bis in die frühen Morgenstunden mit Freunden in Gastwirtschaften, dabei kam es fast immer zu Alkoholexzessen (teilweise bis zu 2½ Liter Wein pro Abend).

Krankheitsanamnese

3½ Jahre vor Beginn der Psychotherapie fühlte sich der Klient seiner anstrengenden Arbeit nicht mehr gewachsen. In dieser Zeit traten während der Arbeit oder den Reisen häufig vegetative Symptome, wie starkes Schwitzen, Herzklopfen und Zittern auf. Ob es sich bei dieser Symptomatik um ein Alkoholentzugssyndrom gehandelt hat, war zu Therapiebeginn nicht mehr mit Sicherheit zu klären. Der Klient selbst brachte diese Symptomatik nicht mit seinem Alkoholkonsum in Zusammenhang. Er litt damals unter einem starken Morgentief und teilweise extremer Erschöpfung. Im Lauf der Zeit kamen noch Schlafstörungen hinzu. Der Klient konsultierte den Hausarzt, der ihn mit Antidepressiva behandelte. In dieser Zeit reduzierte der Klient seinen Alkoholkonsum weitgehend. Obwohl es zu einer zunehmenden Verschlechterung seines psychischen und körperlichen Befindens kam, versuchte der Klient noch weitgehend seinen beruflichen Anforderungen gerecht zu werden. Nach eineinhalb Jahren erfolgloser Behandlung durch den Hausarzt begab sich der Klient in eine stationäre Untersuchung in ein allgemeines Krankenhaus, da er wegen seiner massiven Erschöpfung ein organisches Leiden vermutete. Die Untersuchungen blieben jedoch ohne Befund. Man überwies ihn zur stationären

Behandlung in eine psychiatrische Klinik. Der 7wöchige Aufenthalt brachte kaum Erfolg.

Während dieser Zeit verlor Herr W. seine Arbeitsstelle und wurde in der Folge von seiner Familie massiv unter Druck gesetzt. In der Familie herrschte eine ausgeprägte Leistungsorientierung, zudem war keinerlei Einsicht und Verständnis hinsichtlich seiner psychischen Erkrankung gegeben.

Ein 4wöchiger Kuraufenthalt nach dem Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik bewirkte eine geringfügige Verbesserung des psychischen und körperlichen Befindens des Klienten. Nach dem Kuraufenthalt verschlechterte sich der Zustand des Klienten wieder zunehmend. Ein Jahr vor Beginn der Psychotherapie begab sich der Klient auf Anraten des Hausarztes in nervenärztliche Behandlung, in welcher weitere Antidepressiva in ausreichender Dosierung und Dauer versucht wurden, die jedoch ebenfalls keinen Erfolg brachten. Diese Therapie wurde vom Klienten nach einem Jahr abgebrochen. Er wurde daraufhin vom Hausarzt zur Psychotherapie überwiesen.

Diagnose – Beschreibung der Symptomatik

Beim Klienten konnte aktuell eine schwere *Major Depression* (DSM-III-R [36]: 296.23) mit einem chronischen Verlauf von etwa 2 Jahren festgestellt werden. Life-time ergab sich ein *Alkoholmissbrauch* (DSM-III-R [36]: 305.03) von mittlerer Schwere, der seit etwa 1½ Jahren remittiert war. Der Alkoholmissbrauch kommt als mögliche organische Ätiologiekomponente für die Depression in Frage. Die Symptomatik stellte sich folgendermassen dar:

Verhalten, Motorik: Der Patient lag praktisch den ganzen Tag im Bett, sperrte sich in sein Zimmer ein, vermied fast jeden Kontakt zur Familie, zu Freunden und Bekannten. Besuche bei Behörden oder Institutionen schob er, solange es möglich war, auf. Im Therapiekontakt wirkte er sehr angespannt, unruhig, nervös und zappelig, manchmal jedoch auch starr.

Emotional: Gefühle von Niedergeschlagenheit, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Einsamkeit, Schuld, Ärger, Distanz zur Umwelt.

Psychologisch-vegetativ: innere Unruhe, Erregung, Spannung, Reizbarkeit, Ermüdung, Schwäche, bleierne Glieder, Schlafstörungen (durch Einnahme von Tranxilium 20 [Dikaliumclorazepat, 20 mg] gebessert), tageszeitliche Schwankungen, Wetterfühligkeit.

Imaginativ, kognitiv: negative Einstellung gegenüber sich selbst (Person, Fähigkeiten) und der

Zukunft, Pessimismus, Selbstunsicherheit, Insuffizienzgefühle, hypochondrische Ideen, Konzentrations- und Merkfähigkeitsprobleme, zirkuläres Grübeln, Erleben von Wertlosigkeit, nihilistische Ideen der Ausweglosigkeit und Zwecklosigkeit des eigenen Lebens, Suizidgedanken.

Motivational: Misserfolgsorientierung, Rückzugs- und Vermeidungshaltung, Flucht vor und Vermeidung von Verantwortung, Anhedonie, Adynamie, Gefühl des Überfordertseins.

