ISSN 2190-443X

# rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

7. Jahrgang
Heft **2/3·2018**

Themenschwerpunkt:

## Depression und Sucht

PABST

**Impressum**
rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

**Wissenschaftliche Herausgeber**
Prim. Univ. Prof. Dr. Michael Musalek
musalek@me.com
Univ. Doz. Dr. Martin Poltrum
m.poltrum@philosophiepraxis.com
Dr. Oliver Scheibenbogen
office@scheibenbogen.at

**Wissenschaftlicher Consultant**
Dr. Martin Tauss
mtauss@kabelplus.at

**Herausgebende Institutionen**
Institut für Sozialästhetik und psychische Gesundheit – Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien
Stiftung Anton Proksch-Institut Wien

**Chefredakteur**
Univ. Doz. Dr. Martin Poltrum
m.poltrum@philosophiepraxis.com

**Redakteure**
Dr. Thomas Ballhausen
t.ballhausen@gmail.com
Mag. Irene Schmutterer
irene.schmutterer@goeg.at

**Bildredaktion**
Sonja Bachmayer
ikarus711@hotmail.com

**Verlag**
Pabst Science Publishers
Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich
Tel. +49 (0)5484 308 · Fax +49 (0)5484 550
www.pabst-publishers.de
www.psychologie-aktuell.com

**Nachrichtenredaktion, verantw.**
Wolfgang Pabst
wp@pabst-publishers.com

**Administration**
Silke Haarlammert
haarlammert@pabst-publishers.com

**Herstellung**
Bernhard Mündel

**Urheber- und Verlagsrechte**
Diese Zeitschrift einschließlich aller ihrer Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Haftungsausschluss: Der Inhalt jedes Heftes wurde sorgfältig erarbeitet, jedoch sind Fehler nicht vollständig auszuschließen. Aus diesem Grund übernehmen Autoren, Redaktion und Verlag keine Haftung für die Richtigkeit der Angaben, Hinweise und Ratschläge. Die nicht besonders gekennzeichnete Nennung von geschützten Warenzeichen oder Bezeichnungen lässt nicht den Schluss zu, dass diese nicht marken- oder patentschutzrechtlichen Bestimmungen unterliegen. Abbildungen dienen der Illustration. Die dargestellten Personen, Gegenstände oder Sachverhalte müssen nicht unbedingt im Zusammenhang mit den im jeweiligen Artikel erwähnten stehen.

Für unverlangt eingesandte Texte, Materialien und Fotos wird keine Haftung übernommen. Eine Rücksendung unverlangt eingesandter Beiträge erfolgt nur bei Erstattung der Versandkosten. Die Redaktion behält sich vor, Manuskripte zu bearbeiten, insbesondere zu kürzen, und nach eigenem Ermessen zu ergänzen, zu verändern und zu illustrieren. Zur Rezension übersandte Medien werden nicht zurückgesandt.

**Abonnement und Bestellservice**
rausch erscheint 4x jährlich und kann direkt über den Verlag oder eine Buchhandlung bezogen werden.

**Bezugspreise:**
Jahresabonnement: Inland 50,– Euro,
Ausland 50,– Euro; Einzelausgabe: 15,– Euro.
Preise inkl. Versandkosten und MwSt.

**Bankverbindung:**
IBAN: DE90 2658 0070 0709 7724 07
BIC: DRESDEFF265

**Bestellservice:**
haarlammert@pabst-publishers.com
Tel. +49 (0)5484 97234 · Fax +49 (0)5484 550

**Bezugsbedingungen:** Soweit im Abonnementsvertrag nichts anderes vereinbart wurde, verpflichtet der Bezug zur Abnahme eines vollständigen Jahresabonnements (4 Ausgaben). Kündigung des Abonnements unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen jeweils zum Jahresende. Im Falle von Lieferhindernissen durch höhere Gewalt oder Streiks entstehen keine Rechtsansprüche des Abonnenten an den Verlag.

**Umschlagbild:**
© Sonja Bachmayer, www.somoflo.at

# rausch
Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

7. Jahrgang · Heft 2/3-2018

Themenschwerpunkt:

# Depression und Sucht

**Gastherausgeber:** Peter Missel & Joachim Köhler

## Inhalt

115 Editorial. Psychische Komorbidität bei Suchterkrankungen
*Peter Missel & Joachim Köhler*

117 Zur Bedeutung der Komorbidität in der Rehabilitation Suchtkranker
*Caspar Friedrich Sieveking*

125 Bildstrecke „Wien im Winter I“
*Fotos von Sonja Bachmayer (www.somoflo.at)*

129 Konzept zur Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen der MEDIAN-Kliniken Daun – Am Rosenberg
*Peter Missel & Michael Rolffs*

190 Den Nebel lichten. Komorbidität von Sucht und Depression
*Darja Büchner & Tom Bschor*

193 Suchterkrankungen bei Migranten
*Meryam Schouler-Ocak & Eckhardt Koch*

203 Erfolgversprechende Therapien für Suchtpatienten mit komorbiden psychischen Störungen
*Franz Moggi*

210 Bildstrecke „Wien im Winter II“
*Fotos von Sonja Bachmayer (www.somoflo.at)*

215 Metacognitive therapy: ‘state of the art’
*Adrian Wells*

219 Advances in metacognitive therapy
*Adrian Wells*

230 MCT (Metacognitive therapy) nach Prof. Adrian Wells
*Peter Missel*

235 „Suizid ist ein Leitmotiv der Moderne“. Interview mit Prof. Dr. Thomas Macho
*Martin Tauss*

## Nachrichten

116 Studie zur Fußball-Fanszene:
Gewalt und Drogenkonsum hängen zusammen
124 Unterschiedliche psychische Erkrankungen auf gemeinsamer biologischer Basis
188 Studie sieht Überlebensvorteile durch mäßigen Alkoholkonsum trotz steigenden Krebsrisikos
201 Wie Komasaufen die Gedächtnisleistungen auf Dauer beschädigt
229 Teetrinker sind zufriedener mit der Qualität ihrer Arbeit
237 Wiedervereinigung nicht einziger Grund für Angleichung der Lebenserwartung
239 Glücksspielprävention könnte bei Spielsüchtigen das Gegenteil bewirken
Experten plädieren für nationale Aufsichtsbehörde von Online-Glücksspiel
240 Drogenkonsum weltweit gestiegen

## Computerspielsucht: neue, erfolgreiche Beratungs- und Therapiemöglichkeiten

Die WHO hat die Computerspielsucht als Krankheit in den ICD-Katalog aufgenommen. Dies bedeutet, dass eine entsprechende spezifische Therapie ab sofort von den Krankenkassen finanziert werden muss. Über die verschiedensten wirksamen Diagnose-, Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten berichten Dr. Kay Uwe Petersen und Kollegen in zwei wissenschaftlich fundierten, jedoch allgemeinverständlich geschriebenen Sachbüchern.

In den meisten Fällen interessieren sich die eigentlich betroffenen Kinder und Jugendlichen trotz ihres Leidensdrucks kaum für eine Therapie. Petersen: „Je jünger die Betroffenen, desto wahrscheinlicher sind sie weder krankheitseinsichtig noch veränderungsmotiviert. Der Leidensdruck besteht eher im sozialen Umfeld als bei den Betroffenen selbst." Daher drängen meist Angehörige oder Eltern auf eine Behandlung.

Therapeuten unterscheiden v.a. zwei Hauptgruppen:

- Onlinerollenspieler mit schwerem Krankheitsbild sind meist junge Männer, die beruflich und privat nicht das autonome Erwachsenenleben erreicht haben. Sie sind häufig in Schule, Beruf, Ausbildung, Beziehungen gescheitert und haben sich aus dem realen Leben zurückgezogen. Sie erscheinen ängstlich, depressiv und leicht kränkbar. Ihre soziale Kompetenz ist beeinträchtigt, und die Nähe-Distanz-Regulierung gelingt oft nicht.
- Onlinespieler mit leichterem Krankheitsbild sind nach wie vor sozial eingebunden. Doch plötzlich dominiert die Entdeckung eines scheinbar unbegrenzten Frei- und Spielraums.

Ärzte beobachten bei Computerspielsucht meist Schlafmangel, Dehydrierung, Fehlernährung, Reizbarkeit, depressive Verstimmungen. Der erste spektakuläre Extremfall von Computerspielsucht wurde 2004 in Südkorea dokumentiert: Ein 24-Jähriger spielte etwa vier Tage und Nächte in einem Internet-Café – fast ohne körperliche Bewegung; der Körper quittierte es mit einem Blutgerinnsel in der Lunge, der Mann brach vor dem Bildschirm zusammen und starb.

**Kay Uwe Petersen, Rainer Thomasius: *Beratungs- und Behandlungsangebote zum pathologischen Internetgebrauch in Deutschland***
**332 Seiten, Paperback, ISBN 978-3-89967-663-1**

**Kay Uwe Petersen, Sara Hanke, Linny Bieber, Axel Mühleck, Anil Batra: *Angebote bei internetbasiertem Suchtverhalten (AbiS)***
**160 Seiten, Paperback, ISBN 978-3-95853-235-9**

PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28 | D-49525 Lengerich | Telefon +49 (0)5484 308 | Telefax +49 (0)5484 550
pabst.publishers@t-online.de | www.psychologie-aktuell.com | www.pabst-publishers.de

# Editorial. Psychische Komorbidität bei Suchterkrankungen

Peter Missel & Joachim Köhler

Die Zusammenhänge zwischen Suchterkrankungen und weiteren psychischen Erkrankungen sind Gegenstand intensiver Forschungsaktivitäten und Diskussionen im Versorgungssystem.

Teilweise wurde in der Vergangenheit die Vorstellung vertreten, dass nur die Suchterkrankung fachgerecht behandelt werden muss und sich damit dann auch alle weiteren psychischen Probleme stabilisieren. Dies geht einher mit der Angst vor einer Medikalisierung und zunehmenden Dominanz der Berufsgruppe der Ärzte, die Psychopharmaka verordnen. Diese Ängste erscheinen durchaus berechtigt, wenn man sich die konkrete Behandlung von psychischen Erkrankungen in der haus- und allgemeinärztlichen Versorgung ansieht, wo psychotherapeutische Therapieverfahren gegenüber medikamentösen Behandlungsformen nach wie vor hinterherhinken.

Auch aus suchttherapeutischer Sicht ist die Einnahme von Psychopharmaka nicht unproblematisch, da ein Teil dieser Medikamente zu Missbrauch und Abhängigkeit führt und die Medikamenteneinnahme auch therapeutische Strategien torpedieren kann, indem die Patienten ihre Verantwortung für eine Besserung ihres Krankheitsbildes an den verordnenden Arzt bzw. das Medikament abgeben und sich nicht mit sich und ihrer Erkrankung auseinandersetzen.

Die Ursachen zwischen Suchterkrankungen und psychischen Erkrankungen sind komplex. Wir wissen, dass Suchtkranke gehäuft komorbide psychische Erkrankungen wie z.B. depressive Störungen und Angststörungen haben, umgekehrt haben psychisch Kranke häufiger Probleme mit psychotropen Substanzen als Gesunde.

In der Suchtforschung gibt es unterschiedliche Theorien darüber, wie diese beiden Krankheitskomplexe zusammenhängen. Biologische Erklärungen sind z.B. die Schädigung der grauen und weißen Hirnsubstanz und Mikrostrukturen von Nervenbahnen durch psychotrope Substanzen wie auch eine Dysregulation des GABAergen, dopaminergen und serotoninergen Systems, was dann zu psychischen Erkrankungen wie Depressionen führen kann. Ganz offensichtlich führt der Konsum von psychotropen Substanzen im sozialen Umfeld zu Stress und Problemen, was zu einer erhöhten Anfälligkeit für weitere psychische Erkrankungen führen kann.

Andererseits gibt es auch die Theorie der „Selbstmedikation" von psychischen Erkrankungen durch psychotrope Substanzen. Eine primäre psychische Erkrankung führt danach zu einem erhöhten Alkohol-, Medikamenten-, Drogenkonsum oder stoffungebundenen Verhaltensauffälligkeiten.

In der Praxis der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen in Deutschland hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass die psychische Komorbidität bei Suchtkranken nicht vernachlässigt werden kann. So gibt es zum Beispiel in den Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung ein Therapiemodul „Indikative Therapien: themenzentrierte Interventionen zur psychischen Komorbidität". Für dieses Modul müssen mindestens 30 Prozent aller Patienten einer Rehabilitationseinrichtung 60 Minuten pro Woche ausgewählte therapeutische Leistungen erhalten. Dies wird anhand der dokumentierten Leistungen in den Entlassungsberichten statistisch erhoben und die Einrichtungen erhalten im Rahmen der Qualitätssicherung eine Rückmeldung darüber, ob sie diese Mindestanforderungen erfüllt haben.

Die S3-Leitlinie „Alkoholbezogene Störungen" der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften von 2014 hat der psychischen Komorbidität und ihrer Behandlung einen breiten Raum eingeräumt und klare Vorgaben zur Behandlung gegeben. Suchterkrankungen und psychische Erkrankungen sollen gleichzeitig behandelt werden.

In diesem Sonderheft beleuchten verschiedene Autoren dieses komplexe Thema. Als

Gastherausgeber hoffen wir, damit die fachliche Diskussion anzuregen und die Versorgungssituation für diese Patientengruppe langfristig zu verbessern.

**Peter Missel**
Dipl.-Psychologe
Psychologischer Psychotherapeut
Ltd. Psychologe der MEDIAN Kliniken
Daun – Am Rosenberg
Anerkannter Supervisor (VT)
peter.missel@median-kliniken.de

**Dr. Joachim Köhler**
Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Sozialmedizin, Magister Public Health
Deutsche Rentenversicherung Bund
Geschäftsbereich Sozialmedizin
und Rehabilitation
Referat 0441 Grundsatzaufgaben
der Sozialmedizin R 6207
Ruhrstraße 2
D-10704 Berlin
drmed.joachim.koehler@drv-bund.de

NACHRICHT

# Studie zur Fußball-Fanszene: Gewalt und Drogenkonsum hängen zusammen

*Wenn Fußballfans gewalttätig werden, hängt dies unter anderem mit dem Konsum illegaler Drogen wie Kokain, Speed und Cannabis zusammen. Dies zeigt eine nichtrepräsentative Studie des Deutschen Instituts für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) der Katholischen Hochschule NRW, für die knapp 800 Fußballfans in Onlineforen befragt wurden. Bisher gab es zu diesem Feld keine quantitativen Untersuchungen.*

„Wir können das erste Mal Daten über diese Zielgruppe vorlegen und Hinweise für die Dynamik zwischen Gewaltanwendung und Drogenkonsum liefern", so Prof. Dr. Daniel Deimel, der Leiter der Studie. Etwas mehr als die Hälfte der befragten Fans hätten eigene Gewalttaten im Fußballkontext angegeben, zum Beispiel verabredete Schlägereien außerhalb des Stadionumfeldes; bei Fans aus der Ultra-Szene und Hooligans seien dies sogar 70 bzw. 95 Prozent. Außerdem konsumierten im Monat vor der Befragung 13 Prozent Kokain, zehn Prozent Amphetamine und 30 Prozent Cannabis – alles relativ hohe Werte, die auch in einem signifikanten Zusammenhang mit den Gewalthandlungen stehen.

In der befragten und überwiegend männlichen Stichprobe fallen die Gewalttäter auch durch eine erhöhte Aggressivität, einen niedrigen Bildungshintergrund und eigene Erfahrungen als Gewaltopfer auf. Ihre Persönlichkeit ist geprägt von erhöhter Aggressivität und Egozentrik, aber auch von Misstrauen und Unsicherheit.

„Ein erheblicher Teil der Befragten äußerte zudem, dass sie psychosoziale Hilfe benötigen", erklärt der Professor für Klinische Sozialarbeit weiter. Dabei gehe es um psychische Probleme, um Konflikte am Arbeitsplatz oder in der Schule, in Partnerschaft und Familie. „Unsere Ergebnisse zeigen, dass Sozialer Arbeit in diesem Feld eine große Bedeutung zukommt und ausgebaut werden muss. Dann kann man die Gewalt- und Suchtprobleme rund um den Fußball auch nachhaltig angehen."

Eine Schlüsselfunktion müsse hier vor allem den über sechzig verschiedenen Fanprojekten, die es in Deutschland gibt, zukommen. Mit einem lebensweltorientierten Ansatz arbeiten dort Fachkräfte mit jugendlichen und jungen erwachsenen Fußballfans, um Gewalt und extremistischen Strömungen vorzubeugen, und bieten ihnen Freiräume für eine positive Persönlichkeitsbildung und konstruktives Engagement als Fußballfan.

# Zur Bedeutung der Komorbidität in der Rehabilitation Suchtkranker

Caspar Friedrich Sieveking

## 1 Zum Begriff der Komorbidität

In der Rehabilitation wird seit Jahren zunehmend der Komorbidität Bedeutung zugemessen. Dies drückt sich in der Entwicklung differenzierter Behandlungsangebote und in einer Vielzahl wissenschaftlicher Artikel aus. Dabei ist allerdings ein relativ einseitiger Gebrauch des Begriffes Komorbidität im Sinne einer ausschließlich psychischen Komorbidität zu verzeichnen.

Das lateinische Wort *morbus* bezeichnet ganz allgemein Krankheit, ebenso wie das deutsche Wort Sucht ethymologisch gesehen ursprünglich eine ganzheitliche Bedeutung hatte, wie einige veraltete medizinische Begriffe, z.B. Gelbsucht oder Fallsucht etc., deutlich machen.

Spätestens mit der ICD-9 wurde die Suchterkrankung als eine vorwiegend psychische Störung klassifiziert, statt des Begriffes Sucht (engl. *addiction*) wird zur Kennzeichnung der Störung als psychisches Phänomen in wissenschaftlichen und sozialrechtlichen Zusammenhängen zumeist der Begriff Abhängigkeit (engl. *dependence*) verwandt. Dementsprechend ist die Behandlung von Suchterkrankungen in Deutschland ganz überwiegend psychologisch bzw. psychiatrisch konzeptualisiert. Dies ist in Anbetracht der Erscheinungsformen der Sucht auch angebracht.

Die psychiatrische Dominanz in der Suchtbehandlung führt allerdings dazu, dass der Begriff Komorbidität bei Suchterkrankungen in Behandlungskonzepten und wissenschaftlichen Arbeiten ganz überwiegend für ausschließlich *psychische* Begleiterkrankungen, z.B. Depressionen und Persönlichkeitsstörungen, benutzt wird.

Zum Beispiel hatte die Zeitschrift „Sucht“ im Oktober 2011 den Schwerpunkt „Komorbidität und Sucht“. Die einzelnen Artikel behandelten allerdings ausnahmslos psychische Begleiterkrankungen und Probleme. Dies ist zu kurz gegriffen und wird der Bedeutung von Komorbidität in der Suchtbehandlung nicht gerecht.

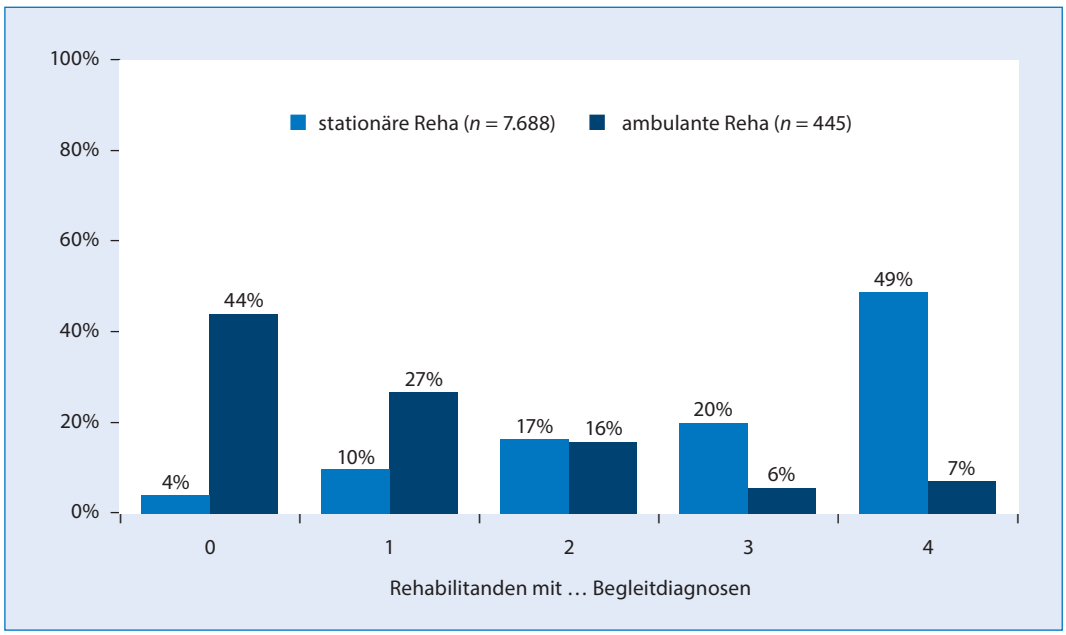
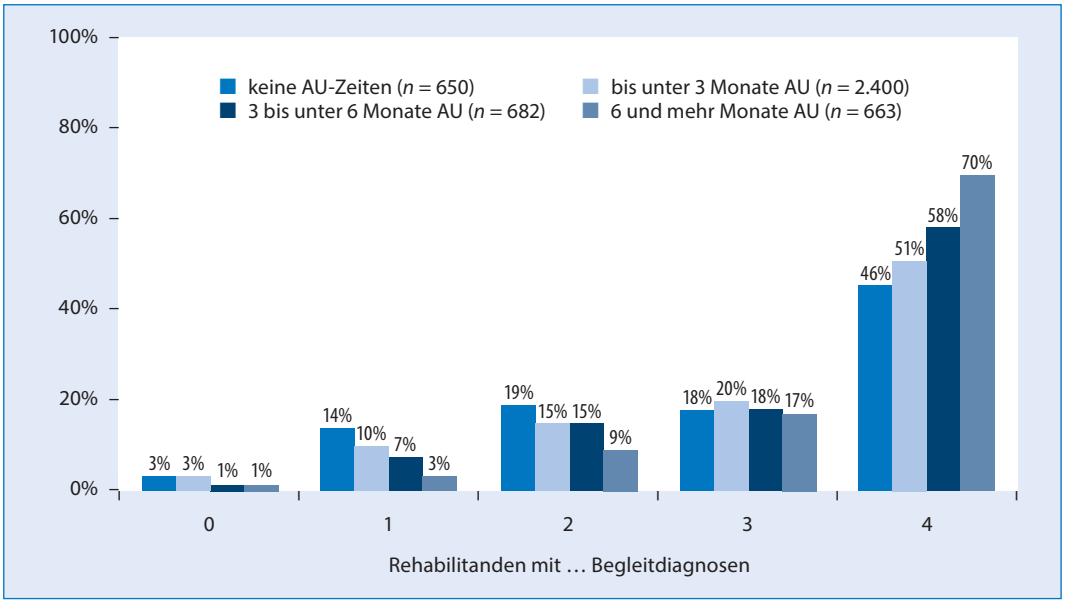



**Abbildung 1**

Rehabilitanden mit Begleitdiagnosen, ambulant und stationär (Quelle: E-Berichte, 2002)

**Abbildung 2**

AU-Zeiten bei Rehabilitanden mit Begleitdiagnosen




Der Begriff Komorbidität umfasst psychische *und* somatische *chronische* Begleiterkrankungen, die zur Einschränkung von Aktivitäten und Teilhabe beitragen und damit rehabilitative Bedeutung haben. Diese ganzheitliche Sichtweise entspricht nicht nur den gesetzlichen Anforderungen und dem Stand der Rehabilitationswissenschaft, sie eröffnet auch Möglichkeiten für verbesserte und effektivere Behandlungsverfahren.

## 2 Häufigkeit und Struktur der Komorbidität

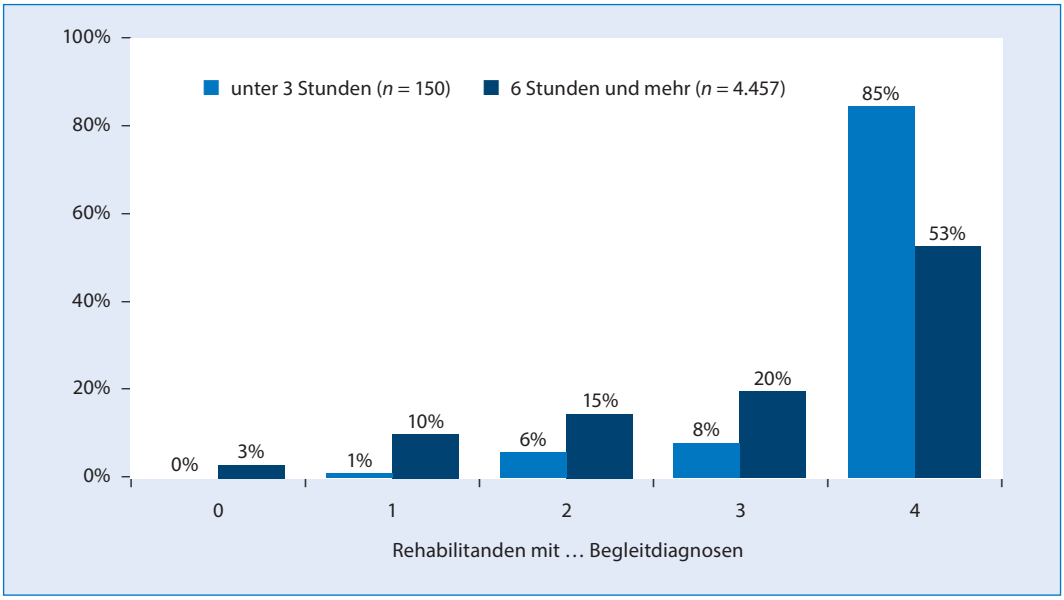
Zur Prävalenz von Komorbidität bei Suchterkrankungen liegen Zahlen der DRV Bund aus Auswertungen von Entlassungsberichten des Jahres 2002 vor (Quelle: Entlassungsberichte BfA 2002).

Etwa die Hälfte der stationären Rehabilitanden litt in dieser Untersuchung unter mindestens vier weiteren Erkrankungen, wobei ja im Entlassungsbericht überhaupt nur maximal vier Begleiterkrankungen verschlüsselt werden können. Eine Auswertung der Rehabilitanden, die wegen einer Alkoholabhängigkeit im Jahr 2012 eine stationäre Reha-Maßnahme absolvierten, ergab sogar bei 61 Prozent der Patienten mindestens vier Begleitdiagnosen (Bonn et al., 2014).

In der ambulanten Rehabilitation tritt Komorbidität eher selten auf. Dies ist auch nicht anders zu erwarten, da ja das Bestehen von

**Abbildung 3**

Rehabilitanden mit Begleitdiagnosen, Leistungsfähigkeit



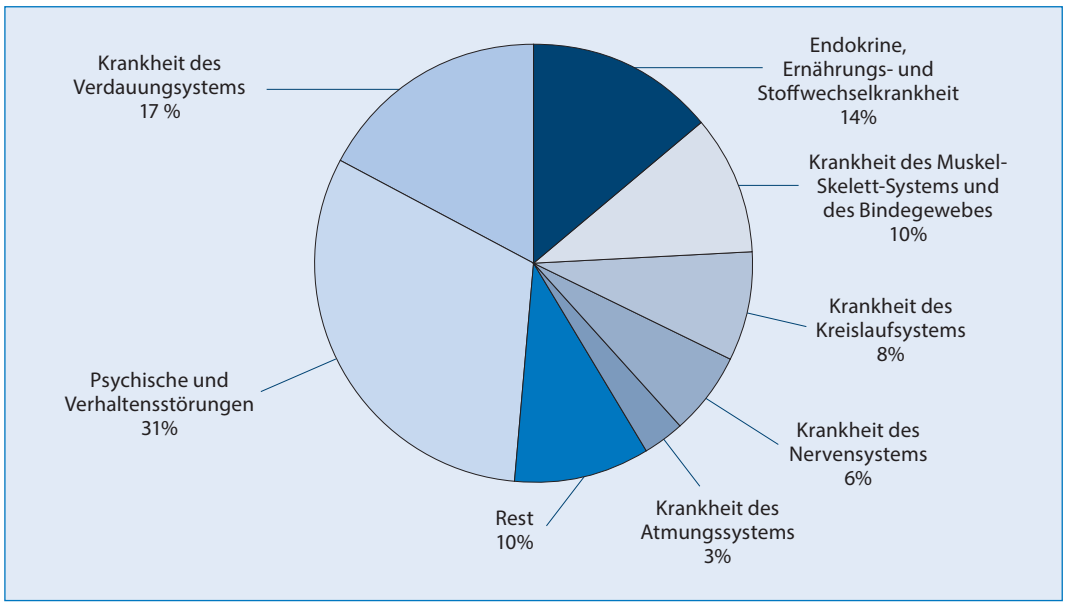



**Abbildung 4**

Begleiterkrankungen nach ICD-Kapiteln

(körperlichen) Begleiterkrankungen eines der wesentlichen Kriterien für die Bewilligung stationärer Rehabilitation ist.

Die sozialmedizinische Bedeutung der Begleiterkrankungen zeigt sich zum einen in der Dauer der Arbeitsunfähigkeit vor Reha, die abhängig von der Zahl der Begleiterkrankungen ist.

Ebenso ist die Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben auf unter drei Stunden deutlich abhängig von der Zahl der Begleiterkrankungen.

Interessant ist die Aufschlüsselung der Begleiterkrankungen nach ICD-Kapiteln: Nur ein knappes Drittel der Begleiterkrankungen ist den psychischen und Verhaltensstörungen aus dem ICD-Kapitel F zuzurechnen. Über 40 Prozent der Begleiterkrankungen sind internistische Erkrankungen, zehn Prozent orthopädische Erkrankungen.

In der o.g. Untersuchung von Alkoholabhängigen aus dem Jahr 2012 fanden sich bei begleitenden affektiven Störungen im Vergleich zu Leber- und Nervenerkrankungen zwar längere AU-Zeiten vor der Reha, Patienten mit Leber- und Nervenerkrankungen wurden am Ende der Reha jedoch deutlich häufiger mit Leistungseinschränkungen im letzten Beruf entlassen (36% vs. 20%).

Eine eigene Untersuchung an Patienten, die im Jahr 2009 eine Entwöhnungsbehandlung in der Paracelsus-Wiehengebirgsklinik Bad Essen absolviert hatten (vor Einführung der orthopädischen Rehabilitation in der Klinik) ergab bei fast einem Viertel der Patienten eine orthopädische Diagnose aus dem Kapitel M der ICD-10.

Bei diesen Patienten mit orthopädischer Begleitdiagnose fand sich im Vergleich zu Patienten ohne orthopädische Diagnose doppelt so häufig eine Leistungseinschränkung in der

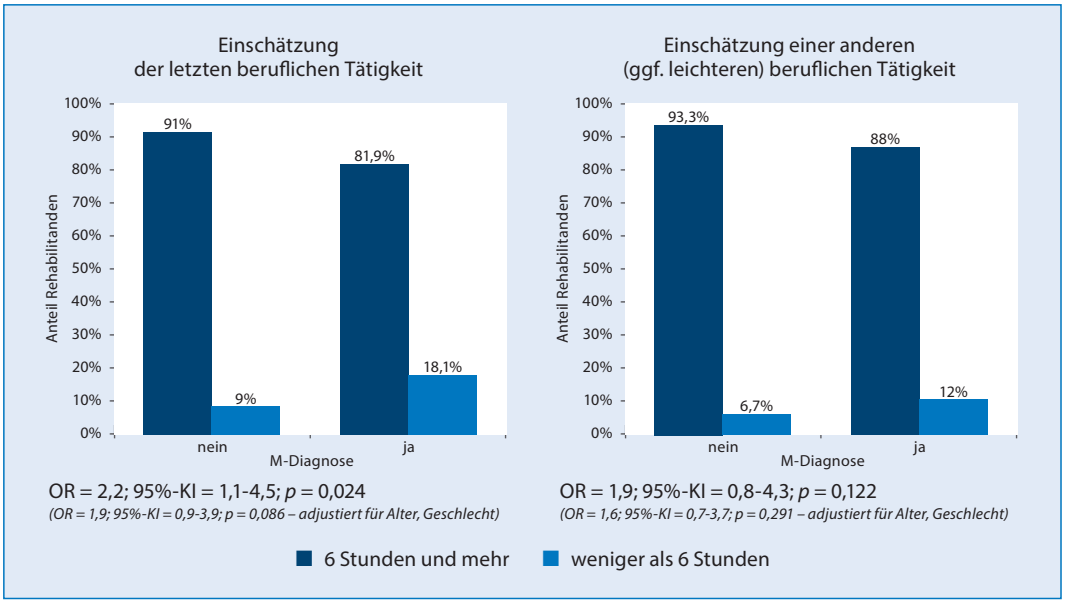
| Merkmal | *n* (%) | MW (SD) |
|---|---|---|
| **Geschlecht** | | |
| Frauen | 148 (42,2) | |
| Männer | 203 (57,8) | |
| **Alter bei Aufnahme** | | 45,8 (8,2) |
| **Abhängigkeit** | | |
| Patienten mit Alkoholabhängigkeit | 336 (95,8) | |
| Patienten mit anderen Abhängigkeiten (Mehrfachabhängigkeit, Medikamente, Cannabis) | 15 (4,2) | |
| **M-Diagnose** | | |
| Patienten mit M-Diagnose | 83 (23,6) | |
| Patienten ohne M-Diagnose | 268 (76,4) | |
| **Rückenschmerzdiagnose** | | |
| Patienten mit Rückenschmerzdiagnose | 42 (12) | |
| Patienten ohne Rückenschmerzdiagnose | 309 (88) | |

**Abbildung 5**

Orthopädische Diagnosen bei Patienten mit Entwöhnungsbehandlung

**Abbildung 6**

Sozialmedizinische Beurteilung bei vorliegender M-Diagnose




sozialmedizinischen Beurteilung (Kasten et al., 2011).

## 3 Komorbidität aus Sicht der ICF und des biopsychosozialen Krankheitsmodells

Die ICF klassifiziert krankheitsbedingte Funktionsstörungen als Störungen der Körperfunktionen und Strukturen, Einschränkungen der Aktivitäten und der Partizipation und berücksichtigt dabei Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren. Spezifiziert man das Schema der ICF auf Suchterkrankungen, so ergeben sich die für Suchtkranke typischen Beeinträchtigungen der genannten Teilbereiche, wobei in den persönlichen Kontextfaktoren auch die Komorbidität gesehen werden kann. Die Komorbidität wirkt sich somit nach ICF auf die Ausprägungen der Einschränkungen und auf die Coping-Möglichkeiten aus und ist entsprechend in der Rehabilitation mit zu berücksichtigen.

Die Anwendung des biopsychosozialen Krankheitsmodells ergibt eine differenzierte Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Suchterkrankungen und Begleiterkrankungen.

Der Begriff der Komorbidität legt zunächst einmal nahe, dass zwei Erkrankungen rein zufällig gleichzeitig aus unterschiedlichem Anlass auftreten. Häufig wird in der Medizin zur Erklärung eines Zusammenhangs auch das Modell der Primär- und Sekundärkrankheit verwandt, das davon ausgeht, dass eine Erkrankung als erste bestand und ursächlich für die Entwicklung der Sekundärerkrankung ist.

Selbstverständlich hat die Unterscheidung von Krankheiten, die zur *Entstehung* der Suchterkrankung beigetragen haben, Begleiterkrankungen *ohne* ersichtlichen direkten Zusammenhang zur Suchterkrankung und Erkrankungen, die als *Folge* der Suchterkrankung entstanden sind, eine Bedeutung. Wenngleich diese Unterscheidung nicht immer eindeutig zu treffen ist, hat sie Auswirkungen auf die Prognose der Begleiterkrankung und die Abstinenzmotivation. Ist beispielsweise eine Angststörung *Anlass* für die Einnahme von Benzodiazepinen und die Entwicklung einer entsprechenden Abhängigkeit, so ist zu erwarten, dass die Angststörung sich unter Benzodiazepin-Abstinenz verschlimmert und dass das Wiederauftreten der Ängste die Rückfallgefahr erhöht. Umgekehrt haben Erkrankungen, die als *Folge* von Suchtmittelkonsum auftreten, beispielsweise eine Leberzirrhose oder eine Polyneuropathie, unter Abstinenz eine recht gute Besserungsaussicht. Dies wiederum wird von den Suchtkranken dankbar wahrgenommen und stärkt die Abstinenzmotivation.

Dabei ist es jedoch abwegig, von einer linearen Kausalität auszugehen. Diese in der Akut-Medizin übliche Denkweise wird dem Wesen chronischer Krankheiten nicht gerecht und ist in der Rehabilitation meistens fehl am Platz. Bei der Behandlung von Rehabilitationsleiden ist vielmehr eine systemische Betrachtung der Erkrankungen und des mit ihnen verbundenen Bedingungsgefüges angebracht.

Unter Zugrundelegung der ICF ist bei chronischen Erkrankungen zum einen der *Querschnitt* mit der Manifestation der Erkrankung in der biologischen, psychischen und sozialen Ebene zu berücksichtigen, zum anderen im

*Längsschnitt* die Zeitachse mit den Krankheitsfolgen. Von besonderer Bedeutung sind dabei die sog. Chronifizierungsfaktoren: Es ist nicht nur zu fragen, was eine Erkrankung ausgelöst hat, sondern auch, was zur *Aufrechterhaltung* der Erkrankung beigetragen hat. Auslösende Faktoren und Chronifizierungsfaktoren sind in der Regel nicht identisch.

