

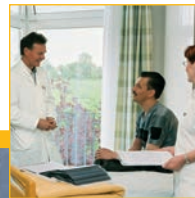


AHG Klinik Schweriner See

Klinik für Psychosomatische Medizin,
Psychotherapie und Suchtmedizin

Heft 1

Depressive Störungen



Herausgeber: Dr. med. Thomas Fischer

Chefarzt

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie - Psychotherapie
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Sozialmedizin

Am See 4

19069 Lübstorf

fon: 0 38 67.9 00 - 165

fax: 0 38 67.9 00 - 600

fkshwerin@ahg.de

www.klinik-schweriner-see.de

www.ahg.de/schwerin

Redaktion: Dr. phil. Bernd Sobottka

Dr. med. Thomas Fischer

7. Auflage, November 2009, 500 Exemplare

ISSN 1433-3163 „Angewandte Verhaltenstherapie“ (Print)

ISSN 1619-4411 „Angewandte Verhaltenstherapie“ (Internet)

Themenhefte dieser Reihe erscheinen in unregelmäßigen Abständen.

Volker Prempel, Bernd Sobottka

Depressive Störungen

Ansprechpartner für den Bereich Depressive Störungen:
Dr. phil. Bernd Sobottka, Leitender Psychologe

Telefonische Sprechzeit:
Donnerstag 14:30 - 15:30 Uhr
fon: 0 38 67 .9 00 - 161
fax: 0 38 67 .9 00 - 600
bsobottka@ahg.de

Außerhalb dieser Sprechzeit erreichbar unter:
fon: 0 38 67 .9 00 - 165

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
Diagnosen und Problembereiche	6
Therapeutische Prinzipien	8
Therapieziele	10
Therapiebausteine	11
Literatur	13

Einleitung

Eine depressive Stimmungslage als Antwort auf gravierende Lebensereignisse oder chronische Belastungssituationen ist eine bekannte und nachvollziehbare menschliche Reaktionsweise. Die Grenze zwischen „normalen“ Reaktionen und den als klinisch auffällig zu betrachtenden Symptomen ist fließend. Depressive Störungen sind gekennzeichnet von Niedergeschlagenheit, Interessenverlust, Hoffnungslosigkeit und Antriebsmangel. Häufig treten auch Ängstlichkeit und erhöhte Ermüdbarkeit sowie unterschiedliche somatische Symptome bei den Betroffenen auf. Schweregrad, Verlauf und zeitliche Dauer können sehr unterschiedlich sein. Der Zusammenhang mit der Lebenssituation- und -geschichte der Betroffenen ist häufig gut nachvollziehbar, teilweise ist diese Verbindung jedoch sowohl für die Patienten wie für Behandler kaum erkennbar. Depressive Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen. Die Prävalenzrate liegt für Männer bei 2 - 3%, für Frauen bei 4 - 7% der Bevölkerung. Das Lebenszeitrisiko, an einer Depression zu erkranken, ist mit einer Wahrscheinlichkeit von 12 - 16% bei Männern und von 20 - 26% bei Frauen als recht hoch einzuschätzen.

Diagnosen und Problembereiche

Um eine Zuordnung und Identifizierung der vielfältigen klinischen Erscheinungsbilder zu gewährleisten, unterteilt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrem Klassifikationssystem für psychische Störungen (ICD-10) die depressiven Störungen hinsichtlich verschiedener, definierter Kriterien:

- Unterscheidung einzelner depressiver Episoden von wiederholt auftretenden episodischen Störungen (Auftreten mehrerer depressiver Episoden oder Wechsel zwischen depressiven und manischen Phasen)
- Einschätzung des *Schweregrades* der aktuellen depressiven Erkrankung
- Vorhandensein eines sogenannten „*somatischen Syndroms*“ (Interessenverlust, Anhedonie, Morgentief, psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit, Appetit-, Gewichts- und Libidoverlust). Dieses als „somatisch“ gekennzeichnete Syndrom ist in der Literatur auch mit den Begriffen „melancholisch“, „vital“, „biologisch“ oder „endogenomorph“ umschrieben worden.