Hypothetisches Bedingungsmodell der Entstehungs- und aufrechterhaltenden Bedingungen

Das Bedingungsmodell der Entstehungs- und aufrechterhaltenden Bedingungen (Abb. 1) enthält Variablen von unterschiedlichem Differenzierungsgrad, die in der Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik eine wesentliche Rolle spielen bzw. spielten. Das Modell hilft dem Therapeuten, den Entstehungszusammenhang der Problematik zu rekonstruieren, die aufrechterhaltenden Bedingungen zu erkennen und die Therapie einschliesslich der zeitlichen Abfolge der therapeutischen Interventionen zu planen. Die Konstruktion dieses Modells erfolgt theoriegeleitet auf Grundlage der Daten aus Anamnese und Bedingungsanalyse.

Hoher Leistungsanspruch. – Die hohen Leistungsansprüche des Klienten, immer alles 150prozentig erfüllen zu müssen, waren in Zusammenhang mit der ausgeprägten Leistungsnorm in der Familie des Klienten zu sehen («nur wer viel und gut arbeitet, ist etwas wert»). Diese Leistungsansprüche (depressogene Grundannahme [17]) leiteten den Klienten in seinem extremen Arbeitsverhalten (Strain [18]) an, das in der Folge zum physischen und psychischen Zusammenbruch und zur Einschränkung der Leistungsfähigkeit führte. Die überzogenen Leistungsansprüche bedingten jedoch auch die dauernde negative Bewertung seiner tatsächlich erbrachten Leistungen und verstärkten somit die Versagens- und Insuffizienzgefühle.

Versagens- und Insuffizienzgefühle. – Die Versagens- und Insuffizienzgefühle stellten den zentralen Variablenbereich des Bedingungsmodells dar. Gefühle und Gedanken der Wertlosigkeit und der Sinnlosigkeit des eigenen Lebens standen im Vordergrund (dysfunktionale Gedanken [17]). Sie begleiteten den Klienten ständig, bezogen sich auf die unterschiedlichsten Lebensbereiche und fanden vielfältige Verstärkung (Selbstaufmerksamkeit [21]). Die negative Bewertung seiner eigenen Person infolge der eingeschränkten Leistungsfähig-

keit wurde wesentlich durch die Kündigung und Arbeitslosigkeit verstärkt (Life-Event [18]). Von seiner Familie erfuhr der Klient keinerlei Verständnis und Unterstützung, sie setzte ihn vielmehr im Gegenteil massiv unter Druck (soziale Unterstützung [18]). Diese Abwertung und die Inakzeptanz seiner Situation forcierten die Gedanken und Gefühle des Versagens und der Wertlosigkeit deutlich. Versagens- und Insuffizienzgefühle traten neben dem Arbeitsbereich auch in sozialen Situationen auf.

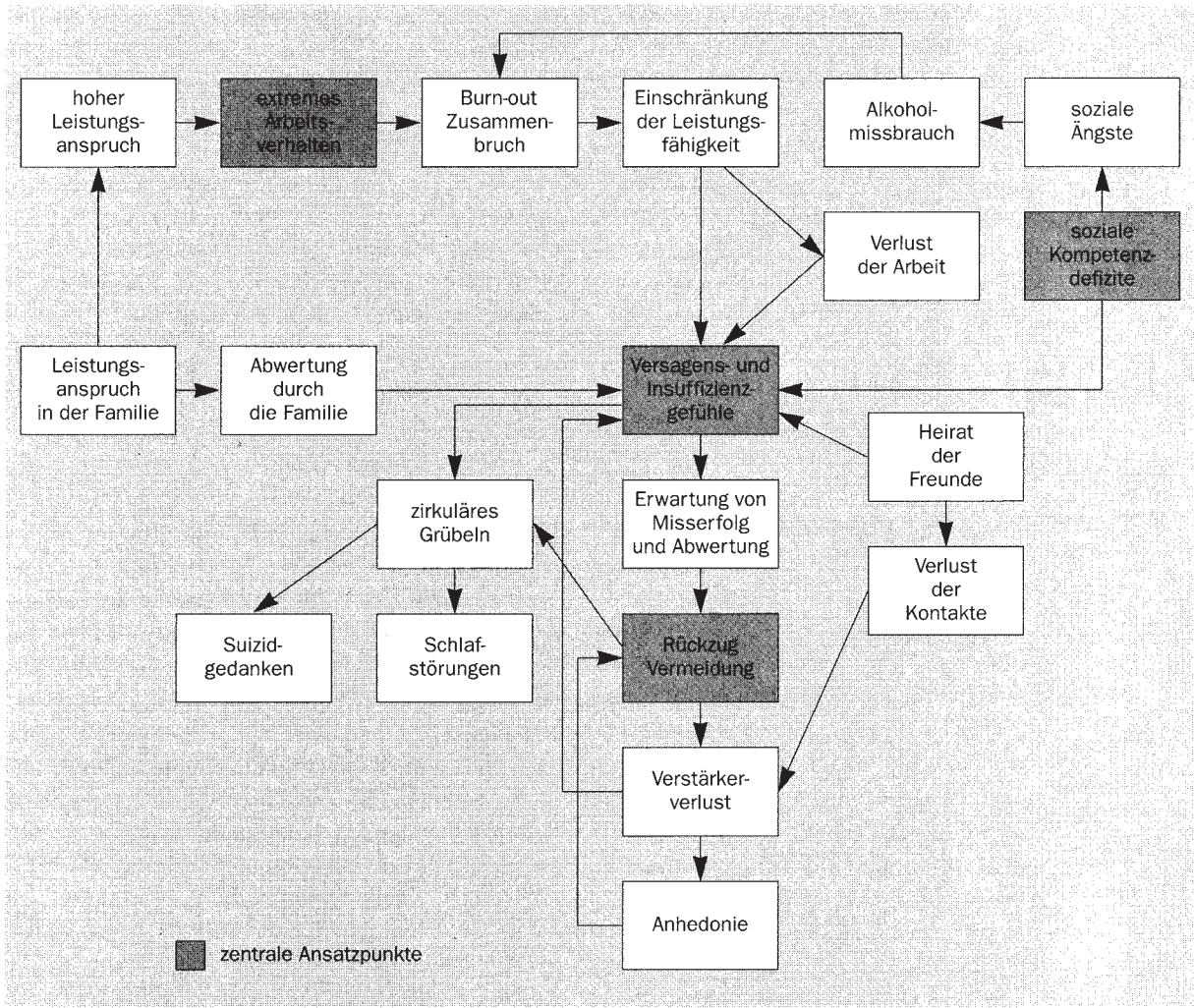
Diese Gefühle und die damit verbundenen dysfunktionalen Gedanken waren die wesentlichen Inhalte des zirkulären Grübelns, in dem des öfteren auch Suizidgedanken aufkamen. Beinahe den ganzen Tag verbrachte der Klient eingeschlossen in seinem Zimmer, grübelnd mit Selbstzweifeln und Selbstvorwürfen beschäftigt. Dies führte häufig zu einer massiven Anspannung und Unruhe, die der Klient nur mehr mit der Einnahme von Tranxilium® zu lindern wusste.