Unter Zugrundelegung des biopsychosozialen Krankheitsmodells sind die Chronifizierungsfaktoren einer chronischen Krankheit in den biologischen, psychischen und sozialen Lebensumständen eines Individuums zu sehen. Treffen mehrere chronische Erkrankungen zusammen, so können diese sich einerseits gegenseitig im Sinne von Kontextfaktoren beeinflussen, die Chronifizierungsfaktoren liegen allerdings für beide Erkrankungen in den *gleichen* biologischen, psychischen und sozialen Bedingungen des Kranken.

Die Beeinflussung der biologischen, psychischen und sozialen Rückfallgefahren ist in der stationären Suchtrehabilitation ein fest etablierter Standard. Damit ist u.a. auch die längere Dauer der Suchtrehabilitation begründet. Die Beeinflussung der biologischen, psychischen und sozialen Lebensumstände eines Rehabilitanden stellt allerdings *zugleich* auch eine Behandlung der Chronifizierungsfaktoren der *Begleiterkrankungen* dar.

## 4 Zielsetzung der Rehabilitation

Für die umfassende Mitbehandlung von Begleiterkrankungen besteht in Deutschland eine gewisse gesetzliche Verpflichtung, die sich aus dem § 4 des SGB IX ergibt. Mit diesem Paragraphen begründet auch die DRV im Leitfaden zur Erstellung von Rehabilitationskonzepten die Forderung nach Mitbehandlung der Begleiterkrankungen. Es heißt dort:

> *Leistungen zur Teilhabe*
> *1. Die Leistungen zur Teilhabe umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um* unabhängig von der Ursache *der Behinderung … Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden…*
> *2. … Die Leistungsträger erbringen die Leistungen im Rahmen der für sie geltenden Rechtsvorschriften nach Lage des Einzelfalls so vollständig, umfassend und in gleicher Qualität, dass Leistungen eines anderen Trägers möglichst nicht erforderlich werden…*

Im Unterschied zur Akutmedizin, in der die Zielsetzung der Behandlung in der Heilung der durch die ICD definierten Erkrankung besteht,

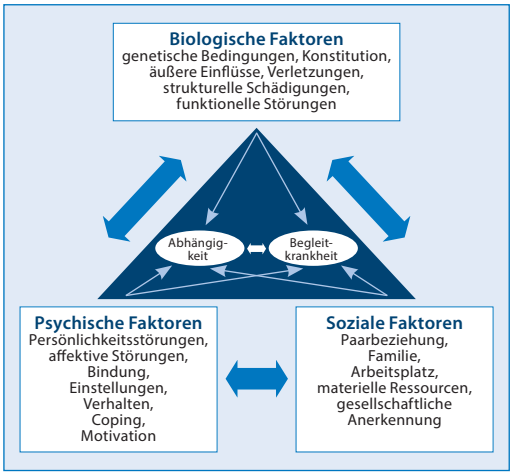



**Abbildung 7**

Biopsychosoziales Krankheitsmodell

liegt die Zielsetzung in der Rehabilitation im Prinzip nicht in der Heilung einer Krankheit, sondern in der Förderung einer durch Krankheit oder Behinderung bedingten Einschränkung der Teilhabe, insbesondere im Bereich der *Rentenversicherung* in der Förderung einer eingeschränkten Teilhabe am Arbeitsleben. Hierbei besteht die besondere Zielsetzung auch darin, zu einer fundierten sozialmedizinischen Gesamt-Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben zu kommen.

Wenn auch die einzelne Krankheit Ausgangspunkt der Behandlung ist, so ist die Zielsetzung der rehabilitativen Behandlung letztlich unabhängig von der Krankheits*ursache* auf die Krankheits*folgen* gerichtet, also letztlich nicht ICD-, sondern ICF-orientiert.

Wenn eine chronische Erkrankung zu einer Einschränkung der Teilhabe führt, dann besteht die Indikation zu einer Rehabilitation. Wenn *mehrere* chronische Erkrankungen zu einer Einschränkung der Teilhabe führen, dann besteht die Indikation zu einer ganzheitlichen Rehabilitation. Diese kann nicht allein in der Rehabilitation des Einweisungsleidens und der beiläufigen Mitbehandlung von Begleiterkrankungen bestehen, sondern jede an der Einschränkung der Teilhabe beteiligte chronische Erkrankung erfordert eine fachgerechte Rehabilitation. Wir nennen das eine integrative Rehabilitation.

## 5 Chancen und Voraussetzungen einer integrativen Rehabilitation

In der Suchtrehabilitation bieten sich aus zwei Gründen besondere Chancen für eine umfassende, im wahren Sinne des Wortes ganzheitliche Rehabilitation, wie sie die Sozialgesetzgebung und die Zugrundelegung der ICF und des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells sowie

auch die sozialmedizinische Zielsetzung erfordern:

1. In Deutschland ist in der Suchtrehabilitation die gleichrangige Beeinflussung der biologischen, psychischen und sozialen Rückfall- bzw. Chronifizierungsfaktoren Standard wie kaum in einem anderen Fachgebiet. Im Laufe von Jahrzehnten wurden durch unterschiedliche Berufsgruppen diverse spezifische Behandlungsmodule entwickelt. Da in den biologischen, psychischen und sozialen Lebensumständen eines Individuums nicht nur die Chronifizierungsfaktoren der Suchterkrankung liegen, sondern auch anderer gleichzeitig bestehender chronischer Krankheiten, bieten sich somit in der Suchtrehabilitation besonders gute Möglichkeiten für eine integrative Rehabilitation.
2. Es ist davon auszugehen, dass eine integrative Rehabilitation mehrerer Rehabilitationsleiden mehr Zeit und Ressourcen benötigt als die Behandlung eines einzelnen Rehabilitationsleidens. Bisher steht in Deutschland in der Suchtrehabilitation im Vergleich zu anderen Indikationen noch relativ mehr Zeit zur Verfügung. Wenn auch die Therapiezeiten immer weiter verkürzt werden und eine Reduktion einer ganzheitlichen Behandlung auf einzelne besonders indizierte Behandlungsmodule angestrebt wird, so bieten sich aufgrund der zurzeit noch in der Suchtrehabilitation bestehenden Behandlungszeiten und Ressourcen bessere Möglichkeiten für eine integrative Rehabilitation als in anderen Fachgebieten.

In der Paracelsus-Wiehengebirgsklinik Bad Essen wurde ein Konzept zur integrierten suchtmedizinischen und orthopädischen Rehabilitation (ISOR) entwickelt. Es zeigte sich, dass die Entwicklung und Umsetzung dieses Konzeptes eine Reihe wesentlicher Voraussetzungen hatte:

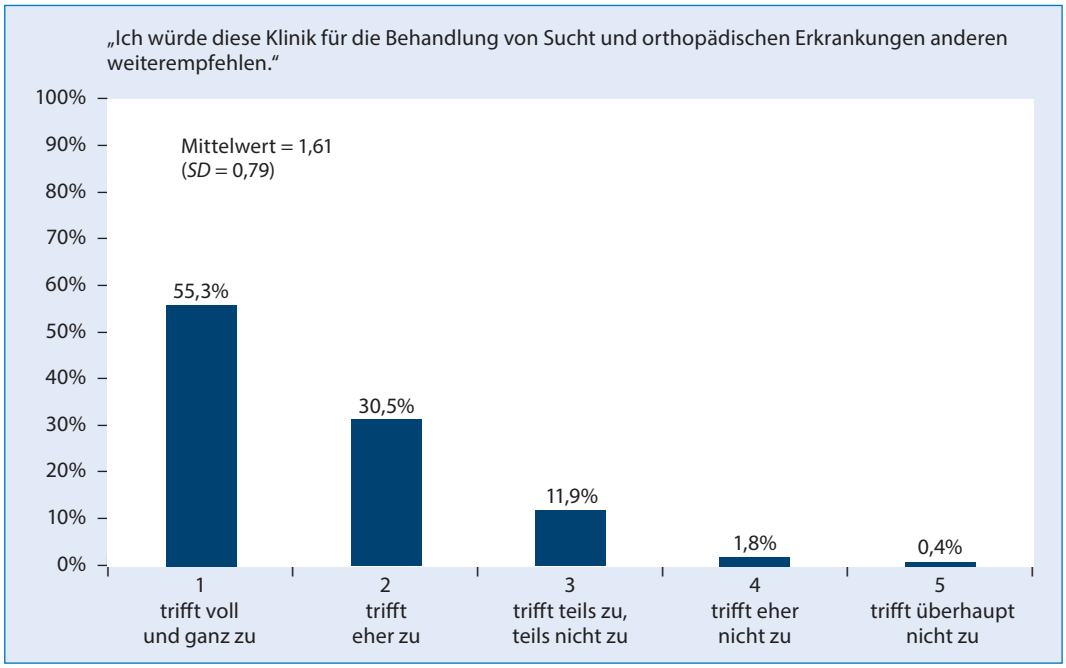
- die Erstellung eines fachlich und wissenschaftlich fundierten Konzeptes zur integrierten Rehabilitation,
- fachärztliche orthopädische Kompetenz mit Erfahrung in der Rehabilitation und in sozialmedizinischer Beurteilung,
- weiteres Fachpersonal, insbesondere Physiotherapeuten und Ergotherapeuten, die in der orthopädischen Rehabilitation ebenfalls eine tragende Rolle haben,
- umfassende Investitionen in die räumlichen und apparativen Gegebenheiten,
- ausreichende Arbeitszeit und Behandlungszeit.

Die Implementierung eines solchen integrativen Behandlungsangebotes erfordert also erhebliche finanzielle und personelle Anstrengungen. Dann aber kann man, wie erste Evaluationsergebnisse zeigen, mit beachtlichen Erfolgen rechnen.

Die kontinuierliche Befragung der Patienten durch die Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen (GfQG) ergibt eine sehr hohe Zufriedenheit der Patienten mit der Durchführung und mit dem subjektiven Behandlungserfolg sowohl der suchtmedizinischen als auch der orthopädischen Anteile der Rehabilitation.

**Abbildung 8**

Befragung der ISOR-Patienten zur Weiterempfehlung der Klinik



## Literatur


Kienast, Th. et al. (2011). Schwerpunkt: Komorbidität und Sucht. *Sucht, 57,* 335-401.

Bonn, V., Grünbeck, P. & Klosterhuis, H. (2014). Dokumentierte Komorbidität in der Sucht-Rehabilitation – Daten der Reha-Qualitätssicherung. *Sucht aktuell, 2,* 30-36.

Kasten, Y., Bethge, M., Sieveking, C. F. & Spyra, K. (2011). Unterschiede in der sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit von alkoholabhängigen Rehabilitanden mit und ohne muskuloskeletale Erkrankung. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), *20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium – Nachhaltigkeit und Vernetzung* (DRV-Schriften, Band 93, S. 407 f.). Berlin.

Keck, T. (2004). *Teilhabe und Komorbidität – Was erwarten die Kosten- und Leistungsträger von der medizinischen Reha?* 90. Wissenschaftliche Jahrestagung des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. am 17. und 18. März 2004. PowerPoint-Präsentation.

Schmidt, J., Kriz, D. & Nübling, R. (2014). *Patientenbefragung ISOR-Patienten 2011-2013, Paracelsus Wiehengebirgsklinik Bad Essen.* PowerPoint-Präsentation.

Sieveking, C. F., Kasten, Y., Stein, I., Bethge, M. & Spyra, K. (2011). Entwicklung eines integrierten suchtmedizinischen und orthopädischen Rehabilitationsangebotes (ISOR). In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), *20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium – Nachhaltigkeit und Vernetzung* (DRV-Schriften, Band 93, S. 490-492). Berlin.

**Dr. Caspar Friedrich Sieveking**
Arzt für innere Medizin – Psychotherapie – Rehabilitationswesen
Adelsbachstraße 12a
D-35216 Biedenkopf
csieveking@t-online.de

# Unterschiedliche psychische Erkrankungen auf gemeinsamer biologischer Basis

*Psychische Erkrankungen können wichtige molekulare Gemeinsamkeiten aufweisen, die sich in den aktuellen diagnostischen Kategorien nicht widerspiegeln. Das haben Wissenschaftler des Brainstorm Consortiums unter Beteiligung von Humangenetikern des Universitätsklinikums Bonn herausgefunden. An der groß angelegten Studie arbeiteten mehr als 500 Forscher aus aller Welt. Die Ergebnisse werden nun im renommierten Fachjournal „Science" vorgestellt.*

Psychiatrische Erkrankungen wie Schizophrenie und bipolare Störungen treten familiär gehäuft auf. In einer neuen internationalen Studie untersuchten die Forscher die genetischen Zusammenhänge zwischen diesen Störungen und anderen Erkrankungen des Gehirns in einer Systematik, die die bisherigen Arbeiten zu diesem Thema weit in den Schatten stellt. Das internationale Forscherteam stellte fest, dass psychiatrische Störungen zahlreiche genetische Faktoren teilen, während neurologische Erkrankungen wie Parkinson oder Alzheimer im Hinblick auf ihre genetischen Grundlagen deutlicher voneinander abgegrenzt erscheinen.

Die nun in der Fachzeitschrift „Science" veröffentlichte Studie beschäftigt sich mit der Frage, wie genetische Variation mit der Entstehung von Hirnerkrankungen zusammenhängt. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass psychiatrische Erkrankungen wahrscheinlich wichtige Gemeinsamkeiten auf molekularer Ebene aufweisen, die sich in den derzeitigen diagnostischen Kategorien nicht widerspiegeln.

Für die aktuelle Studie haben internationale Konsortien ihre Daten zusammengeführt, um die genetischen Muster von 25 psychiatrischen und neurologischen Erkrankungen zu untersuchen. „Diese groß angelegte Studie war nur durch die weltweite Zusammenarbeit von verschiedenen Forschern auf dem Gebiet psychiatrischer und neurologischer Erkrankungen möglich", sagt Prof. Dr. Markus Nöthen, Direktor des Instituts für Humangenetik am Universitätsklinikum Bonn. „Sie stellt derzeit eine der größten genetischen Untersuchungen bei Patienten und Kontrollpersonen weltweit dar." Mehr als 500 Wissenschaftler weltweit arbeiteten an der groß angelegten Studie mit, darunter sieben Mitarbeiter des Bonner Instituts für Humangenetik.

Da jede einzelne genetische Variante nur einen kleinen Beitrag zur Krankheitsentstehung leistet, erforderten die Analysen große Stichproben, um zuverlässig Signale vom Rauschen zu trennen. Mit Hilfe von genomweiten Assoziationsstudien an insgesamt 265.218 Patienten und 784.643 Kontrollen ermittelten die Forscher das Ausmaß der genetischen Überlappungen zwischen den einzelnen Erkrankungen. Die Wissenschaftler vom Universitätsklinikum Bonn trugen mit der Untersuchung des Erbguts von mehreren Tausend Patienten mit Schizophrenie, bipolarer Störung und Depression sowie mehreren Tausend gesunden Kontrollpersonen zur Studie bei.

Die Ergebnisse zeigten weitreichende genetische Überschneidungen bei verschiedenen psychischen Erkrankungen, insbesondere zwischen der Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), der bipolaren Störung, der schweren Depression und der Schizophrenie. Darüber hinaus weisen die Daten eine starke Überlappung zwischen Magersucht (Anorexia nervosa) und der Zwangsstörung (OCD) sowie zwischen OCD und dem Tourette-Syndrom auf.

Im Gegensatz dazu waren neurologische Störungen wie Parkinson und Multiple Sklerose deutlicher voneinander und von den psychiatrischen Störungen zu unterscheiden – mit Ausnahme der Migräne, die genetisch mit ADHS, der schweren depressiven Störung und dem Tourette-Syndrom in Zusammenhang steht.

## Müssen die klinischen Diagnosekriterien überarbeitet werden?

Nach Ansicht der Wissenschaftler deutet die ausgeprägte genetische Überlappung zwischen den psychiatrischen Störungen darauf hin, dass die aktuellen klinischen Diagnosekriterien die zugrunde liegende Biologie nicht genau widerspiegeln. „Die Ergebnisse der Studie könnten daher dazu führen, dass die diagnostischen Kategorien von psychischen Erkrankungen in der Zukunft neu strukturiert werden müssen", sagt Dr. Franziska Degenhardt, Leiterin der Arbeitsgruppe „Genetik schizophrener Störungen" am Institut für Humangenetik des Uniklinikums Bonn.

So könnte beispielsweise ein einziger Mechanismus, der die Menge eines Proteins im Gehirn reguliert, sowohl das unaufmerksame Verhalten bei ADHS als auch die gestörte Funktion bei schizophrenen Störungen beeinflussen. „Langfristig könnte die weitere Erforschung dieser genetischen Zusammenhänge dazu beitragen, die Diagnose und Therapie von Patienten mit neuropsychiatrischen Erkrankungen zu verbessern", sagt Dr. Andreas Forstner, der zusammen mit Prof. Nöthen die an der Studie beteiligte Bonner Arbeitsgruppe zu affektiven Störungen leitet.

Die Studie wurde von den Co-Senior-Autoren Ben Neale vom Broad Institute am Massachusetts Institute of Technology (MIT) und Aiden Corvin vom Trinity College Dublin sowie dem Erstautoren Verneri Anttila, Post-Doktorand in Neales Labor, geleitet.

Publikation: The Brainstorm Consortium: Analysis of shared heritability in common disorders of the brain, Science, doi:10.1126/science.aap8757

Prof. Dr. Markus M. Nöthen
Institut für Humangenetik
Universitätsklinikum Bonn
Telefon 0228 28751101
markus.noethen@ukb.uni-bonn.de

Fotos von Sonja Bachmayer (www.somoflo.at)

# Konzept zur Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen der MEDIAN-Kliniken Daun – Am Rosenberg

Peter Missel & Michael Rolffs

## 1 Einleitung

Depressionen gehören zu den häufigsten Formen psychischer Erkrankungen. Aufgrund ihrer Häufigkeit, ihrer Komplikationen und Folgen haben sie eine herausragende klinische, gesundheitspolitische und gesundheitsökonomische Bedeutung (Robert-Koch-Institut, 2010). Nach Studien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind Depressionen in Europa und Deutschland noch vor anderen Volkskrankheiten wie Diabetes mellitus oder koronaren Herzerkrankungen als gesellschaftlich belastendste Krankheitsgruppe einzuordnen. Aber nicht nur die klinische, epidemiologische und gesundheitsökonomische Bedeutung, sondern auch vorhandene Versorgungsdefizite machen die Depression zu einem vorrangigen Problem des Gesundheitssystems.

Das vorliegende Konzept zur Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen der AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg wendet sich als Zielgruppenkonzept vorrangig den Patienten der Psychosomatischen Abteilung der AHG Kliniken Daun zu. Gleichzeitig dient es aber auch als Grundlage zur Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen in der Abhängigkeitsabteilung der AHG Kliniken Daun in den Kliniken Altburg, Thommener Höhe und Am Rosenberg.

Als Zielgruppenkonzept ist es auf dem Hintergrund des „Behandlungskonzepts der Abteilung Psychosomatik der AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg“ (2012) und des „Behandlungskonzepts der AHG Kliniken Daun – Thommener Höhe und der Abhängigkeitsabteilung der AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg“ (2007) zu lesen.

Bei der Konzepterstellung wurden u.a. herangezogen:

- Behandlungskonzept der AHG Kliniken Daun – Thommener Höhe und der Abhängigkeitsabteilung der AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg (2007).
- Behandlungskonzept der Psychosomatischen Abteilung der AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg (2012).
- „Gemeinsamer Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 23. September 2011“.
- „S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression“, Kurzfassung, Version 1.1 (DGPPN et al., 2009a) sowie Langfassung dieser S3-Leitlinie (DGPPN et al., 2009b).
- „Reha-Therapiestandards depressive Störungen der Deutschen Rentenversicherung“, Leitlinie für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung (2011) und
- „Gesundheitsberichterstattung des Bundes durch das Robert-Koch-Institut (2010a) über Depressive Erkrankungen“.

## 2 Entwicklungsprinzipien des Behandlungskonzeptes

Depression als eine der häufigsten psychischen Erkrankungen gilt als behandlungsbedürftig, wenn charakteristische körperliche, psychische und verhaltensbezogene Beschwerden auftreten, die die Betroffenen gravierend beeinträchtigen. Die individuellen und gesellschaftlichen Folgen umfassen u.a. Langzeit-Abwesenheit am Arbeitsplatz, Frühberentung und Suizid (Robert-Koch-Institut, 2010). Das vorliegende Behandlungskonzept und die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf unipolare depressive Störungen, d.h. depressive Episoden (ICD-10: F32), rezidivierende depressive Störungen (ICD-10: F33) und Dysthymie (ICD-10: F34.1) ab einem Behandlungsalter von 18 Jahren.

## 2.1 Verbreitung

Die Zwölfmonats-Querschnittsprävalenz depressiver Störungen (ohne bipolare Erkrankungen) bei 18- bis 65-jährigen Personen in der Allgemeinbevölkerung beträgt in Deutschland 10,9 Prozent (bei Frauen 14,2%, bei Männern 7,6%). Bezogen auf die Kriterien des DSM-IV betragen die prozentualen Angaben 8,3 Prozent für eine Major Depression (einzelne Episode 4,3% und rezidivierend 4,0%) und für eine dysthyme Störung 4,5 Prozent (Wittchen et al., 2000). Die Zahl derjenigen, die irgendwann im Laufe ihres Lebens an einer Depression erkranken, ist jedoch weitaus größer, die Lebenszeitprävalenz liegt bei 19 Prozent (Frauen: 25%, Männer: 12%). Depressionen nehmen in der überwiegenden Mehrzahl einen chronischen und rezidivierenden Verlauf: bei 60 bis 75 Prozent aller Betroffenen ist davon auszugehen, dass nach einer ersten depressiven Episode mindestens eine weitere Episode folgt (im Mittel sechs Episoden lebenslang bei rezidivierenden Depressionen). Hinsichtlich der Inzidenz und des Ersterkrankungsalters zeigt sich, dass Depressionen in jeder Alterstufe erstmals auftreten können.

## 2.2 Komorbidität

Depressive Störungen treten häufig zusammen mit anderen psychischen Störungen und somatischen Erkrankungen auf. Zu den häufigsten komorbiden psychischen Erkrankungen bei Depression gehören alle Formen von Angststörungen, somatoforme Störungen, Schmerzstörungen sowie Suchterkrankungen.

## 2.3 Folgen

Depressive Erkrankungen gehen mit einer erhöhten Sterblichkeit einher, zum einen steht dies im Zusammenhang mit Suiziden, zum anderen mit Mortalität durch Unfälle und körperliche Ursachen. Etwa drei Prozent bis vier Prozent aller depressiv Erkrankten versterben durch Suizid.

Die entstehenden Fehlzeiten am Arbeitsplatz oder die dauernde Abwesenheit vom Arbeitsplatz führen bei depressiven Erkrankungen zu hohen Kosten durch Produktivitätsausfall. Bezogen auf Depressionen ist von 158.000 verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren in Deutschland auszugehen (Statistisches Bundesamt, 2010a). In Gesundheitsberichten verschiedener deutscher Krankenkassen wird auf die ansteigende Bedeutung psychischer Störungen hinsichtlich des Krankenstandes aufmerksam gemacht. Unter den sechs führenden Hauptdiagnosen beim Krankenstand variiert der Anteil der psychischen Störungen je nach Krankenkasse zwischen sechs Prozent und 13 Prozent. Die Berichte der Krankenkassen verdeutlichen, dass unter den affektiven Störungen die Depressionen dominieren und deren Diagnose deutlich zunimmt (Robert-Koch-Institut, 2010).

Bei den Frühberentungen stehen psychische Erkrankungen an erster Stelle. Die Bedeutung der depressiven Erkrankungen für vorzeitige Berentungen wird durch Daten der Deutschen Rentenversicherung belegt. Die Anzahl der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund einer depressiven Episode betrug im Jahr 2008 für Frauen 5.575 und für Männer 3.248 (Statistisches Bundesamt, 2010b). Die Krankheitskosten für depressive Erkrankungen, die Ausgaben für medizinische Heilbehandlung, Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahmen umfassen, betrugen im Jahr 2008 insgesamt 5,2 Mrd. Euro (Statistisches Bundesamt, 2010c).

## 2.4 Ursachen und Risikofaktoren

Bei der Entstehung von Depressionen ist von einem multifaktoriellen Geschehen auszugehen. Biologische, z.B. genetische Dispositionen, psychische und soziale Faktoren wirken dabei zusammen. Eine einheitliche, evidenzbasierte Theorie zur Entstehung von Depressionen steht aus. Nach dem so genannten Vulnerabilitäts-Stress-Modell (vgl. Wittchen et al., 2006) entstehen depressive Störungen durch die Interaktion aktueller und chronischer Belastungen mit neurobiologischen bzw. psychischen Veränderungen sowie anderen modifizierenden Variablen vor dem Hintergrund einer Vulnerabilität einer Person.

Als weitgehend gesichert gilt, dass genetische Faktoren bei der Entstehung von Depression eine Rolle spielen. Es ist davon auszugehen, dass die Vulnerabilität für depressive Erkrankungen teilweise vererbt wird, aber erst in Kombination mit psychosozialen Faktoren zu einem Auftreten der Depression führt (vgl. Brakemeier et al., 2008).

Depressive Störungen stehen vermutlich auch in Zusammenhang mit neurobiologischen Faktoren, die die Bereitschaft zu erkranken und das Rückfallrisiko erhöhen. Veränderte Funktionsabläufe im Gehirn, z.B. bedingt durch veränderte Funktionen der Botenstoffe (z.B. Serotin, Noradrenalin) zwischen den Nervenzellen, werden als ursächlich diskutiert (Robert-Koch-Institut, 2010). Antidepressive Medikamente können an dieser Stelle ansetzen und den Hirn-

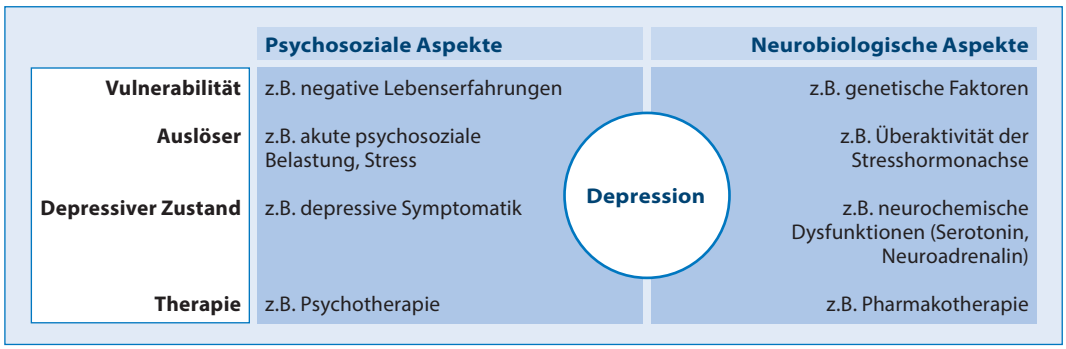



**Abbildung 1**

Psychische und körperliche Ursachen der Depression, zwei Seiten der gleichen Medaille (nach Hegerl, Althaus & Reiners, 2005)

Stoffwechsel wieder ins Gleichgewicht bringen. Allerdings zeigt sich eine Normalisierung des Hirn-Stoffwechsels auch nach einer erfolgreichen Psychotherapie.

Die Entstehung von Depression wird im Rahmen der Psychologie durch lerntheoretische und kognitive Modelle im Zusammenhang mit psychosozialen Belastungsfaktoren erklärt. Nach der kognitiven Theorie von Beck (1970; 1974) entsteht Depression durch eine so genannte kognitive Triade mit pessimistischen Annahmen über die eigene Person, die Umwelt und die Zukunft sowie negativen Überzeugungen. Diese negativen Schemata sind mit kognitiven Verzerrungen verbunden, die depressiogen wirken.

Die Theorie der gelernten Hilflosigkeit (vgl. Seligman, 1974) geht ebenfalls von Depression als erlerntem Verhalten aus. Negative Ereignisse werden als unkontrollierbar und unveränderlich gewertet, nachdem die wiederholte Erfahrung mangelnder Kontrolle über Situationen und unangenehme Konsequenzen gemacht wurde und Passivität und das Gefühl, selbst sein Leben nicht steuern zu können, hilflos gelernt und verfestigt wird.

Die Behandlung depressiver Patienten gemäß diesem Zielgruppenkonzept ist verhaltensmedizinisch ausgerichtet und basiert auf lerntheoretischen und verhaltenstherapeutischen Grundlagen. Behandlungsplanung und angewandte Methoden richten sich nach den „Therapeutischen Grundsätzen der AHG“ (Präsidium des AHG Wissenschaftsrates, 2012). Dies bedeutet, dass die Patienten mit wissenschaftlich fundierten, d.h. evidenzbasierten Methoden im Rahmen anerkannter Psychotherapieverfahren behandelt werden. Gewährleistet wird die Evidenzbasierung durch die Ausrichtung an den Leitlinien der Wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF) zu Diagnostik und Therapie psychischer Störungen. Weitere Prinzipien sind die Orientierung an nachhaltiger Effizienz, Patientenorientierung und partizipativer Beziehungsgestaltung, Einhaltung eines Bezugstherapeuten- und Bezugsgruppenmodells, Empathie der Behandler, Selbstverantwortung des Patienten, das Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe (Selbstmanagement), supervidierte Behandlung und Schnittstellenoptimierung. Auf die Einhaltung von Behandlungsgrundsätzen wie Aufklärung, Information, Transparenz, Nichtschädigung und Dokumentation wird geachtet. Die Behandlung wird als Element der für den Patienten förderlichen kurativen, rehabilitativen und teilhabeorientierten Maßnahmen verstanden.

Die Versorgung depressiv Erkrankter wird in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen ambulanten Versorgung, der stationären Akutbehandlung, in psychiatrischen Einrichtungen und Fachkliniken für Psychosomatik und Psychotherapie oder entsprechenden Abteilungen und Stationen, aber auch in psychosomatischen Rehabilitationsfachkliniken durchgeführt. Bei der Rehabilitation psychosomatischer Erkrankungen stellen affektive Störungen meist die größte Krankheitsgruppe dar. Dabei liegen entsprechende differentielle Behandlungsprogramme für depressive Störungen in der stationären psychosomatischen Rehabilitation in der Regel nicht vor. Dies kann als rehabilitatives Versorgungsdefizit betrachtet werden. Diese Lücke will das vorliegende Behandlungskonzept schließen.

In den AHG Kliniken Daun wurden 2011 in der Psychosomatischen Abteilung Am Rosenberg insgesamt 712 Patientinnen und Patienten behandelt. Hierbei zeigten sich nachfolgende Komorbiditätskennziffern: Neben der Hauptdiagnose 0,78 F-1-Diagnosen, 0,49 weitere psychische und 2,40 somatische Diagnosen nach ICD-10. Insgesamt wiesen als Hauptdiagnose 60,2 Prozent der Patienten eine depressive Erkrankung (ICD-10: F32 oder F33) auf.

## 3 Indikationen

Das Zielgruppenkonzept zur Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen der AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg umfasst nach-

folgenden Indikationsbereich mit folgenden Krankheitsbildern:

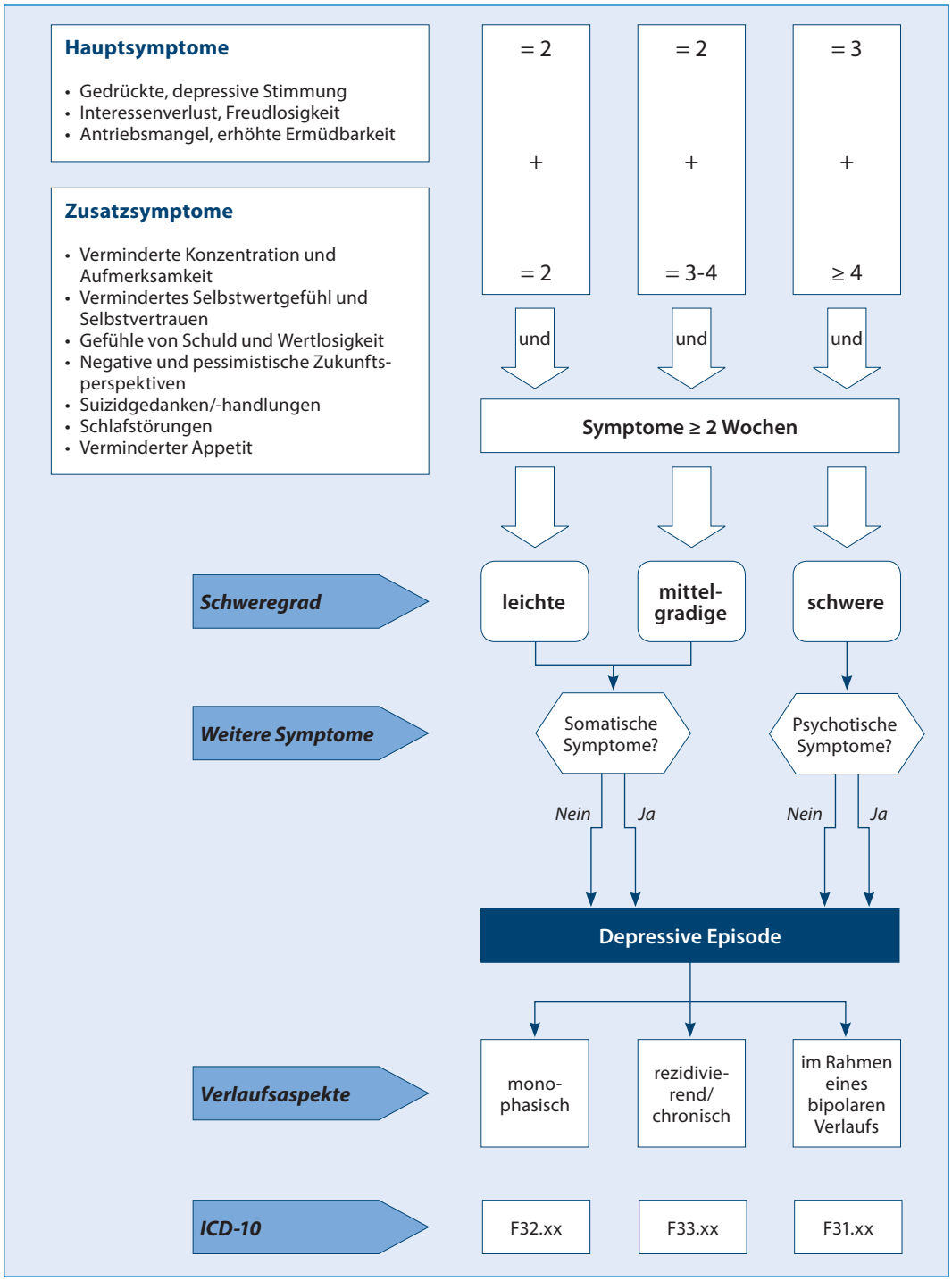
– Depressive Episode (ICD-10: F32),
– Rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33) und
– Dysthymia (ICD-10: F34.1).

Zur Diagosestellung einer depressiven Störung und ihrer Schweregradbestimmung nach ICD-10 sind die folgenden diagnostischen Kriterien maßgeblich (vgl. Abbildung 2; S-3-Leitlinie Unipolare Depression, Kurzfassung 2009):

- Mindestens zwei (schwere Episode: drei) Hauptsymptome müssen mindestens zwei Wochen anhalten. Kürzere Zeiträume können berücksichtigt werden, wenn die Symptome ungewöhnlich schwer oder schnell auftreten.
- Schweregradbestimmung: Die Patienten leiden zusätzlich zu den Hauptsymptomen unter mindestens zwei (leichte Episode, F32.0), drei bis vier (mittelgradige Episode, F32.1) bzw. mindestens vier (schwere Episode, F32.2) Zusatzsymptomen.

**Abbildung 2**

Diagnose depressiver Episoden nach ICD-10-Kriterien (aus S-3-Leitlinie Unipolare Depression, Kurzfassung 2009)



- Das somatische Syndrom ist bei leichter (F32.01) bzw. mittelgradiger depressiver Episode (F32.11) nur dann zu klassifizieren, wenn wenigstens vier dieser Symptome eindeutig feststellbar sind. Für die schwere depressive Episode ist diese Zusatzcodierung nicht vorgesehen, weil davon auszugehen ist, dass diese aufgrund ihrer Schwere die somatischen Symptome mit einschließt.
- Eine schwere depressive Episode kann zusätzlich „mit psychotischen Symptomen" (F32.3) klassifiziert werden, wenn Wahnideen (gewöhnlich Ideen der Versündigung, der Verarmung oder einer bevorstehenden Katastrophe), Halluzinationen oder ein depressiver Stupor auftreten.

Eine rezidivierende depressive Episode unterschiedlichen Schweregrades (F33.X) liegt vor, wenn es neben der gegenwärtigen depressiven Episode in der Vorgeschichte wenigstens eine weitere gab.

In der ICD-10 kann bei leichten bzw. mittelgradigen depressiven Episoden auch klassifiziert werden, ob zusätzlich zu den Haupt- und Zusatzsymptomen ein somatisches Syndrom vorliegt. Typische Merkmale des somatischen Syndroms sind:

1. Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten;
2. mangelnde Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung oder freudige Ereignisse emotional zu reagieren;
3. frühmorgendliches Erwachen; zwei oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit;
4. Morgentief;
5. der objektive Befund einer psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit;
6. deutlicher Appetitverlust;
7. Gewichtsverlust, häufig mehr als fünf Prozent des Körpergewichts im vergangenen Monat;
8. deutlicher Libidoverlust.

Ein besonderer Schwerpunkt des vorliegenden Konzeptes liegt auf der Behandlung chronisch depressiver Erkrankungen.

Diese Diagnose findet erst seit kurzem gebührende Beachtung, wenn man bedenkt, dass vor 1980 chronische Depressionen sowohl im DSM-I als auch im DSM-II als Persönlichkeitsstörungen angesehen wurden. Diese Auffassung wurde erstmals mit der Entwicklung des DSM-III aufgegeben, in dem die Dysthymie als chronisch affektive Achse-I-Störung aufgeführt wurde. Die chronische Major Depression kam als formale diagnostische Kategorie erst 1987 im DSM-III-R hinzu.

