

Sylvia Koslowski
Richard Pöller
Ulrich Schairer
Albrecht Schumacher

**Depressionsbehandlung
in der psychosomatischen Rehabilitation**

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort	Seite 5
2. Einleitung	Seite 6
3. Diagnosen und Problembereiche	Seite 8
a) Depressive Episode	Seite 8
b) Rezidivierende depressive Störungen	Seite 8
c) Dysthymie	Seite 9
d) Längere depressive Reaktion (Anpassungsstörung)	Seite 10
e) Weitere Krankheitsbilder mit Depression/ depressiver Komponente	Seite 10
4. Allgemeine therapeutische Prinzipien bei der Behandlung von Depressionen	Seite 11
a) Förderung angenehmer Aktivitäten	Seite 11
b) Veränderung des Denkens	Seite 12
c) Interpersonelle Therapie	Seite 12
d) Medikamentöse Therapie	Seite 13
5. Therapieziele	Seite 14
a) Aufbau von Störungsverständnis	Seite 14
b) Verstärkeraufbau	Seite 14
c) Kognitive Umstrukturierung	Seite 15
d) Förderung sozialer Kompetenzen	Seite 15
6. Stationäre Depressionsbehandlung in der Fachklinik Waren	Seite 16
7. Indikation zur stationären Therapie	Seite 18
8. Literatur	Seite 20

Depressionsbehandlung in der psychosomatischen Rehabilitation

1. Vorwort

Depression ist ein Phänomen, das jeder Mensch mit Lebenserfahrung kennt, sei es aus eigenem Erleben, sei es aus dem Miterleben bei Menschen seiner Umgebung. Mit dem Begriff „Depression“ drängen sich Bilder von Traurigkeit, Schwermut und Melancholie auf.

Depressionen werden je nach Kontext angesehen als lästige und einschränkende Missbefindlichkeit, als Grundstimmung im Sinne von Konstitution oder Charakter oder als fast zwangsläufige Reaktion auf erkennbar schwere äußere Belastungen.

Was immer auch unter Depression verstanden wird und wie immer die Ursache zu sein scheint, es handelt es sich um eine Form des seelischen Befindens, das in dieser Ausprägung offenbar nur Menschen empfinden können und das von den meisten bis zu einem gewissen Grad nachvollzogen und verstanden wird.

Wir als Psychotherapeuten reden von Depression als einem Zustand, der mehr als Trauer oder Schwermut beinhaltet. Wir verstehen darunter eine anhaltende gedrückte Stimmung mit Veränderungen des Affektes, des Denkens und mit subjektiv einschränkenden körperlichen Erscheinungen. Insofern verstehen wir unter Depression einen krankhaften, behandlungsbedürftigen Zustand.

Im nachfolgenden Text wollen wir stichwortartig das Erscheinungs-

bild, die Häufigkeit, die möglichen Ursachen, die diagnostische Einordnung, die Behandlungsmöglichkeiten und unserer eigenes Vorgehen skizzieren.

2. Einleitung

Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation erkranken ca. 250 Millionen Menschen im Verlauf ihres Lebens an einer Depression, d. h. 4–9 % der Weltbevölkerung. Dank intensiver wissenschaftlicher Arbeit in den letzten Jahren konnten wesentliche Fortschritte hinsichtlich Verständnis und Therapie der Depression gemacht werden, mehr als 80 % der Depressionen können mit angemessenen Maßnahmen erfolgreich behandelt werden.

Die Entstehungsmechanismen einer Depression sind bisher noch nicht vollständig aufgeklärt. Die bisherigen Erkenntnisse lassen sich einteilen in biologische, genetische und psychosoziale Faktoren. Neben einer gewissen Anfälligkeit für diese Erkrankung spielen offenbar Stressfaktoren eine Rolle, die zu einem Ungleichgewicht im Gehirnstoffwechsel führen, in vielen Fällen scheint ein ganz bestimmter Auslöser die Krankheit zu bedingen. Ein weiterer Teil der Erkrankungen scheint ohne weiteren Grund aufzutreten.