Rückzug und Vermeidung. – Die sehr ausgeprägten Versagens- und Insuffizienzgefühle führten über die Erwartung von Misserfolg und Abwertung zu einem umfassenden sozialen Rückzug und zu einer weitgehenden Vermeidung von sozialen Situationen und Anforderungssituationen. Dieser soziale Rückzug stellt den Anfangspunkt des Teufelskreises von Verstärkerverlust, Anhedonie und fortschreitendem sozialen Rückzug dar (Verstärkerverlust [12]). Der Verstärkerverlust wirkte seinerseits wieder zurück auf die Selbstbewertung sowie die Insuffizienzgefühle und verstärkte diese.

Vor Beginn seiner Erkrankung hatte der Klient gute Kontakte zu den jungen Männern seines Heimatortes. Dieses soziale Netzwerk von Gleichaltrigen fiel jedoch im Lauf der Zeit zunehmend auseinander, da nach und nach alle Freunde in festen Beziehungen lebten, verheiratet sowie mit Hausbau und Familie beschäftigt waren (soziales Netzwerk [18]). Bei den nachrückenden jüngeren Männern fühlte sich Herr W. zunehmend als Ausenseiter. Er fühlte sich von seiner Umwelt stark abgewertet, da er im Gegensatz zu seinen gleichaltrigen Freunden in keiner fixen Beziehung mit einer Frau lebte (depressogene Grundannahme [17]) was wiederum einen sehr negativen Einfluss auf seine Versagens- und Insuffizienzgefühle hatte.

Mangelnde soziale Kompetenz. – Der Klient verfügte über deutliche Defizite in seiner sozialen Kompetenz (soziale Defizite [12]). Diese Defizite zeigten sich generell im Umgang mit Menschen, kamen jedoch speziell in sozialen, öffentlichen Situationen zum Tragen, welche z. T. deutliche soziale Ängste auslösten. Diese Ängste und die

Modell der Entstehungs- und aufrechterhaltenden Bedingungen.



Kompetenzdefizite versuchte der Klient durch Alkoholkonsum zu kompensieren. Infolge des Alkoholgenusses verschwanden die Ängste, und der Klient konnte sich verstärkt an Unterhaltungen beteiligen und sich auch besser durchsetzen. Der Klient war unfähig, adäquat eigene Bedürfnisse und Meinungen zu äussern und Konflikte auszutragen. Dies zeigte sich besonders in der Familie und am Arbeitsplatz.

Schlafstörung. – Der Klient litt unter massiven Schlafstörungen. Um zumindest ein wenig schlafen zu können, nahm der Klient regelmässig abends 20 mg Tranxilium® ein. Lag der Klient wach, so setzte das zirkuläre Grübeln ein, das zu einer inneren Unruhe und Anspannung führte und den Schlaf verhinderte. Eine wesentliche Bedingung für die Schlafstörung war auch darin zu sehen, dass der Klient untertags sehr viel Zeit untätig und grübelnd im Bett verbrachte und es des öfteren zu kurzen Schlafphasen kam.

Therapieverlauf

Therapieplanung

Für den Klienten bestanden die dringendsten und ihn am meisten belastenden Problembereiche in seiner Arbeits- und Leistungsunfähigkeit und seinen Schlafstörungen. Entsprechend wurden als vorläufige Ziele für die Therapie die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit und ein regelmässiger und ausreichender Schlaf ohne die Einnahme von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln festgelegt. Ein generelles und übergeordnetes Ziel bestand in der Verbesserung der Fähigkeiten des Klienten zum Selbstmanagement [37], denn gerade depressive Klienten sind in besonders hohem Masse einer externen Verhaltenskontrolle unterworfen [24, 25]. Die Therapieplanung erfolgte auf der Grundlage des Modells der Entstehungs- und aufrechterhaltenden Bedingungen (Abb. 1). Dieses Modell liefert die «idealen» Ansatzpunkte für die Therapie

in Variablenbereichen, die ihrerseits mehrere andere Variablenbereiche beeinflussen. Für die Wahl eines Ansatzpunktes auf einer höheren Ebene spricht, dass dadurch gleichzeitig mehrere untere Variablen verändert werden können und somit Synergie-Effekte zum Tragen kommen. Für die Therapieplanung ist neben dem Kriterium des «idealen» Ansatzpunktes jedoch auch die Kosten-Nutzen-Relation von Interventionen sowie die Motivationslage des Klienten zu berücksichtigen.

