

# Personzentrierte Psychotherapie und Pharmakotherapie einer Patientin mit einer schweren unipolaren Depression: eine Kasuistik

Hans-Jürgen Luderer

## Zusammenfassung

Diese Kasuistik beschreibt die Diagnosestellung und die personzentrierte Psycho- und Pharmakotherapie einer Patientin mit einer schweren, chronisch verlaufenden unipolaren Depression.

Bemerkenswert in Bezug auf Entstehung und Verlauf waren auf der einen Seite die geringe Ausprägung der situativen und biografischen Risikofaktoren und auf der anderen Seite die hohe genetische Vulnerabilität. Mehrere Familienangehörige litten an unipolaren Depressionen, zwei von ihnen beendeten ihr Leben durch Suizid, einer dieser Suizide fand während der Behandlung der Patientin statt.

Die Depression erforderte eine komplexe Behandlung mit Psychopharmaka, bei der neben der Beachtung der Leitlinien die Einbeziehung der Patientin nach dem Prinzip der partizipativen Entscheidungsfindung eine entscheidende Rolle spielte. Im Mittelpunkt der ebenfalls komplexen personzentrierten Psychotherapie stand die Bewältigung der Krankheitssymptome. Vor allem betraf dies den Umgang mit dem langen und wechselhaften Verlauf, die immer wieder auftretenden Suizidgedanken sowie die Auseinandersetzung mit den depressiven Störungen und Suizidhandlungen in der Familie.

*Schlüsselwörter:* Schwere unipolare Depression, chronische Depression, Suizidgedanken, Inkongruenz, personzentrierte Psychotherapie

## Summary

**Person-centered psychotherapy and pharmacotherapy of a patient with severe unipolar depression: a case report**

This case report delineates the diagnosis and person-centered psychotherapy and pharmacotherapy of a patient suffering from severe chronic unipolar depression.

A noteworthy observation regarding the progression and course of the illness is the low level of situational and biographical risk factors, while genetic risk factors were found to be substantial. It is important to note that several family members had previously suffered from unipolar depression, and that two of them had taken their own lives, one of them during the patient's treatment.

The depression required a multifaceted treatment approach involving psychotropic medication in accordance with established guidelines, complemented by shared decision-making processes with the patient. The equally complex psychotherapy focused on coping with the symptoms of depression, including the long and changing course and the recurrent suicidal thoughts, as well as the cases of unipolar depression and suicide in the family.

*Keywords:* Major depressive disorder, chronic depression, suicidal ideation, incongruence, person-centered psychotherapy

<https://doi.org/10.24989/person.v29i1.4>

---

**Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Luderer** war von 1996 bis 2014 Chefarzt im Klinikum am Weissenhof, Weinsberg, einer Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Danach arbeitete er bis 2024 in der dortigen Institutsambulanz. Als Kursleiter der GwG ist er auch in seinem Ruhestand weiterhin tätig. Kontakt: [hj.luderer@gmx.de](mailto:hj.luderer@gmx.de)

### Anmerkungen:

Die Patientin hat ihr Einverständnis zur Veröffentlichung ihrer Fallgeschichte erklärt. Sie kennt den Text dieses Beitrags und war in dessen Abfassung eingebunden.

## 1. Einleitung

### 1.1. Vorbemerkung

Der folgende Beitrag beschreibt Diagnosestellung und Therapie einer Patientin mit einer schweren und schwer zu behandelnden, chronischen unipolaren Depression mit gering ausgeprägten psychosozialen und stark ausgeprägten genetischen

Risikofaktoren. Im ersten Abschnitt werden allgemeine Informationen zu unipolaren Depressionen zusammengefasst dargestellt. Der zweite Abschnitt beinhaltet Vorgeschichte, Diagnosestellung, Therapie und Verlauf, der dritte Abschnitt Überlegungen zur Psychotherapie und Pharmakotherapie nach personenzentrierten Grundprinzipien bei der Patientin und bei anderen, in ähnlicher Weise betroffenen Personen.

### 1.2. Definitionen, Symptome, Epidemiologie

Unipolare Depressionen äußern sich in gedrückter Stimmung, Verminderung von Antrieb sowie weiteren Symptomen. Eine depressive Episode ist als Zeitabschnitt definiert, während dessen Krankheitssymptome auftreten. Eine depressive Episode dauert nach DSM-5 und ICD10/11 mindestens 14 Tage. In dieser Zeit bestehen die Symptome jeden oder fast jeden Tag und den überwiegenden Teil des Tages (APA, 2013, S. 160 f.; APA, 2022, S. 185 ff.; WHO, 2024; Behr et al., 2020, S. 216).

**Symptome:** Die betroffenen Personen sind in ihrem Wohlbefinden und ihren Möglichkeiten zur Teilhabe am sozialen Leben in verschiedenster Weise beeinträchtigt. Über die oben angesprochenen Symptome hinaus interessieren sie sich nicht mehr für Dinge oder Personen, die ihnen bisher wichtig waren, fühlen sich kraftlos und ermüden bei Tätigkeiten, die in der Vergangenheit wenig Anstrengung erforderten. Betroffene zweifeln an sich, sind immer wieder mit denselben negativen Gedanken beschäftigt, schlafen unruhig, kämpfen mit Suizidgedanken, können sich nur schwer konzentrieren und sind oft nur unter großen Mühen in der Lage, ihre alltäglichen Aufgaben zu erfüllen. Belastungen irgendwelcher Art verkraften sie schlechter als außerhalb von depressiven Episoden. Der Leidensdruck umfasst bei schweren Episoden nicht nur das Befinden, sondern auch Einschränkungen der geistigen Leistungsfähigkeit und der Belastbarkeit.

**Epidemiologie:** Unipolare Depressionen sind häufige Erkrankungen. Die 12-Monats-Prävalenz schwerer unipolarer Depressionen, im DSM-System als „Major Depressive Disorder“ bezeichnet, liegt in den USA und Deutschland bei etwa 7–8% (APA, 2022, p. 188 f.; BÄK, 2022, S. 18; Jacobi et al., 2004; Streit et al., 2023). Depressionen können in jedem Lebensalter beginnen, auch in der Kindheit (Hankin et al., 1998). Die Wahrscheinlichkeit, erstmalig zu erkranken, steigt mit der Pubertät an und ist zwischen 20 und 29 Jahren besonders hoch, wobei Ersterkrankungen auch im höheren Lebensalter nicht selten sind (APA, 2013, S. 165; APA, 2022, S. 188). Frauen erkranken etwa doppelt so häufig wie Männer, das Ersterkrankungsalter liegt bei ihnen niedriger (BÄK, 2022, S. 18). Symptome, Verlauf und Ansprechen auf medikamentöse oder psychotherapeutische Behandlung unterscheiden sich nicht zwischen den Geschlechtern.

### 1.3. Mögliche Ursachen und Risikofaktoren

**Genetik und Neurobiologie:** Nahe Verwandte von Betroffenen haben ein zwei- bis vierfach erhöhtes Risiko, selbst an einer Depression zu erkranken (APA, 2013, S. 166). Zwillingsstudien legen nahe, dass dies wenigstens teilweise auf genetische Faktoren zurückzuführen ist. Bei unipolaren Depressionen erkranken 37–50% der eineiigen Zwillinge und 15–20% der zweieiigen Zwillinge gemeinsam. Diese Differenz spricht für eine genetische Komponente (BÄK, 2015, S. 22; BÄK, 2022, S. 21; Propping, 1989; Sullivan et al., 2000; Lohoff, 2010).

**Psychosoziale Faktoren:** Belastungen und Traumata vor allem in Kindheit und Jugend, aber auch im Erwachsenenalter beeinflussen die Art und Weise, wie Menschen sich selbst und ihre Umwelt wahrnehmen. Sie führen oft zu einer negativen Beurteilung der eigenen Person, anderer Menschen und der Welt im Allgemeinen und erhöhen auf diese Weise die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung unipolarer Depressionen (APA, 2022, S. 189; Beatson & Taryan, 2003; Fu et al., 2021). Personen mit vertrauensvollen Beziehungen in der Primärfamilie, guter schulischer Bildung, funktionierender Partnerschaft und gesicherter beruflicher Situation erkranken seltener, auch chronische Verläufe sind bei ihnen seltener. Die Bedeutung dieser Risiko- und Schutzfaktoren wurde in zahlreichen Studien bestätigt (BÄK, 2015, S. 22; BÄK, 2022, S. 21; Propping, 1989). Metaanalysen identifizierten vor allem körperliche Gewalt in der Kindheit, Tod des (Ehe-)Partners und erhebliche Probleme am Arbeitsplatz als psychosoziale Risikofaktoren (Köhler et al., 2018). Zusammenfassend erhöhen Belastungen und Traumata die Wahrscheinlichkeit des Auftretens unipolarer Depressionen und anderer psychischer Störungen. Sie stellen allerdings keine notwendigen Voraussetzungen für die Entwicklung unipolarer Depression dar.