Die chronische Depression ist nach DSM-IV definiert als eine unipolare affektive Störung ohne symptomfreies Intervall von zwei oder mehr Monaten, die zwei oder mehr Jahre andauert. Im Hinblick auf die Behandlungsindikation sind bei der chronischen Depression fünf Verlaufsmuster zu unterscheiden:

1. Dysthyme Störung – eine affektive Erkrankung schwacher bis mittelschwerer Ausprägung von zwei oder mehr Jahren Dauer, die gewöhnlich während der Adoleszenz beginnt.
2. Double Depression – eine einzelne Episode einer Major Depression oder einer rezidivierenden Major Depression ohne zwischenzeitliche vollständige Remission, die zusätzlich zu einer Dysthymen Störung besteht.
3. Rezidivierende Major Depression, die länger als zwei Jahre ohne volle Remission zwischen den Episoden anhält.
4. Chronische Major Depression – hierbei bestehen alle Kriterien für eine Episode einer Major Depression durchgehend über zwei oder mehrere Jahre.
5. Double Depression/chronische Major Depression – diese Verlaufsform wurde erst kürzlich in den USA definiert (vgl. McCullough, 2000), und zwar in einer Patientenkohorte, die bei der Eingangsuntersuchung sowohl die Kriterien für eine Double Depression als auch für eine chronische Major Depression erfüllte.

Die korrekte Indikationsstellung für chronisch depressive Erkrankungen setzt eine präzise Anamnese voraus, aus der eine länger bestehende (> 2 Jahre) Depression hervorgeht. Nicht selten sind in diesem Zusammenhang auch fremdanamnestische Angaben hilfreich und teilweise auch notwendig, da der Patient sich an seinen Zustand im Laufe der Zeit habituiert. Dies gilt insbesondere bei der Dysthymen Störung.

Die Mitbehandlung komorbider psychischer und somatischer Erkrankungen ist in dem vorliegenden Konzept zur Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen ausdrücklich vorgesehen.

## 4 Kontraindikationen

Nicht behandelt werden können Patienten bei Vorliegen folgender Kontraindikationen:

- Höhergradige kognitive Störungen wie Demenz (F0) oder Intelligenzminderung (F7),
- Schizophrenie (F0), wahnhafte Störungen (F22) oder andere psychotische Störungen (F23-F29) im akuten Stadium,
- akute Suizidalität
- körperliche Erkrankungen, die eine Rehabilitationsfähigkeit maßgeblich beeinträchti-

gen einschließlich pflegebedürftiger Patienten und
– jugendliche Patienten unter 18 Jahren.

Das vorliegende Konzept ist des Weiteren nicht vorgesehen für:
– Patienten mit manischen Episoden (ICD-10: F30),
– Patienten mit bipolarer affektiver Störung (ICD-10: F31),
– Patienten mit anhaltenden affektiven Störungen (ICD-10: F34, außer F34.1 Dysthymia),
– Patienten mit anderen oder nicht näher bezeichneten affektiven Störungen (ICD-10: F38 und F39).

Dieses Konzept bezieht also Patienten mit bipolaren Psychosen, in deren Verlauf depressive Episoden auftreten, nicht ein. Ebenso wenig ist es geeignet für Patienten mit Schizophrenien, bei denen eine postpsychotisch-depressive Episode festgestellt wird. Abzugrenzen sind weiterhin Anpassungsstörungen mit depressiven Reaktionen. Die Abgrenzung dieser Erkrankungen spielt u.a. therapeutisch insofern eine wichtige Rolle, weil insbesondere bei den bipolaren Psychosen mit depressiver Episode sowie den schizophrenen Erkrankungen mit postpsychotisch-depressiver Episode neben psychotherapeutischen Interventionen eine primär psychopharmakologische Behandlung mit Moodstabilizern und Antidepressiva bzw. Neuroleptika in Kombination mit Antidepressiva und Psychotherapie als hilfreich angesehen werden.

Als Kontraindikationen, mit Hinblick auf das vorliegende Behandlungskonzept, haben auch Depressionen zu gelten, die infolge einer Organerkrankung (z.B. eines Hirntumors oder einer Schilddrüsenerkrankung) entstehen. Hier ist eine primär kausale Behandlung anzustreben.

Ebenso sind pharmakogen induzierte Depressionen, z.B. im Rahmen einer Interferontherapie bei bekannter MS zu bedenken. Bei dieser Art der Depressionsentstehung ist in Abhängigkeit von der Depressionsintensität an eine antidepressiv medikamentöse Behandlung und/oder eine Reduktion der Medikation für die Ausgangserkrankung zu denken.

Im Übrigen wird auf das Indikationsspektrum des Behandlungskonzepts der Abteilung Psychosomatik der AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg verwiesen (z.B. für Anpassungsstörungen).

## 5 Verhaltensmedizinisches Konzept

Das vorliegende Zielgruppenkonzept orientiert sich an einem verhaltensmedizinischen Behandlungsmodell, das depressive Erkrankungen im Zusammenwirken von organisch-physiologischen Faktoren und Bedingungen des Erlebens und Verhaltens sowie des sozialen Umfeldes versteht. Rehabilitation wird dabei als Lernprozess verstanden, der der Wiederherstellung bzw. Sicherung der Erwerbsfähigkeit, dem Abbau chronischen Krankheitsverhaltens und der Ressourcenstärkung der Patienten dient. Dabei sind ein interdisziplinärer Ansatz, eine sorgfältige Diagnostik, Indikationsstellung und individuelle Planung des Gesamtrehabilitationsprozesses und eine Ausrichtung des Rehabilitationsergebnisses an definierten Rehabilitationszielen übergeordnete Behandlungsgrundsätze.

Ausgehend von dem Verständnis, dass es sich bei depressiven Erkrankungen um ein bio-psycho-soziales Krankheitsgeschehen handelt, sind bei der umfassenden Rehabilitation von depressiven Patienten somatische, psychische und soziale Aspekte zu berücksichtigen. Eine Depression ist oftmals das Ergebnis einer jahrelangen Entwicklung, innerhalb der es im Einzelfall zu sehr unterschiedlichen Beeinträchtigungen körperlicher, psychischer und sozialer Funktionen gekommen ist; ein Patient, der eine Depressionsbehandlung antritt, weist ein für seinen individuellen Krankheitsverlauf spezifisches Muster verschiedener Fähigkeitsstörungen auf. Hinzu kommt, dass die Eigenwahrnehmung eines Patienten bezüglich seiner Beeinträchtigungen häufig nicht dem objektiven Störungsniveau entspricht (defizitäre Krankheitseinsicht). Daraus resultierend verfügt der Patient oft nur über eine unzureichende Kenntnis angemessener eigener Lösungsmöglichkeiten.

Es ist somit davon auszugehen, dass depressive Patienten zu Beginn einer Rehabilitationsmaßnahme sowohl hinsichtlich des objektiven Krankheitsbefundes als auch hinsichtlich des subjektiven Krankheitsverständnisses und der Veränderungsmotivation sehr unterschiedliche Voraussetzungen aufweisen. Diesen Unterschieden angemessen medizinisch und psychotherapeutisch zu begegnen, ist die besondere Herausforderung zu Beginn der stationären Rehabilitation.

Sämtliche medizinische und psychotherapeutische Maßnahmen beschränken sich nicht nur auf die Behebung akuter Syndrome, sondern orientieren sich vorrangig am langfristig angelegten Rehabilitationsziel des Erhalts, der

Besserung bzw. der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sowie der beruflichen Reintegration; bei jeder einzelnen Behandlungsmaßnahme ist deren Passung in das rehabilitative Gesamtkonzept zu berücksichtigen.

Wesentliche Zielsetzung ist neben der qualifizierten medizinischen Behandlung die Einflussnahme auf Einstellungen und Verhaltensweisen zur Förderung der Gesundheit, die Minderung des erkrankungsbezogenen Risikoverhaltens und die Vermittlung von Kompetenzen zur Krankheitsbewältigung.

Davon ausgehend stehen deshalb für die stationäre Rehabilitation depressiver Patienten u.a. folgende übergreifende Behandlungsziele und Behandlungsaufgaben im Vordergrund:

Behandlungsziele (u.a.):
- Entwicklung eines angemessenen subjektiven Problembewusstseins,
- Senkung von Risikofaktoren und Aufbau neuer Verhaltensweisen zur Gesundheitsförderung,
- Förderung von Behandlungs- und Veränderungsmotivation,
- Förderung der Mitwirkungsbereitschaft am Rehabilitationsprozess,
- Förderung erkrankungsangemessener Einstellungen und Verhaltensweisen,
- Förderung von Selbstwirksamkeit und Bewältigungszuversicht.

Behandlungsaufgaben (u.a.):
- Objektive Erhebung der aktuellen körperlichen, psychischen und sozialen Befundlage,
- umfassende medizinische Behandlung akuter Syndrome sowie mitbehandelbarer Nebenleiden,
- psychiatrische Abklärung und fachliche Mitbehandlung bei vorliegenden weiteren psychiatrischen Zusatzerkrankungen,
- Vereinbarung eines individualisierten Behandlungsplans,
- Indikationsstellung für geeignete Behandlungsmaßnahmen,
- Rekonstruktion der individuellen Depressionsentwicklung,
- Berücksichtigung des subjektiven Krankheitsmodells,
- Information des Patienten über seinen Krankheitszustand inklusive individueller Risikofaktoren,
- Förderung der familiären, beruflichen und sozialen Reintegration,
- Information über medizinische, psychotherapeutische und soziale Hilfsangebote,
- Vorbereitung auf die sich anschließenden Behandlungsschritte und Rückfallprävention.

## 5.1 Indikationsstellung und Diagnostik

Die Indikationsstellung zur Teilnahme am Zielgruppenkonzept zur Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen ist im Kapitel „3. Indikation“ und im Kapitel „4. Kontraindikation“ beschrieben. Gemäß S3-Leitlinie zur unipolaren Depression berichten depressive Patienten oft nicht spontan über typisch depressive Kernsymptome, sondern geben eher unspezifische Beschwerden wie Schlafstörungen mit morgendlichem Früherwachen, Appetitminderung, allgemeine Kraftlosigkeit, anhaltende Schmerzen und/oder körperliche Beschwerden an.

Beschwerden, die auf eine depressive Störung hinweisen, können (vgl. S3-Leitlinie Unipolare Depression, Kurzfassung 2009) u.a. sein:
- Allgemeine körperliche Abgeschlagenheit, Mattigkeit,
- Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafstörungen),
- Appetitstörungen, Magendruck, Gewichtsverlust, Obstipation und Diarrhoe,
- diffuse Kopfschmerzen,
- Druckgefühle in Hals und Brust, Globusgefühl,
- funktionelle Störungen von Herz und Kreislauf (z.B. Tachykardie, Arrhythmie, Synkopen), Atmung, Magen und Darm,
- Schwindelgefühle, Flimmern vor den Augen, Sehstörungen,
- Muskelverspannungen oder diffuse neuralgieforme Schmerzen,
- Libidoverlust, Sistieren der Menstruation, Impotenz, sexuelle Funktionsstörungen und
- Gedächtnisstörungen.

Risikofaktoren für eine depressive Störung sind u.a.:
- frühere depressive Episoden,
- bipolare oder depressive Störungen in der Familiengeschichte,
- Suizidversuche in der eigenen Vor- oder der Familiengeschichte,
- komorbide somatische Erkrankungen,
- komorbider Substanzmissbrauch bzw. komorbide Substanzabhängigkeit,
- aktuell belastende Lebensereignisse und Mangel an sozialer Unterstützung.

### 5.1.1 Suizidalität

Da 60 Prozent bis 70 Prozent der Patienten während einer depressiven Episode oft Suizidgedanken haben, ist es besonders wichtig, Patienten aktiv und empathisch im Rahmen der

Erstdiagnostik zur Suizidalität zu explorieren. Auch im weiteren Behandlungsverlauf ist hierzu eine regelmäßige Erfassung notwendig.

Daher sollte bei jedem Patienten mit einer depressiven Störung Suizidalität regelmäßig bei jedem Patientenkontakt klinisch eingeschätzt und ggf. exploriert werden.

### 5.1.2 Komorbidität

Hinsichtlich der Komorbidität ist auf das komorbide Auftreten von Angst- und Panikstörungen, somatoformen Störungen, Substanzmissbrauch sowie Ess- und Persönlichkeitsstörungen zu achten. Das Vorliegen von körperlichen Erkrankungen, die Einnahme von Medikamenten und Noxen, die mit depressiven Symptomen einhergehen können, sowie somatische Komorbiditäten sollten sorgfältig geprüft werden.

Eine behandlungsbegleitende Verlaufsdiagnostik und Prozessevaluation sowie ein regelmäßiges Monitoring der Behandlung sind erforderlich.

Als psychologische Differentialdiagnostik kommen bei der Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen gemäß diesem Zielgruppenkonzept nachfolgende Instrumente zum Einsatz:

- Symptom-Checkliste SCL 90-R (Franke, 2002),
- SCL-K-9 (Klaghofer & Brähler, 2001),
- Beck-Depressionsinventar (BDI-II) (Hautzinger et al., 2006) und
- Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM) (Schaarschmidt & Fischer, 2008).

Die SCL 90-R sowie der BDI-II werden als Eingangs- und Abschlussmessung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation durchgeführt, der AVEM als Eingangsmessung, der SCL-K-9 als Eingangs-, Abschluss- und katamnestische Erhebung.

Im Hinblick auf chronische Depressionen weisen diese nach McCullough et al. (2006) neben dem zu fordernden Zeitkriterium von zwei Jahren charakteristische Merkmale auf, die es im Rahmen einer psychischen Befunderhebung zu berücksichtigen gilt:

1. Chronisch depressive Patienten denken prälogisch und präkausal.

   Damit ist gemeint, dass sie von einer Annahme ohne Zwischenschritte zu einer Schlussfolgerung gelangen. Auf den Beweis der getroffenen Annahme oder das Abwägen verschiedener Hypothesen im Zusammenhang mit dieser Annahme wird von chronisch depressiven Patienten wenig Wert gelegt.

   Die Patienten beschreiben sich selbst und ihre Probleme mit absoluten Begrifflichkeiten (z.B. „Niemand wird mich je mögen“. „Nichts, was ich anfasse, wird jemals gelingen“.).
2. Chronisch depressive Patienten lassen sich nicht durch Argumentation und logische Denkweise anderer beeinflussen.

   Es fehlt diesen Patienten die Fähigkeit, die Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere zu erkennen und Rückschlüsse bzw. Konsequenzen im Hinblick auf das eigene Tun daraus zu ziehen. Dabei wirken Sie in ihrem Verhalten und Denken häufig wie Kinder in frühen Entwicklungsphasen, die sich von realitätsbasierten Argumenten und einer darauf aufbauenden Logik nicht beeinflussen lassen.
3. Chronisch depressive Patienten sind in ihrer Selbst- und Fremdwahrnehmung durchweg Ich-zentriert.

   Im Entwicklungskonzept von Piaget wird die Phase vom 24. Monat bis zum siebten Lebensjahr als sog. präoperatorische Phase bezeichnet. Diese Phase ist gekennzeichnet durch das Erleben des unmittelbaren, gegenwärtigen Momentes. In einem Prozess der zunehmenden Dezentrierung erwirbt das Kind die Fähigkeit, sich vom Erleben des unmittelbaren, gegenwärtigen Moments zu lösen und sukzessive abstrakte Konzepte zu begreifen. Piaget nennt diesen Schritt, der die Überwindung der Dominanz des Augenblicks für die Wahrnehmung anzeigt, das „Denken in formalen Operationen“ (Piaget, 1926, 1981).

   McCullough stellte bei der Beobachtung von chronisch depressiven Patienten fest, dass bei ihnen Parallelen zu dieser von Piaget festgelegten präoperatorischen Phase zu erkennen sind. So fällt bei chronisch-depressiven Patienten bei der Darstellung ihrer Situation regelmäßig eine ausgeprägte Ich-Zentrierung auf.
4. Chronisch-depressive Patienten kommunizieren häufig in Form von Monologen.

   Die Antworten des Therapeuten haben nur sehr wenig Einfluss auf Stil und Inhalt der Äußerung des Patienten. Deutlich wird bei der Beobachtung von Therapiegesprächen mit chronisch Depressiven, dass diese häufig an den Fragen und Kommentaren des Therapeuten vorbei reden und dabei nur sich selbst und die eigene Thematik im Vordergrund sehen.
5. Chronisch-depressive Patienten sind nicht zu authentischer, interpersoneller Empathie fähig.

In diesem Kontext darf Empathie nicht mit emotionaler Sensibilität verwechselt werden. Chronisch Depressive reagieren hochgradig sensibel auf die emotionalen Eindrücke, die das Verhalten anderer bei ihnen hinterlässt. Sie sind dabei aber nicht in der Lage, die Emotionen anderer zu verstehen und in einer dazu passenden interaktiven Weise Verständnis zum Ausdruck zu bringen.

6. Chronisch-depressive Patienten zeigen in Stresssituationen eine geringe affektive Kontrolle.

   Sobald diese Patienten mit alltäglichen Stresssituationen konfrontiert werden, erleben sie sich automatisch in einem Zustand von vermeintlicher Hilf- und Hoffnungslosigkeit. Die rückständige emotionale Organisation chronisch-depressiv erkrankter Patienten verurteilt sie zu einem Leben mit geringer affektiver Kontrolle und emotionaler Dysregulation (Cicchetti et al., 1995).

## 5.2 Störungs- und Behandlungsmodell

Das vorliegende Konzept zur Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen versteht sich als klinische Anwendung verhaltensmedizinischer Modelle. Der Begriff Verhaltensmedizin kennzeichnet einen interdisziplinären Ansatz, dem das Zusammenwirken von organisch-physiologischen Faktoren und Faktoren des Verhaltens und Erlebens in der Ätiologie und Behandlung spezifischer Störungen zugrunde liegt. Im Rahmen lerntheoretischer Modelle gehen verhaltensmedizinische Konzeptionen davon aus, dass die Depression auch durch erlerntes Verhalten bedingt ist. Verhaltensdiagnostische Verfahren und eine Verhaltens- und Bedingungsanalyse des Problemverhaltens dienen der Erklärung der individuellen Symptomatik und deren aufrechterhaltender Bedingungen. Diese Bedingungsanalyse ist zugleich Grundlage für Indikationsstellung und Therapieplanung. Mit Methoden der klinischen Verhaltenstherapie soll den Patienten ein Abbau chronischen Krankheitsverhaltens erleichtert und das Erlernen alternativer Bewältigungsmöglichkeiten für Problemsituationen ermöglicht werden. Die verhaltensmedizinische Ausrichtung impliziert zugleich eine empirisch begründete Vorgehensweise und eine kontinuierliche Evaluation des Behandlungsprogrammes.

Die Förderung der Selbstbestimmung der Patienten, z.B. im Sinne des § 1 SGB IX, ist dabei zentrales Anliegen. Verhaltensmedizinisch formuliert kann man unter Selbstbestimmung u.a. die Handlungsleitlinie verstehen, „Patienten zu Experten ihrer eigenen Erkrankung“ bzw. zu „Experten ihrer eigenen Gesundung“ zu machen. In diesem Sinne stellt das Behandlungskonzept einen patientenzentrierten, rehabilitativen und psychotherapeutischen Behandlungsrahmen zur Verfügung. Ein Höchstmaß an Selbstbestimmung beim Patienten zu fördern, ist eines der Prinzipien der Selbstmanagement-Therapie (vgl. Kanfer, 1994; Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996). Mit seinem Sieben-Phasen-Modell beschreibt Kanfer wichtige Ziele bezogen auf einzelne Therapiephasen u.a.: Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen, Aufbau von Änderungsmotivation und Auswahl von Änderungsbereichen, Verhaltensanalyse und funktionales Bedingungsmodell, Vereinbaren therapeutischer Ziele, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden, Evaluation therapeutischer Fortschritte und Erfolgsoptimierung und Abschluss der Therapie.

Die Selbstmanagement-Therapie ist u.E. nicht eine von prinzipiell gleichwertigen Möglichkeiten der Behandlung, sondern die Therapie der ersten Wahl (vgl. Schneider, 2001). Sowohl die durch Miller und Rollnick (1999) bekannt gewordene „Motivierende Gesprächsführung“ als auch das Konzept der Veränderungsstadien (vgl. Prochaska & DiClemente, 1982, 1986, 1992; Prochaska & Velicer, 1997) sind nicht nur kompatibel mit der Selbstmanagement-Therapie, sondern finden ihre Grundlage in ihr.

Für die Ätiologie von Depressionen wird ein bio-psychosoziales Störungsmodell zugrunde gelegt. Dies besagt, dass biologische Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren in Interaktion mit psychischen und sozialen Faktoren das Gesamtrisiko für die Entwickung einer depressiven Erkrankung ausmachen.

Aus dem geschilderten Störungsmodell ergeben sich u.a. folgende Implikationen für das Behandlungsmodell (vgl. Missel & Zemlin, 1994): Die zentralen Behandlungsmethoden innerhalb eines verhaltensmedizinischen Behandlungskontextes sind verhaltenstherapeutisch fundiert. Behandlung wird in den AHG Kliniken Daun vorrangig stationär angeboten. Bereits Kanfer et al. (1978) und Schneider (2004) unterstreichen als Wirkfaktoren stationärer Behandlung die Lösung aus der gewohnten Umgebung, die Strukturierung des Alltags, die Fokussierung auf sich selbst, die Möglichkeit, neue Erfahrungen zu machen, und das Gemeinschaftserlebnis. Als Vorteile eines stationären Settings werden des Weiteren u.a. die Möglichkeit zur Fremd- und Selbstbeobachtung, unmittelbare Krisenintervention, die Ausschaltung

von die Depression aufrechterhaltenden Verstärkerbedingungen, ein positives Lernfeld, die Lösung aus einer belastenden Lebenssituation und eine kontingente therapeutische Kontrolle über das Problemverhalten benannt.

Neben den unter „Kapitel 2" erwähnten Störungsmodellen depressiver Erkrankungen (Kognitive Triade nach Beck und erlernte Hilflosigkeit nach Seligman) spielen bei der Behandlung chronischer Depression insbesondere die Modelle „CBASP" nach McCullough (2000, 2001, 2003, 2006a, 2006b, 2007; Mc Cullough et al., 2006) als spezifische Therapie für chronische Depression und die Metakognitive Therapie bei chronischer Depression nach Wells (2009, 2011) eine hervorgehobene Rolle.

Bei dem „Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy" (CBASP) von James McCullough handelt es sich um ein spezifisch auf chronische Depression zugeschnittenes Verfahren, bei dem behaviorale, kognitive und interpersonelle Strategien integriert werden (vgl. auch Schramm et al., 2006). Nach McCullough kommt die kognitiv-emotionale Entwicklung der Patienten aufgrund einer Kette negativer Lernerfahrungen meist in einem frühen Stadium zum Stillstand. Ein entscheidender Schritt im Alter von etwa sieben Jahren ist die Überwindung des so genannten „präoperatorischen Denkens". Zur Überwindung des „präoperatorischen Denkens" eines Kindes gehört, dass es

- erkennen kann, dass in einer bestimmten Situation eine bestimmte emotionale Reaktion (Traurigkeit oder Ärger) nur eine von mehreren möglichen Reaktionen darstellt. Als Konsequenz versteht das Kind, dass es nicht immer so fühlen muss, wie es jetzt fühlt;
- eine andere Person als einen Typ unter mehreren kategorisieren kann. Als Konsequenz kann es die Erwartung bilden, dass sich nicht alle Personen in der Zukunft gleich verhalten werden;
- ein aktuelles interpersonelles Ereignis zeitlich als eines in einer Kette zwischenmenschlicher Begegnungen sehen kann. Als Konsequenz kann es sehen, dass nicht alle späteren Ereignisse Wiederholungen eines früheren Ereignisses sind.

Längeres Andauern eines depressiven Effektes kann „erwachsenes" operatives Denken unterminieren, d.h. chronisch Depressive befinden sich in einer präoperativen Phase. Chronisch Depressive

- zeigen globales und prälogisches Denken,
- zeigen Denkprozesse, die kaum durch die Denkweise und Logik ihrer Gesprächspartner beeinflusst werden,
- sind pervasiv Ich-zentriert in ihren Sichtweisen von sich selbst und anderen,
- zeigen überwiegend monologisierende verbale Kommunikation,
- zeigen Unfähigkeit zu authentischer interpersoneller Empathie und
- haben unter Stress wenig affektive Kontrolle.

Zu Beginn der Therapie behandelt der Therapeut nach McCullough einen Erwachsenen, der sich sozial, interpersonell und emotional auf dem Stand eines präoperatorischen Kindes bewegt.

Der Therapeut versucht Akkommodation einzuleiten und neue Anpassungsmöglichkeiten herauszuarbeiten. Ein Hauptziel bei CBASP besteht darin, dass der Patient in die Lage versetzt wird, die Konsequenzen seines eigenen chronisch depressiven Verhaltens zu erkennen. Dabei fokussiert die Therapie in erster Linie auf interpersonelles Lernen.

Die Metakognitive Therapie nach Adrian Wells postuliert, dass Metakognitionen sowohl für die gesunde Steuerung der seelischen Prozesse als auch für Probleme, die dabei entstehen können, verantwortlich sind; sie geht davon aus, dass nicht das Was, sondern das Wie des Denkens für Emotionen und Emotionskontrolle verantwortlich ist. Depressive Menschen geraten in emotionale Bedrängnis, wenn ihre Metakognitionen ein bestimmtes Muster im Umgang mit inneren Erlebnissen verursachen, das Emotionen aufrechterhält und negative Gedanken verstärkt. Dieses Muster wird als „Cognitive Attentional Syndrome (CAS)", Kognitives Aufmerksamkeitssyndrom, bezeichnet. Das „CAS" besteht aus exzessiven konzeptionellen kognitiven Prozessen in Formen von „sich sorgen" (worrying) und „grübeln" (rumination). Mit Hilfe langer Ketten von verbalen Gedanken wird versucht, bestimmte Fragen zu beantworten. Beim Sich-Sorgen stehen „was wäre, wenn …"-Fragen im Vordergrund, beim Grübeln Fragen hinsichtlich der Bedeutung von Ereignissen. Das Grübeln bezieht sich vor allem auf die Vergangenheit, das Sich-Sorgen auf die Zukunft. Weiterhin gehört zum „CAS" eine Form von einseitiger, voreingenommener Aufmerksamkeit: sie ist auf gefahrenbezogene Stimuli fokussiert. Dies nennt Wells „Bedrohungsmonitoring".

In der Metakognitiven Therapie wird eine Modifikation positiver und negativer metakognitiver Überzeugungen angestrebt. Positive metakognitive Überzeugungen beziehen sich auf die Nützlichkeit von Sich-Sorgen-Machen, Grübeln und Bedrohungsmonitoring. Negative metakognitive Überzeugungen beziehen sich

auf ungünstige Auswirkungen innerer Ereignisse.

Die Metakognitive Therapie basiert auf der Annahme, dass psychische Störungen durch das jeweilige „CAS“ und seine Auswirkungen auf emotionale Erfahrungen und Wissen aufrechterhalten werden. Das „CAS“ stabilisiert über verschiedene Mechanismen das negative Selbstbild und das Gefühl von Bedrohungen. Beim „CAS“ sind negative und positive metakognitive Überzeugungen aktiviert. Im Mittelpunkt der Behandlung stehen die Veränderung von metakognitiven Überzeugungen und die Entwicklung von alternativen Wegen, innere Ereignisse zu erleben und auf sie zu reagieren. So soll dem „CAS“ die Grundlage entzogen werden. Nach Wells ist für die Behandlung schwerer Depressionen wichtig, die Ursachen des Grübelns zu verstehen und den Patienten dabei zu unterstützen, diesen Prozess zu beenden. Grübeln sei das zentrale Element des „CAS“ der Depression. Es wird als Reaktion auf negative Gedanken, Traurigkeit und Verlusterlebnisse aktiviert. Das „CAS“ intensiviert die Traurigkeit und die negativen Gedanken und führt zu depressiven Episoden.

## 6 Behandlungsziele

Grundlegendes Rehabilitationsziel für alle Patienten des Zielgruppenkonzeptes ist der Erhalt, die Besserung bzw. die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sowie die Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, der Abbau chronischen Krankheitsverhaltens, das Erlernen alternativer Bewältigungsmöglichkeiten der depressiven Erkrankung sowie die Klärung persönlicher Ziele und Werte für eine selbstverantwortliche Lebensplanung und Lebensgestaltung. Der Auftrag der Rehabilitation im Sinne des SGB IX liegt darin, Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe von Behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu vermeiden bzw. zu mindern, die Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern und die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern.

Nach der S3-Leitlinie der Unipolaren Depression (Kurzfassung 2009) gelten als allgemeine Behandlungsziele für Patienten mit depressiven Störungen vor allem:

- die Symptome der depressiven Störung zu vermindern und letztlich eine vollständige Remission zu erreichen,
- insbesondere Mortalität, vor allem durch Suizid auszuschließen bzw. zu verringern,
- die berufliche und psychosoziale Leistungsfähigkeit wiederherzustellen,
- das seelische Gleichgewicht wieder zu erreichen sowie
- die Wahrscheinlichkeit für einen direkten Rückfall oder eine spätere Wiedererkrankung zu reduzieren.

Dabei wird in den Leitlinien definiert, was Symptomveränderungen bedeuten:

- „Ansprechen (response)“: Reduzierung der depressiven Symptomatik in einschlägigen Skalen um 50 Prozent des Ausgangswertes.
- „Remission“: vollständige Wiederherstellung des ursprünglichen Funktionszustandes oder weitgehend symptomfreier Zustand nach der Behandlung .
- „Vollständige Genesung“: Symptomfreie Zeit für ca. sechs Monate nach Remission und
- „Rückfall (relapse)“ bzw. „Rezidiv“: Wiederauftreten einer depressiven Episode nach der Indexbehandlung bzw. Wiederauftreten einer depressiven Episode nach vollständiger Genesung.

In den Leitlinien werden als weitere Behandlungsziele für erforderlich gehalten:

- der Einbezug von Patienten und Angehörigen,
- eine partizipative Entscheidungsfindung und
- Psychoedukation.

## 7 Behandlungsdauer

Die Behandlungsdauer beim einzelnen Patienten orientiert sich an den Vorgaben des jeweiligen Leistungsbescheides des Leistungsträgers im Rahmen der jeweiligen Verweildauerbudgets. In diesem Rahmen richtet sie sich nach den Erfordernissen des Einzelfalles und wird im Wesentlichen durch das Erreichen definierter oder vereinbarter Behandlungsziele bestimmt. Die durchschnittliche Behandlungsdauer liegt bei fünf Wochen. Bei nicht beeinflussbarer, fehlender bzw. unzureichender Rehabilitationsfähigkeit bzw. Mitwirkungsbereitschaft des Patienten erfolgt ggf. eine vorzeitige Entlassung.

Insbesondere bei Patienten mit schwerer depressiver Episode oder rezidivierender depressiver Störung, ggw. schwere Episode (ICD-10: F32.2 F33.3) sind längere Behandlungsdauern als fünf Wochen erforderlich. Hierzu werden gesonderte Absprachen mit den Leistungsträgern angestrebt.

## 8 Behandlungsmaßnahmen

Gemäß S3-Leitlinie zur unipolaren Depression umfasst die psychotherapeutische Basisbehandlung depressiver Störungen u.a.

- aktives flexibles und stützendes Vorgehen, Vermittlung von Ermutigung und Hoffnung,
- empathische Kontaktaufnahme, Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung,
- Exploration des subjektiven Krankheitsmodells, Klärung aktueller Motivationen und der Therapieerwartungen des Patienten,
- Vermittlung eines Verständnisses der Symptome, ihrer Behandelbarkeit und ihrer Prognose, Vermittlung eines „biopsychosozialen Krankheitsmodelles“ zur Entlastung des Patienten von Schuldgefühlen, Selbstvorwürfen und Versagensgefühlen,
- Klärung aktueller äußerer Problemsituationen, Entlastung von zurzeit überfordernden Pflichten und Ansprüchen am Arbeitsplatz und in der familiären Situation,
- Verhinderung depressionsbedingter Wünsche nach überstürzter Veränderung der Lebenssituation, Unterstützung beim Formulieren und Erreichen konkreter, erreichbarer Ziele zum Wiedergewinnen von Erfolgserlebnissen (positive Verstärker),
- Vermittlung von Einsicht in die individuelle Notwendigkeit adäquater Therapien (z.B. Antidepressiva, Richtlinien-Psychotherapie),
- Einbezug von Angehörigen, Stärken der Ressourcen,
- Ansprechen von Suizidimpulsen, Erarbeitung eines Krisenmanagements.

Die S3-Leitlinien geben nachfolgende weitere Empfehlungen zur Behandlung ab:

- Bei akuten schweren Depressionen soll eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden.
- Bei Dysthymie, Double depression und chronischer Depression soll der Patient darüber informiert werden, dass eine Kombinationstherapie mit Psychotherapie und Antidepressiva gegenüber einer Monotherapie wirksamer ist.
- Bei schweren und rezidivierenden sowie chronischen Depressionen, Dysthymie und Double depression sollte die Indikation zur Kombinationsbehandlung aus Pharmakotherapie und geeigneter Psychotherapie vorrangig vor einer alleinigen Psychotherapie oder Pharmakotherapie geprüft werden.
- Zur Stabilisierung des Therapieerfolgs sowie zur Senkung des Rückfallrisikos soll im Anschluss an eine Indexbehandlung eine angemessene psychotherapeutische Nachbehandlung angeboten werden.
- Längerfristige stabilisierende Psychotherapie (Rezidivprophylaxe) soll Patienten mit einem erhöhten Risiko für ein Rezidiv angeboten werden.

Neben der bezugsärztlichen und bezugstherapeutischen sowie pflegerischen Behandlung umfasst die Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen gemäß dem vorliegenden Zielgruppenkonzept u.a.:

- Pharmakotherapie,
- Psychotherapie,
- Einzelpsychotherapie,
- Gruppenpsychotherapie in homogenen Bezugsgruppen,
- Behandlungsmodul Psychotherapie der chronischen Depression (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapie – CBASP),
- Meta-Cognitive Therapy (MCT),
- Behandlung kognitiver Beeinträchtigungen bei Depression,
- indikative Gruppen bei Komorbidität,
- Aktivitätsaufbau,
- Entspannungstraining,
- Bewegungstherapie,
- Gesundheitsbildung,
- Psychoedukation,
- gestaltende und künstlerische Therapien sowie Ergotherapie,
- sozialrechtliche Beratung,
- berufliche (Re-)Integration,
- Nachsorge,
- weitere nicht medikamentöse somatische Therapieverfahren (Lichttherapie/Schlafentzug),
- Risikomanagement bei Suizidgefährdung.

Jedem Patienten wird von Behandlungsbeginn bis Behandlungsende ein fester Bezugsarzt und ein fester Bezugstherapeut (Diplom-Psychologe bzw. Psychologischer Psychotherapeut) sowie eine jeweilige co-therapeutische Betreuung in

**Tabelle 1**

ETMs Depressive Störungen

| ETM | Bezeichnung |
|---|---|
| 01 | Psychotherapie |
| 02 | Indikative Gruppen bei Komorbidität |
| 03 | Aktivitätsaufbau |
| 04 | Psychoedukation |
| 05 | Entspannungstraining |
| 06 | Bewegungstherapie |
| 07 | Gesundheitsbildung |
| 08 | Künstlerische Therapien und ausdrucks-zentrierte Ergotherapie |
| 09 | Ergotherapie |
| 10 | Sozial- und sozialrechtliche Beratung |
| 11 | Unterstützung der beruflichen Integration |
| 12 | Nachsorge und soziale Integration |

Vertretungssituationen zugeordnet. Die Behandlung findet in homogenen Bezugsgruppen statt, d.h. alle Patienten einer Bezugsgruppe werden gemäß dem vorliegenden Zielgruppenkonzept behandelt. Bei der Implementierung des Zielgruppenkonzeptes werden zunächst zwei Bezugsgruppen à elf Patienten in das Konzept einbezogen.

Das Zielgruppenkonzept orientiert sich des Weiteren an den „Reha-Therapiestandards Depressive Störungen" der Deutschen Rentenversicherung (2011a).

Die Reha-Therapiestandards bestehen aus den in Tabelle 1 dargestellten evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM).

Dabei sind im Behandlungskonzept sowohl die jeweiligen Mindestanteile entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden je ETM sowie Mindestdauer und Mindesthäufigkeit pro Woche bzw. pro Rehabilitation berücksichtigt.

## 8.1 Pharmakotherapie

Nach der S3-Leitlinie zur Unipolaren Depression (Kurzfassung 2009) werden nachfolgende Empfehlungen abgegeben:

- Antidepressiva sollten nicht generell zur Erstbehandlung bei leichten depressiven Episoden eingesetzt werden, sondern allenfalls unter besonders kritischer Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses.
- Zur Behandlung einer akuten mittelgradigen depressiven Episode soll Patienten eine medikamentöse Therapie mit einem Antidepressivum angeboten werden.
- Bei akuten schweren depressiven Episoden soll eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden.
- Antidepressiva sollten mindestens vier bis neun Monate über die Remission einer depressiven Episode hinaus eingenommen werden, weil sich hierdurch das Risiko eines Rückfalls erheblich vermindern lässt.
- Patienten mit zwei oder mehr depressiven Episoden mit bedeutsamen funktionellen Einschränkungen in der jüngeren Vergangenheit sollten dazu angehalten werden, das Antidepressivum mindestens zwei Jahre lang zur Langzeitprophylaxe einzunehmen.
- Bei Dysthymie und Double depression soll die Indikation für eine pharmakologische Behandlung geprüft werden (Pharmakotherapie chronischer Depressionen).
- Bei einer chronischen (mehr als zwei Jahre persistierenden) depressiven Episode sollte eine pharmakologische Behandlung erwogen werden (Pharmakotherapie chronischer Depressionen).

