

Aktuelle Verhaltenstherapie

Heft 13

Depression

Psychosomatische Fachklinik
Bad Dürkheim

Herausgeber: Psychosomatische Fachklinik
Ltd. Arzt
Dr. med. Klaus G. Limbacher
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
Kurbrunnenstraße 12
67098 Bad Dürkheim
Tel. 0 63 22 / 9 34 - 2 59
Fax 2 66

Redaktion: Dipl. Psych. Stefan Leidig
Dr. med. Klaus G. Limbacher

1. Auflage 2004 1000 Exemplare

ISSN

Themenhefte dieser Reihe erscheinen in unregelmäßigen Abständen.

Dr. med. K. Limbacher, Dipl. Psych. Andreas Dehmlow

Schwerpunkte eines integrativen stationären Behandlungskonzeptes für PatientInnen mit depressiven Erkrankungen

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG	9
INDIKATION FÜR EINE STATIONÄRE REHABEHANDLUNG:	10
DIAGNOSTIK	11
KENNZEICHEN DEPRESSIVER ERKRANKUNGEN	12
BEHANDLUNGSKONZEPT	15
Teilnahme an unserer Vortragsreihe „Depressionen bewältigen und vorbeugen“.	15
Festlegung realistischer Behandlungsziele und schrittweises Vorgehen	16
Aufbau angenehmer Aktivitäten.	16
Kognitive Verhaltenstherapie.	17
Euthyme Verfahren („kleine Schule des Genießens“).	18
Rückfallprophylaxe („Notfallkoffer“).	19
Teilnahme am Sportangebot.	19
Einzeltherapie	20
Medikamentöse Therapie	21
Literatur	22

Einleitung

Epidemiologische Studien zeigen die enorme Bedeutung von affektiven Störungen. Die Punktprävalenz für alle depressiven Störungen liegt bei über 10 %, die Lebenszeitprävalenz wird auf 7-18 % geschätzt. Trotz dieser besorgniserregenden Zahlen gibt es jedoch auch genügend Anlass zur Hoffnung, denn es stehen heutzutage wissenschaftlich abgesicherte Möglichkeiten der Behandlung zur Verfügung. So kann die Prognose für die Gesundheit beim Vorliegen einer depressiven Erkrankung als günstig angesehen werden, wobei die Wirksamkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Methoden nicht nur hinsichtlich der Akutbehandlung, sondern besonders auch im Hinblick auf langfristige Ergebnisse gesichert angesehen werden muss. Die Psychosomatische Fachklinik Bad Dürkheim kann auf eine mittlerweile 23-jährige Erfahrung in der stationären Behandlung depressiver Erkrankungen zurückblicken, nach unseren eigenen Diagnosestatistiken erfüllen XX % die Kriterien einer depressiven Erkrankung als Haupt- oder Nebendiagnose.

Eine besondere Herausforderung für unser Gesundheitswesen liegt jedoch nicht nur in der Häufigkeit von depressiven Störungen, sondern in der Tatsache, dass Pat. nach Abklingen der Symptomatik zwar in der Regel ihr altes Funktionsniveau wieder erreichen können, dann jedoch häufig wiedererkranken. Diese Rückfälle werden meist durch manchmal recht harmlose und auch nie gänzlich zu vermeidende negative Stimmungen ausgelöst und recht bald entwickelt sich wieder das Vollbild einer klinisch relevanten Depression mit neuem Leid auf Seiten der PatientInnen und ihren Angehörigen und erneuten Kosten für das Gesundheitswesen durch stationäre und ambulante Behandlungskosten bzw. neue Arbeitsunfähigkeitszeiten. Obwohl die Phasenhaftigkeit ein Kernmerkmal depressiver Erkrankungen darstellt, wird dieser Aspekt in der Fachliteratur erstaunlicherweise eher stiefmütterlich behandelt.