Vor diesem Hintergrund können nach der ICD-10 im Wesentlichen folgende *Störungsbilder* mit depressiven Symptomen voneinander abgegrenzt werden:

- Bipolare affektive Störung („manisch-depressive Erkrankung“), ICD-10: F31
- Depressive Episode, ICD-10: F32
- Rezidivierende depressive Störung, ICD-10: F33
- Dysthymia („depressive Neurose“), ICD-10: F34.1
- Angst und depressive Störung, gemischt, ICD-10: F41.2
- Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion, ICD-10: F43.2

Menschen, die unter klinisch relevanten depressiven Zuständen leiden, klagen meist mehr oder minder stark über eines oder mehrere der folgenden Symptome:

- *Gefühl und Stimmung*: Sie fühlen sich schwermütig, klagen über eine gedrückte oder traurige Stimmung, empfinden Angst und innere Unruhe, sind mürrisch, gereizt und verspüren eine dumpfe Gleichgültigkeit, ein „Gefühl der Gefühllosigkeit“. Handlungsunfähigkeit und Hilflosigkeit werden bei reduziertem Selbstvertrauen erlebt.
- *Denken und Bewertung*: Das Denken ist mühsam und langsam, die Gedanken drehen sich im Kreis. Im Vordergrund stehen Grübeln, eine innere Leere, pessimistische Gedanken, die Zukunft erscheint schwarz, sie trauen sich kaum noch etwas zu, die eigenen Fähigkeiten werden negativ bewertet.

- *Antrieb und Motorik:* Die Betroffenen können sich nur schwer entschließen, etwas zu tun, sie fühlen sich hin- und hergerissen sowie schwunglos. Entscheidungen können nur noch schwer getroffen werden, sie können sich kaum zu Neuem aufraffen. Die Bewegungen sind verlangsamt, sie gehen gebeugt, die Stimme ist leise und monoton. Es tritt aber auch das Gegenteil auf: Sie fühlen sich getrieben, unruhig, unter ständiger Anspannung stehend.
- *Somatische Beschwerden:* In der Regel leiden die Patienten unter Schlafstörungen und Appetitlosigkeit. Durch Ab- oder Zunehmen kommt es zu deutlichen Gewichtsveränderungen, häufig treten auch Schmerzzustände verschiedener Art auf, bevorzugt im Kopfbereich. Es sind jedoch auch Schmerzen in den Gelenken, Muskeln und anderen Organen zu finden. Herz- und Atembeschwerden können hinzukommen. Die Aufmerksamkeit ist vermindert, Konzentrationsstörungen werden beklagt. Störungen im Bereich der Verdauungsorgane sind keine Seltenheit. In der Regel ist das sexuelle Verlangen herabgesetzt.

Die Betroffenen erleben sich den Symptomen ausgeliefert und haben den Eindruck, keinen oder nur einen geringen Einfluss auf ihr Befinden zu haben. Häufig stellt sich ein Gefühl des Gelähmtseins und der Machtlosigkeit ihrem Zustand gegenüber ein. Sie suchen nach einem Grund und haben das Gefühl, nichts tun, nichts verändern zu können.

Durch die depressive Symptomatik wird ein Kreislauf in Gang gesetzt, der die Symptome verstärkt. Unlust und Antriebslosigkeit, innere Leere und allgemeine Interessenlosigkeit führen dazu, dass die Betroffenen sich von anderen zurückziehen. Sie geben den Kontakt zu anderen, körperliche Betätigung, Hobbys und Freizeitaktivitäten auf. Häufiges Alleinsein, Einsamkeit und sozialer Rückzug sind die Folgen. Im Denken und Bewerten richtet sich die Auswahl nur noch auf das Negative. Gute Erfahrungen und Leistungen werden gering geschätzt oder gar nicht mehr wahrgenommen. Negative Erlebnisse und Ereignisse beherrschen das Denken. Alles erscheint ihnen in einem negativen Licht, die Erinnerung ebenso wie die Gegenwart und die Zukunft. Überhöhte Anforderungen an sich selbst, gelegentlich auch an andere oder an bestimmte äußere Umstände, machen eine positive Bewertung der eigenen Fähigkeiten oder der eigenen Lebenssituation nahezu unmöglich.