Wissenschaftliche Untersuchungen konnten nachweisen, dass Depressionen gehäuft innerhalb einer Familie auftreten können, über Erbanlagen kann das Erkrankungsrisiko für Depression weitergegeben werden. Seit ca. 30 Jahren ist bekannt, dass Stimmungsstörungen ausgelöst werden durch eine Störung des Zusammenwirkens sogenannter Botenstoffe im Gehirn. Welchen Anteil daran

Stress, traumatische Erfahrungen, körperliche Erkrankungen oder andere Umwelteinflüsse haben, ist noch nicht mit letzter Sicherheit zu sagen.

Depressiv Erkrankte und ihre Angehörigen machen großes Leiden durch. Sie verlieren Lebensqualität und -zeit, büßen Beziehungen, Kontakte und Möglichkeiten ein, stagnieren durch die Erkrankung in Beruf und Karriere. Für die Solidargemeinschaft lässt die Erkrankung sich in einfachen Zahlen ausdrücken – jeder Mitbürger, der wegen einer Depression längere Zeit arbeitsunfähig erkrankt oder bei chronischem Verlauf nicht mehr leistungsfähig ist, muss von den Sozialsystemen mit getragen werden. Volkswirtschaftlich betrachtet verursacht die Erkrankung Millionenschäden, da Arbeitnehmer wochenlang ausfallen.

Eine wichtige Rolle bei der schnellen und erfolgreichen Behandlung depressiver Erkrankungen spielen heute in immer größerem Umfang die stationären Rehabilitationseinrichtungen, da sie die verschiedenen Behandlungsansätze der Depression in einem multimodalen Therapiekonzept vereinen. Die Behandlungskonzepte berücksichtigen die Entstehungsmodelle der Depression, bedienen sich der Erkenntnisse der Verhaltenstherapie, der modernen Pharmakologie, setzen Sporttherapie, Ergo-, Kunst-, Musik-, Arbeits- und Physiotherapie in so kompakter und effizienter Form ein, wie es im Rahmen einer ambulanten Behandlung nur mit maximalem Aufwand möglich wäre. Die Distanz zu den möglicherweise auslösenden Bedingungen und eine angenehme Umgebung begünstigen zusätzlich eine schnellere Heilung. Der individuelle und gesamtgesellschaftliche Nutzen liegt hier auf der Hand.

3. Diagnosen und Problembereiche

a) Depressive Episode

Depressive Episoden können einmalig oder wiederholt auftreten. Sie sind bei weitem die häufigste Form depressiven Leidens. Je nach Anzahl der Symptome und der Beeinträchtigung bei der Bewältigung des Alltages werden leichte bis schwere Zustände unterschieden. Eine einzelne depressive Episode dauert unbehandelt individuell unterschiedlich lange, im Mittel jedoch ca. 4 Monate, der Betroffene ist danach wieder vollständig beschwerdefrei.

Die erste depressive Episode beginnt gewöhnlich Mitte zwanzig, kann aber in jedem Alter auftreten und folgt häufig einer schweren Belastung. Hauptsymptome einer depressiven Episode, die mindestens 2 Wochen anhalten sollten, sind depressive Stimmung in einem ungewöhnlichen Ausmaß, Interessen- oder Freudeverlust, verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit.

Außerdem können Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühles verbunden mit Schuldgefühlen, Suizidgedanken und ständige Gedanken an den Tod auftreten, Konzentrations- und Denkvermögen beeinträchtigt sein. Im Zusammenhang mit depressiven Episoden können verschiedene körperliche Symptome auftreten: z. B. Schlafstörungen, Appetitschwankungen, Beschwerden des Herzkreislaufsystems sowie Körpermissempfindungen wie Kopfschmerzen, motorische Unruhe oder Hemmung.

b) Rezidivierende depressive Störungen

Bei dieser Form des Störungsbildes handelt es sich um wiederholte depressive Episoden.