Stationäre Rehabilitation Depressionen kann hier häufig eine wichtige gesundheitspolitische Lücke schließen, da es zu unserem Behandlungsauftrag gehört, nicht nur die akute Symptomatik zu behandeln, sondern explizit die Leistungsfähigkeit langfristig zu erhalten bzw. zu verbessern. PatientInnen sollen angeleitet werden, auch ihre persönlichen Risikofaktoren für eine mögliches Rückfallgeschehen zu erkennen und sie sollen durch ein ressourcenorientiertes Vorgehen befähigt werden, diesen rechtzeitig entgegenzuwirken und somit ihre psychische und körperliche Gesundheit zu erhalten.

Indikation für eine stationäre Rehabilitation:

Beim Vorliegen einer depressiven Störung ergibt sich recht häufig, die Fragestellung, ob eine stationäre Behandlung indiziert ist. Die Zuweisung für eine stationäre Rehabilitation sollte in folgenden Fällen in Betracht gezogen werden:

- Nicht ausreichendes Ansprechen oder auch Verschlechterung unter ambulanten Behandlungsbedingungen.
- Vorliegen zusätzlicher psychiatrischer oder somatischer Erkrankungen.
- Weitgehende oder sich abzeichnende Unfähigkeit zur Bewältigung der beruflichen oder alltäglichen Anforderungen durch die Schwere der Symptomatik (z.B. Antriebshemmung).
- Belastende Faktoren im sozialen Umfeld oder plötzliches Wegfallen von (sozialen) Stützsystemen.
- Häufung von Arbeitsunfähigkeitszeiten.
- Häufung von depressiven Episoden im Krankheitsverlauf als Hinweis auf mangelnde Kompetenz zur Verhinderung von Rückfällen..

Kontraindikationen für eine stationäre Behandlung in der Psychosomatischen Fachklinik Bad Dürkheim sind akute Suizidalität oder psychotische Wahrnehmungen, die eine stationäre psychiatrische Behandlung nahe legen. Das gleichzeitige Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung stellt ebenfalls eine Kontraindikation dar.

Diagnostik

Nach der gültigen internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD 10) wird nicht mehr - wie früher üblich - nach den (vermuteten) Ursachen für das Vorliegen der Erkrankung unterschieden, sondern ausschließlich nach Verlauf und Schweregrad.

So wird das Vorliegen einer einzelnen Krankheitsepisode von der sogenannten rezidivierenden depressiven Störung mit phasenhaftem Verlauf unterschieden. Darüberhinaus spricht man von einer anhaltenden (chronischen) Erkrankung (mit meist milderer Symptomatik), wenn die depressive Verstimmung mehrere Jahre andauert. Abgegrenzt von depressiven Störungen i.e.S. werden diejenigen Erkrankungen, die bipolar verlaufen. Wenn jemals eine manische/hypomanische Phase vorlag, dann wird eine bipolare Störung diagnostiziert. Wenn organische Faktoren die depressive Episode hervorgerufen haben, wird die Depression den organisch bedingten affektiven Störungen zugeordnet.

Der Schweregrad wird in Abhängigkeit von der Anzahl der vorliegenden Symptome eingeschätzt.

Kennzeichen depressiver Erkrankungen

Unabhängig davon, was zur Entstehung einer depressiven Erkrankung beim einzelnen Patienten beigetragen hat (biologische Faktoren, frühere oder aktuelle Konflikte, Verlusterfahrungen, Enttäuschungen, Überforderungen, etc.), leiden depressive Menschen mehr oder minder stark unter einem oder mehreren der folgenden Symptome:

Gefühl und Stimmung

Betroffene Pat. fühlen sich niedergeschlagen, sie klagen über eine gedrückte oder traurige Stimmung, empfinden Angst und innere Unruhe, Schwermut oder Verzweiflung, sind entweder mürrisch und reizbar, müssen viel weinen oder verspüren eine dumpfe Gleichgültigkeit, innere Leere bzw. ein „Gefühl der Gefühllosigkeit“.

Denken und Bewertung

Das Denken ist mühsam und verlangsamt, die Gedanken drehen sich im Kreis oder drängen sich in zwanghafter Weise auf. Im Vordergrund stehen Grübeln, Selbstzweifel, Schuld, unangenehme Erinnerungen, pessimistische Erwartungen, Lebensüberdross. Die Zukunft erscheint schwarz, Depressive trauen sich kaum noch etwas zu, haben Versagensängste und bewerten die eigenen Fähigkeiten negativ. Die Konzentration und das Gedächtnis werden als beeinträchtigt erlebt.

