



Psychosomatische
Fachklinik Münchwies

Münchwieser Hefte

Heft Nr. 11

Depressive Störungen

Behandlungskonzept für PatientInnen
mit depressiven Erkrankungen

Herausgeberin: Psychosomatische Fachklinik Münchwies
Chefärztin
Dr. med. Monika Vogelgesang
Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie
Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
Rehabilitationswesen
Turmstraße 50-58
66540 Neunkirchen/Saar
Tel. (0 68 58) 6 91- 2 14
Fax (0 68 58) 6 91- 4 20

2. Auflage 2006
ISSN 0946-7351

Münchwieser Hefte

Heft Nr. 11

Petra Schuhler, Thomas Brück

Depressive Störungen

**Behandlungskonzept für PatientInnen mit
depressiven Erkrankungen**

Reihe Konzepte

Ansprechpartner für den Bereich depressiver Erkrankungen

Dr. Thomas Brück

Telefon: (06858) 691- 219

oder (06858) 691- 215 (Chefsekretariat)

Inhalt

Einleitung	5
1. Erscheinungsformen und diagnostische Hinweise	6
2. Das gruppentherapeutische Programm 'Depressionsbewältigung'	8
2.1 Grundannahmen	8
2.2 Therapieziele und Indikation	9
2.3 Aufbau	9
3. Therapeutische und organisatorische Rahmenbedingungen	15
4. Therapieschwerpunkt 'Depression und Arbeitswelt'	17
5. Zuweisungskriterien für die Behandlung in der Abteilung für psychische und psychosomatische Störungen sowie der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen	22
Literatur	23

Einleitung

Häufig wird der Begriff „Depressionen“ pauschal benutzt, was eine unzulässige Verallgemeinerung darstellt, weil es die Depression als einheitliches Krankheitsbild nicht gibt. Bei aller Schwierigkeit der exakten diagnostischen Unterteilung scheint die Abgrenzung der psychotischen Depression von allen anderen Formen von Depressionen wichtig. Diese Unterscheidung ist für das therapeutische Vorgehen relevant. In der Behandlung von psychotischen Depressionen sind Psychopharmaka, vor allem Antidepressiva, das Mittel der Wahl. Betroffene PatientInnen sind im akuten Stadium und ohne Antidepressiva psychotherapeutischen Interventionen nicht zugänglich. Anders ist es bei der großen Gruppe der nichtpsychotischen Depressionen. Hier liegt die Domäne der Psychotherapie und eine medikamentöse Behandlung sollte nur in schweren Fällen unterstützend versucht werden. Meist wirken Antidepressiva bei diesen Depressionen auch weniger gut als bei psychotischen, was mitunter sogar als diagnostischer Hinweis gewertet werden kann. Wenn es um therapeutische Möglichkeiten der Behandlung depressiven Verhaltens geht, dann ist das Thema eingegrenzt auf nicht-psychotische Depressionen. Ausgeklammert bleiben die Depressionen aus dem psychotischen Formenkreis und damit auch das gesamte Kapitel der medikamentösen Behandlung. Im Mittelpunkt der psychotherapeutischen Methoden an der Psychosomatischen Fachklinik Münchwies (Schuhler & Vogelgesang, 2006) steht die indikative Gruppe Depressionsbewältigung, in der kognitive Verfahren mit aktivitätsfördernden Elementen und gezieltem Verhaltenstraining verbunden werden.

1. Erscheinungsformen und diagnostische Hinweise

Anhaltspunkte für eine diagnostische Differenzierung sind die Symptome, die das depressive Bild prägen. Die Symptome, die für die unterschiedlichen Depressionsformen typisch sind, listet eine Tabelle auf:

Tabelle Kriterien für die Diagnose depressiver Episoden nach ICD-10 (Dilling et al., 2004)

Kategorie	Merkmale
F32.0 Leichte depressive Episode	Gewöhnlich sind mindestens 2 oder 3 der unten angegebenen Symptome vorhanden. Der betroffene Patient ist im Allgemeinen davon beeinträchtigt, aber oft in der Lage, die meisten Aktivitäten fortzusetzen.
F32.1 Mittelgradige depressive Episode	Gewöhnlich sind 4 oder mehr der unten angegebenen Symptome vorhanden und der betroffene Patient hat meist große Schwierigkeiten, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen.
F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	Eine depressive Episode mit mehreren oben angegebenen quälenden Symptomen (mind. 8). Typischerweise bestehen ein Verlust des Selbstwertgefühls und Gefühle von Wertlosigkeit und Schuld. Suizidgedanken und -handlungen sind häufig und meist liegen einige somatische Symptome vor.
F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	Eine schwere depressive Episode, wie unter F32.2 beschrieben, bei der aber Halluzinationen, Wahnideen, psychomotorische Hemmung oder ein Stupor so schwer ausgeprägt sind, dass alltägliche soziale Aktivitäten unmöglich sind und Lebensgefahr durch Suizid und mangelhafte Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme bestehen kann. Halluzinationen und Wahn können, müssen aber nicht vorkommen.

Kategorie	Merkmale
F32.x0	ohne „somatisches Syndrom“
F32.x1	mit „somatischem Syndrom“ (mind. 4 der o. g. Symptome)

Bei den typischen leichten (F32.0) mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden, leidet die betreffende Person gewöhnlich unter einer gedrückten Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Verminderung der Energie führt zu erhöhter Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkung. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach nur kleinen Anstrengungen auftreten. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse, sowie die Konzentration und Aufmerksamkeit sind vermindert, Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Weitere häufige Symptome sind negative, pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken, Selbstverletzungen oder Suizidhandlungen. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert meist nicht auf Lebensumstände und kann von sog. „somatischen Symptomen“ begleitet werden wie Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen. Die Diagnose verlangt eine Mindestdauer von 2 Wochen.