Neben Psychotherapie und weiteren therapeutischen Behandlungsmodulen stellt die Psychopharmakotherapie einen wesentlichen Bestandteil bei der Behandlung depressiver Erkrankungen dar.

Studien zur Effektivität von Psychotherapie sowie Psychopharmakotherapie zeigen, dass deren gemeinsame Anwendung im Regelfall eine höhere Effektivität besitzt als eine alleinige Behandlung der Depression mittels Psychotherapie oder Pharmakotherapie.

Der Einsatz einer Psychopharmakotherapie ist in Abhängigkeit von der grundsätzlichen Bereitschaft des Patienten zur Einnahme eines Medikaments, der Intensität der von ihm geschilderten Symptomatik, der Vorerfahrung mit einer medikamentösen antidepressiven Behandlung inklusive deren Nebenwirkungen sowie anderweitigen, beim Patienten vorliegenden Erkrankungen, inklusive deren Medikation zu berücksichtigen.

Insbesondere bei mittelgradig bis schwer ausgeprägten depressiven Störungen ist die Gabe eines Antidepressivums häufig auch deshalb notwendig, um durch die Veränderung von Antrieb, Stimmung sowie affektiver Modulationsfähigkeit den Patienten in die Lage zu versetzen, an einer Psychotherapie teilnehmen zu können.

Die Gabe eines Antidepressivums sollte sich stets nach den vom Patienten geschilderten Symptomen richten. Zur Sicherung der Einnahme-Compliance ist es notwendig, den Patienten über Wirkung und Nebenwirkungen ebenso aufzuklären wie darauf hinzuweisen, welche Veränderungen nicht von einem Antidepressivum zu erwarten sind. Im Hinblick auf die klinisch therapeutische Arbeit hat sich in diesem Zusammenhang bewährt, dem Patienten zu vermitteln, dass ein Antidepressivum hilfreich auf Antrieb, Stimmung sowie Affektmodulation wirken kann. Je nach Präparat besteht auch die Möglichkeit, das häufig beklagte Symptom der Schlafstörung positiv zu beeinflussen.

Grundsätzlich sollte dem Patienten zu Einnahmebeginn vermittelt werden, dass eine antidepressive Wirkung im Regelfall nach 14 bis 21 Tagen Einnahmedauer vom Patienten bemerkt wird. Hilfreich in diesem Zusammenhang ist die Führung eines Stimmungstagebuches, mit dem eine Medikamentenverordnung sowohl von Seiten des Patienten (aktive Beobachtung und Mitarbeit) wie auch des Therapeuten (Kontrolle, Steuerung der Medikation) monitorisiert werden kann.

Bei der Verschreibung von Antidepressiva ist im Hinblick auf pharmakokinetische Inter-

aktionen mit anderen Medikamenten immer die schon bestehende Medikation zu berücksichtigen. Insbesondere Medikamente, die in der Leber eine Enzyminduktion hervorrufen (z.B. Carbamazepin) oder über bestimmte Stoffwechselwege (z.B. Cytochrom P450) verstoffwechselt werden, sind zu berücksichtigen. Bei der Klärung dieser Frage empfiehlt es sich, ggf. eine Fachapotheke zu Rate zu ziehen oder auf eine entsprechende Software zurückzugreifen, die kritische pharmakokinetische Interaktionen im Hinblick auf das gewählte Antidepressivum anzeigen kann.

Antidepressiva stellen eine heterogene Gruppe von Medikamenten dar, die einen stimmungsaufhellenden und/oder antriebsverbessernden Therapieeffekt haben. Gleichzeitig sind sie bei einer Reihe weiterer Störungsbilder wirksam, so dass der Begriff „Antidepressiva" nur einen Teilaspekt ihrer therapeutischen Potenz darstellt.

Die Einteilung antidepressiv wirksamer Medikamente basiert in der Regel auf chemischen Struktureigenschaften und/oder pharmakologischen Wirkprofilen (Benkert & Hippius, 2005).

Einteilung der Antidepressiva (AD) nach ihrer chemischen Struktur:

1. trizyklische Antidepressiva (TZA): z.B. Imipramin, Trimipramin, Amitriptylin,
2. tetrazyklische Antidepressiva: z.B. Maprotilin, Mianserin,
3. chemisch neuartige Antidepressiva: z.B. Agomelatin, Bupropion, Duloxetin, Reboxetin, Venlafaxin

Einteilung der AD nach primären Angriffspunkten im ZNS:

1. nicht-selektive Monoamin-Wiederaufnahmehemmer
   - 1.1 Amitriptylin, Doxepin, Imipramin: TZA mit Noradrenalin- und 5-HT-Wiederaufnahmehemmung und Neurorezeptorwirkungen,
   - 1.2 Clomipramin: TZA mit überwiegend 5-HT-Wiederaufnehmehemmung,
   - 1.3 Nortriptylin: TZA mit überwiegend Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmung und Neurorezeptorwirkungen,
2. selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI): z.B. Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin,
3. überwiegende oder selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer: Reboxetin,
   - 3.1 Maprotilin: tetrazyklisches Antidepressivum mit überwiegender Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmung
   - 3.2 Mianserin: tetrazyklisches Antidepressivum mit Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmung sowie zusätzlicher Histamin-H1, 5-HT2 und $\alpha$1- und $\alpha$2-antagonistischen Effekten,
4. kombinierte 5-HT- und NA-Wiederaufnahmehemmer (SNRI)
   - 4.1 Venlafaxin: selektiver 5-HT- und (in hohen Dosen) Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer,
   - 4.2 Duloxetin und Milnacipran,
5. kombinierte selektive Noradrenalin- und Dopamin-Wiederaufnahmehemmer (NDRI)
   - 5.1 Bupropion,
6. noradrenerg/spezifisch serotonerges Antidepressivum mit $\alpha$2-adrenozeptor-antagonistischer Wirkung (NaSSA)
   - 6.1 Mirtazaptin: Verstärkung der serotonergen und noradrenergen Neurotransmission. Bei weitgehend fehlender Monoamin-Wiederaufnahmehemmung durch antagonistische Eigenschaften an 5-HT2- und 5-HT3-Rezeptoren werden antidepressive Effekte wahrscheinlich über indirekte 5-HT1-Rezeptorstimmulation vermittelt, $\alpha$2-adrenozeptorantagonistische Wirkung,
7. Monoaminoxidase-Hemmer (MAOH)
   - 7.1 Moclobemid: reversiver selektiver Hemmer der MAO-A
   - 7.2 Tranylcypromin: reversiver nicht-selektiver MAO-Hemmer.

### 8.1.1 Wirkmechanismen

Trotz zahlreicher pathophysiologischer Erkenntnisse, die zur Entwicklung verschiedener Erklärungsmodelle geführt haben, ist die Entstehung depressiver Störungen im Hinblick auf ihre neurobiologischen Ursachen bislang nicht hinreichend geklärt. So geht man bisher von einer Dysfunktion verschiedener zentralnervöser Neuromodulatoren (noradrenerges, serotonerges, dopaminerges System, glutamaterges System, GABAerges System und proinflammatorische Zytokine) aus.

Weiterhin diskutiert werden Veränderungen neuroendokriner Systeme (Hypothalamus-Hypophysen-Schilddrüsen-System, Wachstumshormon-(GH)-Sekretion, gonadale Steroide, Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-(HPA)-System) sowie ein Mangel an neurotropen Faktoren.

Die meisten heute gebräuchlichen Antidepressiva folgen dem aus der sog. Monoaminmangelhypothese der Depression abgeleiteten Wirkmechanismus und bewirken durch Hemmung der Wiederaufnahme am jeweiligen Transportermolekül oder durch Hemmung

des abbauenden Enzyms eine Verstärkung der serotonergen, noradrenergen und/oder dopaminergen Neurotransmission.

### 8.1.2 Allgemeine Therapieprinzipien

Grundsätzlich sollte die Verordnung von Antidepressiva im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans erfolgen, der neben der medikamentösen Behandlung auch psycho- und soziotherapeutische sowie psychoedukative und unterstützende Maßnahmen umfasst.

Therapieziel ist die vollständige Remission und Rückfall- sowie Rezidivprophylaxe.

Sowohl dem Patienten wie auch dessen Angehörigen sollte ein verständliches Krankheits- und Behandlungskonzept vermittelt werden. Dabei sind sowohl die zu erwartenden Symptomveränderungen wie aber auch mögliche Nebenwirkungen zu beschreiben. Für die Sicherung der Compliance ist es weiterhin wichtig, den Patienten darüber zu informieren, dass mit der Einnahme von Antidepressiva keine Abhängigkeitsentwicklungen verbunden sind.

Die Behandlung depressiver Störungen mit Antidepressiva umfasst eine Akuttherapie, eine Erhaltungs- sowie wie ggf. eine Langzeit- bzw. Rezidivprophylaxe.

Prinzipiell ist zur besseren Steuerbarkeit eine pharmakologische Monotherapie im Vergleich mit einer pharmakologischen Kombinationsbehandlung zu bevorzugen. Kombinationsbehandlungen werden nach ungenügender Response einer Monotherapie in Erwägung gezogen. Im Hinblick auf die Schwere einer Depression kann es aber sinnvoll sein, schon zu Beginn eine Kombinationstherapie anzubieten, bei der unterschiedliche Wirkansätze zweier unterschiedlicher Antidepressiva ausgenutzt werden.

Eine Behandlung sollte bei mittelschweren oder schweren depressiven Episoden möglichst frühzeitig erfolgen.

Bei Non-Compliance sollte ein Gespräch mit dem Patienten über dessen Beweggründe für die Nichteinnahme durchgeführt werden. Dabei sollte erneut über die Nutzen-Risiko-Abwägung informiert werden sowie ggf. eine Umsetzung auf ein Antidepressivum mit einem günstigeren Nebenwirkungsprofil erfolgen.

Bei der Erhaltungstherapie bzw. Rezidivprophylaxe sind für die Entwicklung von Non-Compliance häufig sexuelle Funktionsstörungen, Gewichtszunahme sowie Sedierungseffekte verantwortlich.

Während leichte depressive Episoden ausreichend psychotherapeutisch behandelt werden können, ist bei mittelgradigen und insbesondere bei schwer ausgeprägten depressiven Störungen die Gabe eines Antidepressivums häufig unumgänglich.

Die moderne Nomenklatur des ICD-10 hat eine Unterscheidung in reaktive und endogene Depressionen verlassen. Von psychiatrischer Seite aus betrachtet ist aber weiterhin eine Gruppe von Patienten, insbesondere im Hinblick auf eine Langzeitprophylaxe zu berücksichtigen, bei denen man nach alter Nomenklatur von einer endogen Depression sprechen würde. Diese ist zum einen im Hinblick auf die Familienanamnese sowie von Seiten des Verlaufs festzustellen.

„Endogene“ Depressionen ereignen sich auch ohne reaktive Auslöser in Form schwer belastender Lebensereignisse wie Scheidung, Tod eines Angehörigen, Arbeitsplatzverlust usw. Häufig ist bei der Familienanamnese eine Häufung von Depressionen festzustellen. Bei dieser Patientengruppe ist im Hinblick auf die Ursachen eine genetische Komponente wahrscheinlich. Als therapeutische Konsequenz eines genetisch bedingten Serotoninmangels ist bei diesen Patienten eine langfristige Einnahme eines Antidepressivums zu empfehlen.

### 8.1.3 Kriterien für die Auswahl eines Antidepressivums

Wirksamkeitsunterschiede spielen bei der Auswahl eines Antidepressivums weniger eine Rolle. Viele Studien habe eine ausreichende antidepressive Potenz der klassischen trizyklischen Antidepressiva gegenüber den neueren Antidepressiva gezeigt. Zu rechnen ist mit einer Response-Rate (definiert als Reduktion der Hamilton-Werte um 50%) von 60 bis 80 Prozent und einer Remissionsrate (Hamilton-Wert < 7) von 20 bis 60 Prozent. Nach wie vor existieren keine harten Prädiktoren für die Wirkung eines bestimmten Antidepressivums beim individuellen Patienten. Dennoch gibt es nützliche Kriterien für die Auswahl des ersten eingesetzten Antidepressivums.

Zu berücksichtigen sind das Zielsyndrom, die Komorbidität, das Nebenwirkungsprofil, die Compliance, die Medikamentenanamnese sowie ökonomische Überlegungen.

### 8.1.4 Zielsyndrom

Beim agitiert-ängstlichen Syndrom empfiehlt sich der primäre Einsatz eines sedierenden Antidepressivums. Hier kommen von den Trizyklika Doxepin, Amitriptylin und Trimipramin und Mirtazapin in Frage. Die Kombination ei-

nes nicht-sedierenden Antidepressivums mit einem niederpotenten Neuroleptikum (vermehrter sedierender Effekt) ist möglich, erscheint aber meist wenig sinnvoll, da der Vorteil des Fehlens der anticholinergen Wirkung durch die entsprechenden Nebenwirkungen des Neuroleptikums ausgeglichen wird.

Beim gehemmten Syndrom ist der Einsatz eines SSRI wie z.B. Venlafaxin oder Citalopram wie auch Reboxitin sinnvoll. Primäres Ziel im Einsatz der Antidepressiva ist hier eine Antriebssteigerung.

Bei der psychotischen Depression muss zum Antidepressivum ein Neuroleptikum kombiniert werden. In den meisten Fällen ist die Kombination zwischen einem modernen Antidepressivum sowie einem Atypikum problemlos. Zu berücksichtigen ist bei dieser Kombination zum einen eine häufig auftretende Gewichtszunahme sowie in seltenen Fällen ein sog. serotonerges Syndrom.

Bei der atypischen Depression, gekennzeichnet durch eine Steigerung von Appetit und Schlafbedürfnis sowie extremer Ermüdbarkeit werden MAO-Hemmer eingesetzt, bei der *saisonal abhängigen Depression* SSRI und MAO-Hemmer.

Häufig gehen Depressionen mit ausgeprägten Schlafstörungen einher. In dieser Situation hat sich der Einsatz eines Antidepressivums mit schlafanstoßender bzw. schlafrhythmisierender Wirkung wie z.B. Mirtazaptin oder Agomelatin bewährt.

Bei der Kombination zwischen Depression und chronifiziertem Schmerzsyndrom ist ein Behandlungsversuch mit Duloxetin sinnvoll.

### 8.1.5 Komorbidität

Ist neben einer Depression eine Angststörung oder Zwangsstörung zu diagnostizieren, empfiehlt sich der Einsatz von SSRI und serotonerg wirksamen Trizyklika. Diese sollten insbesondere beim Vorliegen einer Zwangsstörung deutlich höher dosiert werden als bei einer Depression.

Bei der Komorbidität von Depression und schizophrener Psychose ist eine postpsychotische Depression zu berücksichtigen, die zur Kombination zwischen einem Neuroleptikum und einem Antidepressivum führt. Im Zusammenhang mit der Gabe eines klassischen Neuroleptikums wird vereinzelt das Auslösen einer depressiven Episode beobachtet, bei der man von einer sog. pharmakogen induzierten Depression ausgeht. In solchen Fällen sollte das verordnete Neuroleptikum reduziert werden bzw. auf ein atypisches Neuroleptikum umgestellt werden.

Bei einer depressiven Episode als Teil einer Negativsymptomatik im Rahmen einer schizophrenen Psychose ist in einem ersten Schritt die Anpassung der neuroleptischen Medikation durchzuführen.

Bei Abhängigkeitserkrankungen in Verbindung mit depressiven Episoden gibt es gute Erfahrungen mit Doxepin im Entzug.

Bei Schmerzsyndromen entfalten Antidepressiva, unabhängig vom antidepressiven Effekt einen anti-nozizeptiven Effekt, der auch schon in deutlich niedrigeren Dosierungen als bei der Behandlung von Depressionen auftritt. Am besten untersucht sind in diesem Zusammenhang Imipramin, Amitriptylin, Doxepin sowie auch Duloxetin.

Bei dem Vorliegen einer hirnorganischen Störung in Verbindung mit einer depressiven Episode sollte man wegen der bekannten anticholinergen Nebenwirkungen auf die Gabe von Trizyklika verzichten.

### 8.1.6 Nebenwirkungsprofil

Neuere Antidepressiva sind generell besser verträglich als die sog. klassischen Antidepressiva. Dies gilt vor allem bei der Behandlung von geriatrischen Patienten. Bei tri- und tetrazyklischen Antidepressiva sind in ca. 70 Prozent der Fälle Nebenwirkungen zu erwarten. Aufgrund der *anticholinergen Nebenwirkungen* werden häufig Obstipation (mit Gefahr des paralytischen Ileus), Miktionsstörung (mit der Gefahr des Harnverhaltes), Orthostase, Mundtrockenheit, Tachykardie, Sehstörung, zentrales anticholinerges Syndrom berichtet und/oder beobachtet.

Als Folge des *Histamin-Antagonismus* werden Nebenwirkungen wie Gewichtszunahme und Sedierung, als Folge der $\alpha$1-Blockade, Orthostase, Schwindel sowie sexuelle Funktionsstörungen beklagt.

Aufgrund einer *chinidinartigen Wirkung* sind Nebenwirkungen in Form von Herzrhythmusstörungen sowie allergischen Reaktionen möglich.

Kontraindikationen bei trizyklischen Antidepressiva sind die Prostata-Hyperplasie, das Engwinkelglaukom, die Pylorusstenose und Herzrhythmusstörungen (insbesondere AV-Block).

Auch die neueren Antidepressiva sind nicht nebenwirkungsfrei. Bei *Mirtazapin* ist mit einer Gewichtszunahme, einer Mundtrockenheit und Sedierung zu rechnen. Bei *Reboxitin* kann es zu Mundtrockenheit, Schlafstörung, Schwit-

| Wirkstoff | Handelsname Ersthersteller | Typ | HWZ in Std. | Normale Tagesdosis | Dosisbereich in mg | Kosten in Euro/Tag | Plasmaspiegel in ng/ml | Wirkungen | | | | Nebenwirkungen | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | Angstlösend | Sedierend | Stimmungsaufhellend | Psychomotorisch aktivierend | Anticholinerg | Noradrenerg | Kardial | Gastrointestinal | Gewichtszunahme |
| Amitriptylin | Saroten® | trizyklisch | 15 (30) | 150 | 50-225 | 0,18-0,75 | 150-250 | ++++ | ++++ | +++++ | (+) | +++ | + | +++ | – | ++++ |
| Amioxid | Equilibrin® | trizyklisch | 2 (15-30) | 180 | 60-300 | 0,18-0,90 | 80-200 | ++++ | ++++ | +++++ | (+) | + | + | +++ | – | ++++ |
| Clomipramin | Anafranil® | trizyklisch | 24 (20-40) | 150 | 50-225 | 0,40-1,81 | 50-150 | +++ | ++ | ++++ | +++ | ++ | ++ | +++ | – | +++ |
| Doxepin | Aponal® | trizyklisch | 17 (10-47) | 150 | 50-300 | 0,21-1,28 | 100-250 | +++++ | +++++ | ++++ | (+) | + | ++ | ++ | – | +++ |
| Imipramin | Tofranil® | trizyklisch | 7-26 | 150 | 75-300 | 0,63-2,55 | 150-250 | ++ | + | ++++ | +++ | +(+) | + | +++ | + | +++ |
| Nortriptylin | Nortrilen® | trizyklisch | 26 (18-88) | 150 | 75-300 | 0,75-3,00 | 50-150 | ++ | – | ++++ | ++++ | + | ++ | ++ | (+) | + |
| Trimipramin | Stangyl® | trizyklisch | 23 | 200 | 50-400 | 0,17-1,37 | 150-350 | ++++ | +++++ | ++++ | – | + | | ++ | – | +++ |
| Maprotilin | Ludiomil® | tetrazyklisch | 40-80 | 150 | 50-225 | 0,20-0,90 | 125-200 | ++++ | ++++ | ++++ | +(+) | + | +++ | ++ | – | ? |
| Mirtazapin | Remergil® | NaSSA | 25 (20-40) | 30 | 15-45 | 0,52-1,59 | 40-80 | +++ | +++ | +++ | ++ | – | +++ | – | – | ++ |
| Trazedon | Thombral® | DAS | 8 (4-14) | 200 | 50-300 | 0,28-1,68 | 650-1.500 | ++++ | ++++ | + | – | – | +++ | + | + | + |
| Reboxetin* | Edronax® | NaRI | 13 | 8 | 4-12 | 0,91-2,74 | 10-100 | – | – | +++ | ++ | + | +++ | + | + | + |
| Duloxetin* | Cymbalta® | SSNRI | 12 (8-17) | 60 | 60-120 | 1,96-3,92 | ? | ++? | – | ++? | ++? | – | – | – | ++ | – |
| Citalopram | Cipramil® | SSRI | 33 (19-45) | 20-40 | 20-60 | 0,68-1,09 | 165-405 | +++ | – | ++++ | + | – | – | – | ++ | – |
| Escitalopram* | Cipralex® | SSRI | 30 | 10-20 | 10-20 | 1,24-1,78 | 15-80 | +++ | – | ++++ | +(+) | – | – | – | ++ | – |
| Fluoxetin | Fluctin® | SSRI | 168 (72-360) | 20-40 | 20-80 | 0,36-1,43 | 120-300 | +++ | – | ++++ | ++ | – | +++ | – | ++ | – |
| Fluvoxamin | Fevarin® | SSRI | 20 (17-22) | 150 | 100-300 | 0,85-2,54 | 150-300 | +++ | – | ++++ | + | – | +++ | – | ++ | – |
| Paroxetin | Seroxat® | SSRI | 24 (3-65) | 20-40 | 20-60 | 0,92-2,75 | 70-120 | +++ | – | +++++ | + | – | ? | – | ++ | – |
| Sertralin | Zoloft® | SSRI | 20 (25-28) | 100 | 50-200 | 0,37-1,50 | 10-50 | +++ | – | +++++ | + | – | ? | – | ++ | – |
| Moclobemid | Aurorix® | MAO-Hemmer | 1-3 (14) | 300 | 300-600 | 0,81-1,62 | 300-1.000 | +++ | – | +++ | +++ | – | ? | ? | ? | ? |

Packungsgröße: 100 Stück in der jeweils höchsten verfügbaren Einzeldosis. Referenz ist außer bei noch bestehendem Patenzschutz (*) das jeweils preiswerteste Präparat als Generikum.
Wichtige Wirkstoffe: Amitriptylin, Clomipramin, Doxepin, Duloxetin, Trimipramin, Mirtazapin, Reboxetin, Citalopram, Fluoxetin, Moclobemid
Preisgünstige Wirkstoffe: Amitriptylin, Doxepin, Imipramin, Trimipramin, Mapotrilin, Trazodon, Fluoxetin
Teure Präparate: Cymbalta®, Edronax®, Trevilar ret.®, Cipralex®, Fluvoxamin-Generika, Paroxetin-Generika

**Tabelle 2**

Liste der gängigen Antidepressiva. Wirkungen, Nebenwirkungen und Kosten von Antidepressiva (Stand 01/2006) (© Dr. M. Pelz, Solingen)

zen, Kopfschmerzen, Tachykardie, Obstipation und sexueller Dysfunktion kommen.

Zu berücksichtigen ist bei der Gabe von Antidepressiva auch das Risiko einer Induktion einer maniformen Symptomatik (sog. Switch Rate) bei Vorliegen einer bipolaren Störung. Insbesondere bei der Gabe von *Reboxetin* ist das Umschlagen in eine manische Symptomatik möglich. Bei *Fluoxetin* werden am häufigsten Nebenwirkungen im Form von Unruhe, Angst, Schwindel, Übelkeit und sexuellen Funktionsstörungen berichtet. Durch eine Minderung des Appetits kommt es häufig zu Gewichtsabnahme. Bei *Paroxetin* kommt es zur Gewichtszunahme. Am häufigsten berichtet werden Tremor und sexuelle Funktionsstörungen. Sertralin verursucht eine geringere Appetitminderung, häufig werden gastrointestinale Nebenwirkungen beklagt. Bei der Gabe von *Citalopram* oder Escitalopram sind das Auftreten von sexuellen Funktionsstörungen sowie eine Gewichtssteigerung recht häufig.

### 8.1.7 Compliance

Der Patient ist über die Wirkung und Nebenwirkung eines Antidepressivums gut aufzuklären. Auch sind ihm Nutzen und Risiken in einer ausgewogenen Art und Weise darzustellen. Insbesondere ist darauf hinzuweisen, dass ein Wirkeintritt im Regelfall mit einer 14- bis 21-tägigen Latenz einhergeht, so dass Geduld von Seiten des Patienten notwendig ist, die durch den Therapeuten im Hinblick auf Motivation und Durchhaltewillen unterstützt werden sollte.

Zur Besserung der Compliance sowie eines effizienten Medikamentenmonitorings hat sich der Einsatz von Stimmungstagebüchern bewährt, die neben der Stimmung auch Antrieb, Schlafstörung, Reizbarkeit und innere Unruhe sowie Schmerzerleben festhalten. Dieses Monitoring zielt darauf ab, den Patienten aktiv mit in die Behandlung einzubinden und dabei die Eigenbeobachtung zu schärfen und schulen. Gleichzeitig erlaubt es dem Therapeuten, klarer und deutlicher zuordnen zu können, ob der Einsatz des Medikamentes tatsächlich mit einer erhofften Veränderung der beklagten Symptome einhergeht.

### 8.1.8 Medikamenten-Review

Bei der Verordnung eines Antidepressivums sollte, insbesondere wenn es sich um eine rezidivierende Depression handelt, ein sog. Medikamenten-Review erstellt werden. Neben dem eingenommenen Präparat sollten dessen Verordnungsdauer sowie maximale verordnete Dosis, Nebenwirkungen sowie damit erzielte Behandlungserfolge dokumentiert werden. Nicht selten ist dabei zu erkennen, dass vorgängig Antidepressiva nicht ausreichend lang und nicht ausreichend hoch dosiert wurden. Damit aber wächst das Risiko, dass ein grundsätzlich hilfreiches Präparat vermeintlich als nicht wirksam verworfen wurde. Auf der Grundlage eines solchen Medikamenten-Reviews können Patient und Therapeut gemeinsam festlegen, welches Medikament ggf. nochmals eine Behandlungschance bekommen sollte bzw. welche noch nicht eingesetzten Medikamente im Hinblick auf die beklagte Symptomatik zum Einsatz kommen sollten (vgl. Tabelle 2).

Zur medizinischen Behandlung und zum psychosomatischen Pflegedienst wird auf die entsprechenden Ausführungen im „Abteilungskonzept der Psychosomatischen Abteilung der AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg“ (2012) verwiesen.

Jeder depressive Patient wird einem Bezugsarzt zugeordnet, der insbesondere neben der allgemeinärztlichen Behandlung auch auf mögliche komorbide somatische Erkrankungen bei chronischer Depression achtet.

## 8.2 Psychotherapie

In der S3-Leitlinie zur Unipolaren Depression (2009) werden zur Psychotherapie u.a. folgende Empfehlungen gegeben:

- Grundlage jeder psychotherapeutischen Intervention sollte die Entwicklung und die Aufrechterhaltung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung sein, deren Qualität in der Regel zum Behandlungserfolg beiträgt.
- Zur Behandlung akuter leichter bis mittelschwerer depressiver Episoden soll eine Psychotherapie angeboten werden.
- Bei akuten schweren Depressionen soll eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden.
- Bei Dysthymie, Double-Depression und chronischer Depression soll der Patient darüber informiert werden, dass eine Kombinationstherapie mit Psychotherapie und Antidepressiva gegenüber einer Monotherapie wirksamer ist.
- Bei schweren und rezidivierenden sowie chronischen Depressionen, Dysthymie und Double-Depression sollte die Indikation zur Kombinationsbehandlung aus Pharmakotherapie und geeigneter Psychotherapie

vorrangig vor einer alleinigen Psychotherapie oder Pharmakotherapie geprüft werden.
- Zur Stabilisierung des Therapieerfolges sowie zur Senkung des Rückfallrisikos soll im Anschluss (an eine stationäre Behandlung) eine angemessene psychotherapeutische Nachbehandlung (Erhaltungstherapie) angeboten werden.
- Längerfristige stabilisierende Psychotherapie (Rezidivprophylaxe) soll Patienten mit einem erhöhten Risiko für ein Rezidiv angeboten werden und
- bei therapieresistenter Depression sollte dem Patienten eine angemessene Psychotherapie angeboten werden.

In den „Reha-Therapiestandards Depressive Störungen" (Deutsche Rentenversicherung, 2011a) ist als evidenzbasiertes Therapiemodul „Psychotherapie" mit einer Mindestdauer von 210 Minuten je Woche und einer Mindesthäufigkeit von dreimal Leistungen pro Woche vorgesehen.

Es wird ausgeführt, dass es sich bei diesem Modul um den unverzichtbaren Kern der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation handelt, bei dem insbesondere die bisherige und aktuelle Problematik und die Rezidivprophylaxe thematisiert werden. Therapeutische Inhalte sind die Bearbeitung dysfunktionaler Verhaltens- und Beziehungsmuster sowie Kognitionen, der Aufbau von Verhaltensalternativen und Bewältigungskompetenzen bzw. konflikt- und beziehungszentrierte, aufdeckende Bearbeitung von Motiven und Funktionen der Symptomatik, die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung mit dem Ziel einer Stärkung der Ich-Funktion und Nachreifung, die Entwicklung und Stabilisierung der Persönlichkeit und die Förderung einer selbstbestimmten Lebensweise und Verbesserung der Folgen auf Teilhabe und Aktivität.

Im Rahmen des Konzepts zur Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen der AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg werden u.a. nachfolgende Leistungen angeboten:
- psychotherapeutische Krisenintervention (G020),
- Psychotherapie einzeln, verhaltenstherapeutisch (G051 D oder G051 K),
- Psychotherapie einzeln, verhaltenstherapeutisch: Expositionstraining (G052),
- Psychotherapie in der Gruppe, verhaltenstherapeutisch, störungsunspezifisch: Problemlösegruppe oder Psychotherapie in der Gruppe, verhaltenstherapeutisch, störungsunspezifisch: Training sozialer Kompetenzen und Fertigkeiten oder sonstige störungsunspezifische Psychotherapie in der Gruppe, verhaltenstherapeutisch (G061, G062, G069),
- zweimal wöchentlich Psychotherapie in der Gruppe, verhaltenstherapeutisch, störungs- und problemspezifisch bei Depression (G073 N),
- Psychotherapie in der Gruppe, verhaltenstherapeutisch, störungs- und problemspezifisch bei Beeinträchtigung der Körperwahrnehmung (G077) und
- Paargespräch, Familiengespräch, Angehörigengespräch (G130).

Neben Einzelpsychotherapie und Gruppenpsychotherapie in homogenen Bezugsgruppen sind weitere psychotherapeutische Behandlungsschwerpunkte das Behandlungsmodul Psychotherapie der chronischen Depression (vgl. Kapitel 8.2.3, Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy – CBASP) und das Behandlungsmodul Meta-Cognitive Therapy (MCT) (vgl. Kapitel 8.2.4).

### 8.2.1 Einzelpsychotherapie

In der Regel einmal wöchentlich bietet der Bezugspsychotherapeut für seinen Patienten eine fünfzigminütige verhaltenstherapeutische Einzelpsychotherapiesitzung an (G051 K).

Insbesondere zu Behandlungsbeginn oder bei schweren depressiven Episoden oder Krisen sind Kurzkontakte oder psychotherapeutische Kriseninterventionen (G020) indiziert.

Wie in der S3-Leitlinie Unipolare Depression (Kurzfassung 2009) empfohlen, sollte von Behandlungsbeginn an eine partizipative Entscheidungsfindung zwischen Psychotherapeut und Patient Behandlungsgrundlage sein. Zur partizipativen Entscheidungsfindung gehört:
- Aufklärung über die Diagnose, Verlauf und Prognose der Erkrankung sowie Angebot einer partizipativen Entscheidungsfindung („Verhandlungsparadigma"),
- Gleichwertigkeit möglicher Behandlungsoptionen erläutern,
- Behandlungsmöglichkeiten und Risiken beschreiben,
- Explorieren von Verständnis, Gedanken und Befürchtungen des Patienten,
- Erwartungen und unterschiedliche Entscheidungspräferenzen erfassen,
- Entscheidungen besprechen, treffen oder aufschieben und
- Folgevereinbarungen treffen.

Entsprechende Informationen für depressive Patienten sollten auch unterstreichen, dass Depressionen häufige und viele Menschen betreffende Erkrankungen sind; dass das Grübeln und Gedankenkreisen Energie verbrauchende

Prozesse sind, die mit die Antriebslosigkeit und Kraftlosigkeit erklären können; dass Depression keine Willensschwäche ist, sondern ein Depressiver aufgrund der Erkrankung zurzeit nicht „kann"; dass die Ursachen von Depressionen vielfältig und bekannt sind; dass Depressionen gut und erfolgreich behandelbar sind und die Wahrscheinlichkeit einer Genesung hoch ist, sofern der Patient entsprechend mitwirkt.

In der einzelpsychotherapeutischen Behandlung nach diesem Zielgruppenkonzept kommen nachfolgende Verfahren und Interventionen zur Anwendung:

- kognitive Verhaltenstherapie (vgl. Kapitel 8.2.2),
- Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) nach James McCoullogh (vgl. Kapitel 8.2.3) und
- Meta-Cognitive Therapy (MCT) nach Adrian Wells (vgl. Kapitel 8.2.4)

Die entsprechende Interventionsauswahl ist im Rahmen der Einzelpsychotherapie eine Frage der differenziellen Indikationsstellung und der Ansprechbarkeit des Patienten auf die entsprechenden Behandlungsangebote. Dabei sind grundlegende Interventionen der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) gekoppelt mit entweder dem Schwerpunkt auf „CBASP" oder „MCT". Eine entsprechende Behandlungsempfehlung ist es bei Patienten mit chronifizierter Depression und bisheriger Therapieresistenz bzw. der Vermeidung der Erprobung von Verhaltensalternativen „CBASP" einzusetzen, bei Patienten mit rigider Grübelneigung „MCT".

### 8.2.2 Gruppenpsychotherapie in homogenen Bezugsgruppen

Zweimal wöchentlich bietet der Bezugspsychotherapeut für seine Bezugsgruppe eine Psychotherapie in der Gruppe, verhaltenstherapeutisch, störungs- und problemspezifisch bei Depression (G073 N) als Standardangebot an.

Allgemeine Therapieziele in einer Gruppenpsychotherapie sind u.a. der Aufbau allgemeiner Problemlösefertigkeiten, die Verbesserung des Interaktionsverhaltens und die Entwicklung von Lösungs- bzw. Veränderungsmöglichkeiten für das depressive Störungsbild. Die Gruppentherapie in der Bezugsgruppe erfolgt nach einem verhaltenstherapeutisch orientierten Konzept (vgl. z.B. Zielke, 1994; Fiedler, 1996). Themenstellungen sind u.a.:

- Informationsvermittlung über depressive Erkrankungen und komorbide Störungen,
- Weiterführung der Verhaltens- und Bedingungsanalyse,
- Klärung von Therapie- und Lebenszielen und Lebensbilanz,
- rationale und emotionale Krankheitsbewältigung und Aufbau von Verhaltensalternativen,
- soziales Lernen in der Gruppe,
- Entwickeln von Beziehungen und Beziehungsregulation,
- Analyse und Lösung sozialer Probleme,
- Reflexion sozialer Interaktion,
- berufliche Reintegration und Stabilisierung,
- Lebens- und Freizeitplanung und
- Nachsorgeplanung.

Problematische Verhaltensweisen, Vermeidungsverhalten und Ängste können thematisiert, Therapieerwartungen, Erfahrungen und Einschätzungen im Behandlungsverlauf angesprochen und reflektiert werden.

Bei der Durchführung der Problemlösestrategien und Verhaltensanalysen in der Gruppe achtet der Bezugspsychotherapeut insbesondere darauf, dass depressive Problembereiche analysiert werden, die für mehrere Patienten der Therapiegruppe von Bedeutung sind, und dass Verhaltens- und Problemanalysen einschließlich der entsprechenden Exploration auch von den Gruppenteilnehmern selbst durchgeführt werden.

Bei der Gruppenpsychotherapie achtet der Therapeut darauf, dass die Gruppenmitglieder, therapeutisch geleitet und gefördert, hilfreiche Beziehungserfahrungen untereinander und mit sich selbst machen. In diesem Zusammenhang versucht er, maladaptive Verhaltensmuster einzelner Patienten respektvoll und wertschätzend aufzugreifen und den interaktiven Gruppenprozess dazu zu nutzen, diese Verhaltensmuster zum Wohle des Patienten zu verändern und neu zu strukturieren.

Die Gruppenpsychotherapie gemäß dem vorliegenden Zielgruppenkonzept wird in homogenen Bezugsgruppen durchgeführt, d.h. (chronisch) depressive Patienten werden bereits im Vorfeld der Aufnahme aufgrund der Vorbefunde einer der beiden Bezugsgruppen zugeordnet. Alle Patienten der beiden Bezugsgruppen nehmen an den Behandlungsangeboten, wie im Zielgruppenkonzept beschrieben, gemeinsam teil. Spezielle Indikationsstellungen erfolgen nur

- bei der Behandlung kognitiver Beeinträchtigung bei Depression,
- bei indikativen Gruppen bei Komorbidität,
- bei einzelnen Maßnahmen der sozialen und sozialrechtlichen Beratung, der beruflichen (Re-)Integration und der Nachsorgeplanung sowie
- bei der Verordnung weiterer nicht medikamentöser somatischer Therapieverfahren.