Die einzelnen Episoden dauern unbehandelt zwischen 3 und 12 Monaten, sie werden häufig durch belastende Lebensereignisse ausgelöst. Die Leitsymptome drücken sich wie bei der depressiven Episode in emotionalen und vegetativ- körperlichen Störungen aus, wobei die drei folgenden immer für die Diagnosestellung vorhanden sein müssen:

- gedrückte Stimmung ohne deutliche Abhängigkeit von bestimmten Lebensumständen,
- Verlust von Interesse oder Freude,
- erhöhte Ermüdbarkeit.

Je nach der Anzahl und dem Ausmaß hinzutretender weiterer Symptome erfolgt eine Einteilung in leichte, mittelgradige und schwere depressive Episoden, die man noch zusätzlich danach kennzeichnet, ob körperliche Symptome sehr in den Vordergrund treten oder außerdem Wahngedanken oder Halluzinationen auftreten. (Beispiele: gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom).

c) Dysthymie

Die Dysthymie ist eine depressionsartige Negativstimmung, welche die Betroffenen über viele Jahre quält. Sie wurde lange nicht als Depression im eigentlichen Sinne verstanden, sondern als Charaktereigentümlichkeit der betroffenen Person gesehen. Erst seit ca. 10–15 Jahren hat man begonnen, sie als eigenständiges Krankheitsbild zu begreifen, einzelne Episoden dieses Krankheitsbildes abzugrenzen und zu identifizieren. Die Dysthymie beginnt typischerweise im jungen Erwachsenenalter, die weiblichen Patienten überwiegen.

Die wichtigsten Merkmale einer Dysthymie sind:

Chronischer Verlauf von mehr als 2 Jahren mit andauernden oder andauernd wiederkehrenden depressiven Symptomen, geringgradige Symptomatologie, schleichender Beginn. Soziales Funktionieren in der Gemeinschaft bleibt weitgehend erhalten.

Da nachweislich antidepressiv wirksame Medikamente auch erfolgreich bei Dysthymie eingesetzt werden, wenn auch mit wesentlich späterem Wirkeintritt, ist die Theorie, es handle sich bei der Dysthymie um eine Charaktereigenheit, aufgegeben worden.

d) Längere depressive Reaktion (Anpassungsstörung)

Reaktive Depressionen werden auch als depressive Anpassungsstörungen bezeichnet, sie sind eine Form der psychogenen Depressionen, das heißt, die Erkrankung kann auf bekannte und nachweisbare seelische Anlässe und Motive zurückgeführt werden. Die Störung beginnt im allgemeinen innerhalb eines Monats nach dem belastenden Ereignis oder der länger dauernden Belastungssituation, ist ein leicht depressiver Zustand und hält nicht länger als zwei Jahre an. Die Symptome sind depressive Stimmung, Besorgnis, mit der gegenwärtigen Situation nicht zurecht zu kommen, und manchmal auch Schwierigkeiten bei der Bewältigung der Anforderungen des Alltags.

e) Weitere Krankheitsbilder mit Depression/ depressiver Komponente

Depressive Zustandsbilder treten auch als Symptome anderer zugrunde liegender Krankheiten auf. 30 % aller Alkoholkranken sind nach wissenschaftlicher Erkenntnis depressiv, schwere Erkrankungen wie Krebs, M. Parkinson, Multiple Sklerose oder Infektionskrank-

heiten wie Aids und Tuberkulose, nicht zuletzt geriatrische Erkrankungen wie Demenz und Durchblutungsstörungen des Gehirns haben depressive Symptome zur Folge. 5 % der Weltbevölkerung leiden an Herbst- und Winterdepressionen, die saisonale Depression stellt für viele Menschen ein jährlich wiederkehrendes Problem dar. Es ist aber heute möglich, die saisonale Depression mit Lichttherapie und modernen Antidepressiva erfolgreich zu behandeln.