Außerdem werden in der psychiatrischen Klassifikation folgende Erscheinungsformen depressiver Störungen unterschieden:

- **rezidivierende depressive Störung (F33):** Wenn wiederholt eindeutige und abgegrenzte depressive Episoden aufgetreten sind;
- **depressive Anpassungsstörung (F43.x):** Depressive Reaktionen, die eher leicht ausgeprägt sind und die die soziale Funktion und die Leistungsfähigkeit behindern. Sie treten während des Anpassungsprozesses an eine entscheidende Lebensveränderung auf (Krankheit, Trennung, sonstige kritische Lebensereignisse);

-
- **anhaltende affektive Erkrankungen (F34) Zykllothymie (F34.0):** Anhaltende Stimmungsinstabilität mit zahlreichen Episoden leichter Depression und leicht gehobener Stimmung, die nicht die Schwerekriterien für manische (F 30) oder depressive (F 32) Episoden erfüllen;
 - **Dysthymie (F34.1):** Chronische, gewöhnlich über 2 Jahre anhaltende, milde depressive Verstimmung, die nie oder nur selten („double Depression“) die Schwerekriterien der depressiven Episode erfüllt.

Zwischen Depression und normaler Trauer gibt es viele Gemeinsamkeiten. So ist bei beiden vorhanden: Das Desinteresse an der Umwelt (sozialer Rückzug), Leistungsinsuffizienz, die depressive Verstimmung, d. h. die Stimmungslage ist nach dem depressiven Pol hin ausgelenkt. Ein wichtiger Unterschied betrifft jedoch das Selbstwertgefühl. Dieses ist bei der Trauer nicht beeinträchtigt, d. h. der Trauernde stellt sich selbst nicht die Frage, während der Depressive das in ausgeprägtem Maße tut. Das Auftreten dieser Symptomatik markiert auch den Übergang von einer normalen Trauer zur pathologischen Trauer.

2. Depressionsbewältigung - das indikative gruppen-therapeutische Programm

2.1 Grundannahmen

Das therapeutische Vorgehen und die Zielsetzung dieser Gruppe orientiert sich an dem Konzept der kognitiven Verhaltenstherapie bei Depressionen nach Hautzinger (2003). Als entscheidende Auslöser eines depressiven Syndroms gelten der Verlust von positiven Verstärkern und gedankliche depressogene Prozesse. Dementsprechend werden verstärkungstheoretische Modelle und kognitionstheoretische Erklärungsmodelle zur Erklärung der Depressionsgenese herangezogen.

Die Grundannahme der verstärkungstheoretischen Modelle lautet vereinfacht dargestellt: Depressive Beschwerden werden ausgelöst und aufrechterhalten durch eine niedrige Rate verhaltenskontingenter positiver Verstärkung (Mangel an angenehmen Erfahrungen, Überwiegen unangenehmer Erfahrungen). Das Defizit an positiver Verstärkung kommt zustande durch eine geringe Menge an positiv verstärkenden Ereignissen und/oder durch eine mangelnde

Erreichbarkeit positiver Verstärkung im sozialen Umfeld und/oder durch einen Mangel an sozialen Fertigkeiten (Fähigkeit interaktives Verhalten zu zeigen, das - langfristig - verstärkt wird). Depressives Verhalten provoziert kurzfristig soziale Verstärkung (Zuwendung, Trost, Interesse und Unterstützung). Längerfristig führt es jedoch beim Interaktionspartner zu aggressiven, feindseligen Empfindungen und einem damit verbundenen Rückzug von der depressiven Person, was letztendlich zum Ausbleiben sozialer Bestätigung und Verstärkung führt (erneute Verstärkerreduktion).

Kognitionstheoretische Modelle basieren darauf, dass sich jede Depression in einer kognitiven Störung in Form der kognitiven Triade äußert (negatives Selbstbild, negative Sicht der Umwelt, negative Zukunftserwartungen). Dysfunktionale Grundannahmen, rigide Schemata und negative kognitive Stile sind über ungünstige Sozialisationsbedingungen (depressionsfördernde Modelle in der Familie, Häufung negativer Lebenserfahrungen, traumatische Erlebnisse, etc.) entstanden. Diese depressiven Denkschemata werden durch interne und/oder extern belastende Ereignisse (re)aktiviert und im Sinne einer nach „unten gerichteten Spirale“ verstärkt.

2.2 Therapieziele und Indikation

Aus diesem Depressionsverständnis ergeben sich folgende Behandlungsziele:

1. Aktivitätsaufbau und Reduktion depressionsfördernder Aktivitäten
2. Identifizierung und Veränderung dysfunktionaler Gedanken und Einstellungen
3. Unterstützung und Förderung sozialer Fertigkeiten
4. Aufbau freudvollen und ressourcenaktivierenden Erlebens und Verhaltens

Kontraindikation: Besonders schwere Depressionen mit psychotischen Symptomen.

2.3 Aufbau

Die maximale Teilnehmerzahl liegt bei 12 PatientInnen. Es sollte mindestens sechsmal an der indikativen Gruppe teilgenommen werden. Eine gruppentherapeutische Einheit umfasst 90 Minuten. Nach drei aufeinanderfolgenden Sitzungen können jeweils wieder neue Patienten in die Gruppe aufgenommen werden.

Den Teilnehmern wird in wertschätzender und empathischer Weise die Zielsetzung der Gruppe deutlich gemacht werden. Das therapeutische Vorgehen ist transparent, aktiv, strukturiert und problemzentriert. Die Behandlungsziele werden etappenweise und kurzfristig individuell aufgezeigt, bestimmt und angegangen, wobei Erfolge für den Patienten/die Patientin erreichbar und damit erlebbar gemacht werden müssen. Der Therapeut bzw. die Therapeutin knüpft an bereits gemachte Erfahrungen (frühere Bewältigungsversuche, etc.) an und aktiviert so die Ressourcen der PatientInnen. Zwischen den Sitzungen werden Hausaufgaben (Selbstbeobachtungen, Planung von Aktivitäten, Führen von Tagesprotokollen, Übungen, Realitätstesten, etc.) ausgeführt, um spezielle Techniken und Fertigkeiten anzuwenden, die zuvor während der Gruppentherapie vermittelt wurden. Dabei ist es notwendig, verständlich zu machen, dass die „Hausaufgaben“ ein wesentlicher Bestandteil der Behandlung sind und die Durchführung entscheidend zum Behandlungserfolg beiträgt.