Die vorliegende Variablenkonstellation, die Ergebnisse der Therapieforschung und die Motivationslage des Klienten sprachen dafür, in einem ersten therapeutischen Schritt mit dem *Aufbau positiver Aktivitäten* zu beginnen, um dadurch den Teufelskreis von Insuffizienzgefühlen, Rückzug, Vermeidung und Verstärkerverlust fürs erste an diesem Punkt zu unterbrechen. Dies würde den Klienten erste kleine Erfolge erleben lassen und sich positiv auf seinen Selbstwert auswirken. Eine Aktivierung des Klienten würde gleichzeitig zu einer verstärkten Konfrontation mit Situationen führen, die negative und dysfunktionale Gedanken auslösen und somit die *Bearbeitung und Modifikation dysfunktionaler Gedanken und depressogener Grundannahmen* ermöglichen. Von einer zunehmenden Aktivierung wären auch positive Effekte auf die Schlafstörungen zu erwarten. Um eine rasche Entlastung in diesem sehr negativ erlebten Problembereich zu bewirken, erschien jedoch eine zusätzliche, sich schneller auswirkende Intervention in Form eines *Entspannungstrainings* indiziert.

Die schrittweise Aktivierung und die zunehmende Konfrontation mit sozialen Situationen würde in der Folge Interventionen zum *Aufbau sozialer Kompetenz* ermöglichen. Der Abbau der sozialen Defizite würde sich wiederum positiv auf die Insuffizienzgefühle auswirken und zur Stärkung des Selbstwertes beitragen. Darüber hinaus war der Aufbau sozial kompetenten Verhaltens eine wichtige Voraussetzung für die *Beseitigung des Alkoholproblems*. Eine verbesserte soziale Kompetenz würde der Klient auch benötigen, um sich gegenüber Abwertungen und zu hohen Ansprüchen seiner Umwelt, besonders von seiten seiner Familie und seines zukünftigen Arbeitgebers, abgrenzen zu können. Zugleich würde sie den Klienten unterstützen, seine bestehende Isolation zu vermindern und sich ein neues, für ihn befriedigenderes soziales Netzwerk aufzubauen. Für eine stabile Reduktion der zu hohen Leistungsansprüche war es notwendig, dass sich der Klient neben der Arbeit alternative Bereiche schaffte. Gelänge es dem Klienten, positive Selbstbewertung und Anerkennung nicht nur aus dem Arbeits-

und Leistungsbereich zu beziehen, würde die Gefahr vermindert, wieder in den Teufelskreis «hohe Leistungsansprüche – extremes Arbeitsverhalten – Burn-out» zu geraten, und somit die Chance auf einen stabilen Therapieerfolg deutlich erhöht.

Da der Klient bereits zahlreiche Antidepressiva in hinreichender Dosierung und ausreichender Dauer ohne therapeutischen Effekt eingenommen hatte, musste von einer gegenüber Thymoleptika therapieresistenten Depression [38] ausgegangen werden. Zudem war die Einstellung des Klienten aufgrund der jahrelangen erfolglosen Behandlung diesen Medikamenten gegenüber sehr kritisch. Diese Problematik wurde mit dem zuständigen Psychiater besprochen. Eine erneute Einnahme von Antidepressiva erschien aus diesen Gründen nicht sinnvoll.

Beschreibung des Therapieverlaufs

Vermittlung eines plausiblen Ätiologiemodells. – In einem ersten Schritt wurde mit dem Klienten ein plausibles Ätiologiemodell seiner Erkrankung erarbeitet. Ziel war, ihm die Einsicht zu vermitteln, dass eine wesentliche Bedingung seines physischen und psychischen Zusammenbruches in seinem extremen Arbeitsverhalten zu suchen war. Zudem wurde versucht, dem Klienten die Einsicht zu vermitteln, dass er neben den Arbeitsphasen auch regelmässige Erholungsphasen benötigte. Das Ätiologiemodell sollte die Annahme des Klienten, dass seine Störung organisch bedingt sei, verändern, hin zu einem Erklärungsmodell, das Möglichkeiten erkennen lässt, selbst an seiner Situation und seinem Befinden etwas verändern zu können.