Auch im Rahmen anderer psychiatrischer Krankheitsbilder können depressive Symptome auftreten, wie z. B. bei der bipolaren affektiven Störung, einem Krankheitsbild mit sowohl depressiven Phasen als auch Phasen mit gehobener Stimmung, oder der Zylothymie, die ein ähnliches aber weniger ausgeprägtes Geschehen darstellt.

Schizoaffektive Psychosen beinhalten sowohl depressive Symptome als auch wahnhaftige Elemente, wechseln auch zeitweilig in Zustände ausgeprägter Unruhe, Umtriebigkeit und gehobener oder gereizter Stimmung.

4. Allgemeine therapeutische Prinzipien bei der Behandlung von Depressionen

a) Förderung angenehmer Aktivitäten

Menschen, die an Depressionen erkrankt sind, verbringen häufig viel Zeit mit Verhaltensweisen wie Grübeln oder Vor-sich-Hinstarren, statt Dinge zu tun, die Ihnen gut tun. Daher ist es für Depressive besonders wichtig, etwas zu erleben oder zu unternehmen, was sich positiv auf ihr Befinden auswirkt. Eine Möglichkeit, depressive Stimmungen zu ändern, besteht daher in der Steigerung positiver Aktivi-

täten. Es ist dringend notwendig, sich trotz Niedergeschlagenheit aufzuraffen und etwas zu unternehmen. Durch die so möglichen neuen Erfahrungen kann sich die Stimmung aufhellen, womit sich auch die Bereitschaft erhöht, aktiv zu sein. Man traut sich auch wieder mehr zu. Es entsteht eine aufwärtsgerichtete Spirale, die den Betroffenen aus der Depression herausführt.

b) Veränderung des Denkens

Die im Rahmen gesteigerter Aktivität wieder möglich gewordenen Erfolgserlebnisse erlauben es, wieder besser über sich zu denken. Oft reicht jedoch eine Verhaltensänderung allein nicht, da das Denken zu stark von pessimistischen oder selbstschädigenden Gedanken verzerrt ist. So haben Depressive z.B. die Tendenz, Gedanken schon als Tatsachen anzusehen, ohne die Realität dieses Denkens zu überprüfen. Negative Überzeugungen, fehlerhafte Wahrnehmungen, falsche Ursachenzuschreibungen laufen als automatische Gedanken ab. Automatische Gedanken sind Gedanken, die blitzartig zwischen einem Ereignis und einer subjektiven Reaktion auftreten. Sie stellen sich unfreiwillig ein, laufen schnell ab und erscheinen persönlich plausibel. Eine Änderung dieser depressiv machenden Gedanken setzt zunächst ihre Beobachtung voraus. Dem Erkennen nicht hilfreicher Denkmuster bzw. unterstützende Gedanken fördern eine positivere Stimmung und führen aus der Depression heraus.

c) Interpersonelle Therapie

Belastende zwischenmenschliche Ereignisse können zum Auftreten depressiver Symptome führen, und umgekehrt kann die Depression zur Auslösung oder Verschlimmerung zwischenmenschlicher Proble-

me führen. Diese Probleme lassen sich fast immer einem der folgenden vier Bereiche zuordnen: Verlust und Trauer, zwischenmenschliche Konflikte und Auseinandersetzungen, Rollenwechsel und Rollenübergänge, Einsamkeit. Es ist daher unentbehrlich, sich mit den zwischenmenschlichen Problemen, die mit dem Auftreten einer Depression zusammenhängen oder aus ihr folgen, auseinander zu setzen. Einerseits hilft das Sprechen über die im Zusammenhang mit den zwischenmenschlichen Problemen erlebten Gefühle. Vor allem aber fördert das Erarbeiten von Strategien und Handlungen, die zur Bewältigung des Problems nützlich sind, den Betroffenen bei seinem Weg aus der Depression.