Therapeutische Prinzipien

Die hohe *Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Verfahren* bei der positiven Beeinflussung depressiver Zustandsbilder wird inzwischen durch eine Vielzahl von empirischen Studien belegt (z. B. HAUTZINGER et al. 1996). Hinsichtlich kurzfristiger Wirksamkeit treten im Vergleich zwischen medikamentöser Behandlung und psychotherapeutischen Methoden nur geringfügige Unterschiede auf. Im Hinblick auf langfristige therapeutische Effekte nach Beendigung der Behandlung erweisen sich die verhaltenstherapeutischen Methoden als am effektivsten.

Im Rahmen klinischer Forschung sind von der Verhaltenstherapie verschiedene *Erklärungsansätze* zur Entstehung und Aufrechterhaltung eines depressiven Syndroms bzw. einzelner depressiver Symptome entwickelt worden. Bestimmte Symptomanteile werden als auslösend oder aufrechterhaltend für die depressive Störung betrachtet. Als entscheidende Einflussgrößen werden das *Verhalten* einer Person (Art und Umfang von Aktivitäten, Pflege von sozialen Kontakten), ihre *Kognitionen* (typische Gedankengänge und Bewertungen von Ereignissen) und ihr Umgang mit Gefühlen (Wahrnehmung und Ausdruck von Gefühlen, Gefühlsausdruck im sozialen Kontakt) angesehen.

Zwei Erklärungsansätze und die daraus abgeleiteten therapeutischen Prinzipien haben sich empirisch und klinisch besonders gut bewährt. Es handelt sich um das Verstärkungstheoretische Modell von LEWINSOHN (1974) und um das Kognitionstheoretische Modell von BECK (1996).

Die Grundannahmen des *Verstärkungstheoretischen Modells* sind, dass eine zu geringe Anzahl von positiv erlebten, verstärkenden Aktivitäten und eine zu hohe Anzahl negativer, belastender Ereignisse und Aktivitäten auslösend für Depressionen sind. Depressives Erleben und Verhalten wird begleitet von Antriebslosigkeit und sozialem Rückzug. Das hat zur Folge, dass sich die Möglichkeit für positiv (verstärkend) erlebte Aktivitäten und Erlebnisse weiter reduziert und der Betroffene noch tiefer in die Depression hineingerät.

Depressives Verhalten wird oftmals aufrechterhalten durch die Art der Bestätigung (Verstärkung) wie Anteilnahme, Hilfe, Sympathie, die der Patient kurzfristig durch die (meist engere) soziale Umwelt erhält. In der Therapie wird gezielt das eigene *Aktivitätsniveau* der Patienten erhöht, die Möglichkeiten zu positiven Erfahrungen mit sich selbst und im sozialen Kontakt werden wieder aufgebaut.

Die zentrale Aussage des *Kognitionstheoretischen Modells* ist, dass depressive Störungen wesentlich mitverursacht und aufrechterhalten werden durch negative

Gedankengänge. Die eigene Person, die Umwelt und die Zukunft werden negativ gesehen. Der Depressive beschäftigt sich immer wieder mit negativen Gedankengängen, die er als automatisch und außerordentlich beharrlich erlebt. Die Gedanken kreisen um Themen wie Hoffnungslosigkeit, geringe Selbstachtung, Selbstkritik, Schuld sowie Suizidabsichten. Der Patient wird durch seine Gedanken in der niedergeschlagenen Stimmungslage festgehalten. Der therapeutische Ansatzpunkt ist hier, durch gezielte Veränderung von *Gedanken* und *Einstellungen* die Stimmungslage positiv zu beeinflussen.

Psychotherapeutische Interventionen sind um so wirksamer, je nachvollziehbarer und einsichtiger sie für den Patienten sind, und je genauer der Patient die individuelle Entstehungsgeschichte seiner Störung versteht. Eine Achse, auf die die Behandlung ausgerichtet ist, betrifft daher die *Klärungsperspektive*. Mit dem Patienten wird ein auf der persönlichen Lebensgeschichte (einschließlich prädisponierender Faktoren) basierendes Erklärungsmodell der Störung erarbeitet. Er soll möglichst genau verstehen, „was mit ihm los ist“ und „wie es dazu gekommen ist“.