Zum Einsatz kommen verhaltenstherapeutische Methoden (Aktivitätsaufbau), insbesondere Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie (kognitives Umstrukturieren, realistischere Selbstbewertung und Attribution, Änderung innerer Dialogstrategien) sowie körpertherapeutische Übungen.

Erste Therapiephase:

Vermittlung eines biopsychosozialen Krankheitsmodells der Depression; Erläuterung der Zusammenhänge zwischen Aktivität und Depression, Aufbau positiv erlebter Aktivitäten

Neu aufgenommene PatientInnen stellen sich zu Anfang der Stunde vor: Kurze Angaben zur Person (Alter, Beruf, aktuelle Lebenssituation), Schilderung der depressiven Beschwerden auf möglichst allen vier Symptomebenen (Verhalten, Gedanken, Gefühle, körperliche Beschwerden), wie und wann ist Depression das erste Mal aufgetreten. Ziele und Inhalte der Gruppe werden dann den neuen PatientInnen erläutert (zusätzlich erhalten die PatientInnen ein Informationsblatt). Diese Aufgabe wird, wenn möglich, von MitpatientInnen, die schon länger an der Gruppe teilnehmen, übernommen, was der Vertiefung des zugrundeliegenden Ätiologie- und Behandlungsverständnisses dienen soll.

Mit den PatientInnen wird erarbeitet, dass kritische Lebensereignisse eine Depression auslösen können: Der Verlust einer geliebten Person, des Arbeitsplatzes, eine schwere Krankheit oder auch viele kleinere Belastungen, die im Laufe der Zeit die Belastung immer weiter vergrößern. Im nächsten Schritt werden dann die Beschwerden, die eine Depression kennzeichnen, gesammelt

(wie äußert sich eine Depression?), den vier Symptomebenen zugeordnet und auf dem Flipchart festgehalten. Im Anschluss wird dargelegt, dass zwischen den vier Symptomebenen zahlreiche Wechselbeziehungen bestehen. Anhand der gesammelten subjektiven Beschwerden soll deutlich gemacht werden, dass trotz unterschiedlicher Depressionsgenese viele Wechselwirkungen zwischen ‚Verhalten‘ und ‚Gedanken‘ angenommen werden können. In dem Zusammenhang wird dargelegt, dass es sehr schwierig ist, die Depression (Stimmung) direkt anzugehen und zu verändern. Vielmehr ist ein Umweg über das „Verhalten“ und die „Gedanken“ notwendig, da diese leichter und effektiver einer Veränderung zugänglich sind.

Zunächst wird in Kleingruppenarbeit herausgearbeitet, wie Patientinnen und Patienten sich in depressiven Phasen verhalten, was sie an Aktivitäten durchführen („Wie wirken sich depressive Zustände auf mein Verhalten aus?“). Daran schließt sich eine Auswertung der Ergebnisse der Kleingruppenarbeit an, dabei soll der Zusammenhang zwischen Aktivität und Stimmung aufgezeigt werden: Es gibt Aktivitäten, die Depressionen auslösen und aufrechterhalten (depressionsfördernde Aktivitäten wie Grübeln, sich zurückziehen), zum anderen eine zu geringe Rate positiver Aktivitäten (im Sinne von Verhaltensweisen und Tätigkeiten, die als angenehm erlebt werden). Hier kann der Teufelskreis von Inaktivität (niedriges Niveau positiver Aktivitäten) und negativer Stimmungslage (die wiederum zu erhöhter Inaktivität und in der Folge zu einer erneuten Verstärkung der depressiven Stimmungslage führt („nach unten gerichtete Spirale“) vermittelt werden. Auch sollte nochmals auf die Unterscheidung zwischen angenehmen und unangenehmen bzw. neutralen Tätigkeiten (angenehme Aktivitäten verbessern die Stimmung) sowie kurzfristigen versus langfristigen Konsequenzen (positiv oder negativ) hingewiesen werden. Beispielsweise wird das „Morgens-im-Bett-liegen-bleiben“ kurzfristig vielleicht positiv erlebt, langfristig verstärkt es jedoch die Depression. Um Depressionen entgegenzusteuern, muss a) ein Aufbau positiver Aktivitäten und b) eine Reduktion depressionsfördernder Bedingungen erfolgen.

Dazu ist zunächst eine systematische Selbstbeobachtung der alltäglichen Aktivitäten notwendig. An dieser Stelle wird dann die Handhabung eines Wochenplans, in dem die verschiedenen Tätigkeiten mit entsprechender Einschätzung der jeweiligen Stimmungslage eingetragen werden sollen, erklärt. Weiterhin wird eine Liste angenehmer Ereignisse ausgehändigt, aus der bis zur nächsten Therapiestunde die Aktivitäten ausgefiltert werden sollen, die als sehr angenehm eingestuft werden (es dürfen auch Aktivitäten hinzugefügt werden). Daraus soll jede(r) für sich eine individuelle Liste

angenehmer Aktivitäten erstellen. Zusätzlich erhält jede(r) die Aufgabe, eine positive Aktivität aus der persönlichen Liste pro Tag durchzuführen.

Zweite Therapiephase:

Aufbau positiver Aktivitäten und Vermittlung eines kognitiven Modells, Einführung des Tagesprotokolls negativer Gedanken

Es werden zunächst die ausgefüllten Wochenpläne unter dem Gesichtspunkt des Zusammenhangs zwischen Aktivität und Stimmungsveränderung besprochen. Dabei kann zuerst eine globale Stimmungseinschätzung erhoben werden. Nachdem dann ein Tag exemplarisch hinsichtlich verschiedener Stimmungslagen durchgearbeitet wurde, soll nochmals eine differenziertere Stimmungseinschätzung erhoben werden (dabei sollten insbesondere positive Veränderungen der Stimmungslage während der Teilnahme an der Sport- und Bewegungstherapie herausgestellt werden). Ebenfalls sollte auch der Hinweis auf depressionsfördernde Aktivitäten erfolgen und mit der Gruppe zusammen an konkreten Beispielen mögliche Gegenstrategien erarbeitet werden.