In beiden Bezugsgruppen werden Verfahren der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) in Kombination entweder mit dem Behandlungsmodul „CBASP“ oder dem Behandlungsmodul „MCT“ durchgeführt.

Chronisch depressive Patienten mit Therapieresistenz und Tendenzen zur Verhaltensänderungsvermeidung werden primär der Schwerpunktgruppe „CBASP“, chronisch depressive Patienten mit rigiden Grübelmustern eher der MCT-Bezugsgruppe zugeordnet.

#### Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)

Neben Seligmans Theorie der erlernten Hilflosigkeit (Seligman, 1975) ist die kognitive Theorie der Depression nach Beck (Beck et al., 1994) Grundlage der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) bei depressiven Störungen.

Nach der Theorie der erlernten Hilflosigkeit nehmen depressive Patienten Ereignisse als unkontrollierbar wahr und gehen mit einer entsprechenden Erwartungshaltung („Mein Verhalten ermöglicht mir keine Kontrolle“) mit rigidem kognitivem Stil und externer Ursachenerklärung wiederholt an neue Ereignisse heran.

Die kognitive Theorie der Depression nach Beck geht von der Hypothese aus, dass der Depression eine Störung des Denkens unterliegt. Beck nennt dieses depressionstypische Muster eine „kognitive Trias“ und beschreibt es als negative Sicht von sich selbst, der Umwelt und der Zukunft. Die depressiogenen Kognitionen sind als relativ überdauernde Schemata zu begreifen (vgl. Schaub et al., 2006). Hautzinger (2010) nennt als Behandlungsphasen und zugeordnete Behandlungsmethoden der kognitiven Verhaltenstherapie bei Depressionen u.a.:

- Schlüsselprobleme benennen und therapeutische Beziehung aufbauen,
- Vermittlung des Störungs- und Behandlungsmodells, u.a. Herausarbeitung des Zusammenhangs von Gedanken, Gefühlen und Verhalten,
- Aktivitätsaufbau, u.a. mit Verwendung von Listen möglicher Verstärker und Listen angenehmer Aktivitäten, Tages- und Wochenplanung und Spaltentechnik,
- kognitive Techniken, u.a. Realitätstestung, Reattribution, Entkatastrophisierung und sokratischer Dialog,
- Kompetenztraining und
- Rückfallprävention und Notfallplanung.

Ziel und Aufgabe der kognitiven Verhaltenstherapie ist es, eine depressive Spirale aus negativem Denken, vermiedener Aktivität und destruktivem Fühlen zu stoppen, umzukehren und eine konstruktive Entwicklung einzuleiten (vgl. Hautzinger, 2010).

Bei depressiven Patienten herrschen gedankliche Verzerrungen und ideosynkratische Denkfehler vor, wie dichotomes Denken, Abwehr von Positivem, übertriebene Verallgemeinerung und voreilige Schlussfolgerungen. Der Prozess der Änderung kognitiver Muster ist dabei ein langsamer, mit vielen Rückschlägen einhergehender Prozess. Mit Methoden der sokratischen Gesprächsführung und der kognitiven Umstrukturierung können auch so genannte „automatische Gedanken“ als kognitive Muster und wiederkehrende Überzeugungen identifiziert werden. Diese Überzeugungen wirken als Grundannahmen für den depressiven Patienten handlungssteuernd. Die kognitiven Schemata sind in ähnlicher Weise wie automatische Gedanken mittels Protokollführung, sokratischem Hinterfragen, Neuformulierung und Realitätsprüfung verändernd zu bearbeiten (vgl. Hautzinger, 2010). Bereits bei der Einführung in die kognitive Verhaltenstherapie wird den depressiven Patienten das so genannte ABC-Schema (A = auslösende Situation, B = automatische gedankliche Bewertung und C = Konsequenz) erläutert. Depressive Personen bewerten auch neutrale oder positive Situationen aufgrund ihrer automatischen gedanklichen Verzerrungen negativ und erleben dann auch negative Konsequenzen.

Im Rahmen der Gruppenpsychotherapie in homogenen Bezugsgruppen kommen Therapiemanuale zur Depressionsbehandlung aus der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) ausgewählt zur Anwendung (vgl. Schaub et al., 2006; vgl. Kühner et al., 2001).

Weitere depressionsspezifische Literatur kann der Literaturliste dieses Konzeptes entnommen werden.

### 8.2.3 Behandlungsmodul Psychotherapie der chronischen Depression (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy – CBASP)

Von PD James P. McCullough jr. (Professor der Psychologie und Psychiatrie an der Virginia Universität in Richmond, USA) wurde das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy – CBASP entwickelt. Bei CBASP handelt es sich um ein spezifisches auf chronische Depression zugeschnittenes Verfahren, bei dem behaviorale, kognitive und interpersonelle Strategien integriert werden. Der Ansatz ist empirisch überprüft und hat sich als wirksam erwiesen (vgl. Schramm et al., 2006).

McCullough geht davon aus, dass chronisch Depressive nicht nur unter gegenwärtigen übertrieben pessimistischen Gedanken leiden,

sondern auch als Erwachsene in kindliche Denk- und Erlebensmuster zurückkehren bzw. in Teilbereichen ihrer Persönlichkeitsentwicklung stehen geblieben sind. Dies führt dazu, dass sie sich unfähig fühlen, ihre negativen Annahmen über das Leben und ihre Umwelt zu beeinflussen. Aus dieser Erkenntnis heraus entwickelte McCullough eine innovative Modifikation der traditionellen kognitiven Verhaltenstherapie. Hierzu gehören die Situationsanalyse und spezifische interpersonelle Therapietechniken. Letztere zielen darauf ab, dem Patienten zu helfen, zwischen alt vertrauten dysfunktionalen Beziehungsmustern und dem Verhalten des Therapeuten oder anderer Personen zu unterscheiden und negative Interaktionsmuster dadurch zu verändern. Besonders hilfreich ist es, dass den zu erwartenden Reaktionen und Frustrationen beim Therapeuten beim Umgang mit chronisch Depressiven bei CBASP viel Beachtung geschenkt wird. Der Therapeut wird angeleitet, sich in einer bewussten und disziplinierten Weise persönlich einzubringen, um so auch die negativen zwischenmenschlichen Erfahrungen beim Patienten zu korrigieren. „Es geht also um Akzeptanz und Veränderung".

CBASP ist das einzige Psychotherapieverfahren, das spezifisch zur Behandlung chronischer Depression entwickelt wurde. Aufgrund des bereits erfolgten Wirksamkeitsnachweises hat dieser Ansatz sowohl in den USA wie inzwischen auch in Europa und im deutschen Sprachraum große Aufmerksamkeit gefunden.

Die Wirksamkeit des CBASP wurde nachgewiesen durch eine randomisierte, kontrollierte Studie von Keller et al. (2000), bei der 681 chronisch depressive Patienten in zwölf Zentren therapiert wurden. Dabei erwies sich das CBASP als gleichwirksam wie die Pharmakotherapie mit Nefazodon. Die Kombination beider Verfahren war weitaus wirksamer als die beiden Monotherapien. Die Studie zeigte im Vergleich zu früheren Resultaten eine eindrucksvolle Steigerung der Wirksamkeit der Kombinationstherapie (vgl. Schramm et al., 2006). Dabei beinhaltete die Studie von Keller et al. eine akute (zwölf Wochen), eine Fortsetzungs- (vier Monate) und eine Erhaltungsphase im Rahmen ambulanter Behandlung (ein Jahr). Die Kombinationsbehandlung ging im Vergleich zu den beiden Monotherapien auch mit einer stärkeren Verbesserung der psycho-sozialen Leistungsfähigkeit einher.

In der Literaturliste des vorliegenden Konzeptes ist weitere Literatur zu CBASP enthalten (u.a. McCullough 2000, 2006, 2007, 2012; Brakemeier et al., 2012; Wambach & Rief, 2012).

## Theoretische Fundierung von CBASP

McCullough beobachtete bei chronisch depressiven Patienten eine stereotype und dysfunktionale Weise von Äußerungen („Es hat alles keinen Sinn, einmal depressiv, immer depressiv." „Niemand kümmert sich um mich." „Nichts klappt bei mir."). McCullough folgerte, dass die kognitiv-emotionale Entwicklung chronisch depressiver Patienten aufgrund einer Kette negativer Lernerfahrungen in vulnerablen Phasen, meist in einem frühen Stadium, zum Stillstand kam. Selbstwirksamkeit und Selbstvertrauen wurden durch negative Konsequenzen behindert, was zu einem depressivvermeidenden Lebensstil führte. Diese Muster resultieren in der Unfähigkeit, die negativ-depressiven Annahmen über sich selbst und das Leben auch bei wiederholt positiven Erfahrungen zu korrigieren.

CBASP integriert verschiedene psychologische Ansätze und Strategien (vgl. Brakemeier et al., 2012):

- Piagets Theorie der kognitiv-emotionalen Entwicklung,
- Skinners Erkenntnisse zur Bedeutung des operanten Lernens,
- Seligmans Modell der erlernten Hilflosigkeit,
- Becks kognitives Modell der Depression,
- Banduras Theorie des sozialen Lernens,
- Kieslers Modell zur interpersonellen Therapie und
- Freuds Übertragungskonzept und Beziehungsgestaltung.

Nach Piagets Entwicklungstheorie (1926, 1981) wird postuliert, dass ein Kind im Alter von etwa sieben Jahren das so genannte „Präoperatorische Denken" überwindet.

Zur Überwindung des Präoperatorischen Denkens eines Kindes gehört, dass es

– erkennen kann, dass in einer bestimmten Situation eine bestimmte emotionale Reaktion (z.B. Traurigkeit) nur eine von mehreren möglichen Reaktionen darstellt; als Konsequenz versteht das Kind, dass es nicht immer so fühlen muss, wie es jetzt fühlt;
– eine andere Person als einen Typ unter mehreren kategorisieren kann; als Konsequenz kann es die Erwartung bilden, dass sich nicht alle Personen in der Zukunft gleich verhalten werden;
– ein aktuelles interpersonelles Ereignis zeitlich als eines in einer Kette zwischenmenschlicher Begegnungen sehen kann; als Konsequenz kann es sehen, dass nicht alle späteren Ereignisse Wiederholungen eines früheren Ereignisses sind.

Nach McCullough kommt die kognitiv-emotionale Entwicklung eines depressiven Patienten

aufgrund einer Kette negativer Lernerfahrungen meist in einem präoperatorischen Stadium zum Stillstand.

Dabei sind zwei Quellen der Beeinträchtigung adaptiver kognitiv-emotionaler Verarbeitung zu unterscheiden, die eine setzt beim Kind (als frühe Störung) an, die andere beim Erwachsenen. Im ersten Fall geht es um das Nichterreichen eines an sich normalen Entwicklungsstadiums. Im zweiten Fall führen emotionale Belastungen zu einer generellen funktionellen Regression, das erwachsenes, operatives Denken unterminiert (vgl. Schramm et al., 2006).

Chronisch Depressive befinden sich demnach in einer präoperatorischen Phase und

– zeigen globales und prälogisches Denken,
– zeigen Denkprozesse, die kaum durch die Denkweise und Logik ihrer Gesprächspartner beeinflusst werden,
– sind pervasiv Ich-zentriert in ihren Sichtweisen von sich selbst und anderen,
– zeigen überwiegend monologisierende verbale Kommunikation,
– zeigen Unfähigkeit zu authentischer interpersoneller Empathie und
– haben unter Stress wenig affektive Kontrolle.

Nach McCullough behandelt der Therapeut zu Beginn der Therapie bei chronisch Depressiven einen Erwachsenen, der sich sozial, interpersonell und emotional auf dem Stand eines präoperatorischen Kindes befindet.

Bei CBASP geht es darum, das postulierte präoperatorische Dilemma des Patienten aufzuheben, indem er angeleitet wird, in formal operativer Weise zu denken und zu handeln. Nach Schramm et al. (2006) sind die Hauptziele von CBASP, dass der Patient in die Lage versetzt wird

– die Konsequenzen seines eigenen chronisch depressiven Verhaltens zu erkennen und
– den negativen Stimuluswert einzuschätzen, den der Depressive für andere hat, aber auch zu erkennen, welchen Wert andere für ihn selbst haben.

Das Hauptziel von CBASP besteht darin, dass der Patient in die Lage versetzt wird, die Konsequenzen seines eigenen chronisch depressiven Verhaltens zu erkennen. Die Therapie fokussiert dabei sowohl auf Verhaltensänderungen wie auf interpersonelles Lernen.

Wambach und Rief (2012) fragen, ob CBASP eine Verhaltenstherapie sei? Sie kommen zu dem Schluss, dass CBASP keinesfalls nur eine Variante eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahrens ist. CBASP stelle ein Therapieverfahren mit klarer lern- und entwicklungstheoretischer Begründung dar und integriere bekannte Störungsmodelle konsequent für chronisch depressive Patienten. Schulenübergreifend werden Therapieelemente ergänzt und Verhaltensänderung und interpersonelle Problematik in den Mittelpunkt gestellt. Selten gebe es innerhalb der Verhaltenstherapie derart klare Anweisungen sowohl für die Arbeit mit Verhaltensanalysen wie für die Arbeit mit der therapeutischen Beziehung.

CBASP nutzt spezielle Behandlungsprinzipien:

- Erstes Behandlungsprinzip:
  Die Grundeinstellung des Patienten muss sich verändern und zwar in der Weise, dass er die Verantwortung für sein eigenes Leben selbst übernimmt.
- Zweites Behandlungsprinzip:
  Mangelnde soziale Wahrnehmung und soziale Kompetenzen sind mit Hilfe negativer Verstärkung zu verbessern.
- Drittes Behandlungsprinzip:
  Das Beziehungsverhalten zwischen Therapeut und Patient muss besonders beachtet werden, weil es auch von der Pathologie des chronisch depressiven Patienten betroffen ist.

Dabei ist zu beachten, dass chronisch depressive Patienten primär nicht zu einer Verhaltensänderung motiviert sind. Der Patient darf nicht in einer Beobachtungsrolle belassen werden, sondern muss während der Sitzung selbst in Aktion treten. Es zu beachten, dass zu Beginn der Therapie die Wahrnehmung des chronisch depressiven Patienten von seiner Umwelt abgespalten ist. Der chronisch depressive Patient spricht über seine Probleme in einer pauschalen und zeitlich unspezifischen Weise, wobei er oftmals schwere Verhaltensdefizite aufweist. Die zwischenmenschliche Distanz des chronisch Depressiven und seine oftmals offene oder verdeckte Feindseligkeit rufen häufig Frustrationen beim Therapeuten hervor. Dabei kann die interpersonelle „Unterwürfigkeit" des chronisch Depressiven zur dominanten interpersonellen Reaktion des Therapeuten führen. Der Therapeut soll in disziplinierter Weise „der Choreograf der Konsequenzen" sein.

## Spezifische therapeutische Techniken

*Situationsanalyse (SA)*

Die Situationsanalyse SA zielt darauf ab, dass der Patient die präoperatorische Funktionsweise überwindet und erkennt, dass sein Verhalten Konsequenzen hat. Die SA gliedert sich in eine Explorationsphase und eine Lösungsphase. Maladaptive Interpretationen sollen vom Patienten selbst erkannt, korrigiert und durch selbstsicheres Verhalten ersetzt werden.

**Abbildung 3**

Die Situationsanalyse nach McCullough (2006)

Name _____ Therapeut _____

Datum der Situation _____ Datum der therapeutischen Sitzung _____

Bitte wählen Sie eine Situation der letzten Woche aus und beschreiben Sie sie nach dem unten angegebenen Schema. Bitte versuchen Sie alle Fragen zu beantworten.

Bereich: ☐ Familie/Partnerschaft ☐ Kinder ☐ Erweiterte Familie ☐ Arbeit/Schule ☐ Soziale Situation

1. Beschreiben Sie, was sich ereignet hat (Beaobachterperspektive, zeitlich verankert):

_____
_____
_____

2. Beschreiben Sie Ihre Interpretation der Ereignisse:

_____
_____
_____

3. Beschreiben Sie, was Sie in der Situation taten:

_____
_____
_____

4. Beschreiben Sie, wie die Situation für Sie ausging:

_____
_____
_____

5. Beschreiben Sie, wie Sie sich den Ausgang dieser Situation gewünscht hätten (erwünschtes Ergebnis):

_____
_____
_____

6. Bewerten Sie: Wurde das erwünschte Ergebnis erreicht? ☐ Ja ☐ Nein

Abbildung 3 zeigt die Situationsanalyse nach McCullough (2006).

Die Explorationsphase gliedert sich wie folgt:

1. Was ist passiert? (Situationsbeschreibung).
2. Was hat diese Situation für Sie bedeutet? (Interpretation der Situation).
3. Wie haben Sie sich in dieser Situation verhalten? (situatives Verhalten).
4. Wie ist diese Situation für Sie ausgegangen? (tatsächliches Ergebnis; TE).
5. Welches Ergebnis wollten Sie erzielen? (erwünschtes Ergebnis; EE).
6. Haben Sie in dieser Situation bekommen, was Sie wollten? (Vergleich TE vs. EE).
7. Warum haben Sie (nicht) das bekommen, was Sie wollten? (der 7. Schritt stellt einen Übergang zwischen der Explorations- und der Bearbeitungs- bzw. Lösungsphase dar).

Für die Lösungsphase ist zu beachten:

1. In welcher Weise hat jede einzelne Interpretation dazu beigetragen, dass Sie Ihr erwünschtes Ergebnis nicht erreichten? (jede Interpretation wird einzeln ausgewertet und revidiert, wenn dies nötig ist zur Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, dass der Patient ein erwünschtes Ergebnis erreicht).
2. Wenn Sie die Situation angesichts Ihrer revidierten Interpretationen interpretiert hätten, in welcher Weise hätten Sie sich unterschiedlich verhalten?
3. Was haben Sie heute in dieser SA gelernt? (beenden/zusammenfassen)
4. Wie lässt sich das, was Sie heute in der SA gelernt haben, auf ähnliche Situationen anwenden? (Lerntransfer und Generalisierungsschritt).

Die Bearbeitung von Situationsanalysen und deren Lösung stellt ein zentrales Element von CBASP dar. Patienten werden damit konfrontiert, sich aus ihrer inneren Welt zu lösen und anhand einer konkreten Situation kognitive Falschbewertungen zu erkennen, sich der Diskrepanz zwischen erwünschtem und tatsächlichem Verhalten bzw. Ergebnis zu stellen und anhand einer konkreten Lebens- bzw. Kliniksituation neues Verhalten aktiv durchzuführen. Aufgabe des Therapeuten ist es, den Patienten immer wieder auf die konkrete Situation und die Durchführung von Verhaltensalternativen hinzuweisen.

Abbildung 4 zeigt zusammenfassend den möglichen Ablauf von CBASP-Psychotherapie

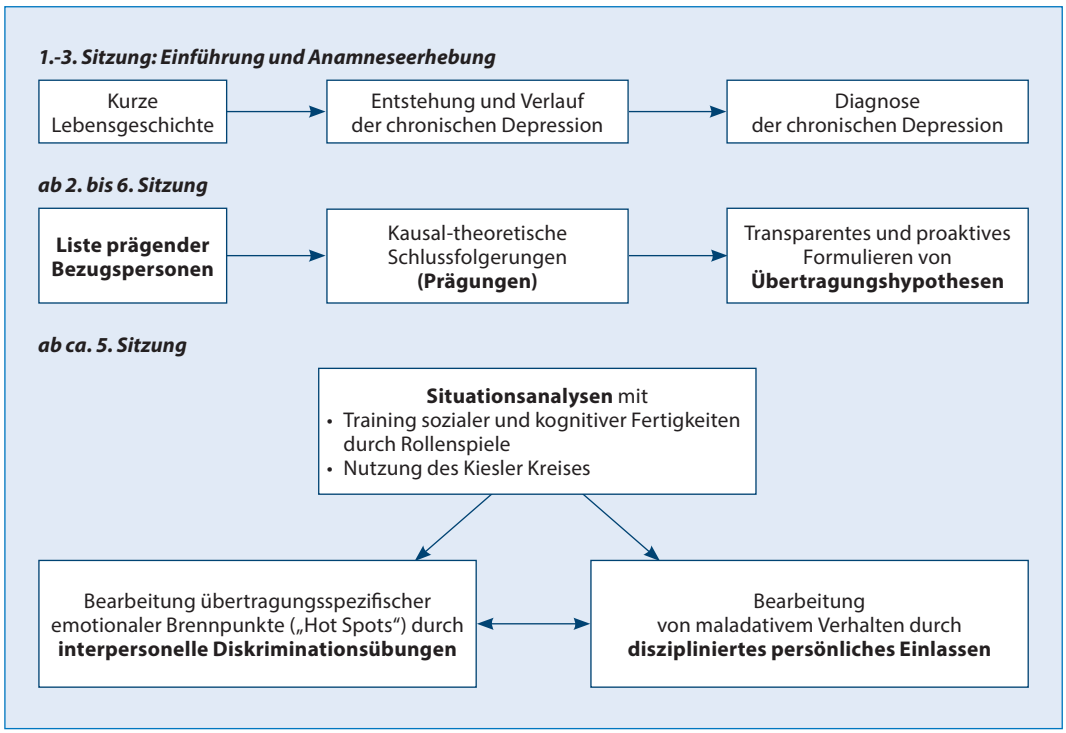



**Abbildung 4**

Möglicher Verlauf der Psychotherapie bei chronischer Depression (vgl. Brakemeier et al., 2012)

bei chronischer Depression. Ein idealtypischer Verlauf besteht aus:

- Lebensgeschichte, Anamnese der chronischen Depression und Diagnosestellung,
- Einführung der Liste prägender Bezugspersonen, Identifikation von Prägungen und Formulieren von Übertragungshypothesen,
- Situationsanalyse,
- Bearbeitung emotionaler Brennpunkte („Hot-Spots") durch interpersonelle Diskriminationsübungen unter Nutzung des Kiesler Kreises und
- Bearbeitung von maladaptivem Verhalten durch diszipliniertes persönliches Einlassen.

Die Erstellung einer Liste prägender Bezugspersonen mit Übertragungshypothesen soll möglichst wenige prägende Bezugspersonen umfassen und anhand von Beispielfragen zu den Dimensionen „Nähe/Intimität", „Emotionale Bedürftigkeit", „Fehler/Versagen" und „Negativer Affekt" zusammenfassende Thesen zu den prägenden Bezugspersonen formulieren.

Wenn beispielsweise der Vater als prägende Bezugsperson nie Nähe zugelassen und nur kritisiert hat, hat dies möglicherweise zu einer Prägung bei einer depressiven Patientin geführt, dass sie sich schlechter als alle anderen und wertlos sowie als Versagerin fühlt. Eine

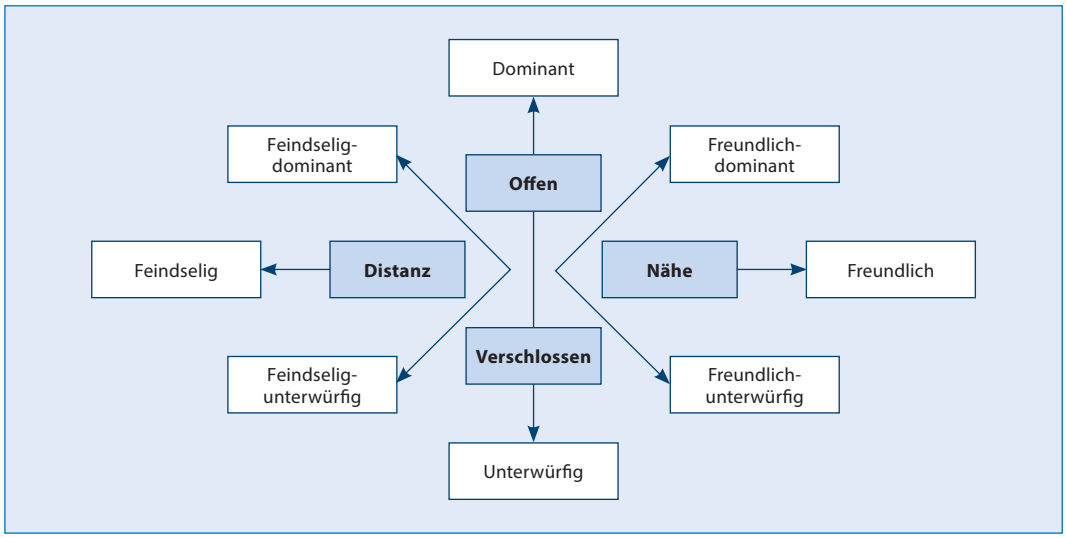
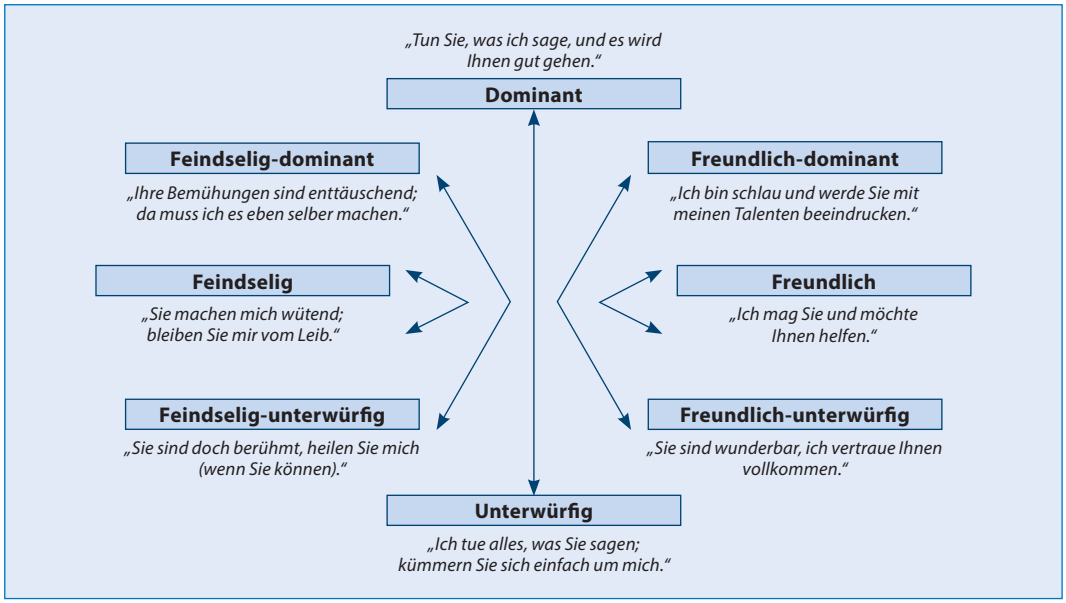



**Abbildung 5**

Der Kiesler-Kreis (vgl. Brakemeier et al., 2012)

**Abbildung 6**

Komplementäre Tendenzen in Kieslers interpersonellem Zirkel (vgl. McCullough, 2006)




mögliche Übertragungshypothese in der therapeutischen Arbeit wäre, dass die Patientin nunmehr auch Sorge hat, vom Therapeuten nicht ernst genommen und kritisiert zu werden.

Bei den interpersonellen Techniken und dem Umgang mit Übertragung findet der sogenannte Kiesler-Kreis (Abbildung 5; Kiesler, 1983) Anwendung. Der Kiesler-Kreis ist nach Brakemeier et al. (2012) ein sozialpsychologisches Modell, durch welches der Stimulus-Charakter einer Person bzw. von zwei Personen zueinander eingeschätzt werden kann.

Der Kiesler-Kreis wird dem Patienten erläutert, wobei besser die Begriffe „Nähe vs. Distanz" und „Offenheit vs. Verschlossenheit" verwandt werden sollten. Abbildung 6 zeigt mögliche komplementäre Tendenzen beim Therapeuten.

### Interpersonelle Techniken und Umgang mit der Übertragung

Mit Hilfe der interpersonellen Techniken (vgl. Schramm et al., 2006) werden die negativen oder auch belastenden zwischenmenschlichen Erfahrungen angegangen, die die meisten chronisch depressiven Patienten in ihrer Entwicklungsgeschichte erlebt haben. Depressive, also präoperativ denkende Patienten haben die Tendenz, ihren Therapeuten mit einer sie verletzenden Bezugsperson aus ihrer Vergangenheit gleichzusetzen, wodurch Veränderungsmotivation sowie Verhaltensänderungen behindert werden, weil der Patient implizit analoge Erfahrungen mit dem Therapeuten erwartet. Um eine Verhaltensänderung beim Patienten zu fördern, soll der Therapeut sich in einer kontrollierten Weise diszipliniert und persönlich einbringen. Das persönliche Einbringen des Therapeuten ermöglicht auch die Diskussion der Übertragungshypothesen, die vor möglichen kritischen interpersonellen Situationen („Hot Spots") warnen. Dies fordert beim Therapeuten die „Kunst" und die Bereitschaft, seine eigenen positiven und negativen Gefühle sowie Reaktionen kontrolliert und diszipliniert preiszugeben. Bei der Analyse der Übertragungshypothesen hilft die erarbeitete Liste prägender Bezugspersonen. Beispiele für Übertragungshypothesen sind:

- Nähe/Intimität:
  „Wenn ich meinem Therapeuten näher komme, dann …"
- Fehler/Versagen:
  „Wenn ich einen Fehler mache bei meinem Therapeuten, dann …"
- Emotionale Bedürftigkeit:
  „Wenn ich etwas von meinem Therapeuten brauche, dann …"
- Negativer Affekt:
  „Wenn ich auf meinen Therapeuten ärgerlich bin oder negative Gefühle ihm gegenüber habe, dann …"

Mit Hilfe derartiger Hypothesen lassen sich problematische Übertragungsphänomene schon vorhersagen, bevor sie manifest werden. In einer proaktiven Gegenüberstellung der erwarteten Haltung des Therapeuten aufgrund der Erfahrung mit prägenden Bezugspersonen und dem tatsächlichen therapeutischen Verhalten wird dem Patienten ein Diskriminationstraining ermöglicht, eine Überwindung des präoperatorischen Denkens, letztlich eine Nachreifung zum „Erwachsenen".

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass CBASP strukturiert, direktiv und verhaltensaktivierend dem chronisch depressiv er-

krankten Patienten an Stelle der Krankenrolle wieder die volle Selbstverantwortung für sein Leben übergibt. Ein Hauptunterschied zur kognitiven Therapie nach Beck (vgl. Schramm et al., 2006) besteht in dem geringeren kognitiven Leistungsniveau, das beim Patienten vorausgesetzt wird, in der Einfachheit der angewandten behavioralen Prinzipien im Rahmen der Situationsanalyse und dem Einsatz der Patient-Therapeut-Beziehung.

Das Behandlungsmodul nach CBASP nach diesem Zielgruppenkonzept wird als Gruppenpsychotherapie in einer homogenen Bezugsgruppe eingesetzt. Zusätzlich wird eine spezielle indikative Gruppe bezugsgruppenübergreifend angeboten (CBASP – Einübung von Situationsanalysen, Psychotherapie in der Gruppe, verhaltenstherapeutisch, störungs- und problemspezifisch bei Depression, G073 P).

Die AHG Kliniken Daun sind Mitglied im CBASP-Netzwerk, der Leitende Psychologe ist Mitglied im CBASP-Netzwerk.

### 8.2.4 Behandlungsmodul Meta-Cognitive Therapy (MCT)

Die Meta-Cognitive Therapie bei Depression nach PD Adrian Wells (University of Manchester, UK) ist eine Form der kognitiven Therapie in dem Sinne, dass sie beansprucht, das Denken zu verändern. Die Meta-Cognitive Therapie unterscheidet sich deutlich von der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) in ihren theoretischen und konzeptionellen Grundlagen, in störungsspezifischen Modellen, in ihrem Fokus auf metakognitive Prozesse und metakognitives Wissen sowie in vielen Techniken.

Die Meta-Cognitive Therapie zeigt dabei im Einzelfall rasche und ausgeprägte Effekte, u.a. bei depressiven Störungen. Der Fokus liegt hierbei auf kognitiven Verarbeitungsprozessen, metakognitiven Erfahrungen und metakognitiven Überzeugungen als Ergänzung und Alternative zu traditionellen Therapietechniken der kognitiven Verhaltenstherapie, wie die kritische Überprüfung von Kognitionen. Ein zentraler Leitspruch nach Wells lautet hierbei: „Nicht auf deine Gedanken, sondern auf deine Reaktion auf deine Gedanken kommt es an!“

Grundlegende Literatur von Adrian Wells ist

- *Metacognitive therapy for anxiety and depression* (2009) und
- *Metakognitive Therapie bei Angststörungen und Depression* (2011).

Das metakognitive Modell psychischer Erkrankungen nach Adrian Wells zielt auf die Änderung metakognitiver Überzeugungen. Im Folgenden werden zentrale Begriffe und Theoreme des Modells erläutert:

- der Begriff der Metakognition,
- das S-REF-Modell (Self-Regulatory Executive Function Model),
- das CAS (Cognitive Attentional Syndrome),
- die ATT (Attention Training Technique),

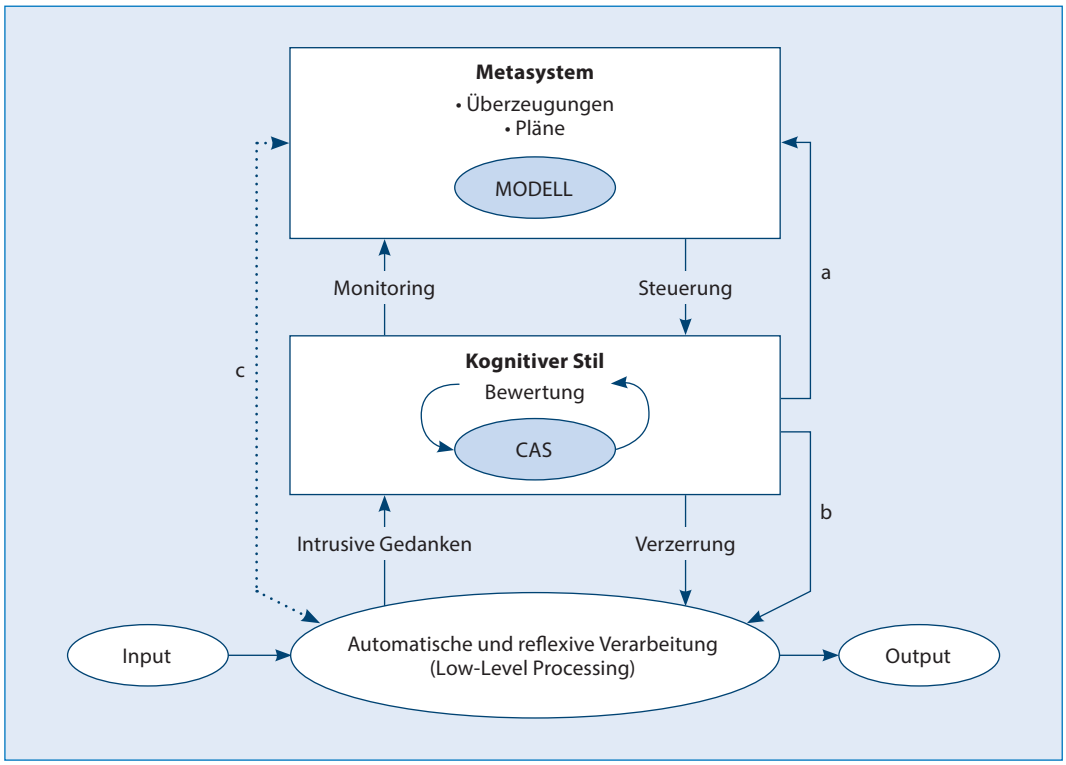



**Abbildung 7**

Das S-REF-Modell psychischer Erkrankungen unter Einschluss seiner Komponenten auf der Metaebene
(nach Wells, 2011)

- die DM (Detached Mindfulness) und
- der Ansatz der Metakognitiven Therapie bei Depression.

Wells beschreibt zwei Arten metakognitiver Erfahrungen als Modi (Metakognitionen):

- Gedanken und Überzeugungen werden gewöhnlich erlebt wie Sinneswahrnehmungen (wie z.B. das Geräusch einer tickenden Uhr). Wir sehen unsere Gedanken normalerweise nicht als innere Ereignisse an, wir verschmelzen sie mit der Realität. Dieser Erfahrungstyp heißt Objektmodus.
- Der metakognitive Modus des Erlebens unterscheidet sich vom Objektmodus, Gedanken werden als vom Selbst und der Welt getrennte innere Ereignisse betrachtet. In diesem Modus sehen wir sie als eine Form innerer Repräsentation, es ist möglich, innerlich einen Schritt von den Überzeugungen zurückzutreten.

Das metakognitive Modell psychischer Erkrankungen hat als Grundlage das Self-Regulatory Executive Function-Modell (S-REF-Modell; vgl. Abbildung 7).

Das Modell enthält kognitive Prozesse auf drei interagierenden Ebenen:

1) automatische und reflexive Verarbeitung (Low-Level Processing),
2) kontinuierliche bewusste Verarbeitung von Gedanken und Verhalten (kognitiver Stil) und
3) ein Fundus von metakognitivem Wissen und Überzeugungen.

Das Cognitive Attentional Syndrome (CAS) stellt ein problematisches Programm kognitiver Verarbeitung dar. Das CAS besteht aus einem dysfunktionalen Programm kognitiver Prozesse mit

– sich sorgen,
– grübeln,
– Lenkung der Aufmerksamkeit auf Gefahrensignale,
– dysfunktionalen Bewältigungsstrategien wie Gedankenunterdrückung, Vermeidungsverhalten und ggf. Substanzmissbrauch.

Das Cognitive Attentional Syndrome fokussiert also exzessive konzeptionelle kognitive Prozesse in Form von

– sich sorgen (worrying) und
– Grübeln (rumination).