Die zweite Achse der Behandlung betrifft die *Bewältigungsperspektive*. Ausgehend von den verstärkungs- und kognitionstheoretischen Modellen werden vor dem Hintergrund der persönlichen Lebensgeschichte des Patienten individuell abgestimmte Interventionen entwickelt, die sich auf folgenden drei Ebenen bewegen:

- Aufbau positiv erlebter Aktivitäten (Aktivitätsaufbau)
- Durchbrechen negativer Gedankenkreisläufe (kognitive Umstrukturierung)
- Förderung von emotionaler Ausdrucksfähigkeit und sozialer Kompetenz

Therapieziele

Die Patienten sollen in die Lage versetzt werden, neuen Lebensmut und neue Lebensperspektiven zu entwickeln. Sie werden zu eigenverantwortlichem und selbständigem Handeln angeleitet. Wiedererlangung von Handlungsfähigkeit dient einer positiven Veränderung der erlebten und häufig gelernten Hilflosigkeit (SELIGMANN 1975) der Patienten.

Der Stabilisierung, Verbesserung oder Wiederherstellung beruflicher und sozialer Leistungsfähigkeit sowie der Verhinderung drohender gesundheitlicher Beeinträchtigungen dient die Bearbeitung folgender übergeordneter Therapieziele:

- *Entwicklung eines Erklärungsmodells und Vermittlung von Veränderungswissen*
Die Patienten werden darüber aufgeklärt, wie sich eine Depression zeigt (körperlich, emotional, kognitiv und im Verhalten). Es wird Wissen vermittelt, wie Depression entsteht und wie sie aufrechterhalten wird. Die individuellen lebensgeschichtlichen Entstehungsbedingungen werden geklärt und verstehbar gemacht. Therapeutische Ansatzpunkte, mit Depression umzugehen und aus ihr herauszufinden, werden aufgezeigt.
- *Aufbau von Aktivitäten*
Die Patienten lernen, wieder Dinge zu tun, die ihnen Spaß und Freude machen. Sie werden angeleitet zu angenehmen Aktivitäten, die eine positive Rückwirkung auf ihre Stimmung haben. Sie trauen sich wieder etwas zu und merken, dass sie wieder Freude empfinden können und dass ihre Handlungsfähigkeit ansteigt.
- *Durchbrechen negativer Gedankenkreisläufe*
Die Patienten lernen beobachten, wie ihre Gedanken ihre Gefühle beeinflussen. Ihnen werden Wege aufgezeigt, negative Gedankenkreisläufe zu durchbrechen und ihre Gedanken so zu verändern, dass sie ihre Stimmung positiv beeinflussen.
- *Erwerb von emotionaler Ausdrucksfähigkeit und sozialer Kompetenz*
Die Betroffenen lernen, Gefühle wieder wahrzunehmen und auszudrücken. Als Folge davon werden auch die Sicherheit und das Selbstbewusstsein im sozialen Kontakt gestärkt. Sie lernen, sich selbst und anderen gegenüber offener, sozial kompetenter und selbstbewusster zu sein und zu verhalten.
- *Stärkung der Selbsthilfefähigkeit*
Die Patienten lernen einen selbständigen Umgang mit depressiven Stimmungen bzw. mit einem Rückfall in depressives Verhalten und Erleben. Es werden Fähigkeiten vermittelt, eigeninitiativ depressive Stimmungslagen zu überwinden.

Therapiebausteine

Es ist Bestandteil der verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzeption, dass die genannten therapeutischen Inhalte auf unterschiedlichen Ebenen realisiert werden, um den Patienten so die Möglichkeit zu geben, die erarbeiteten Inhalte und Strategien bereits im Therapiesetting konkret umzusetzen und zu erproben. Hierdurch soll insbesondere der nach der Entlassung aus der stationären Behandlung notwendige Transfer in den häuslichen Bereich erleichtert werden.