Im Anschluss werden die Erfahrungen, die beim Einbau mindestens einer positiven Aktivität in den Tagesablauf gemacht wurden, gesammelt und Hilfestellungen gegeben, wenn Schwierigkeiten bei der Umsetzung (beispielsweise von Aktivitäten, die schon lange nicht mehr durchgeführt wurden) bestanden. Hier sollte möglichst vom Therapeuten bzw. der Therapeutin versucht werden, die Gruppe zum Einbringen verschiedener Vorschläge zu aktivieren, die wiederum schriftlich am Flipchart festgehalten werden. Dabei werden Strukturierungshilfen angeboten, ähnlich wie beim Problemlöse-training (Wie schwer wird es mir fallen, die Aktivität durchzuführen? Kann ich es alleine schaffen? Brauche und bekomme ich Hilfe? Welche Schritte sind notwendig?)

Um den Zusammenhang zwischen Aktivierung und Stimmungsänderung erlebbar zu machen, bietet sich für diese Stunde (zu Beginn) auch der Einsatz körpertherapeutischer Übungen, die eine Aktivierung beinhalten, an. Ebenso kann zu diesem Zeitpunkt eine ressourcenaktivierende Übung hinsichtlich des Themas ‚Genießen‘ eingebunden werden. Hier werden die grundlegenden Genussregeln eingeübt und besprochen. Es wird angeregt, Genussübungen bewusst in den Tagesablauf einzuplanen. Insbesondere kann hier vertieft werden, was die einzelnen am aktiven Genießen hindert, beispielsweise die dysfunktionale Grundannahme, dass Genuss gleichzusetzen sei mit Zeitverschwendung oder Müßiggang. Für die gesamte Dauer der Behandlung sollen die Wochenpläne weitergeführt werden mit dem Ziel, diese auch selbst auszuwerten und in entsprechendes Handeln umzusetzen, das heißt, in die Tagesstruktur positiver Aktivitäten einzubauen.

Daraufhin wird anhand von Beispielen ein kognitives Modell vorgestellt. Dabei sollte die Unterscheidung zwischen äußeren Ereignissen, die nicht unserer Kontrolle unterliegen und inneren Ereignissen (unsere Gedanken), die unserer Kontrolle unterliegen, herausgearbeitet werden. Gleichzeitig wird erklärt, dass viele unserer Gedanken „automatisch“ ablaufen, d. h. diese blitzartig, schnell und reflexhaft ablaufen und uns so vertraut sind, dass wir sie gar nicht mehr bewusst wahrnehmen. Daher ist es notwendig, durch genaue Selbstbeobachtung diese Gedanken wieder dem Bewusstsein zugänglich zu machen (Identifizierung der dysfunktionalen Kognitionen). In dem Zusammenhang erhalten die PatientInnen ein Arbeitsblatt (Tagesprotokoll negativer Gedanken), das in drei Spalten untergliedert ist: Situation, Gedanken, Stimmung/Gefühl (die Stärke soll in einer Prozentangabe dargestellt werden). Für die nächste Stunde sollen nun Situationen sammeln werden, die als deprimierend bzw. belastend erlebt werden und in dem Arbeitsblatt soll eine genaue Beschreibung der Situation, der Gedanken und der Gefühle eingetragen werden.

Dritte Therapiephase:

Vertiefung des Zusammenhangs zwischen inneren Dialogstrategien und depressiven Zuständen sowie Unterstützung des Aufbaus positiver Selbstkommentierungen

Die gesammelten Situationen werden besprochen. Im Vordergrund steht dabei zunächst die Herausarbeitung des Zusammenhangs zwischen den Gedanken und den entsprechenden Emotionen. Es soll deutlich gemacht werden, dass die negativen Selbstkommentierungen in den einzelnen Situationen direkt zu den entsprechenden negativen Gefühlen/Stimmungen führen. Hier kann herausgestellt werden, dass diese Art der Selbstkommentierung eine sehr ‚feindselige Form‘ des Umgangs mit sich selbst darstellt. Im Folgenden sollte herausgearbeitet werden, dass diese Selbstkommentierungen Depressionen auslösen und aufrechterhalten. Dabei wird vermittelt, dass unangemessen stark frühere (negative) Vorerfahrungen auf jetzige Situationen übertragen werden. Die in den Situationen auftauchenden Gedanken sind häufig unangemessen und stellen dadurch, dass die negativen Aspekte überbetont werden, eine Verzerrung der Realität dar.

Im Anschluss werden die gesammelten Situationen nochmals besprochen, alternative (angemessenere) Gedanken bzw. Neubewertungen zu den einzelnen Situationen erarbeitet und in einer vierten Spalte festgehalten. Gleichzeitig soll in einer fünften Spalte das zu diesem alternativen Gedanken entsprechende Gefühl eingeschätzt werden. Die Patientinnen und Patienten erhalten am Schluss der Stunde Arbeitsblätter (5-Spalten-Technik) mit der Aufgabe, in der folgenden Woche erneut Situationen zu sammeln, die sie

belasten. Dabei sollte schon selbst versucht werden alternative Bewertungen der entsprechenden Situationen zu entwickeln.

Die mitgebrachten Arbeitsblätter werden im Hinblick auf die Entwicklung alternativer/angemessenerer Bewertungen der entsprechenden Situationen besprochen. Es ist davon auszugehen, dass bei der Entwicklung alternativer Gedanken noch ausgeprägte Schwierigkeiten bestehen. Diese werden so aufgegriffen, dass der innere Kampf gegen die negativen Gedanken anstrengend und auch immer wieder mit Rückschlägen verbunden ist. Es soll jedoch verstanden werden, dass es sich lohnt, gegen diesen inneren „Feind“ anzukämpfen. Dazu ist es notwendig, dass, sobald negative Stimmungen auftreten, bewusst darüber nachgedacht werden soll, durch welche Gedanken diese hervorgerufen wurden, um so den einen eingespielten Automatismus zu unterbrechen und mögliche freundlichere Neubewertungen den auslösenden Gedanken entgegenzusetzen. In der Folge hilft der Therapeut bzw. die Therapeutin bei der Suche nach alternativen Erklärungen hinsichtlich der negativen Kognitionen. Hier sollte auch möglichst die gesamte Gruppe aktiviert und motiviert werden, bei der Suche nach alternativen Neubewertungen und Einschätzungen mitzuarbeiten.