Aufbau positiver Aktivitäten. – Zur sukzessiven Reduktion der Tranquilizereinnahme wurde mit dem Klienten als Alternative das *Entspannungstraining* nach Jacobson [39] durchgeführt. Mit der Zeit gelang eine Reduktion auf eine Bedarfsmedikation für Ausnahmesituationen. Gleichzeitig dazu begann die Arbeit an der Umstrukturierung des Tagesablaufes. Um dem Klienten ein plausibles Therapiemodell für diesen Interventionsschritt zu vermitteln, wurde anhand seines Aktivitätentagebuches der Zusammenhang zwischen Tätigkeit und Stimmung aufgezeigt. Zudem wurde dem Klienten das Buch von Lewinsohn et al. [23] zur Lektüre nach Hause mitgegeben. Mit Hilfe des Tages- bzw. des Wochenplanes wurden in der Folge schrittweise positive Aktivitäten aufgebaut und parallel dazu depressionsfördernde Aktivitäten (Rückzug, Grübeln) reduziert. Zum Abbau von Misserfolgserwartungen waren häufig Massnahmen der kognitiven Umstrukturierung notwendig. Da der

Arbeitsbereich für den Klienten grosse Relevanz besass, wurden in kleinen Schritten erste Arbeitsbereiche in den Tagesplan integriert. Bei der Tagesstrukturierung wurde jedoch besonderer Wert darauf gelegt, dass sich Leistungs- und Erholungsphasen die Waage hielten.

Der Aufbau positiver Aktivitäten hatte einen deutlichen Einfluss auf die Stimmung des Klienten und führte auch zu einer Verbesserung der Schlafstörung. Im Verlauf der Therapie wurde deutlich, dass die Einhaltung eines regelmässigen Tagesablaufes von besonderer Bedeutung war. Als äusserst schwierig gestaltete sich, dass abendliches Ausgehen für den Klienten zwar einen hohen Verstärkerwert hatte, jedoch immer seinen Schlafrhythmus störte und damit das Befinden am nächsten Tag wesentlich verschlechterte. Zudem war Ausgehen immer mit dem Konsum von Alkohol verbunden. Es zeigte sich, dass beim Klienten die Konfrontation mit bekannten Situationen (Besuch des Gasthauses) wieder alte Verhaltensmuster auslöste (Alkoholkonsum, Kontrollverlust, zu spätes Zubettgehen). Die therapeutischen Interventionen in diesem Bereich zielten darauf ab, die *Selbstkontrolle des Klienten bezüglich seines Alkoholkonsums* und der Dauer des Besuchs im Gasthaus positiv zu beeinflussen. Es wurde die Grundannahme «ein richtiger Mann trinkt abends in der Gastwirtschaft nur Alkohol» isoliert und versucht zu modifizieren. Zusätzlich wurden Strategien entwickelt, sich gegen Aufforderungen seiner Kameraden, Alkohol zu trinken, abzugrenzen. Weiters hatte der Klient auf dem täglichen Aktivitätenprotokoll die Menge des konsumierten Alkohols zu vermerken. Die Konfrontation mit den ersten Selbstbeobachtungsdaten zeigte dem Klienten deutlich den Zusammenhang von Alkoholkonsum und schlechterem Befinden bzw. Alkoholabstinenz, früherem Zubettgehen und besserem Befinden am nächsten Tag. Diese Erkenntnis unterstützte den Transfer des in der Therapie erarbeiteten Verhaltens deutlich. Der Alkoholkonsum des Klienten reduzierte sich deutlich. Am Ende der Therapie lebte der Klient weitgehend abstinent.

Innerhalb von 6 Monaten (rund 30 Therapiestunden) konnte erreicht werden, dass der Klient täglich regelmässige Arbeitsphasen von mindestens 4 Stunden einhalten konnte. Diese Erfahrung gab ihm so viel Sicherheit und Vertrauen, sich nun wieder um eine offizielle Arbeit zu bemühen. Neben den regelmässigen Arbeitsphasen war es dem Klienten auch gelungen, eine befriedigende Freizeitgestaltung aufzubauen.

Veränderung von Kognitionen. – Mit diesem Therapiebaustein konnte begonnen werden, als die

Planung der Umstrukturierung des Tagesablaufes immer mehr in die Eigenverantwortung des Klienten übergehen konnte. In einem ersten Schritt der kognitiven Umstrukturierung wurde versucht, das zirkuläre Grübeln, das sich um Selbstvorwürfe, Schuldgefühle und Ideen der Wertlosigkeit zentrierte, mit Hilfe der Technik des Gedankenstopps zu unterbrechen. Anfangs wurden anstelle des Grübelns alternative, ablenkende Handlungen gesetzt (z.B. Lesen, Kreuzworträtsel lösen, Entspannungstraining). In einem weiteren Schritt wurde versucht, die automatischen Gedanken, die aus dem Tagesprotokoll dysfunktionaler Gedanken ersichtlich wurden, durch alternative Gedanken zu ersetzen.

Weiter wurde versucht, die hinter den automatischen Gedanken stehenden depressogenen Grundannahmen zu isolieren. Dabei wurde deutlich, dass die negativen Gedanken des Klienten in seinen extremen Leistungsansprüchen ihren Ursprung hatten. Sein Leben war bestimmt von der Norm «nur wenn ich Besonderes leiste, bin ich etwas wert». Zum Hinterfragen dieser überzogenen Leistungsansprüche wurde der sokratische Dialog eingesetzt. Dieser Prozess erwies sich jedoch als schwierig. Es gelang, dass der Klient die Notwendigkeit einer Ausgewogenheit zwischen Leistungs- und Erholungsphasen akzeptierte und dass er neben dem Arbeitsbereich auch andere Bereiche anerkannte, über die eine Bestätigung seines Wertes möglich war. Der Leistungs- und Arbeitsbereich blieb jedoch auch weiterhin zentral für seine Beurteilung des eigenen Wertes.