d) Medikamentöse Therapie

Depressionen gehen auch mit einem gestörten Neurotransmitterstoffwechsel im Gehirn einher. Um dieses Ungleichgewicht im Gehirnstoffwechsel zu korrigieren, können zur Behandlung der Depression Medikamente eingesetzt werden. In der medikamentösen Akutbehandlung sind dies tri- und tetrazyklische Antidepressiva, spezifische Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, Monoaminoxidase-Hemmer und atypische Antidepressiva. Die Entscheidung für eine Antidepressivum-Gabe hängt von der Symptomatik, der Empfindlichkeit des Einzelnen, früheren Reaktionen auf die Präparate sowie dem jeweiligen Nebenwirkungsprofil ab. Die Dosierung erfolgt nach dem Motto „So wenig wie möglich, so viel wie nötig!“. Nach erfolgreicher Therapie können die Medikamente ohne Probleme abgesetzt werden, da keine Abhängigkeitsentwicklung auftritt.

5. Therapieziele

Die Therapieziele für die Behandlung eines depressiv Erkrankten orientieren sich notwendigerweise immer an dessen beruflicher und sozialer Leistungsfähigkeit. Ziel einer angemessenen Depressions-therapie ist es, den Betroffenen emotional zu stabilisieren bzw. seinen körperlichen, psychischen und seelischen Zustand zu verbessern. Der Blick ist immer auf die Wiederherstellung der Gesundheit, mindestens jedoch auf deren Förderung gerichtet.

a) Aufbau von Störungsverständnis

Von grundsätzlicher Bedeutung ist zunächst das Erarbeiten eines angemessenen Verständnisses der depressiven Erkrankung. Ihre Entstehungsbedingungen und Formen werden erarbeitet, Schuldzuweisungen hinterfragt. Da auch bei positivem Krankheitsverlauf zeitweilige Stimmungsschwankungen nach unten auftreten können, werden Ungeduld und Resignation thematisiert. Vor allem aber geht es um die Vermittlung von Veränderungsperspektiven.

b) Verstärkeraufbau

Als nächstes werden auf der konkreten Handlungsebene Möglichkeiten zur Aktivierung gesucht. Zunächst gilt es, Ereignisse und Aktivitäten zu erfassen, die als positiv empfunden werden. Häufig schätzen Depressive eine Reihe von Aktivitäten zwar als potentiell angenehm ein, diese werden aber nicht genutzt. Um so wichtiger ist das Erkennen des gegenseitigen Einflusses von Aktivitäten und Stimmung und die Planung und Umsetzung angenehmer Tätigkeiten.

c) Kognitive Umstrukturierung

Das Denken depressiver Menschen kann als global, eindimensional, absolutistisch, bewertend, unbeweglich, nicht umkehrbar beschrieben werden. Eine Reihe von Fehlern wie willkürliches Schlussfolgern, selektives Verallgemeinern, Übergeneralisieren, Maximieren bzw. Minimieren, Personalisieren, Denken in Schwarz-Weiß-Kategorien verzerrt in systematischer Weise die Wahrnehmungen, das Erinnern, die Erlebnisverarbeitung und die Erwartungen des Depressiven. Ziel ist es, die Art und Weise des Denkens in konkreten Zusammenhängen aufzudecken, die Verbindung des Denkens zu den Gefühlen und körperlichen Symptomen herauszufinden und immer wieder zu hinterfragen, in wie weit die Gedanken hilfreich bzw. angemessen sind. Da alte und gewohnte Denkweisen vor allem in Stresssituationen leichter greifen als neue Einstellungen, müssen die veränderten Gedanken des öfteren wiederholt werden. Erst durch das Einüben werden neue hilfreichere Gedanken automatisiert und auch in Belastungssituationen verfügbar.

d) Förderung sozialer Kompetenzen

Depressionen belasten die sozialen Beziehungen, wodurch die Zahl sozialer Kontakte begrenzt sein kann, auch fühlt sich ein depressiv erkrankter Mensch häufig gehemmt im Umgang mit anderen. Das Erkennen und Durchsetzen eigener Wünsche, Bedürfnisse und Ansprüche in der eigenen sozialen Umwelt, das Ausdrücken von Gefühlen, das Werben um Sympathie ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, von der sozialen Umwelt anerkannt und geschätzt zu werden. So gehört ein Training der sozialen Kompetenz, also Übungen in den entsprechenden Verhaltensbereichen zum elementaren Bestandteil jeder Depressionstherapie. Idealerweise werden derartige Übungen in einer Gruppe durchgeführt.