Die erlernte Technik der Protokollierung negativer Gedanken wird fortgeführt, um automatisierte Gedanken zu erfassen, diese auf ihre Angemessenheit zu überprüfen und Neubewertungen vornehmen zu können. Für den Fall, dass die Suche und Entwicklung alternativer Selbstkommentierungen nicht gelingt, werden konkrete Hilfestellungen, die auf einem Arbeitsblatt festgehalten sind, mitgegeben.

3. Therapeutische und organisatorische Rahmenbedingungen

Die Therapie der Depression stützt sich auf fünf Säulen im Behandlungsprogramm

- das therapeutische Bezugsgruppenmodell, das die große Klinik in überschaubare, quasi-familiäre Einheiten aufteilt (s. Therapeutisches Gesamtkonzept, Jahrreiss, 1990)

-
- den indikativen Therapiebaustein Depressionsbewältigung und dem Genuss-training
 - die körpertherapeutischen Angebote
 - die fitnessangepasste Sport- und Bewegungstherapie
 - die besondere Beachtung des schädlichen Gebrauchs von Alkohol- und/oder suchtpotenten Medikamenten in der Abteilung für psychische und psychosomatische Störungen bzw. der Abhängigkeit von Alkohol und/oder Medikamenten in der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen

Depressive Patientinnen und Patienten profitieren davon in vierfacher Form:

- Das dichte, therapeutisch begleitete Miteinander in der Bezugsgruppe schafft emotional bedeutsame Situationen, die sowohl für eine bedingungsanalytische Diagnostik auf der Mikroebene nutzbar gemacht werden können, als auch vielfältige Möglichkeiten der therapeutischen Intervention bieten. 12 Männer und Frauen bilden eine Bezugsgruppe, d.h. sie wohnen auf einem Flur mit sechs Doppelzimmern (in der Abteilung für psychische und psychosomatische Erkrankungen in 12 Einzelzimmern) und nehmen gemeinsam an der interaktionellen Gruppenpsychotherapie teil. Die Bezugsgruppe durchläuft aber auch teilweise Ergo- und Sporttherapie gemeinsam, so dass ein erweitertes Erfahrungs- und Lernfeld entsteht, das in den gesamten therapeutischen Prozess integriert wird. Realitätsnähe statt steriler Künstlichkeit im therapeutischen Setting erleichtert Veränderungsprozesse und fördert den Transfer des Gelernten auf die poststationären Lebenswelten, in denen sich beweisen muss, wieweit die Therapieerfolge tragen.
- Die indikative Gruppe 'Depression' vermittelt das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell der Depression und den Teufelskreis, wie sich durch automatisierte negative Gedanken und das Rückzugsverhalten die Depression teufelskreisartig aufbaut. In der Gruppe werden situativ wirksame Depressionsbewältigungsstrategien vermittelt, durchgeführt und ausgewertet. Im Genussstraining werden Schritt für Schritt die Elemente des Genießens (Koppenhöfer, 2005) erfahrbar gemacht. Somit wird der Depression entgegen wirkendes positives Erleben systematisch aufgebaut.
- Die körpertherapeutischen Angebote: konzentrierte Bewegungstherapie, Körperwahrnehmung und Körperwahrnehmung für Frauen lassen wieder zusammenwachsen, was zusammengehört, nämlich innere Bewegung wie Kränkung, seelischer Schmerz, Angst, aber auch Freude oder Überschwang einerseits und körperlicher Ausdruck andererseits wie Starrheit, Verkrampfung, Luftnot, aber auch Kraft und Bewegungsfreude. Hierher gehört auch die Musiktherapie, die mit dem Medium „Musik“ neue

Zugänge zu oft verschütteten Lebensquellen wie Kreativität und Ausdruckskraft schafft.

- Die fitnessangepasste Sport- und Bewegungstherapie: Durch die regelmäßige Teilnahme an der individuell (je nach vorliegender körperlicher Fitness und Kondition) festgelegten Sport- und Bewegungstherapie wird deren stimmungsaufhellende Wirkung genutzt. Da es gerade depressiven Patientinnen und Patienten sehr schwer fällt, in Eigeninitiative sportliche Aktivitäten zu entwickeln, kommt diese in der Therapie besondere Bedeutung zu. Hier kann eine angenehm erlebte Gruppenatmosphäre dazu beitragen, neue Erfahrungen zu machen mit dem positiven Einfluss regelmäßiger körperlicher Aktivität. Durch die individuelle Fitnessabstufung können die PatientInnen nach und nach wieder lernen, sowohl Freude an der Bewegung zu empfinden als auch durch ein regelmäßiges Training die Symptome der Depression, wie Anspannung, Unruhe oder Schlafstörungen, günstig zu beeinflussen.
- Die indikative Gruppe 'Umgang mit Alkohol und Medikamenten' beschäftigt sich gezielt mit der Depressionsbewältigung durch Suchtmittel. In der gruppentherapeutischen Arbeit wird den Zusammenhängen nachgespürt, die lieber zum chemischen Helfer greifen lassen, statt sich „menschlichen Sprungtöchern“ anzuvertrauen und sich bei Freunden oder dem Partner Rat und Trost zu holen.
- In der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen werden die vielfältigen Zusammenhänge zwischen der Depression und der Substanzabhängigkeit individuell herausgearbeitet, alternative Verhaltens- und Denkweisen aufgebaut und Rückfallprophylaxe Strategien erprobt.

4. Therapieschwerpunkt 'Depression und Arbeitswelt'

Die Koinzidenz zwischen depressiver Entwicklung und arbeitsweltbezogenen Problemen ist ausgeprägt und bedarf besonderer therapeutischer Aufmerksamkeit:

Für die meisten Menschen stellt ein zufriedenstellender Arbeitsplatz, der Leistung und Broterwerb ermöglicht, eine integrierte Norm der Lebensführung dar, so dass Arbeitsplatzunsicherheiten, Arbeitsplatzprobleme und auch Arbeitslosigkeit nicht nur mit ökonomischen Unsicherheiten einhergehen, sondern auch mit Verletzungen der persönlichen Integrität. Diese Menschen leiden an ihren gebrochenen Lebensläufen, an verlorenen Kämpfen um Anerkennung, leiden an unerfüllten Hoffnungen auf Selbstbestimmung und verweigerten gesellschaftlichen Teilhabebedürfnissen.