Mit Hilfe langer Ketten von verbalen Gedanken versucht die Person, bestimmte Fragen zu beantworten. Beim Sich-Sorgen stehen „was wäre, wenn"-Fragen im Vordergrund, beim Grübeln Fragen hinsichtlich der Bedeutung von Ereignissen („Warum fühle ich mich so?"). Das Grübeln im Rahmen der Depression bezieht sich vor allem auf die Vergangenheit, das Sich-Sorgen (z.B. generalisierte Angststörung) auf die Zukunft.

Weiterhin gehört zum CAS eine Form von einseitiger, voreingenommener Aufmerksamkeit, die auf gefahrenbezogene Stimuli fokussiert ist. Dies wird Bedrohungsmonitoring genannt.

Grundlegende Prinzipien des metakognitiven Ansatzes sind demnach:

- Traurigkeit und Angst sind innere Signale einer Diskrepanz in der Selbstregulation,
- psychische Störungen werden durch einen bestimmten Stil und Strategien kognitiver Prozesse aufrechterhalten,
- das charakteristische, dysfunktionale Programm zur kognitiven Verarbeitung wird CAS genannt, es besteht aus sich sorgen, grübeln, Lenkung der Aufmerksamkeit auf Gefahrensignale und dysfunktionalen Strategien wie Gedankenunterdrückung und Vermeidungsverhalten,
- das CAS ist das Ergebnis von fehlerhaftem metakognitivem Wissen und Überzeugungen und
- es verlängert und intensiviert negative emotionale Erfahrungen.

Das CAS wird durch fehlerhafte Überzeugungen über das Denken gesteuert, metakognitive Überzeugungen werden dabei inhaltlich nach positiven und negativen metakognitiven Überzeugungen unterschieden.

Das durch Wells neu formulierte *A-M-C-Modell* (A = Auslöser, M = metakognitive Überzeugungen und C = Konsequenzen) stellt ein überarbeitetes A-B-C-Modell (s. Abbildung 8; vgl. Beck) dar.

Dabei beziehen sich positive metakognitive Überzeugungen auf die Nützlichkeit von Sich-Sorgen-Machen, Grübeln und Bedrohungsmonitoring („Grübeln hilft mir, etwas zu verändern!").

Negative metakognitive Überzeugungen beziehen sich auf ungünstige Auswirkungen innerer Ereignisse („Depression ist vererbt").

Die metakognitive Therapie basiert auf der Annahme, dass psychische Störungen durch das CAS und seine Auswirkungen auf emotionale Erfahrungen und Wissen aufrechterhalten werden. Das CAS stabilisiert über verschiedene Mechanismen das negative Selbstbild und das Gefühl von Bedrohungen. Dabei sind negative und positive metakognitive Überzeugungen aktiviert. Im Mittelpunkt der Behandlung stehen die Veränderungen von metakognitiven Überzeugungen und die Entwicklung von alternativen Wegen, innere Ereignisse zu erleben und auf sie zu reagieren. Dem CAS wird so die Grundlage entzogen. Metakognitive Therapie fokussiert auf

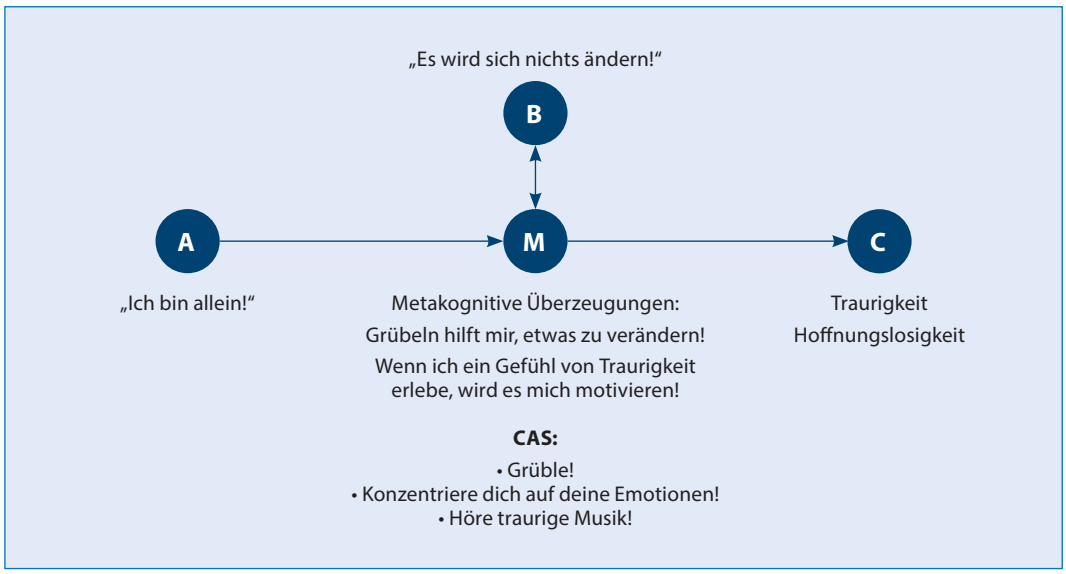



**Abbildung 8**

Metakognitives A-M-C-Modell einer depressiven Patientin (nach Wells, 2011)

– die Entfernung des CAS und
– die Modifikation metakognitiver Überzeugungen.

Behandlungsstrategien sind dabei:

- individuelle Fallkonzeption,
- Aufmerksamkeitstraining (Attention Training Technique – ATT),
- gelenkte Aufmerksamkeit (Detached Mindfulness – DM),
- Entfernung des CAS und
- Modifikation metakognitiver Überzeugungen.

Das therapeutische Vorgehen umfasst in der metakognitiven Therapie u.a. die Bestimmung der grundlegenden Natur des Problems, die Bestimmung des zeitlichen Verlaufs, Diagnosestellung und Risikoeinschätzungen, Erstellung eines A-M-C-Modells, Einsatz von störungsspezifischen Fragebögen, Exploration der Therapieerwartungen und der Ziele des Patienten. Dies umfasst auch die Exploration des Sorgenprozesses, des Bedrohungsmonitorings und der Bewältigungsstrategien.

Das Aufmerksamkeitstraining (Attention Training Technique, ATT) besteht aus den drei Komponenten

1) selektive Aufmerksamkeit,
2) schnelle Verlagerung der Aufmerksamkeit und
3) geteilte Aufmerksamkeit.

ATT beinhaltet eine Verlagerung der Aufmerksamkeit mit spezifisch entwickelten Techniken. Diese stärken funktionale Metakognitionen, regulieren das Denken, schwächen dysfunktionale emotionale und kognitive Verarbeitungsmuster ab und verändern Überzeugungen. Dem Patienten wird dadurch geholfen, aus seiner inneren, verschlossenen „Grübel-Welt“ herauszutreten und wieder die „äußere Welt“ wahrzunehmen, zu registrieren und Abstand zum Objektmodus seiner metakognitiven Erfahrungen zu erlangen.

Bei der selektiven Aufmerksamkeit im Rahmen des ATT wird die Aufmerksamkeit des Patienten auf individuelle Geräusche in einem Feld aus konkurrierenden Geräuschen unterschiedlicher räumlicher Lokalisation in seiner Umgebung gelenkt.

Bei der schnellen Verlagerung der Aufmerksamkeit wird die Aufmerksamkeit auf individuelle Geräusche und räumliche Lokalisation gelenkt.

Bei der geteilten Aufmerksamkeit wird der Patient aufgefordert, Breite und Tiefe seiner Aufmerksamkeit zu erweitern und zu versuchen, verschiedene Geräusche unterschiedlicher Lokalisation gleichzeitig zu verarbeiten.

Während das ATT dazu dient, Exekutivfunktionen zu stärken und persevierende, selbstfokussierte kognitive Prozesse zu unterbrechen, entwickelt Detached Mindfulness (DM) eine spezifische Beziehung zu Gedanken und Überzeugungen. Losgelöste Achtsamkeit (DM) erhöht die flexible Kontrolle über das Denken und fördert die Entwicklung eines neuen Modells der Bedeutung und Wichtigkeit von Gedanken und Überzeugungen.

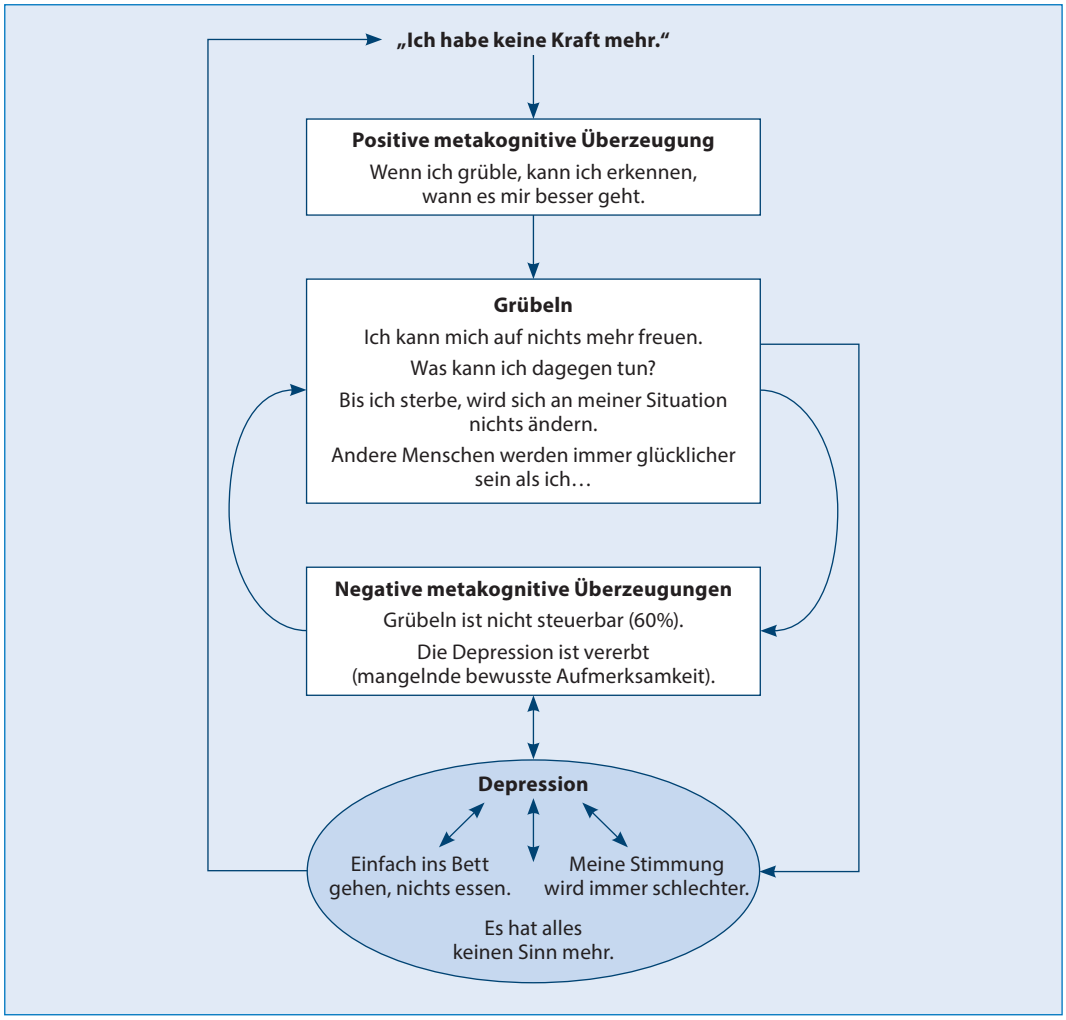
Losgelöste Achtsamkeit (DM) hat zwei wesentliche Komponenten:

1) bewusste Wahrnehmung auf der Meta-Ebene und
2) Losgelöstheit (Detachement).

Losgelöstheit bedeutet auch Verzicht auf eine Auseinandersetzung mit dem inneren Ereignis. Es erfolgen also keine Bewertungen oder Bewältigungsversuche als Reaktion auf innere Ereignisse. DM ist die Antithese zum CAS. Sie bedeutet, innere Ereignisse nicht zu fokus-

**Abbildung 9**

Individuelles Fallkonzept der Depression (nach Wells, 2011)




sieren, bedeutet das Unterlassen von Grübeln und Bedrohungsmonitoring. Zum anderen soll das Erleben innerer Ereignisse als vom eigenen Selbst unabhängig wahrgenommen werden, der Objektmodus durch den metakognitiven Modus abgelöst werden. Das Selbst wird zum bewussten Beobachter des Gedankens oder der Überzeugung.

Ebenso wie ATT setzt auch DM zahlreiche spezifische Basistechniken ein.

Die grundlegenden Prinzipien und Techniken der metakognitiven Therapie finden vor allem auch bei der Behandlung chronisch depressiver Störungen Anwendung:

- Planung der Struktur der Behandlung,
- Erstellen eines Behandlungsplanes,
- Anamnese zur Erstellung eines individuellen Fallkonzeptes bei Depression und
- Implementierung von ATT und DM als neuen Strategien für kognitive Verarbeitungsprozesse.

Ein individuelles Fallkonzept bei Depression zeigt Abbildung 9.

Positive und negative metakognitive Überzeugungen werden modifiziert, dass CAS möglichst beseitigt und Techniken des ATT und DM eingesetzt.

Die Meta-Cognitive-Therapie (MCT) nach diesem Zielgruppenkonzept wird als Gruppenpsychotherapie in einer homogenen Bezugsgruppe eingesetzt. Zusätzlich wird eine spezielle indikative Gruppe bezugsgruppenübergreifend angeboten (Meta-Cognitive Therapie, Psychotherapie in der Gruppe, verhaltenstherapeutisch, störungs- und problemspezifisch bei Depression, G073 P).

## 8.3 Behandlung kognitiver Beeinträchtigungen bei Depression

Zu den Hauptsymptomen bei (chronisch) depressiven Erkrankungen zählen u.a. Interessenverlust und Antriebsmangel. Bei den Zusatzsymptomen wird auch verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit benannt. Viele schwer depressiv erkrankte Patienten geben an, sie seien nicht mehr fähig, ein Buch oder eine Tageszeitung zu lesen oder die Kon-

zentration lasse schon nach beispielsweise einer halben Seite nach.

Hinsichtlich der Abgrenzung von „Depressiver Pseudo-Demenz" von demenziellen Erkrankungen geben Kasper et al. (1994) Hinweise: Kognitive Leistungseinbußen bei Depression seien vor allem bei schnellem, erkennbarem Beginn, Symptomen von nur kurzer Dauer und großen Schwankungen der kognitiven Leistungsschwäche mit typischen „Weiß-nicht"-Antworten von demenziellen Erkrankungen abzugrenzen.

Bei einer Kombinationsbehandlung von Psychotherapie und Pharmakotherapie bessern sich die entsprechenden kognitiven Beeinträchtigungen häufig. Im Rahmen der Psychoedukation sollten Patienten auf die entsprechenden depressionsbedingten Beeinträchtigungen hingewiesen und darüber informiert werden. Testpsychologisch können ggf. zusätzliche Verfahren zum Einsatz kommen (z.B. d2, DCS).

Die Patienten werden angeleitet, entsprechende Konzentrations- und Aufmerksamkeitsübungen durchzuführen. Bei entsprechender Indikation ist auch die Teilnahme an der indikativen Gruppe „Hirnleistungstraining" (F110 L) möglich.

## 8.4 Indikative Gruppen bei Komorbidität

Die S3-Leitlinie Unipolare Depression (Kurzfassung, 2009) gibt hinsichtlich komorbider psychischer Störungen u.a. nachfolgende Empfehlungen:

- Angst- und Zwangsstörungen: Komorbide Syndrome aus depressiver und Angststörung sind mit erhöhter Symptomstärke, Chronizität, stärkeren funktionellen Einschränkungen und höherem Leidensdruck verbunden, außerdem mit einer schlechteren Response auf eine antidepressive psychopharmakologische und psychotherapeutische Monotherapie sowie einer höheren Suizidrate. Bei Vorliegen von depressiven Episoden und komorbiden Angststörungen sind sowohl Psychotherapie als auch Pharmakotherapie wirksame Behandlungsverfahren (Statement).
- Essstörungen: Es können keine evidenzbasierten Empfehlungen zur Psychotherapie der komorbiden Depression bei Essstörungen gegeben werden (Statement).
- Persönlichkeitsstörungen: Es besteht eine Komorbidität von 30 bis 40 Prozent zwischen depressiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Die häufigste Komorbidität sind ängstlich-vermeidende, Borderline- und paranoide Persönlichkeitsstörungen. Für die Wirksamkeit einer Psychotherapie liegen empirische Hinweise vor als Teil einer Kombinationsbehandlung mit Pharmakotherapie.
- Somatoforme Störungen: In stationären Stichproben wurde eine hohe Komorbidität gefunden. Es können keine Empfehlungen über die jeweils evidenzbasierten Behandlungsempfehlungen für beide Störungen hinaus gegeben werden (Statement).
- Alkoholabhängigkeit: Auf die Lebenszeit bezogen, weist ungefähr 1/3 der Patienten mit affektiven Störungen einen Substanzmissbrauch auf. Bei ca. ¼ aller alkoholkranken Männer und der Hälfte aller alkoholkranken Frauen treten Depressionen auf. Da beide Störungen mit einer erhöhten Suzidalität einhergehen, ist hierauf besonderes Augenmerk zu richten. Bei Komorbidität von Alkoholabhängigkeit und depressiver Störung reduziert eine Pharmakotherapie mit Antidepressiva sowohl die depressiven Symptome als auch die Wahrscheinlichkeit eines Alkoholrückfalls (Statement).

  Bei Vorliegen einer depressiven Störung und einer komorbiden Alkoholabhängigkeit reduziert eine antidepressive Psychotherapie depressive Symptome, sowohl als alleiniges Verfahren als auch als Teil einer Kombinationsbehandlung mit einer Pharmakotherapie oder einer alkoholspezifischen Psychotherapie.

  Bei Komorbidität von Depression und Alkoholabhängigkeit sollte eine Depressionsbehandlung nicht vor einer zwei- bis vierwöchigen Abstinenz begonnen werden, da erst dann eine valide Depressionsdiagnostik und entsprechende Indikationsstellung möglich ist.

Missel et al. (2011) konnten zeigen, dass die katamnestischen Erfolgsquoten von stationär behandelten alkoholabhängigen Patienten mit komorbider depressiver Störung ungünstiger als bei Fehlen entsprechender Komorbidität ausfallen. Von daher sind spezifische Behandlungskonzepte für diese komorbide Patientengruppe gefordert, wie sie mit dem vorliegenden Zielgruppenkonzept auch für suchtkranke Patienten vorgesehen sind.

In den „Reha-Therapiestandards Depressive Störungen" (Deutsche Rentenversicherung, 2011a) wird in dem ETM zu „Indikative Gruppen bei Komorbidität" eine Mindestdauer pro Rehabilitation von 180 Minuten für mindestens 40 Prozent der Patienten gefordert. Therapeutische Zielsetzung ist die störungsspezifische Behandlung bei psychischer Komorbidität.

Gemäß dem Konzept der AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg zur Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen werden bezüglich des evidenzbasierten Therapiemoduls zu „Indikativen Gruppen bei Komorbidität" nachfolgende Angebote als indikative Gruppen (einmal wöchentlich) vorgehalten:

- Schlaftraining (Schlafstörungen, G079 P),
- Psychotherapie in der Gruppe, verhaltenstherapeutisch, störungs- und problemspezifisch bei Angst, Phobie (Angstbewältigung (GAS, Soziale Phobie) und Angstbewältigung (Panikstörung), G071 P),
- Psychotherapie in der Gruppe, verhaltenstherapeutisch, störungs- und problemspezifisch bei Schmerz (G072 P)
- Störungsspezifische Gruppe bei Abhängigkeitsproblematik: Pathologisches Glücksspiel (G091 P),
- Störungsspezifische Gruppe bei Abhängigkeitsproblematik: Tabakentwöhnung (G093 L),
- Störungsspezifische Gruppe bei Abhängigkeitsproblematik: Rückfallprävention (G094 P),
- Borderline-Persönlichkeitsstörung (G079 L),
- Stabilisierung bei belastenden Lebensereignissen (PTBS) (G079 L),
- Sonstige störungs- und problemspezifische Psychotherapie in der Gruppe, verhaltenstherapeutisch (G079 P).

Die Zuweisung zu den indikativen Gruppen erfolgt nach Differenzialdiagnostik und spezifischer Indikationsstellung durch die für die Depressionsbehandlung verantwortlichen Bezugstherapeuten.

## 8.5 Aktivitätsaufbau

Die S3-Leitlinie Unipolare Depression (Kurzfassung 2009) nennt als unterstützendes Therapieverfahren u.a. Soziotherapie als Möglichkeit zur Unterstützung und Behandlungsanleitung, zur Überwindung krankheitsspezifischer Defizite und daraus entstehender Beeinträchtigung im sozialen Umfeld. Sie soll dem Patienten durch Motivierung und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen. Der Patient soll in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen.

In den „Reha-Therapiestandards Depressive Störungen" (Deutsche Rentenversicherung 2011a) wird in einem gesonderten ETM „Aktivitätsaufbau" mit einer Mindestdauer von mindestens 60 Minuten pro Woche für mindestens 40 Prozent der Rehabilitanden benannt.

Als therapeutische Inhalte werden der Aufbau eines strukturierten und ausgewogenen Verhältnisses zwischen Arbeit, Freizeit, Selbstversorgung und Erholung, die Anregung zu einer angemessenen Tagesstrukturierung, um in für den Patienten relevanten Lebensbereichen die Freizeit- und Sozialkompetenz zu stärken und Antriebsschwächen abzubauen, und die Förderung von Selbstwertgefühl und sozialer Kontaktfähigkeit aufgeführt.

Gemäß Konzept der AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg zur Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen finden bezüglich des evidenzbasierten Therapiemoduls zum Aktivitätsaufbau nachfolgende Angebote statt:

- zweimal wöchentlich Selbsthilfetraining in der Kleingruppe zum Aufbau von sozialer Kompetenz (E191 H),
- einmal wöchentlich Selbsthilfetraining in der Kleingruppe als Freizeitkompetenztraining (E192 H),
- Angebote der sozialen Kommunikation und Interaktion, z.B. Dia- und Filmvorführung, Musik und Bewegung, Singen und sonstige strukturierte soziale Kommunikation und Interaktion (L031, L032, L033, L039) und
- Gruppenausflug mit Bezugstherapeut als weitere soziale Kommunikation und Interaktion (2× L034 T).

Das soziale Kompetenztraining und das Freizeitkompetenztraining erfolgen unter der Aufsicht und Supervision des Bezugspsychotherapeuten dreimal wöchentlich in der Patientengruppe. Das eigentliche Training erfolgt in dieser zeitlich festgelegten Trainingsgruppe, die auch therapeutische Aufträge vom Bezugspsychotherapeuten erhält. Sie findet ohne die Teilnahme des Therapeuten statt, um die Selbstverantwortung und Selbstmanagementkompetenzen der Patienten eigenverantwortlich zu fördern.

In der Trainingsgruppe werden soziale Kompetenzen im Hinblick auf Konfliktlösung, Entscheidungsfindung in der Gruppe, Durchsetzungsfähigkeit und Abgrenzung „in vivo" trainiert. Solidarität, Gruppenkohäsion, Kompromissfähigkeit und Anpassungsbereitschaft werden ebenso geübt wie die individuelle Planung einer entsprechenden Tagesstruktur. Die Patientenbezugsgruppe erstellt dabei eine Auflistung der diskutierten Themenbereiche, über Sitzungsprotokolle erfolgt eine inhaltliche Rückmeldung an den Bezugstherapeuten.

In einer der wöchentlichen Trainingssitzungen in der Patientengruppe ist ein besonderer Schwerpunkt die individuelle und gemeinsame Freizeitplanung während der Behandlung sowie die Planung poststationärer Freizeitaktivitäten. Die gezielte Teilnahme an Freizeitakti-

vitäten dient sowohl zur Tagesstrukturierung, insbesondere auch an Wochenenden, sowie zum Aktivitätsaufbau der depressiven Patienten. Hierzu gehören u.a.: die Teilnahme an Dia-Vorführungen (z.B. des Eifelvereins) sowie an Filmvorführungen, die Teilnahme am regelmäßigen Angebot an Tanzkursen durch eine staatlich geprüfte Tanzlehrerin, die Mitwirkung am Patientenchor, die Teilnahme an gezielten Wanderungen durch Wanderführer des Eifelvereins und vergleichbare Freizeitaktivitäten.

Bereits seit langem gibt es Versuche, das Kino auch als Therapeutikum einzusetzen. Erfahrungen zeigen, dass Filme im klinischen Kontext Hoffnung auf eine gelingende Lebensveränderung, insbesondere auch bei depressiven Patienten, induzieren können. Dies soll anhand ausgewählter Filme und deren anschließender Diskussion mit therapeutischen Mitarbeitern gezeigt werden.

Die jeweilige Bezugsgruppe als Patientengruppe wählt einen Gruppensprecher, der wiederum an der Sitzung der Patientenmitverwaltung gemeinsam mit Klinikleitung und Abteilungsleitungen (Besprechung von klinikorganisatorischen Angelegenheiten, Patientenwünschen und Beschwerdemanagement) teilnimmt.

Zusammen mit dem Bezugstherapeuten bzw. Co-Therapeuten finden in der Regel einmal monatlich Gruppenausflüge zu regionalen touristischen Orten (z.B. Trier, Koblenz, Luxemburg oder Köln) statt, die beispielsweise mit Museums- oder Ausstellungsbesuchen verbunden werden.

Sogenannte „fakultative Angebote“ der Aktivitätstherapeuten (Ergotherapeuten sowie Sport- und Bewegungstherapeuten) ergänzen die Angebote im Rahmen von sozialer Kommunikation und Interaktion für die Patienten: hierzu zählen u.a. Nordic-Walking, Qi-Gong, Meditatives Bogenschießen, Aquarellmalerei und Anfertigen von Keramikschmuck. Diese Angebote werden meistens am späten Nachmittag oder am Wochenende vorgehalten.

## 8.6 Entspannungstraining

In den „Reha-Therapiestandards Depressive Störungen“ (Deutsche Rentenversicherung, 2011a) wird als evidenzbasiertes Therapiemodul Entspannungstraining mit der Zielsetzung von Vermittlung und Einüben einer Entspannungstechnik sowie Erarbeiten individueller Nutzungsmöglichkeiten und Transfer in den Alltag benannt.

Das Entspannungstraining soll mindestens viermal mit einer Mindestdauer von 180 Minuten während der gesamten Rehabilitation für mindestens 60 Prozent der Patienten angeboten werden.

Das Behandlungskonzept zur Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen sieht zweimal wöchentlich die therapeutisch angeleitete Teilnahme an der Progressiven Muskelrelaxation (PMR) in der Gruppe vor (F092 H).

### 8.6.1 Entspannungstraining bei Depression

Im Rahmen von depressiven Erkrankungen beklagen Patienten häufig Zustände der inneren Unruhe und Anspannung.

Auf kognitiver Ebene findet diese Anspannung ihren Ausdruck im Rahmen von formalen Denkstörungen im Sinne eines Gedankenkreisens und/oder Grübelns sowie von Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen. Auf körperlicher Ebene ist es nicht selten eine Bewegungsunruhe, verbunden mit einem Gefühl einer inneren Anspannung und Zitterns.

Das Einüben und Erlernen von Entspannungsverfahren kann in diesem Zusammenhang dazu beitragen, Symptome der Anspannung und inneren Unruhe zu lindern.

Grundsätzlich sind es zwei Entspannungsverfahren, die als Bestandteile eines Behandlungsplanes bei der Behandlung depressiver Störungen genannt werden. Zum einen ist es das Autogene Training nach H. G. Schulz, zum anderen die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson.

Beide Verfahren haben ihre Vor- und auch Nachteile. Während das Autogene Training Imaginationsfähigkeit, verbunden mit einem guten Körpergefühl erfordert, ist die Progressive Muskelentspannung auch für Patienten erlernbar, die diese Fähigkeiten nicht mitbringen. Beide Entspannungsverfahren beeinflussen das autonome Nervensystem, zum einen durch imaginierte Suggestionen, zum anderen durch Anspannung und Entspannung verschiedener Muskelgruppen bei gleichzeitiger Beobachtung und Wahrnehmung des Gefühls der sich einstellenden Entspannung.

Beide Verfahren erfordern ein regelmäßiges Üben, um eine ausreichende Wirkung erzielen zu können. Das regelmäßige Training ist der Schlüssel zum Erfolg. Die Aufgabe des Therapeuten dabei ist es, den Patienten zu motivieren und ihn, insbesondere in der Anfangsphase, beim Erlernen der jeweiligen Methode zu unterstützen.

Im Rahmen der klinischen Behandlung hat es sich bewährt, Entspannungsverfahren in Gruppen anzubieten und durchzuführen. Dies

hat patientenseitig den Vorteil, dass die Teilnehmer einer Gruppe sich beim regelmäßigen Üben motivieren können, indem sie sich immer wieder neu über die gemachten Erfahrungen mit der jeweiligen Methode austauschen.

Das vorliegende Konzept legt besonderen Wert auf das Fokussieren der gemachten Behandlungs- und Beziehungserfahrung bei der Ausübung verschiedener Therapie-Elemente. Es sind vor allem die gemachten Erfahrungen, die beim Patienten langfristig eine Verhaltensveränderung bewirken. So ist es auch bei der Durchführung eines Entspannungsverfahrens als Teil eines Behandlungsplanes chronisch Depressiver das Ziel, Patienten auf noch so kleine, positiv erlebte Veränderungen hinzuweisen. Häufig haben chronisch Depressive die Fähigkeit verloren, positive Veränderungen zu erkennen und wahrzunehmen. Ganz im Sinne der kogitiven Triade nach Beck sehen sie sich selbst, ihre Zukunft und ihre Umwelt als negativ an, ohne sich vorstellen zu können, dass ihre Situation sich bessern kann. Hier hat der Therapeut bei der Durchführung von Entspannungsverfahren die Aufgabe, den Patienten zum einen zum aktiven Üben anzuhalten und zum anderen in geduldiger, unterstützender, aber auch klarer Weise positive Veränderungen mit dem Patienten herauszuarbeiten und dessen Wahrnehmung dafür zu schulen.

Unter diesen Gesichtspunkten stellt die Progressive Muskelrelaxation (vgl. Kaluza, 2007, 2011) ein Entspannungsverfahren dar, bei dem der Patient durch anfänglich angeleitetes, später eigenständiges Üben, schnell ein Gefühl der Entspannung entwickeln und verspüren kann.

Es liegt in der Natur der Sache, dass eine muskuläre Anspannung in Abhängigkeit von der Zeit, bis hin zu einem Gefühl des Schmerzes sehr deutlich wahrgenommen werden kann. Eine darauf einsetzende muskuläre Entspannung wird im Kontrast zur vorher erlebten muskulären Anspannung als wohltuend und entspannend wahrgenommen. Es ist dieses einfache Prinzip, das es Patienten auch ohne ausgeprägtes Körpergefühl oder Imaginationsfähigkeit ermöglicht, die Progressive Muskelentspannung nach Jacobson schnell zu erlernen.

## 8.6.2 Progressive Muskelentspannung nach Jacobson (PMR)

### Worum es geht

Bei der Technik der PMR geht es im Wesentlichen darum, Muskelgruppen des Körpers in einer bestimmten Reihenfolge zu entspannen, indem diese Muskelgruppen erst angespannt und anschließend gelockert werden, während gleichzeitig sich darauf konzentriert wird, diese Empfindungen, die an den Muskeln auftreten, zu beobachten und wahrzunehmen. Ein regelmäßiges Training vorausgesetzt, führt die PMR dazu, die Muskelanspannung weit unter das normale Spannungsniveau zu senken und zwar immer dann, wenn dies situativ angebracht und/oder notwendig ist. Sich entspannen lernen geht ähnlich wie das Erlernen anderer Fähigkeiten wie z.B. Auto fahren, Gitarre spielen oder Balancieren. Es braucht dazu Übung, Konzentration und Engagement. Dies bedeutet, dass man sich für ein regelmäßiges Training Zeit nehmen muss.

### Wozu Muskelentspannung?

Mit etwas Übung lässt sich leicht feststellen, dass durch die Entspannung der Muskulatur auch andere Zeichen körperlicher Unruhe und Erregung wie z.B. Herzklopfen, Schwitzen, Zittern zurückgehen oder verschwinden und man sich insgesamt ruhiger und gelassener fühlt. Mit der PMR hat man damit eine Technik zur Hand, mit der körperliche und seelische Anspannung verringert werden und alltägliche Stresssituationen gelassener bewältigt werden können.

## 8.6.3 Was beim Üben zu berücksichtigen ist

### Zeitpunkt

Es sollte möglichst täglich geübt werden. Der Zeitpunkt sollte so gewählt werden, dass man nicht gestört wird und sich auch nicht unter Zeitdruck fühlt. Die Übungszeit sollte voll und ganz im Zeichen der Entspannung stehen.

### Äußere Umgebung

Gerade zu Beginn des Trainings ist es hilfreich, dass man während des Übens nicht abgelenkt wird. Ideal ist deshalb ein ruhiger, eventuell abgedunkelter Raum. Es ist darauf zu achten, dass man durch Geräusche, z.B. das Klingeln des Handys, nicht gestört wird.

### Sitzgelegenheit

Die Sitzgelegenheit sollte so beschaffen sein, dass keine Anstrengung für die Körperhaltung notwendig ist. Ideal ist ein gut gepolsterter Sessel, in dem man Kopf, Nacken, Rücken und Arme bequem anlehnen bzw. auflegen kann. Die Füße sollten guten Kontakt zum Boden haben.

Kleidung

Während der Übung sollte darauf geachtet werden, dass man nicht durch beengende Kleidungsstücke wie ein Jackett, eine Krawatte, Gürtel, unbequeme Schuhe, Brillen, Kontaktlinsen, Uhren das Gefühl der Bewegungsfreiheit und Konzentrationsfähigkeit einschränkt. Daher sollten diese Gegenstände vorher abgelegt werden.

### 8.6.4 Entspannung lässt sich nicht erzwingen

Es ist immer wieder wichtig zu betonen, dass regelmäßiges Üben die Grundlage des Erfolges für die PMR ist. Sich entspannen können erfordert jedoch noch etwas mehr, nämlich: sich gehen lassen können, sich Zeit für sich selbst nehmen können und Geduld mit sich haben, wenn es einmal nicht so gut klappt. Häufig macht man die Erfahrung, dass gerade dann, wenn man unbedingt einschlafen will, der Schlaf sich nicht einstellt. Erst wenn man die Absicht, schlafen zu wollen, aufgibt, stellt der Schlaf sich unvermittelt ein. Bei der Entspannung verhält es sich ganz ähnlich. Auch sie ist durch eine noch so große bewusste Willensanstrengung nicht zu erreichen.

Besonders bemüht Übende, die ihren „ganzen Willen" einsetzen oder solche, die glauben, man könne alles mit dem Willen erreichen, werden Entspannung nicht erreichen. Man kann Spannung, Verkrampfung nicht mit dem Willen beseitigen oder lösen. Denn Wille ist Spannung. Auf dem Weg der Entspannung steht daher ganz am Anfang – und immer wieder neu – die Notwendigkeit, den bewussten Willen, die Absicht, die Dinge aktiv beeinflussen, beherrschen zu wollen, loszulassen zu Gunsten einer mehr passiven, mitgehenden, aufnehmenden und sich hingebenden Haltung.

## 8.7 Bewegungstherapie

Das Konzept der Sport- und Bewegungstherapie der AHG Kliniken Daun, zuletzt revidiert in der Version vom 24.06.2013, ist integrativer Bestandteil des Behandlungskonzeptes für Patienten mit psychosomatischen und/oder Abhängigkeitserkrankungen, das verhaltensmedizinisch ausgerichtet auf lerntheoretischen verhaltenstherapeutischen Grundlagen basiert.

Körperliches Training wird gemäß S3-Leitlinie zur unipolaren Depression (2009) aus klinischer Erfahrung (KKP = Klinischer Konsenspunkt) heraus empfohlen.

In den „Reha-Therapiestandards Depressive Störungen" (Deutsche Rentenversicherung 2011a) wird Bewegungstherapie als evidenzbasiertes Therapiemodul (ETM) mindestens dreimal wöchentlich mit mindestens 210 Minuten für mindestens 80 Prozent der Rehabilitanden empfohlen.

In Abhängigkeit von den individuellen Voraussetzungen sollen bewegungstherapeutische Leistungen mit nachfolgenden Zielen erfolgen:

- Stärkung psychischer und sozialer Ressourcen durch positive und nachhaltig umsetzbare Bewegungserfahrungen, bewegungsbezogene Selbstwirksamkeitserfahrungen, Aufbau von Bewegungs- und Steuerungskompetenz zur Bindung an einen körperlich aktiven Lebensstil.
- Stärkung physischer und interaktioneller Ressourcen/Funktionen (Kraft, Ausdauer, Koordination, Beweglichkeit) und Vermittlung von Aktivitäten (z.B. ADL, sport- und berufsbezogene Bewegungskompetenzen) und
- Anbahnung, Übung und Training zur (Wieder-) Herstellung von physischen Funktionen, Belastbarkeit und Trainierbarkeit.