Antrieb und Motorik

Antrieb, Wille und Entschlusskraft sind gehemmt. PatientInnen fühlen sich schwunglos, wie gelähmt oder aber zwiespältig und hin- und hergerissen. Entscheidungen können nur schwer getroffen werden, man kann sich kaum zu Neuem aufraffen. Schon am Morgen kann der Tag wie ein Berg vor einem stehen. Die Bewegungen sind verlangsamt, die Körperhaltung ist

schlaff und gebeugt, die Stimme leise und monoton. Mimik und Gestik können verarmen. Es gibt aber auch das Gegenteil: Manche Depressive sind sehr klagsam, stehen unter ständiger Anspannung, fühlen sich getrieben und voll rastloser, quälender Unruhe.

Körperliche Begleiterscheinungen

In der Regel bestehen Schlafstörungen und Appetitlosigkeit. Manche verspüren Mundtrockenheit oder ein Kloßgefühl im Hals. Häufig entwickelt sich ein ungewollter Gewichtsverlust, seltener eine Gewichtszunahme aufgrund von „Frustessen“. Schmerzzustände verschiedenster Art können auftreten, bevorzugt im Kopfbereich (Kopfdruck) oder in der Brust (Herzbe-klemmung oder Atembeschwerden), ebenso kann es aber auch zu Schmerzen in den Gelenken, Muskeln und anderen Organen kommen. Störungen im Bereich der Verdauungsorgane sind keine Seltenheit, in der Regel ist auch das sexuelle Verlangen herabgesetzt oder aufgehoben.

Depressive Erkrankte leiden unter sich selbst und fühlen sich ihren Beschwerden gegenüber wehrlos. Sie gehen davon aus, wenig oder keinen Einfluss auf ihr Befinden zu haben. Häufig stellt sich ein Gefühl des Ausgeliefertseins und der Ohnmacht ein. Erfolglos wird nach Gründen und Erklärungen gesucht, die Hoffnung auf Veränderung dieses Zustands schwindet. Die soziale Kontaktfähigkeit reduziert sich, Lebensfreude und Leistungsfähigkeit gehen verloren. Schwer depressive Menschen können sich von der Wirklichkeit, die sie unerträglich finden, und letztlich auch vom Leben abwenden.

Diese oben genannten Symptome können in mannigfachen Konstellationen auftreten. Außerdem unterscheiden sich depressive Erkrankungen hinsichtlich des Schweregrades und im Verlauf: es gibt sowohl einzelne Krankheitsepisoden, aber auch Erkrankungen mit phasenhaftem Verlauf. Von dem Schwere

grad der Beschwerden wird es abhängig sein, ob eine medikamentöse Begleitbehandlung notwendig ist.

Behandlungskonzept

Am Anfang einer Behandlung depressiver Erkrankungen steht die umfassende Information über die Krankheit und deren Behandlungsmöglichkeiten sowie die Erarbeitung eines individuellen Störungsmodelles. Je nach Art der Erkrankung (einmalige depressive Phase, wiederholte Krankheitsphasen oder anhaltende depressive Verstimmungen), nach Schweregrad sowie nach Entstehungsbedingungen wird der Bezugstherapeut einen Behandlungsplan gemeinsam mit den PatientInnen festlegen. Auch wird eine Entscheidung getroffen, ob neben den psychotherapeutischen Maßnahmen eine medikamentöse Behandlung erfolgen soll.

Folgende therapeutische Methoden und Prinzipien werden bei unseren depressiven PatientInnen zum Einsatz kommen.

Teilnahme an unserer Vortragsreihe „Depressionen bewältigen und vorbeugen“.