Aufbau von sozialer Kompetenz. – Im Verlauf der Therapie wurden immer wieder Defizite im Bereich der sozialen Kompetenz deutlich. Diese Defizite fanden sich sowohl im Bereich der adäquaten Wahrnehmung sozialer Situationen als auch in expliziten Verhaltensdefiziten. Soziale Situationen, in denen sich Wahrnehmungs- und Kompetenzdefizite zeigten, wurden in einem ersten Schritt durchbesprochen, in Rollenspielen geübt und dadurch adäquateres Verhalten erarbeitet. Weiter wurde besprochen und geplant, wie das gelernte Verhalten in der Lebenssituation des Klienten umgesetzt werden konnte.

In der Therapiesituation gelang es in den meisten Fällen, mit dem Klienten sozial kompetentes Verhalten einzuüben. Der Transfer in die Lebenssituation des Klienten scheiterte jedoch häufig. Statt dessen setzte der Klient oft wieder die «alten» Strategien des Rückzuges und der Vermeidung ein. Deutliche Veränderungen konnten im Bereich der Wahrnehmung von sozialen Situationen erreicht werden. Insbesondere in Konfliktsituationen gelang es dem Klienten, sich von Ansprüchen und

Abwertungen anderer abzugrenzen. Als schwieriger erwies sich, gegenüber anderen eigene Bedürfnisse offen durchzusetzen. Deutlich mehr Erfolge waren in jenen Bereichen zu verzeichnen, in welchen der Klient einen direkten Zusammenhang mit seiner Leistungsfähigkeit sah (z.B. Alkohol in der Gastwirtschaft, Abwertung von seiten seiner Familie). Wenig Veränderung zeigte sich in Bereichen, die darauf abzielten, das soziale Netzwerk zu erweitern und neue Sozialkontakte zu schaffen.

In der Therapie gänzlich unberücksichtigt blieb der sicherlich wichtige Bereich der Beziehung zu Frauen, der im Verlauf der Therapie immer wieder berührt und angesprochen wurde, jedoch aufgrund des Widerstandes des Klienten nicht bearbeitet werden konnte.

Therapieabschluss

Ab der 30. Stunde zeichnete sich beim Klienten ein gewisser Motivationsverlust ab. Zu diesem Zeitpunkt waren bereits stabile Erfolge in den Zielverhaltensweisen erreicht. Der Klient hatte nachts regelmässig ausreichende und erholsame Schlafphasen (7–8 Std.) ohne die Einnahme von Tranxilium. Weiter hatte er seit etwa einem Monat ein stabiles Arbeitsverhalten aufgebaut. Die bevorstehende Aufnahme einer neuen Arbeit musste jedoch als Krisensituation gesehen werden. Es wurde gemeinsam mit dem Klienten reflektiert, ob und mit welchen Zielen die Therapie fortgesetzt werden sollte. Der Klient war der Meinung, dass er durch die Erfolge in der Tagesstrukturierung und dem Arbeitsverhalten nun auf einem Niveau angelangt sei, auf welchem er wieder alleine zurechtkommen könne. Weitere Ziele für die Therapie sah der Klient keine. Er schätzte die Veränderungen ausreichend stabil ein und sah keine Gefahr, wieder in die alten Verhaltensmuster der Leistungsorientierung und des extremen Arbeitsverhaltens zurückzufallen. Er entschied sich, die Therapie beenden zu wollen. Es wurde vereinbart, in 2 abschliessenden Stunden Strategien für Krisensituationen zu überlegen und zu erarbeiten. Die Psychotherapie wurde nach der 38. Stunde beendet und eine Katamneseerhebung nach Ablauf eines Jahres vereinbart.

Die Daten des BDI zeigen, dass bei Therapieabschluss nur noch schwach ausgeprägte Symptome vorhanden waren (Tab. 1). Diese zeigten sich im emotionalen (Versagens-, Schuldgefühle), im psychologisch-vegetativen (Reizbarkeit, Schlafstörungen) und im motivationalen Bereich (Anhedonie, Adynamie). Im Verlauf der Therapie hatten

Tabelle 1

Ergebnisse der Prä-, Post- und Katamneseermessung.

	prä	post	Katamnese
BDI	34	12	7
Liste angenehmer Ereignisse			
angenehm	43	104	117
sehr angenehm	24	53	61
einige Male	9	74	61
häufig	3	37	34

sich die Menge der potentiell positiven Aktivitäten und die Häufigkeit der tatsächlich durchgeführten positiven Aktivitäten deutlich vermehrt (Tab. 1).

Ergebnisse der Katamneseerhebung

Die Katamneseerhebung ein Jahr nach Abschluss der Therapie zeigte, dass sich die positiven Therapieeffekte stabilisiert und z.T. noch vergrössert hatten. Der Klient war in der Zwischenzeit wieder ganztägig beschäftigt. Wie erwartet stellte die Wiederaufnahme der Arbeit eine Krisensituation dar. Tatsächlich war es kurze Zeit nach Beginn der Arbeit wieder zu einer Verstärkung der Leistungsorientierung, der depressiven Symptomatik (Misserfolgserwartung, Selbstzweifel, Ermüdung, Kraftlosigkeit, Schlafstörungen) und zu vermehrtem Alkoholkonsum gekommen. Der Klient erkannte diese Veränderungen jedoch rechtzeitig und setzte die in der Therapie vorbereiteten Strategien des Krisenmanagements ein. Diese Massnahmen brachten relativ rasch eine Verbesserung der Symptomatik und des Befindens des Klienten. Dass er in dieser Zeit nicht erneut die Therapie aufgesucht hatte, spricht für die Bereitschaft des Klienten zum Selbstmanagement und für das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten (Self-efficacy). Die selbständige Überwindung der Krisensituation ist ein Zeichen, dass der Klient über gute Selbstmanagement-Fähigkeiten verfügte und der Transfer der in der Therapie gelernten Fähigkeiten gelungen war.