Nehmen die Risikofaktoren zeitüberdauernd zu und die protektiven Faktoren ab, kommt es zu Be- und Überlastungen. Je nach Disposition des Individuums führt dies zu latenten oder akuten Krisen, die wiederum mehr oder minder zu untauglichen Bewältigungsversuchen führen. Hierzu zählen Verhaltensweisen wie vermehrtes Rauchen, vermehrte Medikamenteneinnahme, vermehrtes Trinken, ungünstige Ernährung, das Vermeiden von sportlichen und sozialen Aktivitäten. Durch die Dynamisierung dieser Prozesse kommt es zu einer Zunahme dysfunktionalen Verhaltens bis hin zu klinischen Krankheitsbildern wie vor allem der Depression.

Die therapeutischen Hilfen bestehen darin, den lebensgeschichtlichen Rollenkontext möglichst genau zu erfassen und die Lebensplanung auf dem Hintergrund der gesellschaftlichen Konstellationen und der persönlichen Werthaltungen zur reflektieren. Auch müssen verinnerlichte Normen analysiert und verändert werden, um Entwicklung zu ermöglichen. Oft gilt es illusionäre Erwartungen an die Gesellschaft zu korrigieren und fatalistische Grundhaltungen auf eine rationalere Entscheidungsebene zu stellen. Ebenso ist es wichtig, rigide Verhaltensmuster, wie die häufig anzutreffende erlernte Hilflosigkeit über Aktivitäten, die zu Gemeinsamkeitserfahrungen und zur Persönlichkeitsentfaltung führen, aufzulösen.

Es ist notwendig nicht nur defizitorientiert, sondern auch ressourcenaktivierend vorzugehen. Dazu gehören die Förderung von Interessen, des gesundheitsbewussten Verhaltens und die Ermutigung zum prosozialen

Engagement. Selbstverständlich ist es auch nötig, Pathologien wie vor allem depressives, aber auch zwanghaftes und phobisches Arbeitsverhalten therapeutischen Interventionen zuzuführen.

Wenn Gesundheit, Wohlbefinden und Arbeitsfähigkeit eines Menschen in umfassender Weise beeinträchtigt sind, so ist es auch erforderlich, dass die therapeutischer Arbeit in umfassender Weise in Angriff genommen werden muss. Ein solch umfassendes Ziel wird in der therapeutischen Gruppe ‚Problembewältigung am Arbeitsplatz‘ (Baumeister, 2006) angestrebt: Die vielfältigen arbeitsplatzbezogenen Problembereiche werden dort analysiert mit Blick auf die subjektorientierte Mikroebene (psychosoziale Abwehrprozesse wie Gleichgültigkeit und Resignation, kommunikative Inkompetenz, mangelnde Stressresistenz, mangelnde Rollendistanz) mit Blick auf die Mesoebene (Berufs- und Arbeitsethos, kollegiales und soziales Netzwerk, betriebliche Organisationsstrukturen) und mit Blick auf die Makroebene (Arbeitsmarktsituation, ökonomische Ethik). Darauf aufbauend sollen sowohl alternative Denk- und Verhaltensmuster als auch Aktivierung und Reaktivierung individueller Ressourcen im Sinne einer verbesserten arbeitsplatzbezogenen Bewältigungskompetenz etabliert werden. Der Bereich Arbeit, Leistung und Engagement soll defizit- wie auch ressourcenorientiert bearbeitet werden.

Mit den Patienten sollen berufliche Möglichkeiten gefunden werden, die eine realistische Perspektive bieten. Sie sollen befähigt werden, in Zukunft den Belastungen des allgemeinen Arbeitsmarktes entsprechend ihrer individuellen Möglichkeiten besser standzuhalten. Die Lebensplanung wird auf dem Hintergrund der gesellschaftlichen Konstellation und der persönlichen Werthaltung reflektiert. Der private Lebenszusammenhang wird analysiert, da dort vorhandene problematische Konstellationen einen starken Niederschlag auf die berufliche Entwicklung haben können bzw. umgekehrt. Interessen und aktives Engagement sollen gefördert und Erholungsmöglichkeiten erlernt werden. Zu dem Interventionsprogramm gehören keine „Unterrichtsfächer“ wie z.B. das Erlernen von EDV-Kenntnissen, Bewerbungstraining etc. Falls erforderlich werden diese Themenbereiche in anderen Indikativgruppen und im Rahmen der Soziotherapie bearbeitet.

Depressive Patientinnen und Patienten, die unter arbeitsweltbezogenen Problemen leiden, nehmen auch am indikativen Programm ‚Problembewältigung am Arbeitsplatz‘ teil. Bewährt hat sich zu Beginn ein Kurzfragebogen, der die Probleme am Arbeitsplatz wegen des Gesundheitszustandes und die Zufriedenheit mit der Arbeit und dem Privatleben misst. Auch sollte die Selbsteinschätzung abgefragt und erörtert werden, inwieweit berufliche Probleme und Arbeitsplatzbewältigung ein wesentliches Therapieziel darstellen. Es sollte geklärt werden, ob die Behandlungsziele folgende Teilschritte erforderlich

machen: Bewusstseinsarbeit (Klärung der Konflikte, Gewinnung mehrperspektivischer Einsichten, Veränderung dysfunktionaler kognitiver Strukturen, Auflösung narrativer Fixierungen, emotionale Differenzierungsarbeit, Analyse von Kränkungerlebnissen, irrationale Befürchtungen und Enttäuschungsmuster), Ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung (Förderung von Interessen und Freizeitgestaltung, Bildungsmotivation, gesundheitsaktiver Lebensstilführung, prosozialem Engagement).