Depressive Erkrankungen gehören zu den häufigsten Störungsbildern in der Psychosomatischen Fachklinik Bad Dürkheim. Auch wenn die Wege in die Depression von Pat. zu Pat. sehr unterschiedlich sein mögen, gibt es doch eine Reihe bewährter therapeutischer Methoden, die geeignet sind, aus der Erkrankung herauszukommen. Neben der Vermittlung von sachlichen Informationen zu dem Krankheitsbild (was ist eigentlich eine Depression? Wie unterscheiden sich diese von normalen Verstimmungen?) Wir vermitteln einen Überblick über die Behandlungsmethoden in einer Vortragsreihe, die einmal wöchentlich stattfindet und insgesamt 5 Wochen dauert. Wir konnten feststellen, dass unsere Pat. dieses Angebot sehr gerne annehmen. Es erleichtert den Einstieg in die Therapie, da Pat. hier zunächst einmal feststellen können, dass sie nicht alleine mit dieser Erkrankung sind. Neue PatientInnen treffen auf „Fortgeschrittene“, sie können hier zunächst einmal zuhören, anhand einer Vielzahl von Beispielen Parallelen zur eigenen Situation erkennen und dann ganz individuell für sich heraus

finden, mit welcher Methode sie Erfahrungen sammeln möchten.

Festlegung realistischer Behandlungsziele und schrittweises Vorgehen

Depressive Menschen leiden neben einer Vielzahl anderer Beschwerden u.a. an einer enormen Antriebslosigkeit und Erschöpfbarkeit, d.h. sie sind in ihrer Leistungsfähigkeit deutlich eingeschränkt. Gleichzeitig sind sie jedoch nicht selten sehr gewissenhafte, skrupulöse und leistungsorientierte Menschen, was dazu führt, dass sie sich selbst oft wegen ihrer Erkrankung anklagen und versuchen „sich zusammenzureißen“. Dies führt in aller Regel dazu, dass sie ihren jetzigen krankheitswertigen körperlichen und psychischen Zustand nicht berücksichtigen und sich deshalb maßlos überfordern. Sie erreichen ihre selbstgesteckten überhöhten Ziele nicht, was zu einer weiteren Enttäuschung und zu einer weiteren Erschöpfung führt. Nicht selten gelangen sie deshalb zu der Überzeugung, dass „es ja doch keinen Zweck mehr hat“.

In der Behandlung versuchen wir diesem Teufelskreis von Anbeginn an entgegenzuwirken, indem wir die PatientInnen anlernen, nur solche Ziele zu verfolgen, die „positiv, realistisch, konkret und v.a. durch sie selbst erreichbar“ sind“. Gleichzeitig regen wir sie zu einem gestuften Vorgehen an, so dass die PatientInnen die Behandlung nicht als einen weiteren Beleg ihrer langen Kette von Misserfolgen erleben, sondern in der stationären Therapie Erfolge erleben, die sie auf ihr eigenes Tun zurückführen können. Dies und das Verständnis der Depression als eine behandelbare Erkrankung mit guter Prognose verhilft den betroffenen PatientInnen, dass sie sich in ihrem Zustand, den sie ohnmächtig bekämpfen, als von anderen angenommen erleben können, ohne mit weiteren Schuldgefühlen reagieren zu müssen.

Aufbau angenehmer Aktivitäten.

Da depressive Menschen unter einer traurigen Verstimmtheit, an einer Antriebshemmung und Erschöpfbarkeit leiden, nicht selten zusätzlich Angstsymptome entwickeln, ziehen sie sich gewöhnlich zurück und tun genau diejenigen Dinge nicht mehr, die ihnen früher Spaß und Freude bereitet haben. Sie übersehen hierbei jedoch, dass genau dieser soziale Rückzug – wenn er denn lange genug andauert – die Depression auch aufrechterhalten kann. Es fehlt ihnen dann nämlich auch an genau den angenehmen Erfahrungen und Erfolgserlebnissen, die normalerweise auch zu einer positiven Beeinflussung der Stimmungslage beitragen können. In der Therapie wird zunächst einmal der Zusammenhang zwischen Stimmung und Inaktivität erklärt. Dann werden PatientInnen ermutigt wieder angenehme Aktivitäten in ihren Alltag einzuführen und zwar so, dass sie sich nicht überfordern, sondern wirklich auch Erfolgserlebnisse haben, die dann zu einer positiven Stimmungsveränderung beitragen können. Unsere PatientInnen nutzen hier die vielfältigen Angebote der Sportabteilung oder der Ergotherapie, aber auch der sich im Klinikrahmen ergebende soziale Kontakt zu anderen Menschen ist geeignet, wieder auf andere Gedanken zu kommen. Das wichtigste Prinzip bei der Einführung angenehmer Aktivitäten ist, dass jeder Pat. zunächst für sich persönlich herausfinden darf, welche Aktivitäten angenehm sind und welche nicht und dann in einem zweiten Schritt eine sinnvolle Mischung findet zwischen unangenehmen (aber manchmal halt notwendigen) Aktivitäten einerseits und angenehmen, nicht erschöpfenden Handlungen andererseits.