Insgesamt gesehen verbesserten sich die Werte im BDI im Vergleich mit dem Therapieabschluss noch weiter (Tab. 1). Die Menge der potentiellen und tatsächlich durchgeführten positiven Aktivitäten veränderte sich nur geringfügig. Der Klient war mit den Erfolgen, die er erreicht hatte, und seinem Leben, das er nun führte, relativ zufrieden. Seiner Einschätzung nach könnte es durchaus in der Zukunft zu weiteren Krisen kommen. Er war

jedoch der Meinung, diese mit Hilfe der gelernten Strategien bewältigen zu können.

Resümee

Beim Klienten lag zu Therapiebeginn eine schwere chronifizierte Depression vor. Medizinisch-psychiatrische Behandlungsversuche über den Verlauf von rund 3 Jahren waren erfolglos geblieben. Auf der Grundlage von epidemiologischen Daten und Ergebnissen von Therapiestudien war dieser Therapiefall prognostisch negativ zu beurteilen. Zum einen erwiesen sich chronische Depressionen als schwer therapeutisch zu beeinflussen. Zum anderen konnte gezeigt werden, dass sich durch die Schwere der Symptomatik der Erfolg einer Psychotherapie am besten voraussagen lässt [40–42] und diese auch die Rückfallgefahr bestimmt.

Trotz dieser schlechten Prognose konnten durch eine 7½monatige Psychotherapie, die sich aus unterschiedlichen kognitiv-behavioralen Therapiebausteinen zusammensetzte und auf der Grundlage eines komplexen hypothetischen Bedingungsmodells geplant und durchgeführt wurde, umfassende und zeitlich stabile Erfolge erzielt werden. Durch die Erstellung eines komplexen hypothetischen Bedingungsmodells gelang es, individuelle Bedingungsbeziehungen hinreichend zu berücksichtigen und die therapeutischen Interventionen individuell angepasst und in zeitlich adäquater Abfolge abzuleiten und durchzuführen. Im Verlauf der Therapie kam es zu einer deutlichen Verbesserung der schweren depressiven Symptomatik. Die noch gering vorhandenen Symptome zu Therapieabschluss verbesserten sich im einjährigen Katamnesezeitraum noch weiter. Zudem lernte der Klient im Verlauf der Therapie, sein Alkoholproblem, dem wahrscheinlich eine ätiologische Bedeutung für die Depression zukam, zu kontrollieren. Die erlernten Selbstkontrollstrategien konnte der Klient selbstständig und erfolgreich im Katamnesezeitraum einsetzen.

Aufgrund des Verlaufs, der vorliegenden Symptomatik und der damit verbundenen Rückfallgefahr wurde in der Therapie von Beginn an grosser Wert auf den Aufbau und die Stärkung der Selbstmanagement-Fähigkeiten des Klienten gelegt. Eine Rückfallprophylaxe konnte in diesem Fall wahrscheinlich nur dann erfolgreich sein, wenn der Klient durch das Verständnis der Bedingungsbeziehungen das «Warum» von therapeutischen Interventionen nachvollziehen konnte, und er lernte, die therapeutischen Strategien selbstständig in Krisensituationen anzuwenden. Die Ent-

wicklung während des einjährigen Katamnesezeitraums bestätigte diesen Transfer.

Diese Einzelfallstudie verdeutlicht, dass entgegen der aus Erkenntnissen der Forschung abzuleitenden schlechten Prognose die therapeutischen Möglichkeiten in der Behandlung von schweren, über lange Jahre chronifizierten und therapieresistenten Depressionen durchaus optimistisch gesehen werden können, wenn in der Therapieplanung und -durchführung individuelle Bedingungsbeziehungen und Ergebnisse der Psychotherapieforschung hinreichend berücksichtigt werden.