Im Rahmen eines interaktionellen Gruppenprozesses werden die individuellen Schwierigkeiten depressiver PatientInnen aufgrund arbeitsplatzbezogener Problembedingungen und die Schwierigkeiten wegen persönlichkeitsimmanenter Problemkonstellationen erarbeitet. Besonderes Gewicht erhält der persönliche Bedeutungsgehalt des Erlebens wie z.B. resignatives Verhalten, Enttäuschungswut, Selbstwertdestabilisierung und inadäquates Rollenverständnis inklusive der sich daraus ergebenden Krankheiten bzw. Funktionsbeeinträchtigungen und sozialen Nachteile. Im Rahmen der prozesseleiteten Diagnostik soll exploriert werden, welche Werthaltungen und Verhaltensmuster vorliegen, die das Auftreten von berufsbezogenen Problemen begünstigt haben könnten und welche Bewältigungsstrategien vorrangig gewählt wurden wie z.B. die Einnahme von Suchtmitteln. In einem weiteren Schritt erfolgt die Entwicklung eines Kompetenzprofils (individuelle Stärken und Schwächen), welches sich insbesondere erstreckt auf Merkmale der Persönlichkeitsstruktur wie Selbstorganisation, Konfliktfähigkeit, Teamfähigkeit, Autonomie, Umstellungs- und Veränderungsfähigkeit, Dialogfähigkeit und Ambiguitätstoleranz.

Erweitert wird der psychotherapeutische Kontext durch den Blick auf die salutogenetischen Potentiale (personale, soziale, materielle, professionelle Ressourcen) und auf protektive Faktoren (soziale Unterstützung am Arbeitsplatz, in der Familie, im Freundeskreis), die negative Belastungsfaktoren kompensieren können.

Unter dem Schwerpunkt „Psychosoziale Reflexivität“ wird in der interaktionell geleiteten Gruppe ein wechselseitiger Austausch angeregt, bei welchem geklärt werden soll, welche Fähigkeiten der Einzelne hat um zwischen den Anforderungen der spezifischen Berufswelt und den eigenen Leistungsmöglichkeiten bzw. Leistungsansprüchen zu unterscheiden. In einem weiteren Schritt geht es darum, die Bedeutung der jeweiligen Erlebens- und Verhaltensmuster und ihre biographische Vermittlung aufzuschließen und auf Veränderbarkeit hin zu überprüfen. Konkret geht es um die Bearbeitung von psychosozialen Abwehrprozessen wie Gleichgültigkeit, Resignationstendenzen, innere Kündigung und Unterwerfung.

Unter dem Schwerpunkt „Psychosoziale Handlungsfertigkeit“ sollen Kompetenzen und Performanzen zur praktischen Bewältigung psychosozialer

Belastungen am Arbeitsplatz erarbeitet werden. Hierzu gehören: Die Verbesserung des sozialen und kommunikativen Kompetenz am Arbeitsplatz, die Neuausrichtung von Konfliktstrategien, die Nutzung kollegialer Netzwerke und sozialer Stützsysteme, der Ausbau der Rollendistanz.

Auf dem Hintergrund eines biopsychosozialen Verstehensmodells und einer multifaktoriellen Genese sollen die arbeitsplatzbezogenen Problembereiche im Bezug auf ihre Kognitionen, Emotionen, die Beziehungsgestaltung und Verhaltensmuster verstanden, erkannt und verändert werden. Je nach persönlicher Analyse geht es um folgende Bearbeitungsfoki:

Wie verhält sich der oder die Betroffene in einer spezifischen Konfliktsituation? Welche depressiven Erlebens- und Verhaltensmuster sind im Arbeitshandeln erkennbar? Wie geht er oder sie mit Ärger um? Wie steht es mit seiner und ihrer Kritikfähigkeit? Gab es bzw. gibt es ähnliche Schwierigkeiten an früheren Arbeitsplätzen bzw. auch im Privatleben? Wie konstruiert (bewusst/unbewusst) der oder die Betroffene seine Probleme? Nimmt er oder sie bezüglich der benannten Probleme eine internale oder externale Perspektive ein? Stabilisiert er oder sie durch ungünstige Problembearbeitung sein Problem? Vermeidet er oder sie unangenehme Selbstaspekte? Gehören Suchtmittel zum Bewältigungsverhalten?

Erweiterung erfährt die Therapieperspektive, indem nicht nur ‚Fehlersuche‘ fokussiert, sondern auch ‚Schatzsuche‘ betrieben wird. Welche Potenziale und Ressourcen der Einzelne hat, liegt meist nicht unmittelbar auf der Hand. Im Therapieprozess werden die personalen Ressourcen (Gesundheit, Vitalität, Intelligenz, Bildung, Willenskraft) analysiert, ebenso wie die sozialen Ressourcen (Familie, Freunde, Kollegen), die materiellen Ressourcen (Wohnungsbesitz, Einkommen, Geld) und die professionellen Ressourcen (berufliche Position, Berufserfahrung, Fachwissen). Die so gewonnenen Erkenntnisse werden mit realistischen Zielsetzungen und einer befriedigenden innerseelischen und zwischenmenschlichen Regulationsfähigkeit verknüpft und münden – im günstigen Fall – in die Wiedererlangung oder Stärkung der seelischen Gesundheit. Unter anderem gehören hierzu: Die Fähigkeit zur Lusterzeugung, zur Realitätsprüfung, zur Veränderung der inneren/äußeren Wirklichkeit durch kreatives und innovatives Handeln. Die Fähigkeit zur Gewinnung dieser „Schätze“ liegen häufig im Verborgenen und sollen erschlossen werden. In diesem Zusammenhang geht es darum, den gesamten Alltag inklusive der Freizeitgestaltung auch wieder auf dem Hintergrund persönlicher Werthaltung und bisher unreflektierter Erlebens- und Verhaltensmuster in den Blick zu nehmen.