Im Rahmen des Konzepts zur Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen der AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg werden nachfolgende Leistungen angeboten:

- zweimal wöchentlich Sport- und Bewegungstherapie in der Bezugsgruppe (A093 N),
- Lauftraining (A099 I),
- fakultative Angebote wie „Yoga" und „Atem-Gymnastik", „Nordic Walking" und „Meditatives Bogenschießen"

Sport- und Bewegungstherapie sind integraler Bestandteil in der verhaltensmedizinischen Rehabilitation depressiver Erkrankungen (vgl. Ehrhardt, 1994). Durch ein breit gefächertes Angebot von verschiedenen Sport- und Bewegungsarten (z.B. gezieltes Training für Ausdauer und Koordination, indikationsspezifisches Schwimmen oder Sport mit spezieller psychotherapeutischer Zielsetzung) wird das Gesundheits- und Freizeitverhalten der Patienten positiv beeinflusst. Die Sport- und Bewegungstherapie findet in der Bezugsgruppe statt. Zielsetzungen der Sport- und Bewegungstherapie bei chronisch depressiv Erkrankten sind u.a.:

- die Veränderung des symptomatischen Verhaltens, eine Verbesserung der motorischen Grundfertigkeiten und eine Steigerung des motorischen Fertigkeitsniveaus,
- die Wiederherstellung körperlicher Leistungsfähigkeit, eine Stabilisierung von physiologischen Parametern und Verbesserung der körperlichen Fitness,

- Informationsvermittlung über Sport/Bewegung und deren Möglichkeiten im Zusammenhang mit der Krankheitsbeeinflussung und physiologische Kenntnisse über körperliche Abläufe,
- Förderung von Gefühlsausdruck, positivem Körpererleben und Vermittlung von Erfolgserlebnissen sowie adäquatem Umgang mit Misserfolgen,
- Förderung von Kontaktaufnahme und gegenseitigem Austausch, Integration in die Gruppe und Erlernen selbstbestimmten Handelns in sozialen Situationen,
- differenzierte und realistische Selbst- und Fremdwahrnehmung und
- Anerkennung und Bewältigung von physischen Grenzen.

### 8.7.1 Sport- und Bewegungstherapie/ Körpertherapie bei chronisch depressiven Patienten

Wenn gemäß Christian Morgenstern „Der Körper der Übersetzer der Seele ins Sichtbare ist“, dann spielt die Körpertherapie bei chronisch depressiven Patienten ebenfalls eine wichtige Rolle. Nicht selten ist ein depressiver Mensch schon über seine Körperhaltung, die Gesichtsmimik, seine Sprache im Hinblick auf Intonation, Modulation, Geschwindigkeit und Rhythmus auch für den weniger Geschulten erkennbar.

Dies verwundert nicht, wenn man bedenkt, dass das primäre Bezugs- und Kommunikationssystem eines jeden Menschen zu Beginn seines Lebens, noch vor dem Spracherwerb, der Körper ist. Während Kinder noch sehr gut in der Lage sind, über ihren Körper mit ihrer Umwelt zu kommunizieren und sich selbst über ihren Körper auch auszudrücken, verlernen Erwachsene im Laufe ihrer Entwicklung zunehmend die Sprache ihres Körpers zu verstehen. Die moderne Säuglingsforschung hat zeigen können, dass der Körper Ausgangspunkt und Träger der Entwicklung des Selbst und der persönlichen Identität ist. Im Rahmen einer Körpertherapie können nach Röhricht (2000) verschiedene Phasen unterschieden werden.

In der ersten Phase spielen das Ankommen sowie die Basissicherheit eine entscheidende Rolle. Jede persönliche Entwicklung in einer Gruppe oder auch alleine fängt damit an, eine Basis für sich in einem Raum zu finden, einen Platz, an dem der Patient sein kann. Hier geht es um die Entstehung von Vertrauen und Sicherheit.

In einer zweiten Phase geht es um eine vermehrte Körperselbsterfahrung und Selbstwertschätzung. Die Entdeckung des eigenen Körpers mit seinen Eigenschaften und Funktionen vollzieht sich häufig in einer für den Patienten emotionalen Art und Weise, da nicht selten diese Bezüge in der Vergangenheit nicht gemacht und/oder gelebt werden konnten. Der Körper kann erfahren werden als zuverlässiges Fundament, als wertvolles Organsystem, dessen Gesundheit es gilt zu bewahren, den es gilt zu pflegen.

In einer dritten Phase geht es um Körperbewegung und Selbstbestimmung. Der Patient erlebt die Möglichkeit, selber Einfluss auf die Bewegungen seines Körpers nehmen zu können, verbunden mit dem Gefühl der Selbstbestimmung und Autonomie. Auch dieser scheinbar selbstverständliche Prozess löst bei genauer therapeutischer Betrachtung bei Patienten häufig viel Emotionalität aus, da ihnen bewusst wird, wie sehr der Körper auch für Mobilität, Veränderung, Freiheit, stehen kann.

In einer vierten Phase geht es um den Selbstkontakt mit dem eigenen Körper, das Entdecken von Bewegungs- und Selbstbestimmungsmöglichkeiten.

In einer fünften Phase der Reflektion geht es dann darum, die gemachten Erfahrungen verbal einordnen zu können, damit die gemachten Erlebnisse auch zur längerfristigen konstruktiven Verhaltensveränderung genutzt werden können.

Die Körpertherapie bietet über eine Vielzahl von Einzel- und Gruppenübungen die Möglichkeit, sich selber alleine und/oder in Verbindung mit anderen zu begreifen und zu erleben. Sie fördert damit sowohl Prozesse der individuellen Entwicklung als auch der sozialen Interaktion.

Wie auch bei anderen nonverbalen Therapieverfahren ist die Reflektion der durchgeführten Übungen unter fachkundig-therapeutischer Anleitung ein wesentlicher Bestandteil, der den Erfahrungs- und Erlebnishorizont des Patienten erweitert. Insbesondere bei chronisch depressiven Patienten spielt auch in der Körpertherapie die selber vom Patienten gemachte Erfahrung eine entscheidende Rolle. Über das Tun gewinnen diese Patienten Anschluss an Erfahrungen mit sich selbst und anderen, die bezogen auf chronifizierte Verhaltensmuster im Sinne von Vermeidung und negativem Abwerten der eigenen Person von großer Bedeutung sind. Da diese Patienten sich dadurch auszeichnen, dass sie sich nicht durch Argumentation und logisch schlussfolgernde Denkweise beeinflussen lassen, spielt die selber gemachte (Körper-)Erfahrung eine wichtige Rolle.

Zwischen Sport- und Bewegungstherapeut bzw. Körpertherapeut und Bezugstherapeut

sollte, bezogen auf die therapeutischen Interventionen und gemeinsam formulierten Therapieziele, ein regelmäßiger fachlich-therapeutischer Austausch stattfinden. Beide Therapeuten können so den jeweils anderen im Hinblick auf gemachte Beobachtungen und Erfahrungen mit dem Patienten bereichern und ergänzen.

### 8.7.2 Physikalische Therapie und Krankengymnastik

Indikationsstellung, Verordnungsplanung und Erfolgskontrolle physikalischer und krankengymnastischer Maßnahmen werden durch den jeweiligen Bezugsarzt sichergestellt. Mit der Durchführung der ärztlich verordneten Behandlungsmaßnahmen wurde personell ein externes Dienstleistungsunternehmen beauftragt, das die Verordnungen in den AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg durchführt.

Behandlungsziele, welche im Rahmen der Physiotherapie und Krankengymnastik verfolgt werden, sind u.a. eine Verbesserung körperlicher Funktionseinschränkungen und eine Wiederherstellung körperlicher Leistungsfähigkeit. Die Physiotherapie bietet vielfältige wissenschaftlich fundierte Therapieoptionen zur Entspannung, aber auch zur Stimulierung, Mobilisierung sowie Aktivierung. Hierzu zählen u.a. Einzel- und Gruppenkrankengymnastik, Thermo-, Hydro- und Balneotherapie, Elektrotherapie sowie Inhalationen und Massage. Physikalische Anwendungen und Krankengymnastik ergänzen sich gegenseitig und unterstützen gemeinsam den Rehabilitationserfolg bei der Depressionsbehandlung. Als Prinzip wird eine Kopplung von entspannungsfördernden Anwendungen (z.B. Fango, Massagen, medizinische Bäder) an aktive Therapien (Wirbelsäulengymnastik, Rückenschulung etc.) und sonstige progressive Vorgehensweisen verfolgt. Die Eigenverantwortung des Patienten wird durch fachgerechte Aufklärung, Weitergabe von störungsspezifischen Informationen und eine Anleitung zu Selbstübungen ausgebaut. Auf vorhandene Ressourcen wird individuell eingegangen.

### 8.7.3 Achtsamkeitstraining

Im Hinblick auf die Verbesserung des „psychosomatischen Selbstverständnisses“, der Realitätskontrolle, der Ich-Identität, aber auch der Arbeit an einem angemessenen Körperschema und Körperbild kann eine systematische Achtsamkeitsschulung bei depressiven Patienten in hohem Maße förderlich wirken (vgl. Schubert, 2011). Achtsamkeitstraining (vgl. Zarbock et al., 2012) orientiert sich an den nachfolgenden fünf Dimensionen des Achtsamkeitskonstruktes, nämlich „Konzentrieren“, „Beobachten“, „Benennen“, „Nicht-Bewerten“ und „Nicht-Reagieren“.

Achtsamkeitsübungen wie „Übungen zum Wahrnehmen“, „Übungen zum Beschreiben“, „Übungen zum Teilnehmen“ und „Atemübungen“ sind Bestandteil der Sport- und Bewegungstherapie in der Bezugsgruppe.

### 8.7.4 Transfer der Lernerfahrungen

In der sport- und bewegungstherapeutischen Behandlung depressiv Erkrankter ist der Transfer der während der stationären Rehabilitation gemachten Erfahrungen in den Lebensalltag der Patienten besonders wichtig. Hierzu gehört u.a.:

- Psychoedukation zu „Sport und Depression“, den positiven Seiten von Sport und Bewegung und Erstellen von Trainingsplänen,
- Anleitung zur Verbesserung im Umgang mit Vermeidungsfaktoren und
- Bearbeitung einer Angebotsliste im Lebensalltag des Patienten u.a. hinsichtlich Lauftreffs, Jogging, Nordic Walking, Vermittlung von Mitgliedschaften in Sportvereinen, Einbau von Sportzeiten in den Tages- und Wochenplan und Protokollierung der Durchführung der damit verbundenen Gefühle und Gedanken.

## 8.8 Gesundheitsbildung

In den „Reha-Therapiestandards Depressive Störungen“ (Deutsche Rentenversicherung 2011) wird in einem eigenen ETM „Gesundheitsbildung“ für 90 Prozent der Patienten eine Mindestdauer von mindestens 60 Minuten pro Rehabilitation gefordert. Vorträge und Seminare zu allgemeinen gesundheits- und krankheitsbezogenen Themen dienen dem Ziel der Information und Motivation, z.B. zu Grundgedanken der Rehabilitation, zum Reha-Konzept der Einrichtung, zum bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell und zu Stress oder Ernährung.

Gemäß Konzept der AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg zur Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen finden zweimal wöchentlich Gesundheitsvorträge für alle Patienten unter oben benannten Zielsetzungen statt (C07 F, C081 F, C082 F, C083 F, C084 F, C085 F).

Die Vortragsreihe orientiert sich an der Seminarreihe „Aktiv Gesundheit fördern“,

ein vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2000) entwickeltes Gesundheitsbildungsprogramm für die medizinische Rehabilitation. Das Curriculum umfasst u.a. die Themen „Schutzfaktoren", „Gesunde Ernährung", „Bewegung und körperliches Training", „Stress und Stressbewältigung", „Alltagsdrogen" sowie weitere ausgewählte Problemfelder oder Störungsbereiche.

## 8.9 Psychoedukation

In den „Reha-Therapiestandards Depressive Störungen" (Deutsche Rentenversicherung, 2011) wird Psychoedukation als eigenes ETM benannt. Therapeutische Inhalte sollen die Vermittlung von Informationen zu Depressionsverlauf und -behandlung sowie zum Therapiekonzept sein, die Förderung von Krankheitsverständnis und -bewältigung sowie der Therapiemotivation, die Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Sinnes- und emotionalen Erfahrungen und die Motivierung zur Erarbeitung von individuellen Strategien und der Aufbau von Selbstkontrolle.

Für 60 Prozent der Rehabilitanden sollen mindestens 180 Minuten Dauer pro Rehabilitation angeboten werden.

Gemäß Konzept der AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg zur Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen finden bezüglich des evidenzbasierten Therapiemoduls „Psychoedukation" nachfolgende Angebote statt:

- einmal je Rehabilitation Einführung in die fachspezifische Rehabilitation als psychoedukative Gruppe durch den Chefarzt (G103 N),
- zweimal je Rehabilitation Einführungstraining als sonstige psychoedukative Gruppe (G109 L) und
- indikationsspezifische Teilnahmemöglichkeit an nachfolgenden indikativen Gruppen als problem- und störungsorientierte Gruppenarbeit: Stressbewältigung, soziales Kompetenztraining (Kommunikation), soziales Kompetenztraining (Selbstsicherheit) und Genusstraining (Genießen lernen) (F051 P, F054 P, G101 P).

Die Einführung in die fachspezifische Rehabilitation erfolgt in der Folgewoche der Patientenaufnahme durch den Chefarzt der psychosomatischen Abteilung, das Einführungstraining durch den diensthabenden Therapeuten für die neu aufgenommenen Patienten der psychosomatischen Abteilung am Folgewochenende nach der Aufnahme.

Themen beider psychoedukativen Bausteine sind u.a. Informationen zum Störungs- und Behandlungsmodell, zum Behandlungskonzept und zum Zielgruppenkonzept der Einrichtung, Information über die Hausordnung, die Patientenmitverwaltung, die Behandlungsbausteine und Behandlungsangebote sowie zur Klinikorganisation.

Das Maßnahmenspektrum im Bereich der Psychoedukation umfasst des Weiteren:

- *Bibliotherapie:* Grundlegende und spezifische Basisinformationen stehen in der Patientenbibliothek zur Verfügung. Empfohlen wird beispielsweise als Regellektüre die Veröffentlichung von Lieb und Pein (1996) zum Thema „Der kranke Gesunde, Psychosomatik für Betroffene, Verstehen und Heilen psychosomatischer Erkrankungen" oder vergleichbare Publikationen für Patienten auf verhaltensmedizinischer Grundlage.

  Für die depressiven Patienten des Zielgruppenkonzeptes wird der „Ratgeber Depression" (Hautzinger, 2006) als bibliotherapeutische Pflichtlektüre angeboten. Weitere Patientenratgeber zum Thema Depression stehen in der Patientenbibliothek zur Verfügung (Trenckmann et al., 1997; Goldmann-Posch, 1998; Hautzinger, 1999; Dinner, 2005; Müller-Rörich et al., 2007; Bodenmann, 2009; Wolfersdorf, 2011; Groen et al., 2012).
- *Angebot von Lehrfilmen:* Als didaktische und informative Ergänzung werden regelmäßig Lehrfilme gezeigt. Die in den Filmen patientengerecht mitgeteilten Informationen zu häufigen Störungsbildern (Depressive Erkrankungen, Essstörungen, Angsterkrankungen, Suchterkrankungen u.a.) tragen dazu bei, dass den Patienten ein psychosomatisches Störungsverständnis vermittelt wird. In Anlehnung an bewährte Selbstmanagement-Konzepte wird eine eigenverantwortliche Gesundheitsfürsorge verstärkt. Die Inhalte der Lehrfilme werden von Ärzten und Therapeuten der Abteilung Psychosomatik im Rahmen der sonstigen Behandlungsmaßnahmen aufgegriffen und vertieft.

### 8.9.1 Psychoedukation im Rahmen der Gruppenpsychotherapie als Behandlungsmodul

Die S3-Leitlinie Unipolare Depression (Kurzfassung, 2009) empfiehlt, dass psychoedukative Angebote für Betroffene (und Angehörige) zur Verbesserung des Informationsstandes, der Akzeptanz und der Patientenmitarbeit im Rahmen einer Gesamtbehandlungsstrategie als sinnvolle Ergänzung angeboten werden.

Ein wesentlicher Aspekt bei der psychotherapeutischen Behandlung von Erkrankungen – so auch bei der chronischen Depression – ist die gemeinsame Entwicklung eines Krankheitsmodells. Es ist die Aufgabe für Patient und Therapeut, die Erkrankung gemeinsam zu begreifen und damit in den Griff zu bekommen. In diesem Zusammenhang ist für den Patienten der Hinweis auf den doppelten Wortsinn des Verbs begreifen (im Sinne von verstehen, in den Griff bekommen) hilfreich.

Die Psychotherapieforschung der vergangenen Jahre hat zeigen können, dass sich die Therapiecompliance eines Patienten deutlich verbessert, wenn er gemeinsam mit seinem Therapeuten oder einer Therapiegruppe seine Erkrankung verstehen und begreifen lernt. Neben der Information über Erkrankungssymptome, mögliche Ursachen zur Erkrankungsentstehung, Risikofaktoren, Prävention und Auswirkung der Erkrankung auf den Patienten und seine Umwelt, vermittelt und erklärt die Psychoedukation die verschiedenen therapeutischen Ansätze bei der Behandlung einer chronischen Depression. Übergeordnetes Ziel der Psychoedukation ist neben einer Informationsvermittlung die Entwicklung des Patienten zum Experten für seine eigene Erkrankung und damit sich selbst.

Es hat sich gezeigt, dass die Psychoedukation über eine Erkrankung vorzugsweise in einer Therapiegruppe angeboten wird. Dies hat den Vorteil, dass die Gruppenmitglieder sich über die in der Psychoedukation vorgetragenen Inhalte austauschen, weitere Fragen entwickeln und diskutieren und ggf. die gehörten Informationen auf die jeweils persönliche Situation übertragen und miteinander vergleichen können. Gerade im Hinblick auf das Ziel, den Patienten in Bezug auf seine eigene Erkrankung zum „Experten für sich selbst" zu erziehen, ist es von Bedeutung, wie von therapeutischer Seite die Inhalte der Psychoedukation zum Thema chronische Depression vermittelt werden.

Es ist das eine, Informationen über die Erkrankung chronische Depression präzise und in der Sprache des Patienten gut verständlich zu vermitteln. Es ist das andere und letztlich entscheidendere, dass der Therapeut im Rahmen der Psychoedukation durch eine klare und entschlossene persönliche Haltung dem Patienten zu verstehen gibt, dass im Hinblick auf die vermittelten Informationen daraus auch eine Verantwortlichkeit sich selbst gegenüber resultiert. Ein aus dieser Haltung resultierendes Risiko kann auf Patientenseite das dadurch implizierte Gefühl eines Vorwurfs oder einer Unfähigkeit sein. Hier gilt es von therapeutischer Seite, behutsam und in mehreren Schritten, darauf hinzuweisen, dass es insbesondere bei der chronifizierten Depression im Hinblick auf die fehlende Selbstwirksamkeit patientenseitig entscheidend ist, von einer passiven in eine aktive Verhaltensrolle zu wechseln. Erste Schritte in diese Richtung stellen veränderte Gedanken des Patienten über sich selbst dar.

Psychoedukation soll dem Patienten helfen, neue Einsichten über sich und seine Erkrankung zu entwickeln und das Verständnis für sich und seine Erkrankung zu verbessern. Es ist für den Patienten anfänglich nicht einfach, mittel- und langfristig aber sinnvoll, zu verstehen, dass Erkrankungen nicht nur als massive Belastungen und tiefgreifende Veränderungen in den Lebensrhythmus verstanden werden können, sondern auch Hinweis geben auf Entwicklungsschritte, die in Ermangelung einer entsprechenden Unterstützung in vorangegangenen Entwicklungsphasen bisher nicht vollzogen werden konnten.

So kann beispielsweise der chronisch Depressive im Hinblick auf ein unzureichendes Selbstwertgefühl oder eine mangelnde Selbstsicherheit erkennen, dass seine bisherige Lebensentwicklung ihm zu wenig Möglichkeiten gegeben hat, diese beiden wichtigen Persönlichkeitseigenschaften zu entwickeln. In diesem Zusammenhang kann die Psychoedukation über das Krankheitsbild der chronischen Depression mit dazu beitragen, dass ein Patient seiner Umgebung gegenüber besser erklären kann, woran er leidet und welche Konsequenzen dies zur Folge hat. So gesehen trägt die Psychoedukation als ein Behandlungsbaustein im Therapiekonzept „Chronische Depression" mit dazu bei, das Selbstbewusstsein und die Selbstsicherheit im Umgang mit der Erkrankung zu verbessern.

Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung bietet die Psychoedukation für den Therapeuten die Möglichkeit, in einem ersten Schritt die Behandlungsmotivation – wenn noch unzureichend vorhanden – auf Seiten des Patienten zu wecken oder zu verbessern. Der Aspekt des Interesses und auch der Neugierde des Patienten, seine Situation und Erkrankung besser verstehen zu können, spielen bei der Psychoedukation eine wichtige Rolle.

Im Hinblick auf die Rollensituation in der Psychotherapie trägt die Psychoedukation mit dazu bei, dass sich durch die Informationsvermittlung Patient und Therapeut, bezogen auf eine Erkrankung, mehr als gleichberechtigte Behandlungspartner erleben und verstehen können.

Insbesondere bei der Betrachtung chronisch depressiver Patienten kann die Psychoedukation mit dazu beitragen, verfestigte Überzeugun-

gen und/oder rigide Verhaltensmuster in Frage zu stellen und zu lockern.

Unabdingbar, auch im Zusammenhang mit der Psychoedukation, ist der Hinweis des Therapeuten, dass die neuen Informationen und/oder Erkenntnisse sich im Verhalten des Patienten niederschlagen sollten. Das heißt, dass er anfänglich mit, später ohne therapeutische Unterstützung neu erlernte Verhaltensweisen (soziale Kontaktfähigkeit, Selbständigkeit, Selbstsicherheit) einübt und trainiert.

Psychoedukation sollte wiederholter Bestandteil im Rahmen der Gruppenpsychotherapie durch den Bezugstherapeuten sein.

Bei jeder neuen Einheit sollte im Sinne eines Resümees Bezug genommen werden auf das Wissen des vorgehenden Moduls. So kann seitens des Therapeuten erkannt werden, inwieweit eine Wissensvermehrung und/oder Erweiterung zum Erkrankungsbild der chronischen Depression erfolgt. Informationslücken können so nachträglich geschlossen werden.

Weiterhin hat sich bewährt, das Modul Psychoedukation interaktiv mit dem Patienten zu gestalten. Dabei ist es zu Beginn der jeweiligen Stunde hilfreich, den aktuellen Wissensstand des Patienten zu dem jeweiligen Thema zu erfragen und auf einem Flipchart festzuhalten. Dieses Vorgehen ermöglicht im Rahmen der weiteren Psychoedukation, Patienten mit ihrem jeweiligen Vorwissen aktiv mit einzubinden und so Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit des Einzelnen sowie Kohäsion und Kompetenz der Gruppe zu verbessern. Es sei vor dem Hintergrund des Therapiekonzepts von James Mc Cullogh (CBASP) darauf hingewiesen, dass insbesondere bei chronischen Depressionen für die Patienten das Momentum der aktiven Teilnahme und der damit verbundenen eigenen Erfahrung sowohl im Hinblick auf das eigene Tun wie aber auch die Beziehungsgestaltung von entscheidender Bedeutung und Tragweite ist. In diesem Zusammenhang sollte der Therapeut sowohl als Stimulator, „Mutmacher", Begleiter und Berater fungieren und sich auch als Person zu erkennen geben und einbringen.

Mögliche Themen der Therapieeinheiten Psychoedukation chronische Depression im Rahmen der Gruppenpsychotherapie sind:

1. *Was ist eine Depression, was eine chronische Depression?*
   Symptome und Krankheitszeichen.
2. *Auswirkungen einer chronischen Depression.*
   Erfahrungen des Patienten im Hinblick auf sich selbst sowie seine Umwelt, Erfahrungen der Umwelt mit chronisch depressiven Patienten.
3. *Wie entsteht eine Depression?*
   Krankheitsmodelle aus psychotherapeutischer und neurobiologischer Perspektive.
4. *Therapie der chronischen Depression.*
   Psychotherapeutische, psychopharmakologische und sozialtherapeutische Interventionsmöglichkeiten.

## 8.10 Gestaltende und künstlerische Therapien sowie Ergotherapie

Die S3-Leitlinie Unipolare Depression (Kurzfassung 2009) nennt als unterstützende Therapieverfahren u.a. auch Ergotherapie unter dem Gesichtspunkt der Wiederherstellung und dem Erhalt von Handlungsfähigkeit, Teilhabe und Lebensqualität in für den Einzelnen wichtigen Lebensbereichen.

In den „Reha-Therapiestandards Depressive Störungen" (Deutsche Rentenversicherung, 2011a) werden in einem gesonderten ETM „Künstlerische Therapien und ausdruckszentrierte Ergotherapie" mit einer Mindestdauer von 90 Minuten pro Woche für mindestens 50 Prozent der Rehabilitanden benannt.

Als therapeutische Inhalte werden die Unterstützung der Krankheitsverarbeitung, -bewältigung und -stabilisierung, die Förderung von kreativer Gestaltungs- und Ausdrucksfähigkeit, die Aktivierung und Belebung des Gefühlsausdrucks und die Stärkung des Selbstvertrauens aufgezählt.

In denselben Reha-Therapiestandards wird in einem weiteren ETM Ergotherapie mit einer Mindestdauer von 120 Minuten je Woche für mindestens 40 Prozent der Patienten für erforderlich gehalten.

Therapeutische Inhalte sind ein auf den individuellen Bedarf, Ressourcen und Leistungsgrenzen abgestimmtes Training von Fertigkeiten, Verbesserung depressiver Selbsteinschätzung, Aufbau von Selbstfürsorge und Abgrenzungsfähigkeit, Training von Selbstwirksamkeit, Ausdauer und Durchhaltevermögen anhand von für die Patienten relevanten Tätigkeiten mit hohem Alltags- und Arbeitsbezug erwähnt.

Gemäß Konzept der AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg zur Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen finden bezüglich der beiden evidenzbasierten Therapiemodule nachfolgende Angebote statt:

- einmal wöchentlich Ergotherapie im Rahmen der Bezugsgruppe (E240 N),
- einmal wöchentlich Kunst- und Gestaltungstherapie in der Bezugsgruppe (F163 N) und
- einmal wöchentlich Training der Aktivitäten des täglichen Lebens in der Bezugsgrup-

pe (Selbsthilfetraining, Patientengruppe, 40 Minuten (E160 H).

In der gestaltenden und künstlerischen Therapie sowie Ergotherapie im Rahmen der Bezugsgruppe sind grundlegende Therapieziele dieses Konzeptes u.a. die Stärkung von Ausdauer und Motivation, die Förderung von Verantwortungsübernahme, kooperatives und planvolles Handeln, die Förderung von Kreativität und der Zugang zu innerem Erleben und Ausdruck von Emotionen. Im Rahmen einer verhaltensmedizinischen Gesamtkonzeption (vgl. Vesenbeckh, 1994) können durch die Gruppenarbeit mit unterschiedlichen Materialien, durch Malen, Zeichnen, plastisches Gestalten und experimentelles Arbeiten unbekannte oder verloren gegangene kreative Ressourcen bei depressiv Erkrankten (wieder-)entdeckt werden, die für die eigene Lebensgestaltung von Nutzen sind. Zielsetzungen sind u.a.:

- Entdecken „schöpferischer Kräfte“ wie Spontaneität, Intuition und Engagement,
- Reflexion von Beziehungsmustern in der Gruppe und Übung von schwierigen Situationen und Konflikten,
- Umgang mit Emotionen, aktive Stimmungsveränderung, Spannungsabbau und positive Selbstverstärkung,
- positive Beeinflussung von Auffassungsvermögen, Konzentration, Flexibilität, Arbeitsstil, Selbstvertrauen, Umgang mit eigenen Grenzen und Anspruchsdenken und
- Förderung von Gemeinschaftssinn und Sozialverhalten durch „Gemeinschaftsprojekte“.

Die Verhaltensbeobachtungen zu Konzentrations-, Aufmerksamkeits-, Leistungs- und Belastungsvermögen des einzelnen Patienten münden ebenso wie die durch den gestaltungstherapeutischen Prozess intendierten Verhaltensänderungen in den Gesamtrehabilitationsprozess ein.

### 8.10.1 Gestaltende und künstlerische Therapien bei chronischer Depression

Hierzu werden u.a. die Kunsttherapie, Musiktherapie und Tanztherapie gezählt. Im Gegensatz zu den verbalen Psychotherapien, bei denen das Medium Sprache im Vordergrund steht und dabei hilft, Erlebtes und Belastendes zu beschreiben und zum Ausdruck zu bringen, sind es bei der Kunst-, Musik- und Tanztherapie die jeweiligen Materialien, die Musik oder die Bewegung des Körpers, die den inneren emotionalen Prozessen Ausdruck verschaffen und damit zur Verarbeitung beitragen können.

Grundsätzliches psychotherapeutisches Agens ist für den Patienten stets die eigenständig gemachte Erfahrung im Rahmen der therapeutischen Beziehung aber auch mit sich selbst.

Unter therapeutischer Anleitung erlebt der Patient sich in der jeweiligen Therapie mit dem entsprechenden Medium, macht damit eine Erfahrung, die anschließend therapeutisch geleitet im Hinblick auf Kognitionen und Emotionen reflektiert werden kann und bezogen auf einen Konflikt in Beziehung gesetzt wird. Allen drei Verfahren ist gemeinsam, dass der Patient sich als kreativ und schöpferisch erlebt. Im Hinblick auf chronisch depressive Patienten spielt die Erfahrung, selber aktiv zu werden und damit eine chronifizierte passive Haltung, die sich sowohl im Denkstil wie im Verhalten ausdrückt, zu verändern, eine wichtige Rolle.

### 8.10.2 Ergotherapie bei chronischer Depression

Wie unter Kapitel 3 „Diagnostik“ ausgeführt, handelt es sich bei Patienten mit einer chronifizierten Depression um Menschen, bei denen ein prälogisch und präkausales Denken imponiert, das sich durch Argumentation und logische Denkweise Anderer kaum oder gar nicht beeinflussen lässt. Damit befinden sich chronisch Depressive nach McCullough in Anlehnung an die Entwicklungstheorie Piagets in einer sog. präoperativen Phase, die emotional einer Entwicklungsstufe eines Kindes im siebten bis achten Lebensjahr entspricht.

Wie auch bei Kindern, so auch bei chronisch Depressiven, bietet die Ergotherapie als handlungsorientierte Therapieform die Möglichkeit, Patienten mit therapeutischer Anleitung Handlungen ausführen zu lassen und dies in Bezug auf den Handlungsverlauf und die dabei auftretenden Gefühle und Gedanken zu reflektieren. Aus dieser Perspektive betrachtet ist die Ergotherapie eine Therapie der Handlungserfahrungen.

Handlungserfahrungen sind bei chronisch depressiven Patienten aber häufig vor dem Hintergrund einer chronifizierten Vermeidungstendenz und Antriebs- bzw. Interesselosigkeit etwas, was ihnen nachhaltig fehlt.

Im Rahmen der Ergotherapie können Patienten somit Erfahrung machen im Umgang mit sich selber, mit anderen Menschen sowie den verschiedenen Materialien, die sie bearbeiten.

Die Ziele ergotherapeutischer Arbeit lassen sich so gesehen ableiten im Sinne einer Förderung der Eigenwahrnehmung und Verbesserung der verbalen und nonverbalen Ausdrucksfähigkeit, einer Förderung der sozialen

Kompetenzen sowie einer Förderung der individuellen Handlungskompetenzen.

Die im Rahmen der Ergotherapie eingesetzten Mittel sind je nach Behandlungsziel unterschiedlich. So können handwerklich-gestaltende Techniken ebenso zum Einsatz kommen wie das Trainieren praktischer Verrichtungen des alltäglichen Lebens oder ein spielerisches Sozial- und kognitives Training.

Besonderes Behandlungsziel bei der Behandlung chronisch Depressiver ist die intensive Handlungserfahrung des Patienten mit sich selbst, dem von ihm bearbeiteten Werkstück und der Interaktion mit der Therapiegruppe.

Gerade zu Beginn einer Therapie ist es von großer Bedeutung, den chronisch depressiven Patienten aus seiner Antriebslosigkeit und Lethargie zu lösen, indem er mit ganz einfachen, alltagsbezogenen Tätigkeiten wie z.B. Einkaufen gehen, Pflanzen gießen, gemeinsam Tee zubereiten, spazieren gehen oder Musik hören eingebunden wird. In dieser Phase der Therapie geht es darum, für den Patienten sein Erlebnisspektrum zu erweitern, ihn herauszuführen aus häufig kreisenden Gedanken und durch regelmäßige Kontaktangebote das Interesse an seiner Person deutlich werden zu lassen, um ihn aus seiner sozialen Isolation herauszulösen.

In einem weiteren Therapieschritt können dann mit dem Patienten ggf. komplexere Aufgaben gemeinsam besprochen und umgesetzt werden.

Eine Therapieeinheit in einer ergotherapeutischen Gruppentherapie ist geprägt von einer Einstiegsrunde, die dem sozialen Kontakt untereinander dient und als soziales Übungsfeld fungiert. In einer Aktivitätsphase werden die Patienten entweder an individuellen Einzelarbeiten oder einer Gruppenarbeit konkret tätig. Hierbei kommt es in erster Linie darauf an, Handlungskompetenzen und instrumentelle Fertigkeiten individuell zu fördern und zu entwickeln.

Die Abschlussrunde dient dazu, das patientenseitig Erlebte zu besprechen, zu reflektieren und sich mit den anderen Mitgliedern der Gruppe auszutauschen.

Nachbesprechung und Reflektion ermöglichen dem chronisch depressiven Patienten, negative Voreinschätzungen, bezogen auf das eigene Tun, korrigieren zu können. Sie tragen mit dazu bei, das Selbstbewusstsein zu fördern und das Gefühl der Selbstsicherheit zu stärken. Das vom Patienten selbst Geschaffene ist Ausdruck der eigenen Kreativität, die der Patient häufig sich selber nicht mehr zutraut. Ein handlungsbezogenes Feedback zu der Bearbeitung verschiedener Werkstücke ermöglicht dem Patienten eine Reflektion über z.B. seine Arbeitsgeschwindigkeit, seine Geduld und/oder Ungeduld oder die Wahrnehmung von erhöhtem innerem Druck. So können über das Werkstück und den Arbeitsprozess Selbst- und Eigenwahrnehmung konkretisiert, geschult und verändert werden.

Bezugstherapeut sowie Ergotherapeut tauschen sich regelmäßig aus und ergänzen sich im Hinblick auf ihre therapeutischen Interventionen (verbal/nonverbal). Insbesondere für Patienten, die im Rahmen ihrer Entwicklung wenig Möglichkeiten hatten zu lernen, sich über innerpsychische Prozesse, Gefühle und Empfindungen mitzuteilen, kann die Ergotherapie helfen, Handlungserfahrungen zu vermitteln, die, unterstützt durch den Therapeuten, anfänglich verbalisiert werden, um mit zunehmender Therapiedauer dann auch durch den Patienten selber in Worte gefasst und zum Ausdruck gebracht werden.

## 8.11 Sozial- und sozialrechtliche Beratung

In den „Reha-Therapiestandards Depressive Störungen“ (Deutsche Rentenversicherung 2011a) werden im ETM „Sozial- und sozialrechtliche Beratung“ entsprechende Beratungsangebote für mindestens 50 Prozent der Patienten mit einer Mindestdauer von 30 Minuten pro Rehabilitation gefordert.

Gemäß Konzept der AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg zur Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen finden nachfolgende Beratungsangebote statt:

- orientierende Sozialberatung einzeln (D010 F),
- sozialrechtliche Beratung zu beruflichen Perspektiven, Wohnungsfragen, zur wirtschaftlichen Sicherung, Rentenfragen, Klärung rechtlicher Fragen, zur Teilhabe behinderter Menschen und sonstige sozialrechtliche Beratung (D021 F, D022 F, D023 F, D024 F, D025 F, D026 F, D029 F) und
- Organisation von Schuldnerberatungen und Schuldenregulierung (D047 F).

Chronisch depressive Erkrankungen führen oftmals bereits gehäuft zu sozialen und beruflichen Problemen beim Patienten. Die Sozial- und sozialrechtliche Beratung durch geschulte und kompetente Sozialarbeiter stellen somit Maßnahmen zur sozialen Reintegration dar und können den Rehabilitationsprozess bei Fragen im Bereich der wirtschaftlichen, rechtlichen und sozialen Absicherung nachhaltig unterstützen.

## 8.12 Berufliche (Re-)Integration

In den „Reha-Therapiestandards Depressive Störungen“ (Deutsche Rentenversicherung, 2011a) wird die „Unterstützung der beruflichen Integration“ in einem eigenen ETM unter der Zielsetzung eines Abgleichs von beruflichen und arbeitsplatzbezogenen Anforderungen und aktuellen Fähigkeitsproblemen, persönlichen Hilfen und der Förderung der Eingliederung ins Erwerbsleben erfasst.

Gefordert werden für mindestens 20 Prozent der Rehabilitanden mindestens 60 Minuten pro Rehabilitation.

Gemäß Konzept der AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg zur Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen finden bezüglich dieses evidenzbasierten Therapiemoduls u.a. nachfolgende Angebote statt:

- Einzelgespräche mit Patienten und Betriebsangehörigen (C041),
- Beratungen zu Berufsklärung und leistungsbezogene Einleitung von berufsfördernden Maßnahmen, Beratung zur innerbetrieblichen Umsetzung und Arbeitsplatzadaption, Beratung zur Klärung der wirtschaftlichen Sicherung und finanziellen Hilfe, Beratung zur stufenweisen Wiedereingliederung inklusive Kontakt zu beruflichem Umfeld und sonstige Rehabilitationsberatung (D031, D032, D033, D034, D039),
- Organisation, Monitoring und Begleitung bei interner und externer Belastungserprobung (G151, G152, G161, G162, H071),
- indikative Gruppen als psychoedukative Gruppen zum Umgang mit Arbeitslosigkeit und beruflicher Orientierung (Berufliche Neuorientierung, D051 L), Indikative Gruppe zur Selbsthilfe bei Arbeitslosigkeit (D063 P) sowie psychoedukative Gruppe zur Rückkehr an den Arbeitsplatz (D051 L).