6. Stationäre Depressionsbehandlung in der Fachklinik Waren

Unsere verhaltenstherapeutisch/verhaltensmedizinisch orientierte stationäre Behandlung einer Depression setzt im Sinne eines multimodalen Vorgehens auf verschiedenen Ebenen an. Das stationäre Setting hat den Vorteil, dass sowohl simultan wie sukzessive vorgegangen werden kann.

Ein erster wichtiger Schritt in der Behandlung ist die Tagesstrukturierung unter Bevorzugung aktiver Maßnahmen. Diese wirkt Passivität und Rückzug entgegen und löst das häufig bestehende Motivations- und Antriebsproblem, das es den Betroffenen trotz Verständnis und Einsicht unmöglich macht, notwendige Veränderungen aktiv vorzunehmen. Tagesstrukturierung bedeutet einvernehmliches Festlegen verschiedener Maßnahmen, zu denen sich der Patient möglichst unabhängig von Stimmung, Antrieb, Interesse oder auch Angst und Anspannung verpflichtet. Besonderer Wert wird auf körperliche Aktivierung gelegt, in der Regel in Form der Sporttherapie, wobei der Teamsport ergänzt wird durch zusätzliche Angebote von Freizeitsport, Ergometertraining, Bewegungsangebote in der Physiotherapie einschließlich Kneipp- und Saunaanwendungen. Ebenfalls zu den aktivierenden Therapiebausteinen gehört die Teilnahme an den ergotherapeutischen Materialgruppen, die gleichzeitig ein Wahrnehmungs- und Ausdruckstraining beinhalten. Als indikative Gruppe im Rahmen der Ergotherapie ist die so genannte „Genussgruppe“ (= Training euthymen Verhaltens) zu sehen, die sich bei Patienten anbietet, die eine ausgeprägte Anhedonie im Rahmen der depressiven Beschwerden zeigen. Bei einer Großzahl von Patienten sind mit der depressiven Symptomatik innere Unruhe und Anspan-

nungszustände bis hin zu Angstsymptomen verbunden, viele erleben vor allem körperliche Anspannung bis hin zu Schmerzzuständen. Aus diesem Grund ist bei allen Patienten mit depressiven Störungen das Einüben von Entspannungsverfahren indiziert.

Als kognitiven Therapiebestandteil bieten wir die so genannte „Depressionsbewältigungsgruppe“ an. In dieser Gruppe findet vor allem Informationsvermittlung im Sinne von Psychoedukation statt, darüber hinaus werden interpersonelle Probleme besprochen, die Depressionen auslösen oder aufrecht erhalten. Ein weiteres wesentliches Thema der Depressionsbewältigungsgruppe ist die Beschäftigung mit Gefühlen, entsprechend der Erfahrung, dass die Unterdrückung von Gefühlswahrnehmung oder Gefühlsausdruck wesentlichen Anteil bei der Entstehung von depressiven Beschwerdebildern hat. Schließlich ist die Identifikation und Modifikation dysfunktionaler, depressiogener Kognitionen oder kognitiver Schemata ein weiterer wesentlicher Inhalt der Depressionsbewältigungsgruppe.

In Abhängigkeit von Komorbiditäten bieten sich zur Behandlung depressiver Störungen im Rahmen der stationären psychosomatischen Rehabilitation weitere individuelle Therapiebausteine an.

Beispielsweise halten wir beim Vorliegen ängstlich-vermeidender Verhaltensweisen die Teilnahme am „Training sozialer Kompetenz“ für sinnvoll.