**Verlauf:** Depressive Episoden dauern bei 40% der erstmals erkrankten Personen bis zu drei Monate. Nach einem Jahr sind 80% wieder weitgehend symptomfrei. Wenn die erste Episode nur wenige Monate andauert und die Betroffenen danach symptomfrei sind, ist ein milder Verlauf mit jahrelangen symptomfreien Intervallen zu erwarten. Je länger die erste Episode andauert, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit eines chronischen Verlaufs (APA, 2013, S. 165; APA, 2022, S. 188).

**Wiedererkrankung:** Etwa die Hälfte der Personen, die eine depressive Episode durchgemacht haben, erleben weitere Episoden (BÄK, 2015, S. 81). Bei schweren depressiven Episoden müssen bis zu 70–80% der Betroffenen mit einer Wiedererkrankung rechnen (Angst, 1987). Nach der dritten Episode steigt die Wiedererkrankungsrate auf fast 100% (BÄK, 2015, S. 81).

**Leistungsfähigkeit:** Personen mit schweren Depressionen sind in ihrer Leistungsfähigkeit während schwerer Episoden

eingeschränkt. Sie sind in dieser Zeit oft nicht in der Lage, ihrer Arbeit nachzugehen. Wenn die Symptome weniger schwer ausgeprägt sind, kann es für die Betroffenen günstiger sein, die reguläre Arbeit fortzuführen. Die durch die Arbeit vorgegebene Tagesstruktur hilft den Betroffenen oft, den Tag durchzustehen und nicht ständig an die Depression zu denken.

**Suizidgefahr:** Bei unipolaren Depressionen muss von einer im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um den Faktor 30 erhöhten Suizidgefahr ausgegangen werden. 9 % der Patienten, die wegen einer schweren unipolaren Depression mit Suizidgefahr in einer psychiatrischen Klinik behandelt werden, sterben in den folgenden Jahren durch Suizid (BÄK, 2015, S. 20). Insofern sollten psychosoziale Fachkräfte aller Berufsgruppen gerade mit Betroffenen, die früher einen Suizidversuch unternommen haben, über dieses Thema im Gespräch bleiben.

Auch das Suizidrisiko weist eine genetische Komponente auf, die aufgrund von Studien zur familiären Häufung sowie Zwillings- und Adoptionsstudien auf 30% bis 55% geschätzt wird (Wender et al., 1986; Brent et al., 1996; Voracek & Loibl, 2007; DiBiasi et al., 2021). Eine schwedische Registerstudie stützte die Hypothese, dass bei der Weitergabe des Suizidrisikos an die nächste Generation genetische Faktoren eine bedeutsame Rolle spielen (O'Reilly et al., 2020).

**Chronische unipolare depressive Störungen:** Wenn Symptome einer unipolaren Depression länger als zwei Jahre bestehen bleiben, spricht man von einer chronischen Depression (Machmutow et al., 2019; APA, 2022, S. 193 ff.). Diese Verlaufsform beginnt häufig bereits in der Kindheit. Risikofaktoren sind zusätzlich bestehende Persönlichkeitsstörungen, v. a. Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Belastungen und Traumata in Kindheit und Jugend. Im Verlauf können sich Substanzkonsumstörungen entwickeln. Das Risiko, an einer schweren unipolaren Depression zu erkranken, ist bei engen Verwandten von Betroffenen mit chronischen Verläufen besonders hoch (APA, 2022, S. 23 f., S. 194 f.).

#### 1.4. Ätiologische Modelle bei unipolaren Depressionen

Die unipolare Depression ist ätiologisch ein ausgesprochen heterogenes Störungsbild, wobei in der Regel von einem Zusammenspiel biologischer und psychosozialer Faktoren auszugehen ist. Die Bedeutung der verschiedenen biologischen und psychosozialen Faktoren kann individuell erheblich variieren (BÄK, 2015, S. 22; BÄK, 2022, S. 21). Bei manchen Betroffenen bestehen ausgeprägte genetische und psychosoziale Risikofaktoren, z. B. depressive Erkrankungen bei den Eltern oder in denen Herkunftsfamilien, negative Erfahrungen in der eigenen Kindheit und Jugend und ausgeprägte aktuelle Probleme. Bei anderen finden sich keine an Depressionen erkrankten Angehörigen, bei wieder anderen keine oder nur geringe

psychosozialen Belastungen in der Vorgeschichte. Depressive Erkrankungen können sich auch entwickeln, wenn keine biologischen oder psychosozialen Risikofaktoren festzustellen sind.

Ätiologische Modelle betrachten eine Störung von außen, d. h., sie setzen sich mit der Bedeutung biologischer und psychosozialer Faktoren für Entstehung und Verlauf einer Störung auseinander. Individuelle ätiologische Modelle versuchen, die Gewichtung einzelner biologischer und psychosozialer Faktoren bei einer bestimmten Person einzuschätzen. Das personenzentrierte Konzept der Inkongruenz betrachtet die psychosoziale Entwicklung von Personen von innen, d. h. es setzt sich mit dem subjektiven Erleben internalisierter Widersprüche zwischen Selbstbild und Erfahrung auseinander. Beide Sichtweisen sind für Diagnose und Therapie bedeutsam.

**Das Inkongruenzkonzept nach Rogers und seine Erweiterung:** Rogers (1959) ging davon aus, dass Inkongruenzen entstehen, wenn eine Person nur akzeptiert wird, wenn sie so ist, wie es sich wichtige Bezugspersonen vorstellen, und wenn Betroffene diese Bewertungen („conditions of worth“) übernehmen. Speierer (1994, S. 58 f.) wies darauf hin, dass außer den von Rogers beschriebenen Wertbedingungen (sozialkommunikative Inkongruenz) auch andere Inkongruenzquellen zum Erleben internalisierter Widersprüche führen können. Zu diesen zählte er zum einen Lebensereignisse, die nicht den Charakter von Wertbedingungen haben (z. B. Unfälle oder Naturkatastrophen) und Erfahrungen, für welche der Begriff der Wertbedingung zu schwach ist, z. B. das Erleben von Gewalt, Folter oder Krieg (lebensereignisbedingte Inkongruenz), zum anderen biologische Faktoren (dispositionelle Inkongruenz).

Bensel (2003) beschrieb in einem Beitrag zur personenzentrierten Psychotherapie bei Personen mit Alkoholabhängigkeit zwei Gruppen von Inkongruenzen. Innere Widersprüche, die als mögliche (Teil)ursachen des Trinkens in Frage kommen, bezeichnete er als primäre Inkongruenzen. Wenn diese als Folge des Konsums auftreten, spricht er von sekundären Inkongruenzen. Behr et al. (2020) und Luderer (2020) wiesen darauf hin, dass Betroffene bei allen schweren psychischen Störungen an den Symptomen und an den psychosozialen Folgen ihrer Erkrankung leiden, und dass diese Inkongruenzen im klassischen Konzept (Rogers, 1959) nicht abgebildet werden können. Bensel (2003) führte den Begriff der sekundären Inkongruenz ein, um das Erleben der Folgen übermäßigen Trinkens in einem erweiterten Inkongruenzmodell abbilden zu können. Behr et al. (2020) übernahmen die Begrifflichkeit, da das Erleben der Symptome sowie der körperlichen und psychosozialen Folgen auch bei anderen psychischen Störungen für die betroffenen Personen eine große Bedeutung haben.

Der Begriff der sekundären Inkongruenz hat bei Swildens (1991, 1993, S. 92) eine völlig andere Bedeutung. Als primäre Inkongruenz bezeichnet er internalisierte Widersprüche, die

in der Zeit der Entwicklung des Selbstkonzepts auftreten. Treten diese Widersprüche zu einem späteren Zeitpunkt, d. h. im Schulalter und danach erstmals oder erneut auf, spricht er von sekundärer Inkongruenz. Insofern sind primäre und sekundäre Inkongruenz bei Swildens zwei Varianten der Inkongruenz im Sinne von Rogers (1959). Swildens (1991) führte den Begriff der primären und sekundären Inkongruenz ein, um zwischen Inkongruenzen bei Belastungen und Traumata in der frühen Kindheit und im späteren Leben zu unterscheiden.

### 1.5. Ätiologische Modelle und Inkongruenzkonzept

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass die Risikofaktoren für die Entstehung unipolarer Depressionen bei verschiedenen Betroffenen unterschiedlich gewichtet sind. Das hat zur Folge, dass für manche Betroffene ein überwiegend biologisches Störungsmodell angemessen ist, für andere ein kombiniertes und für wieder andere ein weitgehend psychosoziales. Die Frage des passenden Krankheitsmodells erfordert eine genaue Kenntnis biologischer und psychosozialer Belastungen im Verlauf des gesamten Lebens und damit eine Auseinandersetzung mit der Biografie der betroffenen Person.