Spezifische Behandlungsangebote für depressive Patienten sind:

- Depressionsbewältigungsgruppe mit den Komponenten: Aufbau positiv erlebter Aktivitäten, Durchbrechen negativer Gedankenkreisläufe, Förderung der Wahrnehmungs- und Genussfähigkeit. Sie dient dem gezielten Erlernen von Bewältigungs- und Selbsthilfestrategien (HAUTZINGER 2003; HERRLE & KÜHNER 1994)
- Therapiebausteine zur adäquaten Tages- und Aktivitätsstrukturierung sowie Ressourcenaktivierung, z. B. Frühsport, Laufgruppe, Ergometertraining, Töpfern, freies Werken
- Therapiebausteine zur Aktivierung emotionaler Erlebnisinhalte, z. B. Gestaltungstherapie, Bewegung nach Musik

Weitere Therapiebausteine für die Depressionsbehandlung ergeben sich aus der Abstimmung der folgenden Behandlungselemente auf den für jeden Patienten spezifisch zu erstellenden Behandlungsplan:

- Einzelpsychotherapie
- Gruppenpsychotherapie
- Störungsspezifische und indikative Gruppentherapien je nach individuellen Problembereichen, z. B. Soziales Kompetenztraining, Frauengruppe
- Paar- oder Familiengespräche
- Entspannungstraining (Progressive Relaxation nach Jacobson)
- Sport- und Bewegungstherapie
- Ergotherapie
- Soziotherapie
- Physikalische Therapie
- Ernährungsberatung
- Hausinterne oder externe Belastungserprobungen

Das Zusammenwirken eines spezifischen Gruppenprogramms, das auf verschiedenen Ebenen des Erlebens und Verhaltens depressiver Patienten ansetzt, mit weiteren aktivierenden Therapieangeboten und der Möglichkeit, das Gelernte unmittelbar im Klinikalltag zu erproben und zu erweitern, bewirkt einen deutlichen Rückgang depressiver Beschwerden. Darüber hinaus werden die Patienten befähigt, die erworbenen Depressionsbewältigungs- und Präventionskompetenzen in ihren Lebensalltag zu übertragen (vgl. BORGART & MEERMANN 2004).

Literatur

Basisliteratur

HAUTZINGER, M. (2000). Depression. In: J. MARGRAF (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie (Bd. 2). Berlin: Springer.

HAUTZINGER, M. (2003). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. 6. Auflage. Weinheim: Beltz.

HAUTZINGER, M. & DEJONG-MEYER, R. (1998). Depressionen. In: H. REINECKER (Hrsg.), Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe.

Weiterführende Literatur

BECK, A.T.; RUSH, A.J.; SHAW, B.F. & EMERY, G. (1996). Kognitive Therapie der Depression. 5. Auflage. Weinheim: Beltz.

BORGART, E.J. & MEERMANN, R. (2004). Stationäre Verhaltenstherapie. Bern: Huber.

HAUTZINGER, M. (1998). Depression. Reihe Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

HAUTZINGER, M. & DEJONG-MEYER, R. (1996). Zwei Multizenter-Studien zur Wirksamkeit von Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie und deren Kombination bei depressiven Patienten. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, 25, 83-92.

HERRLE, J., & KÜHNER, C. (Hrsg.) (1994). Depression bewältigen: Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm nach P. M. Lewinsohn. Weinheim: Beltz.

LEWINSOHN, P.M. (1974). A behavioral approach to depression. In: R.J. FRIEDMAN & M.M. KATZ (Eds.), The psychology of depression. New York: Wiley.

SELIGMANN, M.E.P. (1975). Learned helplessness. San Francisco: Freeman.

In dieser Reihe sind bisher erschienen:

- Heft 1 Depressive Störungen
- Heft 2 Angststörungen
- Heft 3 Somatoforme Störungen
- Heft 4 Essstörungen (Bulimia und Anorexia nervosa)
- Heft 5 Pathologisches Glücksspielen
- Heft 6 Posttraumatische Belastungsstörungen
- Heft 7 Therapie für Mütter/Väter mit Kindern
- Heft 8 Indikation zur stationären Verhaltenstherapie
- Heft 9 Russischsprachige Migranten mit
Abhängigkeitserkrankungen
- Heft 10 Soziotherapeutische Maßnahmen zur
beruflichen Wiedereingliederung
- Heft 11 Adipositas bei gestörtem Essverhalten
- Heft 12 Stationäre Behandlung von Suchtkranken im
höheren Lebensalter
- Heft 13 Medikamentenabhängigkeit
- Heft 14 Pathologischer PC-Gebrauch
- Heft 15 Tabakabhängigkeit
- Heft 16 Schizophrene Störungen