Kognitive Verhaltenstherapie.

Nicht nur Inaktivität kann eine Depression fördern bzw. aufrechterhalten. Auch die Beobachtung, dass die Art des Denkens auf eine besondere Weise verändert ist, findet in der Therapie Beachtung: einerseits neigen depressive Menschen zum zirkulären und oft sehr quälend erlebten Grübeln, andererseits ändern sich auch die Inhalte der Gedanken. Dies geschieht schlei

chend ohne dass den Kranken dies bewusst ist und noch schlimmer, sie sind von dem Wahrheitsgehalt dieser meist negativen Gedanken überzeugt und ziehen hierzu keinerlei Alternativen in Betracht, so wie Gesunde es tun würden. Ziel der kognitiven Technik ist es, dass unsere PatientInnen erkennen, dass ihre Art zu denken die Depression verstärkt und dass ihre Beobachtung und Schlussfolgerungen unrichtig sein können. Voraussetzung hierfür ist es, ausreichende Informationen zu gewinnen, um einen Zugang zur Welt der PatientInnen zu finden und um zu erfahren, auf welche Weise die Welt organisiert. Wichtig zu wissen ist, dass unsere PatientInnen nicht zu einem falschen Optimismus veranlasst werden sollen. Stattdessen sollen sie lernen eine richtigere Beschreibung und Analyse des Sachverhaltes zu geben, sie sollten die gleichen Maßstäbe wie gesunde Menschen finden. Dies bedeutet also, dass zuerst automatische depressionsfördernde Gedanken identifiziert werden sollen, diese daraufhin auf ihren Realitätsgehalt überprüft werden sollen und erst dann nach angemesseneren Gedanken gesucht werden soll.

Euthyme Verfahren („kleine Schule des Genießens“).

Da der Krankheitsbegriff „Dysthymia“ die Neigung zu chronisch depressiven Verstimmungen beschreibt, ist Euthymie das Gegenteil: euthyme Verfahren behandeln nicht die Krankheit, sondern widmen sich der Stärkung und Ausweitung von gesunden und gesundheitsfördernden Verhaltensweisen. Sehr positive Erfahrungen in der Depressionsbehandlung haben wir gemacht, wenn unsere PatientInnen lernen (wieder) auf ihre Sinneswahrnehmungen (Hören, Sehen, Schmecken Riechen, Tasten) zu achten. Wir nennen dies unsere „kleine Schule des Genießens“. Dies hat nicht nur einen stimmungsverbessernden und entspannenden Effekt, sondern unterstützt gleichzeitig auch die anderen Elemente der Depressionsbehandlung. Wenn es uns erst einmal gelungen ist, durch diese im Übrigen sehr angenehmen und jederzeit durchführbaren Übungen die Be

findlichkeit zu verbessern, fällt es z.B. auch viel leichter, sich wieder an angenehme Erlebnisse zu erinnern und auch Alternativen zu den ansonst meist negativen Bewertungen unseres Alltags zu finden (s. kognitive Verhaltenstherapie).

Rückfallprophylaxe („Notfallkoffer“).