Auch die Inhalte des Erlebens von Inkongruenzen können sehr unterschiedlich sein. Alle Betroffene leiden unter den Symptomen und den psychosozialen Folgen der Störung (sekundäre Inkongruenzen i. S. von Bensel, 2003 und Behr et al., 2020), viele sind zusätzlich durch frühere oder aktuelle Lebensereignisse belastet (primäre und sekundäre Inkongruenzen i. S. von Swildens).

### 1.6. Psychosoziale Beratung und Behandlung:

#### 1.6.1. Psychoedukation

Psychoedukation ist der Teil der Psychotherapie, der den Betroffenen hilft, Krankheitssymptome als solche zu erkennen, die Krankheit und die Behandlung zu akzeptieren und sie in das eigene Leben zu integrieren (Bäumel & Pitschel-Walz, 2008; Pitschel-Walz & Luderer, 2016; Pitschel-Walz et al., 2018). Sie gehört inzwischen zum Standard in der Beratung und Behandlung Betroffener und ist integraler Bestandteil aller therapeutischer Gesamtkonzepte (BÄK, 2022, S. 61 f.).

#### 1.6.2. Psychotherapeutische Konzepte zur Behandlung unipolarer Depressionen

Leitlinien empfehlen grundsätzlich ein vorwiegend psychotherapeutisches Vorgehen bei leichteren und eine kombinierte pharmako- und psychotherapeutische Behandlung bei schwereren Depressionen (BÄK, 2015, S. 73 ff.; BÄK, 2022, S. 113 ff.). Der wichtigste gemeinsame Wirkfaktor für alle

psychotherapeutischen Verfahren ist die therapeutische Beziehung, die in der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) von 2015 (BÄK, 2015, S. 93) als „eine akzeptierende, offene, aktiv zuhörende und mitfühlende Arbeitsbeziehung“ bezeichnet wurde. Die Betroffenen sollen die Möglichkeit haben, sich mitzuteilen und sich dabei verstanden fühlen (BÄK, 2015, S. 95), und sie sollen in die Lage versetzt werden, die eigene Depression in ihre Lebensgeschichte und Lebenssituation einzuordnen (BÄK, 2022, S. 84 ff.). Über diese allgemeinen Prinzipien der Psychotherapie hinaus, setzen die einzelnen psychotherapeutischen Verfahren unterschiedliche Schwerpunkte.

#### 1.6.3. Tiefenpsychologische Konzepte

Psychoanalytische und tiefenpsychologische Therapeutenpersonen sehen unipolare Depressionen in erster Linie als Folgen von Verlust und Kränkung, wobei die Betroffenen das Gefühl haben, diese Erlebnisse selbst verschuldet zu haben. Ziel der Therapie ist das Bewusstwerden dieser Zusammenhänge (BÄK, 2015, S. 97; BÄK, 2022, S. 81 ff.).

#### 1.6.4. Verhaltenstherapeutische Konzepte

Nach Hautzinger (2011, S. 106 ff.) setzt die kognitive Verhaltenstherapie fünf Schwerpunkte, die teilweise an Symptomen und teilweise an ursächlich bedeutsamen Kognitionen und Verhaltensweisen anknüpfen. Ziel der KVT ist es, die depressionsbedingte Inaktivität zu überwinden (Symptom), die soziale Interaktion zu verbessern (Symptom oder mögliche Teilursache), dysfunktionale Überzeugungen zu erkennen und zu korrigieren (mögliche Teilursache) und Krisen zu bewältigen (Symptom oder mögliche Teilursache). Die Therapie beginnt fast immer mit Aktivitätsaufbau. Dabei werden die Betroffenen auf der Verhaltensebene angehalten, den eigenen Tagesablauf zu protokollieren, um auf diese Weise Zeiten des sozialen Rückzugs zu entdecken und angenehme Aktivitäten zu planen. Auf der kognitiven Ebene suchen helfende und betroffene Person nach Möglichkeiten, brachliegende soziale Interaktionen wieder aufzunehmen sowie dysfunktionale Denkmuster zu erkennen und zu modifizieren. Zu diesen zählen Urteile wie „Ich mache immer alles falsch“, „Ich bekomme nichts zustande“, „Niemand mag mich“, „bei mir geht immer etwas schief“ oder „man muss mit allem allein fertigwerden“.

Bei alledem betont auch Hautzinger (2011) immer wieder die grundlegenden Aspekte des personenzentrierten Beziehungsgebots: Echtheit und Aufrichtigkeit, Empathie und Verständnis, Akzeptanz und Wärme, Ruhe, fachliche Kompetenz, professionell entspanntes Verhalten.

Zur Behandlung **chronischer Depressionen** wurde seit den 1980er-Jahren ein Verfahren entwickelt, das neben dem Denken, Fühlen und Verhalten der Betroffenen auf die traumatischen

Erfahrungen dieser Personengruppe eingeht (CBASP, Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, McCullough 2011). CBASP verbindet klassische verhaltenstherapeutische Techniken mit biographischer Arbeit und gezielter therapeutischer Selbstöffnung der behandelnden Person. Auf diese Weise machen die Betroffenen die Erfahrung, dass psychosoziale Fachkräfte anders sind und anders reagieren als ihre früheren Bezugspersonen.

#### 1.6.5. Personenzentrierte Modelle

Personenzentrierte Modelle gehen von einer depressionstypischen Diskrepanz zwischen organismischem Erleben und Selbstkonzept aus (Rogers, 1959; BÄK, 2015, S. 98 f.). Die Betroffenen nehmen eigene Bedürfnisse kaum wahr. Wenn sie Probleme mit sich oder anderen Menschen haben, geben sie *sich* die Schuld daran (Finke, 2004, 2018). Das personenzentrierte Beziehungsangebot hilft den Betroffenen, ihre organismischen Erfahrungen besser wahrzunehmen und in das Selbstkonzept zu integrieren, sowie die Gefühle eigener Schuld zu relativieren.

Finke (2004, 2018) unterscheidet in diesem Zusammenhang wie Swildens (1991) zwischen der personenzentrierten Psychotherapie bei Patienten mit weniger schweren und dem personenzentrierten Umgang bei Patienten mit sehr schweren Depressionen. Den Ablauf der Psychotherapie gliedert er in drei Phasen auf, die Symptomphase, die Problem- und Konfliktphase und die existenzielle Phase.

In der Symptomphase stehen nach Finke (2018, 2019, S. 206 ff.) das empathische Begleiten und das Nachvollziehen des Leidens unter den Depressionssymptomen im Vordergrund. Bei Patienten mit erheblicher Symptombelastung, d. h. bei schweren akuten und chronischen Depressionen, nimmt diese Phase einen großen Teil der gesamten Therapie ein.

In der Konfliktphase treten die Auseinandersetzung mit den auslösenden Ereignissen und die bereits in der Zeit vor Beginn der Depression bestehenden psychosozialen Konflikte in den Vordergrund. Finke (2018) weist darauf hin, dass die von leichten bis mittelschweren Depressionen Betroffenen diese Themen in der Regel von sich aus ansprechen.

Zusammenfassend ist es nach Finke (2018) im Umgang mit Betroffenen wichtig, sich nicht in den Sog der Gefühle von Ausweglosigkeit hineinziehen zu lassen und nicht verzweifelt oder gereizt zu reagieren.

Swildens legte 1993 (S. 121-132) eine Kasuistik mit dem Titel „Primäre und sekundäre Inkongruenz in der Praxis – eine Falldarstellung“ vor, in der er die Behandlung einer Patientin mit einer schweren unipolaren Depression schilderte, die seit zwei Jahren arbeitsunfähig war. Der Beginn der Symptome stand in zeitlichem Zusammenhang mit Problemen am Arbeitsplatz. Aufgrund der Schwere der Symptome behandelte

Swildens zunächst medikamentös antidepressiv, worauf sich die Symptomatik innerhalb von drei Wochen entscheidend besserte. Anschließend wandte sich Swildens der Frage zu, wie sich die Depression entwickelt haben könnte und bot der Patientin schließlich eine „richtige Gesprächstherapie“ an (Swildens, 1993, S. 125).

Während dieser Psychotherapie thematisierte die Patientin zwei Lebensereignisse: zunächst einen Schwangerschaftsabbruch im Alter von 25 Jahren, für den sie sich sehr schnell entschieden habe, da ein Kind zu dieser Zeit nicht in ihr Leben gepasst habe, und ein Gespräch mit ihrer Mutter im Alter von acht Jahren, bei dem ihr die Mutter mitgeteilt habe, dass sie – die Mutter – bei ihrer Geburt fast gestorben wäre. Die Patientin habe geahnt, dass irgendetwas in ihrem Leben vorgefallen sein musste, über das ihre Mutter und ihre ältere Schwester noch nie mit ihr gesprochen hätten. Seit diesem Gespräch habe sie immer Angst um ihre Mutter gehabt und befürchte, die Mutter könnte durch sie Schaden nehmen. Diese Befürchtungen hätten sich in der Folge auf andere Menschen ausgeweitet.

