

Aktuelles Beschwerdebild und Therapieanlass

Hr. K. kommt auf Überweisung seines Hausarztes zur Behandlung. Er berichtet, unter einer depressiven Symptomatik zu leiden. Er leide unter Einschlafstörungen (könne bis 3 Uhr nicht einschlafen) und Durchschlafstörungen sowie Früherwachen. Ihm sei häufig übel. Gedanklich könne er sich nicht mehr ordnen und er habe keine Kraft mehr. Er sei nun drei Wochen krank geschrieben gewesen, arbeite seit einer Woche wieder (80%-Stelle als Gruppenleiter in einem Heim für geistig behinderte Menschen). Medikamentös sei er vom Hausarzt auf 20mg Citalopram eingestellt worden. Auf Nachfrage berichtet der Patient, dass es zu sozialem Rückzug gekommen sei, da er „die Leute nicht mehr vertrage“. Er habe häufig eine gereizte Stimmung, verspüre innere Unruhe, sei nervös und „zittrig“. Er fühle sich oft traurig, leer, ausgelaugt und lebensmüde. Herr K. gibt an, dass in den letzten Monaten Suizidgedanken aufgetreten seien, er jedoch wegen der Kinder niemals ernsthaft darüber nachdenken würde, sich etwas anzutun. Suizidpläne hätten nie bestanden. Insgesamt gehe er in letzter Zeit seinen Hobbies kaum mehr nach. Um abzuschalten, schaue er meist fern und trinke Bier.

Anamnese/Lerngeschichte des Patienten

Krankheitsanamnese: Herr K. berichtet im Rahmen der Trennung von seiner Ehefrau vor 7 Jahren unter einer ersten depressiven Episode gelitten zu haben. Damals sei er einige Tage stationär auf einer Kriseninterventionsstation gewesen. Im Anschluss habe er eine ambulante Psychotherapie durchgeführt. Die Depression sei bei Behandlungsende vollständig remittiert gewesen.

Herkunftsfamilie und Kindheit: Der Patient ist bei seinen Eltern als jüngstes von vier Geschwistern (+3, +5, +7) aufgewachsen. Sein Vater (+33) sei Schreiner, später nach einer krankheitsbedingten Umschulung Drucker gewesen. Seine Mutter (+37) habe sich um die Kinder gekümmert. Seine Mutter sei sehr aufopfernd. Sie gebe alles für die anderen und stelle ihre eigenen Bedürfnisse an letzte Stelle. Herr K. gibt an, eine gute, aber „oberflächliche“ Kindheit gehabt zu haben. Konflikte seien nie offen angesprochen und diskutiert worden. Er habe weiterhin Kontakt zu seinen Eltern und seinen Geschwistern.

Schule und Beruf: Der Patient habe nach einer Ausbildung zum Schreiner in diesem Beruf bis 1993 gearbeitet. Im Anschluss habe er ein Studium der Sozialpädagogik absolviert und arbeite seither in diesem Beruf (Betreuung von geistig behinderten Menschen).

Partnerschaften und aktuelle Lebenssituation: Herr K. gibt an, geschieden zu sein. Er habe sich getrennt, nachdem seine Ex-Frau eine außereheliche Beziehung begonnen habe. Aktuell bestünde bei ihm ein starker Wunsch nach einer neuen Beziehung. Seit 2 Jahren habe er keine Beziehung mehr gehabt. Gemeinsam mit seiner Ex-Frau habe er zwei Kinder (Sohn 14J., Tochter 11J.), zudem habe er den Sohn (22J.) der Ex-Frau adoptiert, der aus deren ersten Ehe stamme.

Der Patient lebt alleine in einer Mehrzimmerwohnung. Seine Ex-Frau lebe gemeinsam mit den beiden gemeinsamen Kindern und neuem Lebenspartner. Mit der Ex-Frau würde er nur das Nötigste sprechen, sie wolle ihm „zu Leid leben“, in dem sie beispielsweise Hobbies der Kinder, die er initiiert

habe, den Kindern „schlecht mache“. Seine Kinder sehe er regelmässig alle 14 Tage. Zudem verbringe er den Grossteil der Ferien mit den Kindern.

Freizeit und Sozialkontakte: Herr K. gibt an viele Hobbies zu haben (Trommeln, Segelschiff, Fitness, lesen). Er habe einen großen Bekanntenkreis und zwei enge Freunde, mit denen er alles bereden könne. In seinem Umfeld sei er sehr beliebt. In den vergangenen Wochen habe er sich jedoch vermehrt zurückgezogen und keine Lust auf seine Hobbies gehabt.

Belastungsfaktoren: In Bezug auf Belastungen berichtet Herr K. von seiner derzeit schwierigen Arbeitsplatzsituation. Aufgrund der desolaten Mitarbeitersituation habe er teilweise 3 Wochen am Stück (incl. Wochenenden) gearbeitet. In Bezug auf weitere Belastungen berichtet Herr K., sich unglücklich in eine Kollegin verliebt zu haben. Ihm falle es nun schwer, ihr auf Arbeit zu begegnen. Darüber hinaus berichtet Herr K., sich über seinen Alkoholkonsum Gedanken zu machen. Er trinke seit einiger Zeit (etwa ¾ Jahr) abendlich 3 Büchsen Bier (1,5l). Er sehe das Suchtpotential und bemerke den Einfluss von Alkohol auf die Psyche, i.S. von besserem Abschalten können. Häufig trinke er gemeinsam mit einem Freund Bier („Männer können nicht über Gefühle reden“). Auf Nachfrage gibt Herr K. an, dass er häufig mit dem Trinken nicht an dem Punkt, an der er sich vorgenommen habe, aufhören könne. Morgens habe er oft „einen schweren Kopf“.

Hinsichtlich psychischer Störungen in der Familie gibt er an, dass sein Vater depressiv sei. Die Großmutter väterlicherseits sei schizophren gewesen.

1.3. Psychischer Befund zu Therapiebeginn

41 jähriger, gepflegter und freundlich zugewandter Patient, der eher jugendlich gekleidet ist. Er ist bewusstseinsklar und allseits orientiert. Formale Denkstörungen i.S.v. Grübeln. Keine inhaltlichen Denkstörungen. Subjektive Beeinträchtigung der Konzentration. Keine Störungen der Wahrnehmung und keine Störungen des Ich-Erlebens. Keine Zwänge. Im Affekt depressiv, innerlich unruhig und gereizt. Antriebsgehemmt. Keine circadianen Besonderheiten. Sozialer Rückzug. Teilweise Einschlafstörungen, teilweise Durchschlafstörungen, Früherwachen mit Verkürzung der Schlafdauer. Übelkeit. Appetenzstörungen werden verneint. Keine Hinweise auf akute Eigen- und/oder Fremdgefährdung.

Testergebnisse: Die Symptom Checkliste (SCL-90-R) erfasst durch Selbstbeurteilung symptomatische Belastungen. Nach den Angaben des Patienten liegen die Belastungen in dem Bereich „Depressivität“ (T-Wert=66) im Vergleich zur Altersnorm im überdurchschnittlichen Bereich. Weiterhin wurde der Patient mit dem Beck-Depressions-Inventar (BDI) untersucht. In diesem Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Schwere depressiver Symptomatik erreicht er einen Gesamtscore von 12 Punkten. Dieser Wert gilt als auffällig, jedoch nicht als klinisch bedeutsam (Cut-Off-Wert:18).