Im Folgenden werden die Therapieziele des Schwerpunkts ‚Arbeitswelt und Depression‘, nach Inhaltsbereichen geordnet, aufgelistet:

Personenbezogene Interventionen

- Abbau negativer Kognitionen und dysfunktionaler Narrative
- Verbesserung von Problemlösekompetenzen
- Verbesserung der sozialen Kompetenzen
- Veränderung ineffizienter Volutionen
- Veränderung von negativen Emotionen
- Verarbeitung von Krankheitserfahrungen und ihrer psychischen und sozialen Auswirkungen

Kreativtherapeutische Maßnahmen

- Förderung der Bildungsmotivation und des Bildungsverhaltens
- Förderung der Belastungsfähigkeit
- Förderung von Interessen und aktiver Freizeitgestaltung

Netzwerktherapeutische Maßnahmen

- Reaktivierung, Neuaufbau und Pflege des Freundeskreises
- Aufbau des kollegialen Netzwerkes
- Stärkung des familiären Netzwerkes

Metatherapeutische Maßnahmen

- Reflektion der psychosozialen ökonomischen und politischen Hintergründe und Kontexte der Erkrankung
- Bewusstwerden, welche Normen und Werte im eigenen Leben von Bedeutung sind und welche alltagspraktischen und lebensplanenden Auswirkungen sie haben

Alltagspraktische Interventionen

- Abbau von Hektik und Stress
- Delegieren lernen
- Wichtiges von Unwichtigem unterscheiden lernen
- Akzeptanz des Unveränderbaren

Die psychotherapeutische Behandlung depressiver Entwicklungen im Arbeitsalltag unter Einbeziehung persönlichkeitsimmanenter Verhaltens- und Erlebensmuster stützt sich auf mehrere Säulen im Rahmen des Gesamtbehandlungsplanes. Aufgrund der breit gefächerten Komorbidität, der unterschiedlich zur Verfügung stehenden Zeitachsen und der jeweiligen Zumutbarkeitsgrenzen gilt es im Rahmen einer prozessgeleiteten Diagnostik für den einzelnen einen Behandlungsplan mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen adaptiv zu entwickeln. Hierzu gehören: Die Erarbeitung der Psychodynamik von depressivem Arbeitsverhalten, die Rückfallanalyse und die

Rückfallprävention bei Suchtmittelabhängigkeit und der dysfunktionale Suchtmiteleinsatz zur Arbeitsbewältigung im Fall des schädlichen Gebrauchs. Je nach Notwendigkeit auch die therapeutische Fokussierung von Ärgerbewältigung, Schmerzbewältigung, wie auch Hirnleistungstraining. Die Durchführung externer und interner Arbeits- und Belastungserprobungen, die Einleitung von Umschulungsmaßnahmen und die Unterstützung bei Bewerbungsverfahren kommt ggf. hinzu, ebenso wie die Rehabilitationsberatung der Rentenversicherungsträger. Der gesamte Therapieschwerpunkt ‚Problem-bewältigung am Arbeitsplatz‘ wird bei Baumeister (2006) dargestellt.

5 Zuweisungskriterien für die Behandlung in der Abteilung für psychische und psychosomatische Erkrankungen und in der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen

In beiden Abteilung stehen Therapieplätze für Patientinnen und Patienten mit depressiven Erkrankungen zur Verfügung: In der Abteilung für psychische und psychosomatische Erkrankungen werden Patientinnen und Patienten behandelt, die keine manifeste Suchtmittelabhängigkeit aufweisen. Allerdings kann sich bei ihnen durchaus schon ein schädlicher Gebrauch von Alkohol- und/oder suchtpotenten Medikamenten entwickelt haben. Für diesen schädlichen Gebrauch bei psychischen oder psychosomatischen Grunderkrankungen wurde in der Psychosomatischen Abteilung ein störungsspezifisches Programm entwickelt (s. Konzept ‚Schädlicher Gebrauch von Alkohol und/oder suchtpotenten Medikamenten bei psychosomatisch Kranken‘). In der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen werden solche Patientinnen und Patienten behandelt, bei denen zusätzlich zur depressiven Erkrankung eine manifeste Abhängigkeit von Suchtmitteln (Alkohol und/oder suchtpotente Medikamente) vorliegt.

Literatur

- Baumeister; H. (2006) Arbeitsplatzprobleme und Sucht. In: Schuhler, P. & Vogelgesang, M. (Hrsg.) Psychotherapie der Sucht. Lengerich: Pabst
- Dilling, H. & Freyberger, H.J. (2001) Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Huber
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H., Schulte-Markwort, E. (2004) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10. Weltgesundheitsorganisation. Bern: Huber
- Hautzinger, M. (2003) Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Jahrreiss, R. (1990) Gesamtkonzept der Fachklinik Münchwies. St.Ingbert: Westfälische Druckerei
- Koppenhöfer, E. (2005). Die kleine Schule des Genießens. Lengerich: Pabst.
- Schuhler, P. & Vogelgesang, M. (2006) Psychotherapie der Sucht. Lengerich: Pabst.

Die „Münchwieser Hefte“ werden von der Klinik seit 1985 herausgegeben. Im wesentlichen sind darin die Referate der jährlich stattfindenden Münchwieser Symposien niedergelegt, ein Sonderheft enthält Informationen für Angehörige von Suchtpatienten.

Die Reihe „Konzepte“ der Münchwieser Hefte beschreibt unter fortlaufender Aktualisierung in der Klinik entwickelte Behandlungskonzepte bzgl. spezifischer Störungen.

Das Gesamtkonzept der Klinik erscheint weiterhin in der bisherigen Form, d. h. außerhalb dieser Reihe. Es kann – wie die Münchwieser Hefte und die Reihe Konzepte der Münchwieser Hefte – in der Klinik angefordert werden.

In der Reihe „Konzepte“ sind bisher erschienen:

Heft 1 – Pathologisches Glücksspielen

Heft 2 – Stationäre Rückfallprävention als Auffangbehandlung

Heft 3 – Angststörungen

Heft 4 – Therapie der chronischen Schmerzerkrankung

Heft 5 – Bulimia und Anorexia nervosa

Heft 6 – Adipositas permagna

Heft 7 – Traumatherapie

Heft 8 – Aggressive Störungen

Heft 9 – Frauenspezifische Therapieangebote

Heft 10 – Männerspezifische Therapieangebote

Heft 11 – Depressive Störungen

Heft 12 – Schädlicher Gebrauch von Alkohol und Medikamenten

Heft 13 – Einführungstraining in die Psychosomatik

Heft 14 – Medikamentenabhängigkeit

Heft 15 – Problembewältigung am Arbeitsplatz