Nach dem Schwangerschaftsabbruch habe sie später ausgeprägte Schuldgefühle entwickelt, diese hätten zu weiteren Befürchtungen geführt, dass sie anderen Menschen Schaden zufügen könnte. Diese Befürchtungen hätten zur Folge gehabt, dass sie niemandem einen Wunsch habe abschlagen können. In der Psychotherapie gelang es ihr, sich von ihren Befürchtungen und Schuldgefühlen zu lösen.

Diese Kasuistik schilderte den Verlauf der personenzentrierten Psychotherapie bei einer Patientin mit zu Beginn der Behandlung typischer depressiver Symptomatik, die sich nach einer medikamentösen Behandlung rasch zurückbildete. Bei der anschließenden Suche nach psychosozialen Belastungsfaktoren, die eventuell die Entstehung der Depression erklären könnten, fanden sich zwei einschneidende Lebensereignisse, deren Bearbeitung die Psychotherapie bestimmte.

#### 1.6.6. Personenzentrierte Psychotherapie bei unipolaren Depressionen – Wirksamkeitsnachweise

In der Behandlung depressiver Störungen wurde die personenzentrierte Psychotherapie bisher vor allem bei Betroffenen mit psychosozialen Problemen eingesetzt, bei denen depressive Symptome als Ausdruck intrapsychischer Prozesse verstanden wurden. Die Psychotherapie soll den Betroffenen helfen, diese Prozesse zu verändern. Greenberg (1993) führt drei für depressive Störungen typische Prozesse an: 1. übermäßige Selbstkritik, 2. unbewältigte Erinnerungen und 3. problematische oder vom Patienten als unangemessen empfundene Verhaltensweisen. In der Therapie wird zunächst der für die jeweilige Person wichtigste Prozess identifiziert und dann mit spezifischen Interventionen bearbeitet. Die Wirksamkeit eines von

diesen Überlegungen abgeleiteten störungsspezifischen Vorgehens konnte in mehreren Studien (Greenberg, 1993; Watson et al., 2003; Watson & Bedard, 2006) nachgewiesen werden. Auf der Symptomebene waren kognitive Verhaltenstherapie und modifizierte Personenzentrierte Psychotherapie gleich wirksam.

Teusch et al. (2003) fand eine signifikante Symptomreduktion bei personenzentriert behandelten Betroffenen mit leichten bis mittelschweren depressiven Episoden. Antidepressive Medikation, die nach klinischer Einschätzung bei der Hälfte der behandelten Patienten gegeben wurde, hatte keine zusätzliche Wirkung.

### 1.7. Medikamentöse Behandlung, biologische und psychotherapeutische Aspekte

Bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts gab es, abgesehen von Beruhigungs- und Schlafmitteln, keine wirksame medikamentöse Behandlung der Depression. Seit den 1950er Jahren wurden verschiedene Antidepressiva entwickelt, deren Wirkung empirisch belegt ist.

Antidepressiva sind keine Mittel, die unglückliche Menschen glücklich machen oder gar geeignet wären, bei gesunden Menschen das Wohlbefinden zu steigern. Es sind Medikamente zur Behandlung episodenhaft verlaufender und chronischer Depressionen. Entgegen oft geäußerter Befürchtungen sind Antidepressiva keine Beruhigungsmittel und machen nicht abhängig.

Eine Besserung der Symptome ist bei 50–60 % der Betroffenen zu erwarten. Gibt man Placebos, d. h. Scheinmedikamente, bessern sich die Symptome bei ca. 30%. Der Unterschied zwischen Placebo und Antidepressiva ist bei leichten Depressionen, v. a. bei depressiven Verstimmungen unterhalb der Schwelle einer unipolaren Depression nach IDC-10 oder DSM-5, geringer, bei schweren Depressionen höher (BÄK, 2015, S. 65 f.). Aus diesem Grund werden Antidepressiva in erste Linie zur Behandlung schwerer Depressionen eingesetzt. Wenn sich die Symptome schwerer Depressionen unter der Behandlung mit einem Antidepressivum nicht ausreichend bessern, kann es sinnvoll sein, dieses mit einem anderen Medikament zur Wirkungsverstärkung zu kombinieren. Für eine solche Augmentation sind in der EU zwei Medikamente zugelassen, Lithiumsalze und das Antipsychotikum Quetiapin. Auch die zusätzliche Gabe eines zweiten Antidepressivums ist möglich, wobei eine Wirksamkeit nur für wenige Kombinationen nachgewiesen ist (BÄK, 2022, S. 133–136). Zusätzliche Behandlungsmöglichkeiten sind Verfahren wie die Elektrokonvulsionstherapie oder die transkranielle Magnetstimulation (BÄK, 2022, S. 91 f.). Eine wichtige Rolle, v. a. bei stationären oder tagesklinischen Behandlungen, spielen Ergotherapie und Bewegungstherapie.

Vor Beginn einer medikamentösen Therapie muss eine Aufklärung über die angestrebte Wirkung, die Nebenwirkungen und Risiken und die Dauer der Behandlung erfolgen. Jede Veränderung der Therapie erfordert eine Information über die neue therapeutische Situation. Veränderungen der medikamentösen Therapie, aber auch andere Maßnahmen sind Entscheidungen, die nach dem Prinzip der partizipativen Entscheidungsfindung (Loh et al., 2007) umgesetzt werden sollen. Diese Empfehlung beruht auf den ethischen Prinzipien der Autonomie und der Fürsorge sowie auf dem im Patientenrechtegesetz festgelegten Recht auf Selbstbestimmung. Sie entspricht den Grundprinzipien des personenzentrierten Ansatzes.

## 2. Kasuistik

Die folgende Kasuistik fasst Vorgeschichte, Entstehung, Verlauf und Therapie der unipolaren Depression einer Patientin zusammen, die sich aufgrund einer depressiven Symptomatik nach Abschluss ihres Studiums ambulant vorstellte.

### 2.1. Aktuelle Anamnese

Die etwa 25-jährige, unverheiratete Patientin berichtete, sie habe nach dem Abschluss des Studiums Angstzustände entwickelt, für die sie keine Erklärung gefunden habe. Die Ängste treten jeden Tag auf, dauerten meist etwa eine Stunde, manchmal nur wenige Minuten, manchmal aber auch mehrere Stunden.

Bei einem Wochenende in der Wohnung ihres Freundes, mit dem sie seit der Zeit um den Studienabschluss zusammen sei, hätten sich die Ängste gesteigert. Es sei für sie alles zu viel gewesen, sie habe die Nähe ihres Freundes gesucht, diese aber nicht ausgehalten. Darauf habe er irritiert, aber nicht gekränkt reagiert. Er habe offenbar erkannt, dass irgendetwas mit ihr nicht stimme. In der darauffolgenden Nacht sei die Angst unerträglich geworden.

Nach diesem Wochenende sei sie noch einige Tage in der Wohnung ihres Freundes geblieben. Es sei ihr dort nicht gut gegangen, sie habe unter Angst, Unruhe und Schlafstörungen gelitten. Rückblickend berichtete sie zu einem späteren Zeitpunkt der Behandlung, dass damals schon ausgeprägte Konzentrationsstörungen bestanden hätten. Wenn sie versucht habe, etwas zu lesen, sei das mühevoll gewesen und habe viel mehr Zeit in Anspruch genommen als gewohnt.

Zu Beginn der ambulanten Behandlung stand für sie das Leiden unter dem Gefühl, alles sei zu viel, im Vordergrund. Auf Nachfrage berichtete sie, ihre Stimmung sei gedrückt, sie könne sich nicht mehr so freuen wie früher und interessiere sich weniger für das, was um sie herum geschehe. Ihre Lust, etwas zu tun, ihr Schwung und ihre Energie, ihr Selbstbewusstsein

und ihr Selbstwertgefühl seien zurückgegangen. Sie könne sich nicht mehr so problemlos konzentrieren, wie sie das von sich kenne, und sie habe weniger Appetit als gewohnt. Bisweilen habe sie Gedanken daran sich das Leben zu nehmen, obwohl sie leben wolle.

Zu Beginn der Behandlung suchte die Patientin nach Gründen für diese Veränderung ihres Befindens, vor allem für das Gefühl, alles sei zu viel, ihre Selbstzweifel und ihre Suizidgedanken. Dabei wurden ihr die Widersprüche in ihrem Erleben bewusst. Sie zweifelte an sich, obwohl sie Monate vorher mit sich im Reinen war. Sie zweifelte an der beginnenden Beziehung, obwohl ihr Gefühl und Verstand sagten, dass er der richtige Mann sei, und sie dachte daran, sich das Leben zu nehmen, obwohl sie leben wollte.