Obwohl depressive Störungen zu den psychischen Erkrankungen zählen, die erfahrungsgemäß gut behandelt werden können und somit eine gute Prognose haben, gehören sie aber auch zu den Erkrankungen, die oft phasenhaft verlaufen, d.h. im ungünstigen Fall kann es zu einer erneuten Verschlechterung kommen, einem „Rückfall“. Insbesondere in einer Rehabilitationsklinik möchten wir unsere PatientInnen natürlich auch dazu befähigen, einem solchen entgegenzuwirken und damit zu einer langfristigen Gesundheit beizutragen. Sicherlich ist in vielen Fällen eine ambulante psychotherapeutische oder psychiatrische Weiterbehandlung notwendig, aber schon in der Klinik können einige wichtige Vorbereitungen getroffen werden. Da wir wissen, dass schwere Depressionen sich oftmals im Anschluss an leichtere Verstimmungen entwickeln, die sich ja im Alltag nicht gänzlich vermeiden lassen und auch zu einem gesunden Leben dazugehören, ist es außerordentlich wichtig, dass PatientInnen erkennen, wann sie gefährdet sind, eine neue depressive Phase zu entwickeln und welche Maßnahmen dann nötig werden. Noch vor der Entlassung werden mit unseren PatientInnen solche Möglichkeiten individuell erarbeitet, gelegentlich sprechen wir von einem „Notfallkoffer“. Dieser enthält i.d.R. Techniken, die während des stationären Aufenthaltes erlernt wurden in Kombination mit genauen Empfehlungen, wie diese auch zu Hause angewandt werden können.

Teilnahme am Sportangebot.

Forschungsergebnisse belegen, dass körperliche Betätigung im Gehirn eine ganze bestimmte Form von Hormonen freisetzt, die

sogenannten Endorphine. Diese haben eine beruhigende, angstlösende und stimmungsverbessernde Wirkung und sind obendrein frei von unerwünschten Nebenwirkungen. Aus diesem Grunde ist die Teilnahme an unserem Sportangebot ein ganz wesentlicher Bestandteil unseres Therapieprogramms, obendrein wird hierdurch das körperliche Wohlbefinden automatisch verbessert. Bei unseren Empfehlungen nehmen wir natürlich Rücksicht auf den aktuellen körperlichen und psychischen Zustand unserer PatientInnen, denn auch hier gilt der Grundsatz: Aktivierung ist notwendig, eine Überforderung ist jedoch gleichzeitig zu vermeiden, da dies automatisch zu einem Misserfolg führen würde und es ist ja genau dies, was wir in der Regel vermeiden wollen.

Einzeltherapie

Obwohl sich das Krankheitsbild in einer akuten depressiven Phase oft ähnelt, können die Wege und Probleme, die schließlich zur Ausbildung der Erkrankung führten sehr unterschiedlich sein. In der Einzeltherapie erhalten die PatientInnen die Möglichkeit, diese „Hintergrundprobleme“ zu analysieren und neue Problembewältigungen zu erarbeiten. Häufig entstehen Depressionen infolge von Verlusterlebnissen (z.B. Tod oder Trennung von Bezugspersonen, Arbeitsplatzverlust), infolge von Änderungen der Lebenssituation (z.B. Berentung, Beförderung, Heirat, Geburt oder Auszug von Kindern), infolge von chronischen Konfliktsituationen (mangelnde Anerkennung von Familie; Freundeskreis oder am Arbeitsplatz) oder auch weil Menschen einfach nicht über diejenigen sozialen Kompetenzen verfügen, die notwendig sind, um Kontakte herzustellen bzw. aufrechtzuerhalten (z.B. soziale Ängste).

Nach der Analyse eines persönlichen Krankheitsmodells erhalten unsere PatientInnen dann Gelegenheit, für diese Problem-bereiche realistische und für sie akzeptable Lösungen zu erarbeiten. Oftmals brauchen sie Unterstützung in der Bewältigung von Scham- oder Schuldgefühlen, sie können ihre Kommunika

tionsfähigkeit oder ihre sozialen Kompetenzen verbessern oder Methoden zur Steigerung des Selbstwertgefühles erlernen. In der Regel werden ein oder zwei relevante Änderungsziele formuliert. Wichtig ist, dass der Bezugstherapeut/die Bezugstherapeutin ein der aktuellen Schwere des Krankheitsbildes angemessene vorgehensweise der Therapie festlegt. Insbesondere bei schwereren Erkrankungen wird darauf geachtet, dass nicht Schuldgefühle durch belastendere Therapieformen (wie z.B. Paartherapie) verstärkt werden, auch die Auswahl der möglichen Gruppentherapien wird sorgfältig getroffen.