Literatur

- 1 Heimann H, Zimmer FT, Hrsg. Chronisch psychisch Kranke. Stuttgart: Gustav Fischer; 1987.
- 2 Klerman GL. Stress adaptation and affective disorders. Paper presented at the APA meeting, Boston 1978.
- 3 Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The national comorbidity Survey. *Am J Psychiat* 1994;151:979–86.
- 4 Merikangas KR, Wicki W, Angst J. Heterogeneity of depression. Classification of depressive subtypes by longitudinal course. *Br J Psychiat* 1994;164:342–8.
- 5 Angst J. Verlauf der affektiven Psychosen. In Kisker KP, Lauter H, Meyer JE, Müller C, Strömgen E, Hrsg. *Psychiatrie der Gegenwart* (Bd. 5). Berlin: Springer; 1987.
- 6 Piccinelli M, Wilkinson G. Outcome of depression in psychiatric settings. *Br J Psychiat* 1994;164:297–304.
- 7 Brown GW, Moran P. Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes. I: A community survey. *Br J Psychiat* 1994;164:447–56.
- 8 Brown GW, Harris TO, Hepworth C, Robinson R. Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes. I: A patient enquiry. *Br J Psychiat* 1994;164:457–65.
- 9 Rush AJ, Altshuler KZ. Depression. Basic mechanism, diagnosis, and treatment. New York: Guilford; 1986.
- 10 de Jong-Meyer R. Der Beitrag psychologischer Konzepte zum Verständnis depressiver Erkrankungen. *Z Klin Psychol* 1992;21:133–55.
- 11 Mundt C, Fiedler P, Lang H, Kraus A, Hrsg. *Depressionskonzepte heute*. Heidelberg: Springer; 1991.
- 12 Lewinsohn PM. A behavioral approach to depression. In Friedman RJ, Katz MM, Hrsg. *The psychology of depression*. New York: Wiley; 1974.
- 13 Seligman MEP. Learned helplessness. San Francisco: Freeman; 1975.
- 14 Abramson LY, Seligman MEP, Teasdale JD. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *J Abn Psychol* 1978;87:49–74.
- 15 Beck AT. Depression. Causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1970.
- 16 Beck AT. Cognitive therapy of depression: New perspectives. In Clayton PJ, Barrett JE, Hrsg. *Treatment of depression: Old controversies and new approaches*. New York: Raven Press; 1983.

- 17 Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford; 1979.
- 18 Brown GW, Harris T. Social origin of depression. A study of psychiatric disorders in women. London: Tavistock; 1978.
- 19 Bohus M, Berger M. Der Beitrag biologisch-psychiatrischer Befunde zum Verständnis depressiver Erkrankungen. *Z Klin Psychol* 192;21:156–71.
- 20 Deakin JFW, Hrsg. The biology of depression. London: Gaskell; 1986.
- 21 Lewinsohn PM, Hoberman HM, Hautzinger M. An integrative theory of depression. In Reiss S, Bootzin RR, Hrsg. Theoretical issues of behavior therapy. New York: Academic Press; 1985.
- 22 Lewinsohn PM. The behavioral study and treatment of depression. In Hersen M, Eisler RM, Miller PM, Hrsg. Progress in behavior modification, Vol. 1. New York: Academic Press; 1975.
- 23 Lewinsohn PM, Munoz RF, Youngren MA, Zeiss AM. Control your depression. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1978.
- 24 Rehm LP. A self-control model of depression. *Behav Ther* 1977;8:787–804.
- 25 Rehm LP. A self-control therapy program for treatment of depression. In Clarkin JF, Glazer HI, Hrsg. Depression. Behavioral and directive intervention strategies. New York: Garland; 1981.
- 26 Klerman G, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. Interpersonal psychotherapy of depression. New York: Basic Books; 1984.
- 27 Grawe K, Donati R, Bernauer R. Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. (4. Aufl.). Göttingen: Hogrefe; 1995.
- 28 Hollon SD, Shelton RC, Davis DD. Cognitive therapy for depression: Conceptual issues and clinical efficacy. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:270–5.
- 29 Dobson KS. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1989;57:414–9.
- 30 Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, et al. National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiat* 1989;46:971–83.
- 31 Imber SD, Pilkonis PA, Sotsky SM, Elkin I, Watkins JT, Collins J, et al. Mode-specific effects among three treatments for depression. *J Consult Clin Psychol* 1990;58:352–9.
- 32 Watkins JT, Leber WR, Imber SD, Collins JF, Elkin I, Pilkonis PA, et al. Temporal course of change of depression. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:858–64.
- 33 Shapiro DA, Barkham M, Rees A, Hardy GE, Reynolds S, Startup M. Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1994;62:522–34.
- 34 Wittchen H-U, Zaudig M, Schramm E, Spengler P, Mombour W, Klug J, Horn R. Strukturiertes klinisches Interview für DSM-III-R (2. kor. Aufl.). Weinheim: Beltz; 1991.
- 35 Hautzinger M, Stark W, Treiber R. Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. München: PVU; 1989.
- 36 American Psychiatric Association. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-III-R (3. kor. Aufl.). Weinheim: Beltz; 1991.
- 37 Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D. Selbstmanagement-Therapie (2. überarb. Aufl.). Berlin: Springer; 1996.
- 38 Akiskal HS. The interface of chronic depression with personality and anxiety disorders. *Psychopharmacol. Bull* 1984;20:393–8.
- 39 Echelmeyer L, Zimmer D. Intensiv-Entspannungstraining (auf Jacobson-Basis). Materiale Nr. 6. Tübingen: dgvt; 1978.
- 40 Jarret RB, Eaves GG, Grannemann BD, Rush AJ. Clinical, cognitive, and demographic predictors of response to cognitive therapy for depression: A preliminary report. *Psychiat Res* 1991;37:245–60.
- 41 Sotsky SM, Glass DR, Shea MT, Pilkonis PA, Collins JF, Elkin I, et al. Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: Findings in the NIMH treatment of depression collaborative research program. *Am J Psychiat* 1991;148:997–1008.
- 42 Thase ME, Simons AD, Calahane J, McGeary J, Harden T. Severity of depression and response to cognitive behavior therapy. *Am J Psychiat* 1991;148:784–9.