## 2.2. Frühere Anamnese

Im Alter von zehn bis zwölf Jahren sei sie niedergeschlagen gewesen, sie habe unter Schlafstörungen und diffusen Ängsten und innerer Unruhe gelitten. Sie habe nicht mehr in ihrem eigenen Zimmer schlafen können, sondern habe die Nächte im Schlafzimmer der Eltern verbracht. Zeitweise habe sie daran gedacht, aus dem Fenster zu springen. Anlass dieser Veränderungen sei eine Situation gewesen, in der sie sich auf einen gemeinsamen Sonntagnachmittag mit den Eltern eingestellt habe, diese aber für die Patientin unerwartet andere Pläne hatten. Sie habe das Gefühl entwickelt, die eigentlich liebevollen und fürsorglichen Eltern hätten sie allein gelassen. Dieses Gefühl habe sich verstärkt, da die Eltern auf ihre Suizidgedanken, die sie sich selbst nicht habe erklären können, nicht, wie gewohnt, verständnisvoll, sondern irritiert reagiert hätten. Die gedrückte Stimmung, die Suizidgedanken und die anderen Symptome seien nach etwa zwei Jahren spontan abgeklungen.

Im Alter von 15 Jahren habe ihr eine sehr gute Freundin erzählt, dass sie daran denke, sich das Leben zu nehmen und sie gleichzeitig darum gebeten, niemandem davon zu erzählen. Sowohl die Suizidgedanken als auch die Pflicht, dieses Wissen für sich behalten zu müssen, habe sie sehr ernst genommen. Das Schweigegebot habe sie allerdings sehr belastet. Glücklicherweise habe die Freundin dann doch mit ihren Eltern gesprochen und dann Hilfe erhalten.

## 2.3. Biografie

Sie sei mit ihrem älteren Bruder in einer harmonischen Familie aufgewachsen und habe eine glückliche Kindheit erlebt. In der Schule habe sie gute Leistungen gezeigt, die Reifeprüfung mit guten Noten abgeschlossen und stabile Freundschaften geschlossen. Nach dem Abitur habe sie sich für ein Hochschulstudium entschieden und es mit guten Noten abgeschlossen.

Während des Studiums sei ihr jedoch zunehmend klar geworden, dass sie nicht in dem Bereich arbeiten wollte, auf den das Studium hinführt. Damals sei es ihr noch gut gegangen. Für die Zeit nach dem Abschluss des Studiums habe sie geplant, vorübergehend zu ihren Eltern zu ziehen, um dort in Ruhe über ihre berufliche Zukunft nachzudenken.

Wechselnde, intensive Gefühle kenne sie seit ihrer Kindheit. Sie empfinde alle Gefühle, Freude und Glück, aber auch Trauer und Verzweiflung, wesentlich intensiver als sie das bei anderen Menschen miterlebe oder als andere Menschen von sich berichten. Insofern habe sie seit jeher ein sehr reiches, aber nicht immer stabiles Gefühlsleben. Das gehöre zu ihr, es sei für sie in Ordnung. Ihr Leben sei deswegen sicher anstrengender als das anderer Personen. Trotzdem habe sie die Intensität ihres Gefühlslebens in erster Linie als Bereicherung erlebt. Dass sie diese intensiven Gefühle überhaupt nicht aushalte, sei für sie ungewöhnlich.

## 2.4. Diagnose

Bei der Erstuntersuchung in unserer Institutsambulanz klagte die Patientin vor allem über Angstanfälle und verminderte Belastbarkeit. Alles sei ihr zu viel, das kenne sie so bei sich nicht. Bei der Untersuchung wurde dann deutlich, dass seit drei Monaten ein depressives Syndrom mit gedrückter Stimmung, Verlust von Interesse und Freude, Antriebshemmung, Schlafstörungen, Tagesmüdigkeit, diffusen Ängsten, Angstanfällen, Konzentrationsstörungen, Appetitverlust und Suizidgedanken bestand. Aufgrund der Symptome und des Verlaufs konnte die Diagnose einer unipolaren Depression gestellt werden. Die Patientin bemerkte rückblickend eine große Ähnlichkeit zwischen den aktuellen Symptomen und denen, die sie im Alter von 10-12 Jahren erlebt hatte. Von außen betrachtet, sei sie damals nur wenig verändert gewesen. Sie habe in der Schule nach wie vor gute Noten geschrieben, es sei jedoch, vor allem wegen der Tagesmüdigkeit und der Konzentrationsstörungen, alles viel anstrengender als gewohnt gewesen. Diese Symptomatik entsprach rückblickend einer schweren depressiven Episode.

Die Symptomatik zur Zeit der Suizidgedanken zwischen dem zehnten und dem zwölften Lebensjahr ist rückblickend als erste Episode zu werten. Insofern ist diagnostisch von einer rezidivierenden unipolaren depressiven Störung auszugehen.

Belastende Lebensereignisse als Risikofaktoren für die Entstehung einer schweren Depression konnten trotz sorgfältigster Anamnese nicht identifiziert werden. Die seit der Kindheit bestehenden wechselhaften und instabilen Gefühle sind als Persönlichkeitsvariante zu sehen, die zu keinem Zeitpunkt die Kriterien einer psychischen Störung erfüllte. Die Eltern erwiesen sich beim persönlichen Kontakt im Verlauf der Behandlung

als die herzlichen, liebevollen, um das Wohlergehen ihrer Tochter bemühten Personen, wie sie die Patientin beschrieben hatte. Auch ihr Freund, der die Patientin bei Ambulanzterminen mehrfach begleitete, erwies sich während der gesamten Zeit als liebevoller, verlässlicher und belastbarer Partner.

## 2.5. *Behandlung und Verlauf*

### 2.5.1. *Medikamentöse Behandlung*

In den ersten Wochen der ambulanten Behandlung schien sich zunächst eine Spontanremission einzustellen. Da sich im Anschluss jedoch eine Zunahme der Symptome trotz der psychotherapeutischen Behandlung zeigte, wurde der gegenüber der Medikamentengabe skeptischen Patientin eine Pharmakotherapie mit einem Serotoninwiederaufnahmehemmer angeboten. Die Patientin konnte sich anfangs nicht für oder gegen eine medikamentöse Behandlung entscheiden. Daher wurde die Behandlung ohne medikamentöse Behandlung fortgesetzt. Auf die zwei Wochen später gestellte Frage, ob sie einen direkten Rat, jetzt doch mit einer medikamentösen Behandlung zu beginnen, als Druck oder als Erleichterung erlebe, antwortete sie schließlich, sie wäre erleichtert, diese Frage nicht selbst entscheiden zu müssen. Sie nahm das Angebot einer medikamentösen antidepressiven Behandlung an.

Zwei Wochen nach Beginn der Medikation besserte sich das depressive Syndrom, es kam aber dann erneut zu einer Zunahme der Symptomatik. Angesichts des Medikamentspiegels im niedrigen therapeutischen Bereich wurde die Dosis erhöht. Darunter kam es zu einer Zunahme der Unruhe und der Suizidgedanken, sodass wieder auf die Standarddosierung zurückgegangen wurde.

Aufgrund der Zunahme der Suizidgedanken wurde eine Augmentation mit einem Lithiumpräparat und später zusätzlich mit Quetiapin vorgenommen. Da das depressive Syndrom einschließlich der teilweise immer noch drängenden Suizidgedanken weiterhin bestand, wurde Mirtazapin als zweites Antidepressivum gegeben und die Dosis von Quetiapin auf 600 mg erhöht, das Doppelte der für die Augmentationsbehandlung bei unipolarer Depression empfohlenen Dosis. Hierdurch besserten sich Schlaf und innere Unruhe. Erst als auch die Lithiumdosis, auf einen Lithiumspiegel zwischen 0,9 und 1,0 mmol/l, erhöht wurde klangen die Suizidgedanken langsam ab.

Bei jeder Veränderung der Medikation erfolgte eine Aufklärung über die jeweilige Substanz, ihre angestrebte Wirkung und die eventuell zu erwartenden Nebenwirkungen. Besonders ausführliche Informationen waren bei der Augmentation mit Lithium erforderlich, zum einen wegen der komplexen Nebenwirkungen und zum anderen wegen der substanz eigenen antisuizidalen Wirkung. Alle Veränderungen der medikamentösen Therapie wurden mit Empfehlungen der aktuellen Leitlinie

(BÄK, 2022) begründet. Die Patientin erhielt die Gelegenheit, die Empfehlungen bei den Behandlungsterminen zu lesen.

Das Grundprinzip der Pharmakotherapie war insofern zum einen die leitlinienkonforme Planung und Durchführung, zum anderen aber die fortlaufende Information und die Einbindung der Patientin in alle Entscheidungen zur medikamentösen Therapie (Shared decision making, BÄK, 2015, S. 48 f.; BÄK, 2022., S. 54 f).