In der Einzeltherapie wird auch überprüft, ob zusätzliche krankheitswertige körperliche oder psychische Erkrankungen vorliegen, die einer Mitbehandlung bedürfen, ggf. wird die Teilnahme an ergänzenden Therapiebausteine empfohlen (z.B. Soziotherapie, Krankengymnastik, Angstbewältigungsgruppe).

Medikamentöse Therapie

Sowohl psychotherapeutische Verfahren als auch die medikamentöse Behandlung haben sich als wirksam erwiesen. Die Frage, ob neben den skizzierten psychotherapeutischen Methoden auch Antidepressiva verordnet werden, hängt zunächst einmal von der Schwere der Symptomatik ab. Generell kann gesagt werden, dass die Gabe von Antidepressiva bei schweren Erkrankungsformen indiziert ist, bei leichten und mittelgradigen Formen kann dies nicht so leicht festgelegt werden. Die Indikation für Antidepressiva wird hier auch von den Präferenzen der Betroffenen abhängig sein, ggf. auch von den Vorerfahrungen und den Verträglichkeiten (Nebenwirkungen). Wichtig ist, dass unsere PatientInnen in den notwendigen Abwägungsprozess einbezogen werden.

Literatur

- Beck A.T. et al.: Kognitive Therapie der Depression. 5. Aufl, Beltz, 1996.
- Berger, M. Affektive Erkrankungen. In: M. Berger (Hrsg.). Psychiatrie und Psychotherapie. Urban & Fischer, 2000.
- de Jong-Meyer R.: Der Beitrag psychologischer Konzepte zum Verständnis depressiver Erkrankungen. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 1992, Bd XXI, Heft 2 133-155.
- Dt. Gesellschaft f. Psychotherapeutische Medizin (DGPM), Dt. Ges. f. Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), Dt. Kollegium f. Psychosomatische Medizin (DKPM), Allgem. Ärztliche Ges. f. Psychotherapie (AÄGP) (2002): Psychotherapie der Depression. Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). AWMF-Leitlinienregister Nr. 051/023. Letzte Aktualisierung April 2002.
- Hautzinger M.: Depression (Reihe: Fortschritte der Psychotherapie). Göttingen Hogrefe, 1998.
- Hautzinger M. (Hrsg.): Verhaltenstherapie bei Depressionen. Röttger-Schneider, 1994.
- Hautzinger M., Stark, Treiber: Kognitive ,Verhaltenstherapie bei Depressionen. Behandlungsanleitung und Materialien. 4. Auflage Psychologie Verlags Union 1997.
- Hoffmann N. & Hoffmann B.: Verhaltenstherapie bei Depressionen. Pabst, 2001
- Koppenhöfer E. & Lutz, R.: Therapieprogramm zum Aufbau positiven Erlebens und Handelns bei depressiven Patienten, 1985
- Kosarz P, Dehmlow A. et.al. Die Depressionsgruppe in der stationären Behandlung. Unveröffentl. Manual. Bad Dürkheim 1990.
- Limbacher K.: Gruppentherapie bei Depressionen in der stationären Verhaltenstherapie. In: M. Zielke et al. (Hrsg.): Angewandte Verhaltensmedizin in der Rehabilitation.Lengerich: Pabst, 2001
- Schramm, E.: Interpersonelle Therapie, Schattauer, 1996
- Segal Z, Williams M., Teasdale J.: Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse. New York, Guilford, 2002.
- Sulz Serge K.D.(Hrsg): Verständnis und Therapie der Depression. Ernst Reinhard Verlag, 1985

Literaturempfehlungen für Betroffene oder deren Angehörige:

- Nicolas Hoffmann/Birgit Hofmann(2002): Depression. Informationsmaterial für Betroffene und Patienten. Pabst.
- M. Hautzinger (1999): Patientenbroschüre Depression. Göttingen: Hogrefe