Die Kombination von aktivierenden Maßnahmen, Entspannungstraining und Beschäftigung mit ungünstigen depressionsfördernden oder – aufrechterhaltenden Denk- und Bewertungsweisen führt in der Regel zu einer deutlichen subjektiven und beobachtbaren Rückbildung depressiver Symptome.

60 Prozent unserer Patienten haben solche Beschwerden, es besteht eine hohe Komorbidität mit anderen körperlichen und psychischen

Störungen. Mit einer symptomatischen Besserung depressiver Beschwerden sind deshalb häufig nicht alle Einschränkungen, die die Indikation für eine psychosomatische Rehabilitation darstellten, behoben. Weniger depressiv sein bedeutet jedoch, wieder aktiver und eigenverantwortlicher an Veränderungen und Problemlösungen arbeiten zu können.

7. Indikation zur stationären Therapie

Depressive Störungen sind häufig, zwischen 10 und 25 Prozent der Patienten einer Allgemeinpraxis suchen wegen depressiver Beschwerden oder Begleitsymptomen einer depressiven Störung den Arzt auf. Ob eine stationäre psychotherapeutische Behandlung sinnvoll oder notwendig ist, hängt wesentlich vom Schweregrad der Symptomatik und vom zeitlichen Verlauf ab. Wenn die Auswirkungen der Symptomatik die Alltagsbewältigung einschränken und/oder die Teilnahme an einer ambulanten Therapie nicht mehr ermöglichen, ist eine stationäre Maßnahme indiziert. Wenn Rückzugs- und Vermeidungsverhalten die Leistungsfähigkeit im Beruf einschränken oder den Betroffenen für eine Behandlung unzugänglich machen, wird ebenfalls eine stationäre Behandlung sinnvoll sein. Bei bestimmten komorbiden Störungen, z. B. depressiver Symptomatik bei gleichzeitig bestehender Persönlichkeitsstörung, bietet eine stationäre Therapie Vorteile, weil sie multimodal durchgeführt werden kann und interaktionelle Probleme deutlicher hervortreten. Wie im ersten Heft unserer Schriftreihe „Indikationen für stationäre Verhaltenstherapie“ aufgeführt, gibt es eine Reihe von diagnoseübergreifenden Problembereichen, bei denen sich eine stationäre psychotherapeutische Behand-

lung anbietet. Dies betrifft z. B. das so genannte chronische Krankheitsverhalten, bei dem vor allem Arbeitsprobleme wegen unangemessener Erwartungen einerseits, Skepsis und Misstrauen andererseits, eine ambulante psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung erschweren. Auch ein chronisches Überforderungsverhalten angesichts beruflicher oder familiärer Belastung lässt es ratsam erscheinen, durch Distanzierung und Entaktualisierung, wie sie im Wesentlichen durch eine stationäre Maßnahme möglich ist, erst die erforderliche Bewertung und Verhaltensänderung therapeutisch zu erarbeiten.

Zusammengefasst sind also Schweregrad und Dauer, insbesondere Chronifizierungstendenzen, Komorbidität und einige diagnoseübergreifende Problembereiche Anlass, die Indikation für eine stationäre Behandlung bei einer depressiven Störung zu stellen. Zu guter Letzt sei angefügt, dass unter rehabilitativen Gesichtspunkten auch sozialmedizinische Problemstellungen (lange Arbeitsunfähigkeitszeiten) über eine an sich ambulant mögliche Behandlung hinaus eine stationäre Aufnahme nötig machen können.

8. Literatur

- BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F. & EMERY, G. (2002). Kognitive Therapie der Depression. Weinheim: Beltz.
- HAUTZINGER, M. (2005). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- SCHRAMM, E. (1998). Interpersonelle Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer
- SULZ, S. D. (1985; Hrsg.). Verständnis und Therapie der Depression. München: E. Reinhardt.
- SULZ, S. D. (1993). Ratgeber Depression. München: CIP-Medien.