### 2.5.2. *Suche nach psychosozialen Risikofaktoren*

Während der Behandlung stellte sich immer wieder die Frage, ob und gegebenenfalls welche psychosozialen Faktoren die Entstehung und den Verlauf der Depression beeinflusst haben könnten. In mehreren Gesprächen bestätigte sich erneut die ursprüngliche Einschätzung, dass die Patientin unter günstigen psychosozialen Bedingungen aufgewachsen ist und dass weder biografisch noch aktuell psychosoziale Belastungen oder Traumata bestanden, welche die Entwicklung einer schweren Depression erklären könnten. Die Patientin wuchs in einer harmonischen Familie auf, verbrachte eine glückliche Kindheit, durchlief Schule und Studium, abgesehen von der Zeit ihrer ersten depressiven Episode im Alter von zehn bis zwölf Jahren, ohne Probleme. Die Erinnerungen an diese Zeit waren allerdings immer wieder belastend, vor allem, weil sie abgesehen von der oben beschriebenen Situation und der Reaktion ihrer Eltern auf ihre Suizidgedanken keine Erklärung für die zwei Jahre anhaltenden Veränderungen hatte. Ihr intensives Gefühlsleben empfand sie, wie bereits erwähnt, bis zu Beginn der zweiten depressiven Episode als anstrengend, aber vor allem als bereichernd. Dass sie nach Abschluss des Studiums wieder in die Wohnung ihrer Eltern zurückkehrte und sich entschloss, angesichts ihrer Erkrankung zunächst weiter dort zu bleiben, sah sie als Zeichen einer ausgesprochen vertrauensvollen Beziehung. Wäre dies nicht so, hätte sie nach einer anderen Lösung gesucht und auch eine solche gefunden. Dass beide Eltern ihr mangelndes Verständnis während der ersten depressiven Episode bedauerten und sie um Entschuldigung baten, habe ihr Vertrauen zu ihnen weiter bestätigt.

### 2.5.3. *Therapeutischer Umgang mit Suizidgedanken*

Suizidgedanken in wechselnder Intensität begleiteten die Patientin während der gesamten ersten und über zwei Jahre während der zweiten Episode. Zeitweise sah sie die Beendigung ihres Lebens durch Suizid als mögliche Lösung, aber gleichzeitig wollte sie diesen Gedanken auf keinen Fall in die Tat umsetzen. Während der zweiten Episode erkannte sie die Suizidgedanken immer mehr als Symptom ihrer Störung und konnte sich so von ihnen distanzieren. Sie konnte sich sagen: „Nicht ich bin es, die sterben will, sondern meine Erkrankung zwingt mich dazu, an Suizid zu denken, obwohl ich leben will.“ Trotzdem

bereitete es ihr Mühe, sich auf diese Weise innerlich gegen die Suizidgedanken zur Wehr zu setzen.

In den ersten Monaten der Behandlung waren, vor allem wegen der Suizidgedanken, immer wieder Krisengespräche zusätzlich zu den vereinbarten Terminen erforderlich, teilweise in Form täglicher Telefonkontakte, auch an Wochenenden. Dieses Angebot war für die Patientin ausgesprochen erleichternd, denn sie musste die Suizidgedanken nicht über mehrere Tage hinweg allein aushalten.

Seit der hochdosierten Lithiumaugmentation waren sie weniger ausgeprägt, etwa zwei Jahre nach Beginn der Episode waren es keine Suizidgedanken im eigentlichen Sinn mehr, sondern überwiegend Erinnerungen an die früheren Suizidgedanken.

#### 2.5.4. Weiterer Verlauf

Etwa zwei Jahre nach Beginn der zweiten Episode nahm die Patientin eine geringfügige berufliche Tätigkeit auf, die sie zu ihrer eigenen Überraschung zunehmend gut bewältigte. Ein halbes Jahr später begann sie in diesem Betrieb eine reguläre Ausbildung in Teilzeit, auch diese bewältigte sie von Anfang an ohne größere Probleme.

### 2.6. Weitere Gesprächsthemen im Verlauf der ambulanten Psychotherapie

Im Verlauf der Psychotherapie kamen bestimmte Themen immer wieder zur Sprache. Es handelte sich ausnahmslos um internalisierte Widersprüche, d. h. sekundäre Inkongruenzen i. S. von Bense (2003) und Behr et al. (2020). Zu diesen Themen gehörten:

#### 2.6.1. Erinnerungen an die erste Episode im Alter im frühen Jugendalter

Nachdem die Patientin die aktuellen Symptome als Zeichen einer schweren depressiven Episode erkannt hatte, stellte sie fest, dass diese Symptome den Symptomen ähneln, die sie bereits im jungen Alter von zehn bis zwölf Jahren erlebt hatte. Sie erinnerte sich an Situationen, in denen sie als Kind am Fenster gestanden habe und sich gegen den Impuls habe wehren müssen, aus dem Fenster zu springen. Einmal habe die Mutter sie vom Fenster weggezogen. Das habe ihre Mutter ihr erzählt, sie selbst habe keine Erinnerungen an diesen Vorfall.

In den Gesprächen betonte sie, dass es für sie hilfreich gewesen sei, über diese Zeit, die sie als ausgesprochen belastend erlebt habe, sprechen und sie rückblickend emotional und kognitiv besser einordnen zu können. Im Verlauf der Gespräche habe sie sich an immer mehr Details erinnern können, die sich zu einem immer vollständigeren Bild dieser Zeit zusammengefügt hätten.

#### 2.6.2. Erinnerungen an den Beginn der zweiten Episode

Die Erinnerungen an den Beginn der zweiten Episode waren eng mit der Wohnung ihres Freundes verknüpft. Zum einen habe sie die positiven Gefühle als „zu viel“ erlebt, zu groß und zu intensiv. Das habe sie verunsichert, denn sie habe ihre Gefühle immer sehr intensiv erlebt, und diese Intensität sei für sie zwar anstrengend, aber letztlich bereichernd gewesen. Auch negative Gedanken und Gefühle habe sie immer an sich herangelassen, und sie habe die Erfahrung gemacht, dass ihr das immer geholfen habe, mit Gedanken und Gefühlen umzugehen.

Mit Beginn der zweiten Episode habe sich das geändert. Sie habe lernen müssen, die Grenzen ihrer Belastbarkeit auf keinen Fall zu überschreiten, denn ansonsten verstärke das die Depressionssymptome einschließlich der Suizidalität. Zu Beginn dieser Episode habe sie unter erheblichen Schlafstörungen gelitten. Sie sei wach gewesen, habe ihren schlafenden Freund gesehen und habe sich alleine gelassen gefühlt. Auch damals sei es für sie vom Verstand her völlig klar gewesen, dass ihr Freund sie nicht verlassen wolle oder gar verlassen habe, aber gegen das Gefühl habe sie sich nicht wehren können. Auch die in diesem Abschnitt beschriebenen inneren Widersprüche sind sekundäre Inkongruenzen (Positive Gefühle waren „zu viel“, was sie früher nicht von sich kannte, und sie fühlte sich allein gelassen, obwohl sie wusste, dass niemand sie verlassen werde).

#### 2.6.3. Leiden unter typischen depressiven Symptomen

Während der zweiten Episode bestanden fast durchgehend Konzentrationsstörungen, die sich vor allem beim Lesen längerer Texte zeigten. Zudem hatte die Patientin im Alltag Schwierigkeiten, sich zu entscheiden, sie war wenig belastbar, grübelte häufig. Die geringe Belastbarkeit erschwerte ihren Alltag beträchtlich. Sie sprach dann von einem „Windhauch“, der genüge, um sie aus dem Gleichgewicht zu bringen. Das Bild des Windhauchs verwendete sie immer wieder, wenn sie ihre verminderte Belastbarkeit während der beiden Episoden in Worte fassen wollte. Auch mit diesem Wort beschrieb sie eine sekundäre Inkongruenz.

#### 2.6.4. Leiden unter der Dauer der Erkrankung

Zu Beginn der Erkrankung bestand die Hoffnung, dass sich die Symptome unter Medikation mit einem Standardantidepressivum und später unter der komplexen medikamentösen Behandlung zurückbilden. Diese Hoffnung wurde immer wieder enttäuscht, da alle medikamentösen Maßnahmen die Symptome zwar besserten, aber nur zu einer Teilremission führten. Erst unter der Lithiumaugmentation in hoher Dosierung (Lithiumwerte zwischen 0,9 und 1 mmol/l) traten die Suizidgedanken in den Hintergrund, und erst nach zusätzlicher Gabe eines zweiten Antidepressivums besserten sich auch die anderen Symptome. Die Frage, wie lange sie das alles noch aushalten

müsse, stellte sie sich selbst immer wieder und wurde auch in den Gesprächen immer wieder zum Thema.

### 2.6.5. Suizid eines nahen Verwandten

Während der Behandlung nahm sich ein Onkel, dessen depressive Erkrankung in der Familie bekannt war, das Leben. Dieser Suizid belastete die Patientin erheblich. Sie berichtete, eine Tante habe sich einige Jahre zuvor ebenfalls das Leben genommen. Dass das Leben zweier Geschwister ihrer Mutter durch Suizid geendet sei, bedeute, dass sie eine beträchtliche genetische Last trage und sich immer sagen müsse: wenn ich an Suizid denke, darf ich diese Gedanken nicht einfach ignorieren, sondern muss mir irgendeine Art von Hilfe suchen.

## 3. Diskussion

Bei der in dieser Kasuistik beschriebenen Patientin kam es erstmals im Alter von zehn Jahren zu einer schweren depressiven Episode mit Suizidgedanken, die ohne Behandlung nach zwei Jahren abklang. Im Alter von etwa 25 Jahren begann eine zweite schwere depressive Episode, deren Symptome sich unter der Behandlung mit zwei Antidepressiva sowie der Augmentation mit einem Antipsychotikum und einem Lithiumpräparat in jeweils hoher Dosierung langsam besserten. Die Symptombesserung blieb über Monate hinweg erhalten, war aber instabil. Sie erklärte hierzu, „ein Windhauch“ reiche, um sie zu verunsichern. Fast zwei Jahre nach Beginn der Behandlung war sie in Teilzeit arbeitsfähig, die Patientin war aber auch einige Monate später noch nicht symptomfrei.

In der Vorgeschichte und in der Zeit vor dem Beginn der zweiten Episode fanden sich nur wenige psychosoziale, aber ausgeprägte biologische Risikofaktoren. Mehrere Angehörige, vor allem aus der Herkunftsfamilie der Mutter, waren an unipolaren Depressionen erkrankt. Zwei von ihnen beendeten ihr Leben durch Suizide im Rahmen schwerer depressiver Episoden, ein Angehöriger in der Zeit der zweiten Episode, als die Patientin selbst immer wieder mit Suizidgedanken kämpfte.

Die ersten Symptome, welche die Patientin schilderte, waren die Verunsicherung und die verminderte Belastbarkeit. Sie klagte, ihr sei alles zu viel gewesen, und sie habe sich allein gelassen gefühlt. Dieses Erleben war für die Patientin nicht nur ungewohnt, sondern unverständlich, da sie den Mann, den sie kennengelernt hatte, als genau zu ihr passend erlebt hatte. Sie betonte immer wieder, widersprüchliche Gefühle dieser Art kenne sie bei sich außerhalb der beiden Episoden nicht. Zusätzlich schilderte sie schwere Schlafstörungen, Probleme, sich zu entscheiden und Suizidgedanken. Auf weitere Nachfrage wurde deutlich, dass sich eine schwere depressive Episode entwickelt hatte.

Die Diagnose einer ersten schweren depressiven Episode im Alter von zehn bis zwölf Jahren wurde rückblickend gestellt. Durch die Fragen nach aktuellen typischen depressiven Symptomen fiel der Patientin die Ähnlichkeit zu dem auf, was sie als Kind erlebt hatte. Im Verlauf der Gespräche über diese Zeit wurden die Erinnerungen an die erste Episode klarer und detailreicher. Die Erinnerungen betrafen zwei Themen in besonderer Weise: Suizidgedanken und das Gefühl, alleingelassen zu werden.

Die Suizidgedanken hatten sich damals in der Vorstellung geäußert, aus dem Fenster zu springen. Sie erinnerte sich, dass sie selbst die Nähe von Fenstern im Obergeschoss gemieden habe. Zudem habe ihre Mutter ihr erzählt, dass sie sie einmal vom Fenster weggezogen habe. Die Suizidgedanken seien damals sehr konkret gewesen.

Das Gefühl, alleingelassen zu werden, stand zu dieser Zeit in Zusammenhang mit der Ratlosigkeit ihrer Eltern, die sich ihre Angst und ihre gedrückte Stimmung, vor allem aber ihre Suizidgedanken und ihre Verzweiflung nicht erklären konnten. Sie habe mit ihren Eltern während der Behandlung in der Institutsambulanz über ihre Erinnerungen an die Zeit als Zehnjährige und die rückblickende Diagnose einer schweren depressiven Episode gesprochen. Diese seien sehr betroffen gewesen und hätten bedauert, die damalige Situation nicht in ihrer Bedeutung erkannt zu haben. Hierüber war die Patientin erleichtert und erklärte, das habe sie in ihrer Einschätzung bestätigt, verständnisvolle, fürsorgliche und reflektierte Eltern zu haben.

Die häufig bei chronischen Depressionen beschriebenen psychosozialen Risikofaktoren wie z. B. Belastungen und Traumata in Kindheit und Jugend oder Persönlichkeitsstörungen fanden sich bei der in dieser Kasuistik beschriebenen Patientin nicht. Der Beginn der Depression in der Kindheit und unipolare Depressionen bei nahen Verwandten entsprechen allerdings durchaus dem Risikoprofil dieser Verlaufsform. Dieses individuelle Krankheitsmodell wurde im Verlauf der Therapie gemeinsam mit der Patientin entwickelt und mehrfach modifiziert. Dabei wurde immer wieder deutlich, dass die in der Einleitung beschriebenen psychotherapeutischen Modelle der Depressionsentstehung diesen Verlauf nicht erklären konnten und deshalb für die Patientin nicht hilfreich waren.

Swildens (1991) und Finke (2019, S. 206 ff.) hatten auf Unterschiede zwischen leichten bis mittelschweren auf der einen und sehr schweren Depressionen auf der anderen Seite und auf das empathische Begleiten des Leidens unter Depressionssymptomen als wichtige Aufgabe hingewiesen. Dies stand auch bei der in dieser Kasuistik beschriebenen Psychotherapie inhaltlich im Vordergrund. Diese ging aber hinsichtlich der Dauer und der Intensität weit über ein empathisches Begleiten der Erkrankung hinaus.

Als hilfreich erwies sich vor allem in den ersten beiden Jahren der Behandlung die Unterscheidung zwischen Symptomen auf der einen und persönlichen oder zwischenmenschlichen Problemen auf der anderen Seite. Symptome ordnete die Patientin als Hinweise auf die momentane Belastung durch die Krankheit ein. Sie reagierte auf der emotionalen und kognitiven Ebene mit dem bewussten Herstellen innerer Distanz und auf der Verhaltensebene mit gezieltem Vermeiden von Belastungssituationen. So entschloss sie sich, nicht zu der Beerdigung ihres Verwandten zu gehen, der sich das Leben genommen hatte. Sie befürchtete, dass diese Situation sie aus der Bahn geworfen hätte. Dies besprach sie mit ihren Eltern und mit den unmittelbaren Angehörigen der verstorbenen Person. Alle Beteiligten bestärkten sie in ihrer Entscheidung.

Persönliche oder zwischenmenschliche Probleme nahm sie während der gesamten Behandlung zum Anlass, diese im Gespräch mit den anderen Personen zu klären. Oft waren es Missverständnisse, die sich aus der Welt schaffen ließen.

Rückblickend war die Patientin erleichtert, dass sie die Suche nach möglichen psychosozialen Ursachen ihrer Depression im Verlauf der Behandlung abschließen konnte. Dadurch war es ihr möglich, die günstigen Bedingungen, unter denen sie aufgewachsen war, und die harmonische Beziehung zu ihrer Herkunftsfamilie und zu ihrem Lebensgefährten ohne ständige Zweifel zu schätzen.

In der von Swildens (1993) vorgelegten und im Abschnitt 1.6.5 dieses Beitrags zusammengefassten Kasuistik waren ein völlig anderes individuelles ätiologisches Modell und ein anderes Konzept der von der Patientin erlebten Inkongruenzen angemessen. Die von Swildens beschriebene Patientin hatte psychosoziale Belastungen in der Kindheit und im frühen Erwachsenenalter erlebt, deren Bearbeitung im Verlauf der Therapie die Inhalte der Gespräche weitgehend bestimmten. Diese Inkongruenzen entsprechen dem klassischen, von Rogers beschriebenen Inkongruenzkonzept.

Auf der Website der deutschen Depressionshilfe finden sich einige von Betroffenen selbst verfasste Erfahrungsberichte, in denen sie über ein durchaus glückliches Leben vor Beginn der Depression und ein intensives Leiden unter den Symptomen der Depression berichteten<sup>1</sup>. Bei dieser Gruppe Betroffener stehen in der Regel die Bewältigung der Erkrankung, der Symptome und der psychosozialen Folgen im Zentrum der Psychotherapie.

Die hier vorgestellte Kasuistik zeigt eine Reihe von Themen auf, die auch bei der Behandlung anderer von schweren, chronisch verlaufenden unipolaren Depressionen Betroffener bedeutsam sein können: Das Leiden an der Dauer und

der Schwere der Symptome, die verminderte Belastbarkeit, der Umgang mit genetischen Risikofaktoren in Bezug auf erneute Episoden und Suizidalität, und die Möglichkeit, auch bei günstigen psychosozialen Bedingungen an einer schweren chronischen Depression zu erkranken.

Zusammenfassend steht bei Betroffenen mit geringen psychosozialen Risikofaktoren in aller Regel die Auseinandersetzung mit den sekundären Inkongruenzen im Sinne von Bensel (2003), Behr et al. (2020) und Luderer (2020) im Vordergrund der Psychotherapie. Die Betroffenen sehen sich vor allem mit internalisierten Widersprüchen konfrontiert, die als Folgen und nicht als Ursachen der depressiven Erkrankung zu verstehen sind.

Für diese Betroffenen ist es in der Regel erleichternd, trotz einer schweren und schwer zu behandelnden Depression über eine glückliche Kindheit und eine harmonische Familie sprechen zu dürfen.

## Literatur

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing. Deutsch: Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (Hrsg.) (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. 1. Auflage. Hogrefe
- American Psychiatric Association (APA) (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Publishing.
- Angst, J. (1987). Begriff der affektiven Erkrankungen. In: Kisker, K. P.; Lauter, H.; Meyer, J. E.; Müller, C. & Strömgen, E. *Psychiatrie der Gegenwart, Band 5: Affektive Psychosen*. Berlin: Springer, S. 1–50.
- Bäumel, J. & Pitschel-Walz, G. (2008) (Hrsg.). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*. Schattauer.
- Beatson, J., & Taryan, S. (2003). Predisposition to depression: the role of attachment. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 37(2), 219–225. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01126.x>
- Behr, M., Hüsson, D., Luderer, H. J. & Vahrenkamp, S. (2020). *Unipolare Depression*. In: Behr, M., Hüsson, D., Luderer, H. J. & Vahrenkamp, S. (2020). *Gespräche hilfreich führen. Band 2: Psychosoziale Problemlagen und psychische Störungen*, S. 216–231. Beltz-Juventa.
- Bensel, W. (2003). Die klientenzentrierte Therapie der Alkoholabhängigkeit. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 34, 67–74.
- Brent, D. A., Bridge, J., Johnson, B. A., & Connolly, J. (1996). Suicidal behavior runs in families. A controlled family study of adolescent suicide victims. *Archives of general psychiatry*, 53(12), 1145–1152. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830120085015>
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.) (2015). *S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression*. AWMF-Register-Nr.: nvl-005. [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/nvl-005l\\_S3\\_Unipolare\\_Depression\\_2017-05.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005l_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdf)
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.) (2022). *Nationale Versorgungsleitlinie*

1 <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/erfahrungsberichte>

- Unipolare Depression, Langfassung, Version 3.2, Juli 2023, AWMF-Register-Nr. nvl-005.* <https://www.leitlinien.de/themen/depression>
- DiBlasi, E., Kang, J., & Docherty, A. R. (2021). Genetic contributions to suicidal thoughts and behaviors. *Psychological medicine, 51*(13), 2148–2155. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001720>
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*, 3. Auflage. Thieme.
- Finke, J. (2018). Depressive Störungen. In: G. Stumm, W. Keil, *Praxis der Personenzentrierten Psychotherapie* (2. Auflage) (S. 227–235). Berlin: Springer.
- Finke, J. (2019). *Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung. Störungstheorie, Beziehungskonzepte, Therapietechnik*. Ernst Reinhardt Verlag.
- Fu, Z., Brouwer, M., Kennis, M., Williams, A., Cuijpers, P., & Bockting, C. (2021). Psychological factors for the onset of depression: a meta-analysis of prospective studies. *BMJ open, 11*(7), e050129. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050129>
- Greenberg, L. S. & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research, 8*(2), 210–224.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N. & Elliott, R. (1993). *Facilitating Emotional Change The Moment-by-Moment Process*. Guildford.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of abnormal psychology, 107*(1), 128–140. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.107.1.128>
- Hautzinger, M. (2011). *Depressive Störungen*. In: Hautzinger, M. (Hrsg.): *Kognitive Verhaltenstherapie*. Beltz, S. 99–117.
- Jacobi, F., Klose, M. & Wittchen, H. U. (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2004; 47*(8):736–44. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15340716>
- Köhler, C. A., Evangelou, E., Stubbs, B., Solmi, M., Veronese, N., Belbasis, L., Bortolato, B., Melo, M. C. A., Coelho, C. A., Fernandes, B. S., Olfson, M., Ioannidis, J. P. A., & Carvalho, A. F. (2018). Mapping risk factors for depression across the lifespan: An umbrella review of evidence from meta-analyses and Mendelian randomization studies. *Journal of psychiatric research, 103*, 189–207. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.05.020>
- Loh, A. Simon, D., Kriston, L. & Härter, M. (2007). Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. *Deutsches Ärzteblatt 104*(21): A-1483/B-1314/C-1254. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/55786/Patientenbeteiligung-bei-medizinischen-Entscheidungen>
- Lohoff F.W. (2010). Overview of the genetics of major depressive disorder. *Current psychiatry reports, 12*(6), 539–546. <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0150-6>
- Luderer, H. J. (2020). Diagnosen stellen und dabei personenzentriert sein. *Person 24* (1), 16–28.
- Machmutow, K., Meister, R., Jansen, A., Kriston, L., Watzke, B., Härter, M. C., & Liebherz, S. (2019). Comparative effectiveness of continuation and maintenance treatments for persistent depressive disorder in adults. *The Cochrane database of systematic reviews, 5*(5), CD012855. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012855.pub2>
- McCullough, J. P. (2011). *Therapeutische Beziehung und die Behandlung chronischer Depressionen*. Heidelberg: Springer.
- Miranda, J. (1992). Dysfunctional thinking is activated by stressful life events. *Cognitive Therapy and Research, 16*(4), 473–483. <https://doi.org/10.1007/BF01183169>
- O'Reilly, L. M., Kuja-Halkola, R., Rickert, M. E., Class, Q. A., Larsson, H., Lichtenstein, P., & D'Onofrio, B. M. (2020). The intergenerational transmission of suicidal behavior: an offspring of siblings study. *Translational psychiatry, 10*(1), 173. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-0850-6>
- Pitschel-Walz, G. & Luderer, H. J. (2016). Psychoedukation bei unipolaren Depressionen. In: Bäuml, J.; Behrendt, B.; Hennungsen, P. & Pitschel-Walz, G. (2016). *Handbuch der Psychoedukation*. Schattauer, S. 122–139.
- Pitschel-Walz, G.; Bäuml, J. & Kisslig, W. (2018): *Psychoedukation Depressionen: Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen*. 2<sup>nd</sup> ed. Urban und Fischer.
- Propping, P. (1989). *Psychiatrische Genetik. Befunde und Konzepte*. Springer.
- Rogers C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship as developed in the client-centered framework. In: Koch, S. (Hrsg.). *Psychology: A Study of a Science Vol. 3*. New York (Mc Graw-Hill) , S 184–256. Deutsch: *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. GwG, 1987.
- Speierer, G. W. (1994). *Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Asanger.
- Streit, F., Zillich, L., Frank, J., Kleineidam, L., Wagner, M., Baune, B. T., Klinger-König, J., Grabe, H. J., Pabst, A., Riedel-Heller, S. G., Schmiedek, F., Schmidt, B., Erhardt, A., Deckert, J., NAKO Investigators, Rietschel, M., & Berger, K. (2023). Lifetime and current depression in the German National Cohort (NAKO). *The world journal of biological psychiatry: the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry, 24*(10), 865–880. <https://doi.org/10.1080/15622975.2021.2014152>
- Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *The American journal of psychiatry, 157*(10), 1552–1562. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1552>
- Swidens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des Klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*. GwG-Verlag.
- Swidens, H. (1993). *Primäre und sekundäre Inkongruenz in der Praxis*. In: Eckert, J.; Höger, D. & Linster, H. (Hrsg.). *Die Entwicklung der Person und ihre Störung*, Bd. 1. Köln: GwG, 121–132.
- Teusch, L., Böhme, H., Finke, J., Gastpar, M., & Skerra, B. (2003). Antidepressant medication and the assimilation of problematic experiences in psychotherapy. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research, 13*(3), 307–322. <https://doi.org/10.1093/ptr/kpgo29>
- Voracek, M., & Loibl, L. M. (2007). Genetics of suicide: a systematic review of twin studies. *Wiener klinische Wochenschrift, 119*(15-16), 463–475. <https://doi.org/10.1007/s00508-007-0823-2>
- Watson J. C.; Gordon, L. B.; Stermac, L.; Kalogerakos, F. & Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 71*, 773–781.
- Watson, J. C. & Bedard, D. L. (2006): Clients' emotional processing in psychotherapy a comparison between cognitive-behavioral and process-experiential therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 74*, 152–159.
- Wender, P. H., Kety, S. S., Rosenthal, D., Schulsinger, F., Ortman, J., & Lunde, I. (1986). Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders. *Archives of general psychiatry, 43*(10), 923–929. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1986.01800100013003>
- WHO (2024). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. 6A70 Single episode depressive disorder, 6A71 Recurrent depressive disorder.* <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1563440232>