Depressive Erkrankungen gehen oftmals mit deutlichen Einbußen der beruflichen Leistungsfähigkeit einher. Die Sorge um den Arbeitsplatz kann dazu beitragen, dass Hilfsangebote häufig recht spät in Anspruch genommen werden. Der volkswirtschaftliche Vorteil einer angemessenen Behandlung, welche die psychosozialen Aspekte der Betroffenen in den Mittelpunkt rückt, ergibt sich nicht nur durch eine Verminderung von Arbeitsunfähigkeitszeiten und krankheitsbedingten Fehlleistungen sondern auch durch die Senkung des Risikos einer Chronifizierung nach Eintritt berufsbezogener Konflikte. Die Wirksamkeit stationärer verhaltenstherapeutischer Rehabilitation bei psychosomatischen, auch depressiven Erkrankungen unter Kosten-Nutzen-Aspekten, insbesondere in Bezug auf sozialmedizinische Erfolgsparameter wurde von Zielke (1993) ausführlich und differenziert dargestellt.

Häufige Problemstellungen bei depressiv erkrankten Patienten (vgl. Czikkely, 1994) sind u.a.:

- eine Gefährdung des Arbeitsplatzes durch lang andauernde Arbeitsunfähigkeit oder durch soziale bzw. fachliche Kompetenzdefizite,
- eine betriebliche Umsetzung/Rückstufung wegen krankheitsbedingter Einschränkungen,
- bestehende Arbeitslosigkeit aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen oder Behinderungen,
- der gescheiterte Verlauf einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme,
- ein Rentenbegehren,
- der Wunsch nach beruflicher Umorientierung, eine gescheiterte Berufswahl und/oder Berufsausbildung,
- Schwierigkeiten von Frauen bei der Wiederaufnahme einer Beschäftigung nach Familienpause oder Partnerverlust.

Zu den Angeboten der betriebsstättenübergreifenden Abteilung „Berufliche Reintegration und Sozialarbeit“ der AHG Kliniken Daun für depressive Patienten gehören u.a.:

- eine differenzierte Berufs-, Sozial- und Arbeitsplatzanamnese (u.a. beruflicher Werdegang, Beschreibung des Arbeitsplatzes, des Erwerbsstatus, der Arbeitsunfähigkeitszeiten),
- eine PC-gestützte Basisdiagnostik (AVEM/Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster) zur Identifikation berufsbezogener Risikoverläufe und individueller Risikotypen,
- die Analyse arbeitsbezogener Problemkonstellationen,
- die Einleitung von Arbeitsvermittlungsmaßnahmen in Kooperation mit den örtlichen Arbeitsämtern während der stationären Rehabilitation,
- die Begleitung zur Rehaberatung des Rehaberaters der DRV in der Klinik und
- die Einleitung eines weitergehenden differenzierten Maßnahmenplans, bei mit dem Arbeitsumfeld in Wechselwirkung stehenden krankheitswertigen Störungen.

Für chronisch depressive Patienten besteht auch die Möglichkeit, am gesonderten „Behandlungsmodul zum dauerhaften Erhalt bzw. zur Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit (medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation MBOR)“ der psychosomatischen Abteilung der AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg teilzunehmen (Missel, 2012).

Das Behandlungsmodul orientiert sich am „Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) (Deutsche Rentenversicherungen, 2011b, 2012a). Dort wird ausgeführt, dass die primäre Zielstellung medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation (MBOR) in der Wiederherstellung der eingeschränkten Leistungsfähigkeit bestehe, um den Anforderungen am Arbeitsplatz nachhaltig gerecht werden zu können. Dies geschieht u.a. durch die Verbesserung der personalen Ressourcen bzw. den Abbau von Barrieren im beruflichen Verhalten und Erleben der Rehabilitanden. Sollte frühzeitig absehbar sein, dass der alte Arbeitsplatz nicht wieder eingenommen werden kann, solle das Ziel verfolgt werden, die Bedingungen des Arbeitsplatzes und -verhältnisses an die dauerhaft geminderte Leistungsfähigkeit anzupassen. Das Behandlungsmodul fokussiert insbesondere auf Personen mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL), also mit einer deutlichen Diskrepanz zwischen gemindertem Leistungsvermögen und den Arbeitsanforderungen im Berufsfeld. Personen mit BBPL können laut Anforderungsprofil der Deutschen Rentenversicherung u.a. folgende Merkmale aufweisen:

- Patienten mit problematischen sozialmedizinischen Verläufen, z.B. mit langen oder häufigen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit,
- Versicherte mit einer negativen subjektiven beruflichen Prognose, verbunden mit der Sorge, den Anforderungen des Arbeitsplatzes nicht mehr gerecht werden zu können.

Es wird davon ausgegangen, dass depressive Patienten häufig besondere berufliche Problemlagen aufweisen.

Im Rahmen der allgemeinen Zielsetzungen und orientiert am MBOR-Profil werden im Behandlungsmodul folgende Unterziele verfolgt:

- optimale Nutzung der eigenen beruflichen Kompetenzen im konkreten Arbeitsfeld (Fach- und Sozialkompetenz, realistische Selbsteinschätzung)
- Übernahme zumutbarer Verantwortung für die eigene Arbeitsstruktur und die Arbeitsprozesse im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten
- optimierte Nutzung von Arbeits- und ggf. Hilfsmitteln
- ggf. Korrektur beruflicher Rollendefinitionen und Verantwortungsgrenzen und
- Definition von Erfolgskriterien der eigenen beruflichen Tätigkeit, Entwicklung von Motivation, Eigeninitiative, Frustrationstoleranz, Erfolgszuversicht und Abgrenzungsfähigkeit.

Für diese Zielsetzungen konzentriert sich das Behandlungsmodul u.a. auf

- eine Analyse der individuellen beruflichen Kompetenzen und die Erstellung eines Fähigkeitsprofils,
- eine Analyse der Anforderungen im konkreten Arbeitsfeld und die Erstellung eines Anforderungsprofils sowie
- eine Erstellung eines Maßnahmenplanes mit dem Ziel der Konvergenz von Anforderungs- und Fähigkeitsprofil.

Idealerweise gelingt es, die Annahme des Patienten, dass „Arbeit krank mache“ durch die Annahme, dass „Arbeit als Möglichkeit zur beruflichen Teilhabe eine Voraussetzung für Gesundheit sei“, zu ersetzen.

## 8.13 Nachsorge

In der S3-Leitlinie Unipolare Depression (Kurzfassung 2009) wird das Schnittstellenmanagement in der Behandlung depressiver Störungen hervorgehoben.

Eine Indikation zur psychiatrisch-psychotherapeutischen stationären Behandlung bestehe u.a.

- bei der Gefahr der depressionsbedingten Isolation und anderen schwerwiegenden psychosozialen Faktoren
- bei den Therapieerfolg massiv behindernden äußeren Lebensumständen
- bei Therapieresistenz gegenüber ambulanten Therapien und
- bei der starken Gefahr einer (weiteren) Chronifizierung sowie
- bei so schweren Krankheitsbildern, dass ambulante Therapiemöglichkeiten nicht ausreichen.

Es soll in derartigen Fällen vorrangig eine ambulante Psychotherapie angeboten werden, es kann aber auch eine Indikation zur psychosomatisch-psychotherapeutischen stationären Behandlung bestehen. Gemäß SGB IX ist eine Indikation für eine stationäre Rehabilitationsbehandlung vor allem dann gegeben, wenn die Therapieziele in der Festigung von Behandlungserfolgen, der Behandlung von Krankheitsfolgen, der Verbesserung des Umgangs mit der chronischen bzw. chronifizierten Erkrankung oder der Verbesserung oder Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit bestehen.

Als weitere Empfehlungen (u.a. für die poststationäre Weiterbehandlung) werden gegeben:

- Mitbehandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bei u.a. schwerer Symptomatik, Therapieresistenz, Problemen bei der Pharmakotherapie, Interaktionsproblemen im Rahmen der Kom-

binationstherapie von Antidepressiva mit anderen Medikamenten, weiterbestehender latenter Suizidalität und bei Komorbidität einer depressiven Störung mit einer anderen schweren psychischen Störung sowie mit anderen schweren körperlichen Erkrankungen.
- Durchführung einer allgemeinen Richtlinienpsychotherapie durch psychologische Psychotherapeuten oder Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zur psychotherapeutischen Mitbehandlung bei schwerer Symptomatik im Rahmen einer Kombinationstherapie, bei psychotherapeutisch zugänglicher Therapieresistenz, bei Komorbidität einer depressiven Störung mit einer anderen schweren psychischen Störung und bei einer psychotherapeutischen Behandlung bei Komorbidität von Depression und chronischen körperlichen Erkrankungen.

Im Rahmen der Erhaltungstherapie stellen sich Kooperations- und Weiterbehandlungsnotwendigkeiten zwischen Haus-, Fachärzten, ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, sonstigen ambulanten Einrichtungen mit Tageskliniken, Institutsambulanzen sowie Leistungserbringern im Bereich der psychosozialen Therapien unter Einschluss häuslicher psychiatrischer Pflege und ambulantem und stationärem betreutem Wohnen.

Die S3-Leitlinien geben hinsichtlich der Pharmakotherapie auch Empfehlungen zur Erhaltungstherapie (vgl. Kapitel 8.1).

Zur Erhaltungstherapie bzw. Rezidivprophylaxe durch Psychotherapie empfiehlt die S3-Leitlinie zur unipolaren Depression u.a.:
- zur Stabilisierung des Therapieerfolgs sowie zur Senkung des Rückfallrisikos im Anschluss an eine (stationäre) Behandlung soll eine angemessene psychotherapeutische Nachbehandlung (Erhaltungstherapie) angeboten werden
- längerfristige stabilisierende Psychotherapie (Rezidivprophylaxe) soll Patienten mit einem erhöhten Risiko für ein Rezidiv angeboten werden und
- bei therapieresistenter Depression sollte dem Patienten eine angemessene Psychotherapie angeboten werden.

In den „Reha-Therapiestandards Depressive Störungen“ (Deutsche Rentenversicherung 2011) werden in dem ETM „Nachsorge und soziale Integration“ für mindestens 50 Prozent der Rehabilitanden mindestens 15 Minuten pro Rehabilitation gefordert.

Therapeutische Inhalte sind u.a. Maßnahmen zur Einleitung der Nachsorge, allgemeine soziale Integration und Nutzung sozialer Ressourcen, Beratung zu Themen wie ambulante Therapie, Nachsorgeangebote, Sportgruppen, Selbsthilfegruppen und Kontaktaufnahme zu Nachbehandlern.

Gemäß Konzept der AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg zur Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen finden bezüglich dieses Therapiemoduls nachfolgende Angebote statt:
- Vermittlung in Selbsthilfegruppen und ambulante Rehagruppen (D041),
- Vor- und Nachbereitung der Teilnahme an Selbsthilfegruppen im Rahmen des Therapieprogramms (D042),
- Einleitung spezieller Nachsorgeangebote und Kontakt- und Informationsgespräche mit Vor- und Nachbehandlern sowie sonstige Hilfen zu weitergehenden Maßnahmen (D043, D044, D049) und
- Angehörigengespräche einzeln, Angehörigenschulung und themenzentrierte Gruppe für Angehörige (D060, D071, D072).

In der S3-Leitlinie zur Unipolaren Depression (2009) werden zum Einbezug von Patienten und Angehörigen nachfolgende Empfehlungen abgegeben:
- Im Gespräch mit Patienten und Angehörigen soll eine verständliche Sprache verwendet werden, soweit Fachausdrücke verwendet werden, müssen diese erklärt werden.
- Patienten und Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme ermuntert werden.
- depressive Patienten sollen über Symptomatik, Verlauf und Behandlung der Depression aufgeklärt werden, wenn es angebracht ist und die Patienten einverstanden sind, gilt dies auch für deren Angehörige.

### 8.13.1 Angehörigenarbeit

Im Rahmen des Zielgruppenkonzeptes für depressive Patienten werden mit Einverständnis des Patienten regelhaft Partner und Angehörige zu Partner- und Angehörigengesprächen zusammen mit dem Patienten eingeladen und diese Gespräche durchgeführt. Es besteht die Möglichkeit zur Durchführung von Angehörigen- und Partnerseminaren als themenzentrierte Gruppen für Angehörige und Patienten, auch im Sinne einer Angehörigenschulung. Auch eine Teilnahme an spezifischen „Kinder- und Jugendseminaren“ ist für Partner und Kinder der depressiven Patienten möglich.

### 8.13.2 Motivation zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen

Regelmäßig stellen sich am Wochenende Selbsthilfegruppen in den AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg vor, beispielsweise EA-Gruppen (Emotional Anonymus). Patienten werden zur Teilnahme angeregt, um die poststationäre Inanspruchnahme derartiger Hilfen zu fördern.

### 8.13.3 Nachsorgeplanung

Die stationäre psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme für depressive Patienten kann als Bestandteil eines Gesamtrehabilitationsplanes verstanden werden, wobei die Entlassung des Patienten erfolgen kann, wenn weitere Rehabilitations- und Therapieziele im ambulanten Rahmen verfolgt werden können. Medizinische und therapeutische Nachsorgemaßnahmen werden gemeinsam mit dem Patienten durch den Bezugspsychotherapeuten frühzeitig geplant und angebahnt. Die Motivierung des Patienten zur verbindlichen Teilnahme an geeigneten Nachsorgemaßnahmen zur langfristigen Sicherung des Rehabilitationserfolges ist deshalb elementarer Bestandteil der stationären Rehabilitation.

Die Einleitung von Nachsorgemaßnahmen umfasst u.a.:

- Kontakt- und Informationsgespräche mit Vor- und Nachbehandlern bei Einverständnis des Patienten (Schweigepflichtentbindung),
- die Vermittlung von Kontakten zu ambulanten Einrichtungen wie Psychotherapeutischen Praxen, Fachärzten, Psychosozialen Diensten und Selbsthilfegruppen,
- die sonstige Organisation nachstationärer Betreuung (z.B. ambulante Sportgruppen, VHS-Kurse, etc.),
- die Wiedervorstellung beim bisherigen Haus- bzw. Facharzt oder ärztlichem bzw. psychologischem Psychotherapeuten und
- bei entsprechender Indikation die Kontaktaufnahme/Einleitung/Begleitung in ambulante, stationäre oder teilstationäre Einrichtungen (z.B. Tageskliniken, Therapeutische Wohngemeinschaften, Betreutes Wohnen, IRENA, ERNA).

Daher werden alle Fragen der Nachsorge im Therapieverlauf mit dem Patienten frühzeitig angesprochen. Alle Kontakte mit weiterbehandelnden Stellen werden in der Patientenakte dokumentiert. Die Beendigung der stationären psychosomatischen Behandlung beinhaltet Abschlussgespräch und -untersuchung, wobei die Behandlungsergebnisse und die sozialmedizinische Beurteilung mit dem Patienten ausführlich besprochen werden. Ein wichtiger Bestandteil der Entlassungsgespräche ist es, die zuvor erarbeitete Nachsorgeplanung hinsichtlich der Umsetzbarkeit der vorgesehenen Termine nochmals zu überprüfen. Damit wird der kontinuierliche Übergang aus der stationären Behandlung in Strukturen der ambulanten Nachsorge im erforderlichen Umfang sichergestellt und die Nachhaltigkeit des erzielten stationären Behandlungsergebnisses erhöht.

Insbesondere die weitere fachärztlich-psychiatrische und psychotherapeutische Weiterbehandlung muss bei (chronisch) depressiven Patienten sicher gestellt werden. Hierzu gehört auch die regelhafte Prüfung zur Teilnahme am IRENA-Programm der Deutschen Rentenversicherung oder ähnlichen Programmen der Regionalträger als ergänzende Maßnahme.

Die AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg prüfen auch im Rahmen von Forschungsprojekten die Sicherstellung des nachhaltigen Rehabilitationserfolges für depressive Patienten durch Teilnahme an Internet gestützten therapeutisch geleiteten Chatgruppensitzungen, im Rahmen von Modellprogrammen zur Telefon-Nachsorge und im Rahmen sogenannter „Caring-Letters“ zur Sicherung des poststationären Behandlungserfolges.

## 8.14 Weitere nicht medikamentöse somatische Therapieverfahren (Lichttherapie/Schlafentzug)

In den S3-Leitlinien zur Unipolaren Depression (Kurzfassung 2009) wird ausgeführt, dass

- elektrokonvulsive Therapie bei schweren, therapieresistenten depressiven Episoden als Behandlungsalternative in Betracht gezogen werden sollte,
- Schlafentzug in der Behandlung depressiver Episoden als Behandlungsform erwogen werden sollte, wenn eine rasche, wenn auch nur kurz anhaltende Response therapeutisch gewünscht wird oder eine andere leitliniengerechte Behandlung ergänzt werden soll,
- Lichttherapie bei Patienten mit leicht- bis mittelgradigen Episoden rezidivierender depressiver Störungen, die einem saisionalen Muster folgen, erwogen werden sollte.

Als klinischer Konsenspunkt (KKP) wird empfohlen, dass körperliches Training angeboten werden kann, um das Wohlbefinden zu steigern und depressive Symptome zu lindern.

Im Rahmen des Behandlungskonzepts der AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg zur Behandlung von Patienten mit depressi-

ven Störungen finden sportliche Betätigung, Lichttherapie und im Einzelfall Schlafentzug Anwendung.

### 8.14.1 Antidepressive Wirkung von sportlicher Betätigung

Neuere Studien zeigen, dass nicht nur antidepressive Medikamente, sondern auch körperliche Aktivität sich positiv auf neurobiologische Faktoren der Depression auswirken. So konnte im Tierversuch nachgewiesen werden, dass ein regelmäßiges körperliches Training erhöhte Werte von Noradrenalin und Serotonin im Vergleich zu untrainierten Tieren ergab.

Aus der klinischen Arbeit weiß man seit langem, dass regelmäßige körperliche Betätigung mit dazu beitragen kann, die Stimmung und den Antrieb zu verbessern. So zeigen die Studien von J. A. Blumenthal (1999), dass mäßige sportliche Betätigung die gleiche antidepressive Wirkung haben kann wie das Antidepressivum Zoloft.

Insbesondere bei chronisch depressiven Patienten ist häufig festzustellen, dass deren Lebensführung gekennzeichnet ist durch einen Mangel an Bewegung allgemein und sportlicher Betätigung im Besonderen.

Im Rahmen einer Rehabilitationsbehandlung ist daher die regelmäßige Durchführung von sportlicher Betätigung mit Hinblick auf deren antidepressive Wirkung zu befürworten und dem Patienten entsprechend zu erklären und zu verordnen.

### 8.14.2 Lichttherapie

Mit Lichttherapie können leichtere Depressionen und die damit häufig verbundenen Schlafstörungen behandelt werden.

Therapeutisch werden die Patienten dabei hellem Kunstlicht ausgesetzt, das mit einer Intensität von 10.000 lux für eine halbe Stunde oder 2.500 lux für zwei Stunden appliziert wird. Der Patient schaut dabei täglich aus einem Abstand von mindestens einem Meter für 20 bis 60 Minuten in eine Tageslichtlampe. Empirisch am besten gesichert und uneingeschränkt anerkannt ist die Lichttherapie bei der saisonal bedingten Depression, die auch als Winterdepression bezeichnet wird. Neuere Studien (Zulley et al., 1999; Termann et al., 2005) deuten an, dass die Lichttherapie bei allen Formen der Depression wirksam ist.

Lichttherapie beeinflusst die „innere Uhr" des Menschen. Lichtmangel bedingt eine höhere Melantoninproduktion im Körper. Melatonin ist als Hormon zuständig für das Schlafbedürfnis. Licht, aufgenommen über den Sehnerv, stimuliert im Nucleus suprachiasmaticus die Melantonin- und Serotoninproduktion.

Wichtig ist eine konsequente und regelmäßige Anwendung über einen Zeitraum von zwei bis vier Wochen. Am besten ist die morgendliche Anwendung, um den circadianen Rhythmus des Stoffwechsels günstig zu beeinflussen.

### 8.14.3 Schlafentzug

Beim Schlafentzug verzichten Patienten entweder auf den gesamten Schlaf oder den Schlaf in der zweiten Nachthälfte. Dies hat bei etwa 60 Prozent aller depressiven Patienten eine deutlich antidepressive Wirkung. Nachteile der Schlafentzugstherapie ist die begrenzte Wirkungsdauer. Nach dem nächsten Erholungsschlaf tritt häufig wieder das depressive Syndrom in voller Ausprägung auf. Modifikationen des Schlafentzuges sind in kurzen Zeiträumen wiederholte Schlafentzüge in der jeweils zweiten Nachthälfte und Schlafverschiebungstherapien.

Worauf die antidepressive Wirkung des Schlafentzuges beruht, konnte bis heute nicht eindeutig geklärt werden.

Patienten, deren Beschwerden sich auf Schlafentzug bessern, sprechen oft besser auf ein Antidepressivum an, das die selektive Serotoninwiederaufnahme hemmt. Die antidepressive Wirkung von Schlafentzug am Tag nach der schlaflosen Nacht liegt zwischen 20 und 60 Prozent.

Der partielle Schlafentzug (Patient wird in der zweiten Nachthälfte ca. gegen 1:30 Uhr aufgeweckt und wach gehalten) ist in seiner Wirksamkeit dem kompletten Schlafentzug vergleichbar. Er kann zwei- bis dreimal wöchentlich wiederholt werden.

Der selektive Schlafentzug, bei dem ca. drei Wochen lang REM-Phasen entzogen werden, ist wegen des hohen technischen personellen Aufwands klinisch nicht anwendbar.

Prädiktoren für ein günstiges Ansprechen auf Schlafentzug sind vor allem Tagesschwankungen mit abendlicher Stimmungsaufhellung, Vorhandensein von Schlafstörung und Vitalstörungen, von psychomotorischer Hemmung und Angst sowie von depressiven Wahngedanken bei zyklothymen Depressionen, sofern sie mit Tagesschwankungen gekoppelt sind. Hält die Besserung nach Schlafentzug nicht an, wird er mehrfach angewandt. Im Laufe einer Phase sind so vier bis sechs Schlafentzüge, häufig kombiniert mit einem Antidepressivum, möglich.

### 8.14.4 Elektrokrampftherapie

Diese Behandlungsmethode kommt insbesondere bei therapierefraktären Depressionen zur Anwendung. Sie setzt einen hohen apparativen Aufwand (Anästhesie) voraus. So können auch pharmakotherapieresistente Depressionen nach sechs bis zehn Elektrokrampfbehandlungen abklingen. Auch ältere Kranke können, wenn keine gravierende Herz-Kreislaufstörungen oder Hirndurchblutungsstörungen vorliegen, einer EKT (Kurznarkose, Schutz durch Muskelrelaxationen, Sauerstoffbeatmung) unterzogen werden. Indikationen für eine EKT sind heute vor allem

– therapieresistente wahnhafte Depressionen,
– Depressionen mit ausgeprägter Suizidalität und Nahrungsverweigerung,
– Depressionen mit Stupor und/oder ausgeprägter Hemmung.

Kontraindikationen sind organische, z.B. raumfordernde, demilisierende und gefäßbedingte Hirnerkrankungen, bzw. ein noch frischer Myokardinfarkt.

Bei schweren, therapieresistenten Depressionen, zu denen auch spezifische chronische Depressionen gehören, sollte eine EKT immer erwogen und nicht aus ideologischen Vorurteilen und Unkenntnis grundsätzlich abgelehnt werden.

### 8.14.5 Repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS)

Bei der rTMS wird über die Induktion eines Magnetfeldes intrakraniell ein elektrischer Stromfluss erzeugt, der neuronale Netzwerke in potenziell dysfunktionalen, psychopathologisch relevanten Hirnarealen beeinflusst. Über rTMS können Veränderungen in neuronalen Schaltkreisen hervorgerufen werden, die sich tierexperimentell in der Aktivität des Stresshormonsystems und Verhaltensänderungen zeigen. Außerdem wurden spezifische Änderungen in der Freisetzung von Neuromodulatoren und Neurotransmittern sowie der Genexpression beschrieben. Effekte der rTMS auf verschiedene, bei Depressiven beteiligte Neurotransmittersysteme, z.B. auf die serotonerge Transmission, sowie eine verstärkte Dopaminausschüttung in mesostriatalen und mesolimbischen Regionen sind nachweisbar (Manes et al., 2001). Trotzdem reicht das Spektrum der Einschätzung des Nutzens der rTMS von unwirksam bis zu Besserungsraten um mehr als 50 Prozent.

Während die drei zuerst genannten Verfahren problemlos in einen verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Behandlungsplan zur Therapie depressiver Erkrankungen integriert werden können und dabei häufig eine sinnvolle Ergänzung und/oder Unterstützung darstellen, sind die beiden zuletzt genannten Therapieverfahren besonderen Behandlungsfällen, in der Regel außerhalb rehabilitativer Programme, vorbehalten. Insbesondere die EKT zeigt bei hartnäckigen, therapieresistenten Depressionen häufig noch eine Wirkung und ist entgegen des bei Laien und Betroffenen häufig vorliegenden Vorurteils bei lege artis Anwendung ohne größere Nebenwirkungen sicher durchführbar. Aufgrund des apparativen Aufwandes wird sie aber im Regelfall nur an entsprechenden universitären Zentren durchgeführt.

## 8.15 Risikomanagement bei Suizidgefährdung

In den S3-Leitlinien zur Unipolaren Depression (2009) werden zum Management bei Suizidgefahr u.a. nachfolgende Empfehlungen abgegeben:

- Suizidalität sollte bei depressiven Patienten immer direkt thematisiert, präzise und detailliert erfragt und vor dem Hintergrund vorhandener Ressourcen beurteilt werden (KKP),
- suizidale Patienten müssen eine besondere Beachtung und Betreuung im Sinne einer Intensivierung des zeitlichen Engagements und der therapeutischen Bindung erhalten; das konkrete Betreuungsangebot richtet sich nach den individuellen Risikofaktoren, der Absprachefähigkeit des Patienten und Umgebungsfaktoren (KKP),
- die Diagnostik bei suizidalen Patienten schließt die Erfassung der graduellen Ausprägung der Suizidalität und die Abschätzung des aktuellen Handlungsdrucks bzw. die aktuelle Distanziertheit von Suizidalität ein (Statement),
- eine stationäre Einweisung sollte für suizidale Patienten erwogen werden, die akut suizidgefährdet sind; die nach einem Suizidversuch medizinischer Versorgung bedürfen; die wegen der zugrundeliegenden depressiven Störung einer intensiven psychiatrischen Behandlung bedürfen; wenn eine hinreichend zuverlässige Einschätzung des Weiterbestehens der Suizidalität anders nicht möglich ist oder wenn die Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung nicht gelingt und die Person trotz initialer Behandlung akut suizidal bleibt,
- das kurzfristige Ziel von Krisenintervention oder Psychotherapie bei akuter Suizidalität soll in intensiver Kontaktgestaltung und der

aktiven unmittelbaren Unterstützung und Entlastung bis zum Abklingen der Krise bestehen, wobei eine tragfähige therapeutische Beziehung bei suizidgefährdeten Patienten per se suizidpräventiv wirkt,
- bei suizidgefährdeten Patienten mit einer depressiven Episode sollte eine Psychotherapie in Betracht gezogen werden, die zunächst auf die Suizidalität fokussiert,
- eine Nachuntersuchung von Patienten, bei denen Suizidalität bestand, soll kurzfristig, maximal eine Woche später geplant werden, da in der Zeit nach der stationären Intervention das Risiko für weitere suizidale Handlungen am höchsten ist und
- Patienten, die wegen Suizidalität stationär behandelt wurden und einen Termin zur Nachuntersuchung nicht wahrnehmen, sollen unmittelbar kontaktiert werden, um das Risiko für einen Suizid abzuschätzen.

Des Weiteren werden in den S3-Leitlinien spezifische Empfehlungen zur Pharmakotherapie gegeben (vgl. weitere Ausführungen in diesem Kapitel).

Als konkretes Therapiemanual zur Arbeit mit suizidalen Patienten wird für die ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiter der AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg das Skript von Donald Meichenbaum (2008) *„35 years of working with suicidal patients, lessons learned"* herangezogen. Hierbei wird u.a. auch auf die fehlende Evidenzbasierung von Antisuizidverträgen eingegangen und alternativ die Anfertigung einer „Notfallkarte" mit konkreten kurzen Handlungsempfehlungen sowie Namen und Telefonnummern wichtiger Kontaktpersonen beschrieben.

Nach neuesten amerikanischen Untersuchungen (Joiner, 2011) besteht bei suizidalen Personen ein besonders hohes Risiko, durch Suizid zu sterben, bei drei wesentlichen Charakteristika: Sie glauben, eine Belastung für ihre engsten Bezugspersonen zu sein, sie fühlen sich isoliert, sie haben eine erlernte Fähigkeit zur Selbstverletzung.

Psychosomatische Erkrankungen gehen in aller Regel nicht mit einer akuten Lebensgefahr einher. Schwere Depressionen mit ausgeprägt suizidalen Zuständen bilden hier eine Ausnahme. Das rechtzeitige Erkennen suizidaler Phasen im Rahmen einer Depression sowie die effektive, situationsangepasste therapeutische Reaktion und Therapie können lebensentscheidend sein. Daher ist es wichtig, Suizidideen und Gedanken beim Patienten zu explorieren, parasuizidale Gesten oder auch parasuizidale Handlungen zu verstehen und schnell zu behandeln. Nach Freeman und Reinecke (1995) werden verschiedene Suizidtypen unterschieden. So ist Hoffnungslosigkeitssuizid zu trennen von einem psychotischen Suizid, einem rationalen Suizid oder einem hystrionisch-impulsiven Suizid.

### 8.15.1 Risikofaktoren

Zur Beurteilung und Einschätzung akuter Suizidalität ist es wichtig, über Risikofaktoren Bescheid zu wissen, mit denen Suizidalität korreliert ist.

So findet man mehr Suizide bei Männern, Suizidversuche bei Frauen. Hinsichtlich des Alters werden vermehrt Suizide jenseits des 50. Lebensjahres gesehen, während hingegen Suizidversuche in Altersgruppen zwischen dem 15. bis 34. Lebensjahr stattfinden. Hinsichtlich des *Familienstandes* und der *sozialen Schichtung* finden sich vermehrt höhere Suizidraten vor allem bei geschiedenen Männern, ledigen und verwitweten Personen sowie vermehrt Suizide in der Unterschicht. Ebenso werden hinsichtlich des *Arbeitsstandes* vermehrt Suizide bei Arbeitslosigkeit beobachtet.

*Jahreszeitliche Schwankungen* spielen bei Suiziden insofern eine Rolle, da diese gehäuft im Frühling und Sommer stattfinden. Es finden sich höhere Suizidraten in Städten als auf dem Land. Risikofaktoren stellen weiterhin *vorausgegangene Suizidversuche* sowie *psychiatrische Erkrankungen* wie Suchterkrankungen, Schizophrenien, Persönlichkeitsstörungen sowie organische Psychosyndrome dar.

### 8.15.2 Einschätzung und Beurteilung von Suizidalität

Das Erkennen von Suizidalität verlangt eine
- exakte psychiatrische Anamnese,
- psychologische Befunderhebung,
- Analyse der aktuellen Lebenssituation und Motive suizidalen Verhaltens,
- körperliche Untersuchung, die sowohl therapierelevante körperliche Begleiterkrankungen sowie die Folgen durchgeführter suizidaler Handlungen (z.B. Schnittverletzungen) festhält,
- Fremdanamnese zur Ergänzung und Überprüfung der Angaben des Patienten durch Dritte, da selten Bagatellisierungstendenzen bei suizidalen Patienten zu berücksichtigen sind.

Die Einschätzung akuter Suizidalität hängt ab von
- der geplanten Suizidmethode und den dazu getroffenen Vorbereitungen,
- der psychiatrischen Erkrankung,

– der Einstellung des Patienten zu vorgängigen Suizidversuchen,
– aktiven versus passiven suizidalen Ideen und Gedanken,
– einer konkreten Planung (Handlungsdruck) versus einer ungerichteten Absicht,
– der Gefährlichkeit einer geplanten oder ausgeführten suizidalen Handlung,
– der Art des Suizidmotivs,
– des Suizidarrangements, dieses gibt Auskunft darüber, inwieweit ein Suizident ein schnelles Auffinden seiner Person nach erfolgtem Suizidversuch ermöglicht bzw. verunmöglicht,
– der Methode, die Hinweise darauf gibt, mit welcher Endgültigkeit (harte/weiche Methode) der Betroffene seinen Suizid in die Wege leitet.

Weiterhin zu berücksichtigen sind personale Fakten:

- das Vorliegen einer depressiven Verstimmung,
- die mangelnde Distanzierungsfähigkeit des Patienten von Suizidideen auch nach einem ausführlichen Gespräch,
- vom Patienten als dringend erlebte Suizidgedanken,
- ein ausgeprägter suizidaler Handlungsdruck,
- eine ausgesprochene Hoffnungslosigkeit,
- eine vermehrte soziale Isolation,
- persönliche Konflikte, die für den Patienten nicht zu lösen sind,
- ein ausgesprochen gereizt-aggressiv-agitiertes Verhalten,
- die Tatsache, dass ein tragfähiges Gespräch nicht gemeinsam entwickelt werden kann.

Weiterhin zu bedenken sind anamnestische Aspekte:

- Suchterkrankungen,
- eine akute psychotische Episode,
- mehrere Suizidversuche in der Vorgeschichte,
- eine positive Familienanamnese hinsichtlich Suizide und Suizidversuchen,
- eine mangelnde Impulskontrolle (z.B. bei akuter Alkohol-/Drogenintoxikation, Borderline-Störungen).

Hingegen ist die Gefahr eines Suizidversuchs umso geringer einzuschätzen

– je konkreter der Patient darstellen kann, warum er zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr suizidal ist, d.h. er erklären kann, was sich in seiner Einstellung zum Leben/Tod in seiner sozialen Situation so grundlegend geändert hat, dass ein Suizidversuch nicht mehr sinnvoll oder notwendig erscheint (Explorationsfrage: Was hält Sie im Leben?),
– wenn ein Patient sich erleichtert darüber äußert, einen Suizidversuch überlebt zu haben,
– ein Patient Suizididideen oder suizidales Verhalten unannehmbar findet,
– wenn er um Hilfe bittet.

Vorsicht ist geboten, wenn

– der Patient sich unwirsch, trotzig, schweigsam, unkooperativ, teilnahmslos, feindselig verhält,
– die Gefährlichkeit eines Suizidversuches bagatellisiert oder geleugnet wird,
– eine ausschließliche Beschäftigung mit dem extrem negativ geprägten Erleben erkennbar ist,
– wenn der Patient nach Suizidandeutungen eine „unheimliche Ruhe“ ausstrahlt oder in einen ausgesprochen agitierten Zustand gerät.

Hinsichtlich der Einschätzung von Suizidalität sind Motive und Bedeutungsmöglichkeiten zu berücksichtigen:

- Erlösung von seelischem und körperlichem Leid,
- Wunsch nach einem Gottesurteil,
- Suche nach Ruhe und Geborgenheit,
- Hilferufe und Hilfsappell,
- Entlastung von Schuld- und Schamgefühlen,
- Wendung der Aggression gegen das eigene Ich, da Aggression nicht gegen einen z.B. verhassten Partner gerichtet werden kann oder darf,
- primäre Aggressivität gegen das eigene Ich,
- Identifikation mit einer Idolfigur (Werther-Phänomen),
- Erpressung,
- Wunsch, die soziale Umwelt zu kontrollieren, zu manipulieren,
- Racheakt im Sinne einer Bestrafung eines verhassten Partners,
- Kränkung aufgrund eines mangelhaft entwickelten Selbstwertgefühls (narzisstische Kränkung), einzige Möglichkeiten, das Selbstwertgefühl noch zu retten (Suizidversuch als narzisstische Plombe),
- Appell an menschliche Bindung bzw. Aufkündigung aller menschlichen Bindungen
- aktive und freie Handlung (Bilanzsuizid),
- Impulshandlung, die helfen soll, den momentanen seelischen Schmerz auszulöschen.

Die Entwicklung in eine suizidale Phase kann akut verlaufen, gestaltet sich zumeist aber schleichend. Am Anfang dieser schleichenden Entwicklung steht in allen Fällen für den betroffenen Patienten eine übermäßige psychische Belastung, der er sich nicht mehr gewachsen fühlt. Häufig werden in diesem Zusammen-

hang Gedanken geäußert, wie „Mir wird alles zu viel, ich kann und will nicht mehr, ich brauche Ruhe. Wenn ich nicht mehr da bin, habe ich keine Probleme mehr“. Diese Äußerungen gehen meist mit einer äußerlichen Unruhe einher. Häufig nach einem langen inneren Entscheidungsprozess überschreitet der Patient, für die Außenwelt nicht erkennbar, gedanklich einen inneren „Point of no return“. Sobald er diesen erreicht hat, ändert sich nicht selten sein Verhalten hin zu einer äußerlich wahrnehmbaren, trügerischen Ruhe. Patienten, die diesen „Point of no return“ überschritten haben, berichten im Nachhinein, dass die Ruhe sich erklärt durch den Entschluss zum Suizid, der als klare Lösung für die belastenden Probleme erscheint.

Therapeutischerseite ist es in diesem Zusammenhang von großer Bedeutung nicht nur auf suizidale Gedanken und/oder Ideen zu achten, sondern vor allem einen suizidalen Handlungsdruck zu berücksichtigen. Dieser kann eingeschätzt werden durch konkrete Vorbereitungen, die seitens des Patienten schon getroffen wurden, oder aber auch durch eine subjektive Einschätzung auf einer Skala zwischen 0 (kein suizidaler Handlungsdruck) und 100 (maximaler suizidaler Handlungsdruck).

Mit Hilfe der Frage „Auf einer Skala zwischen 0 bis 100 liegt ihr aktueller Handlungsdruck wo?“ kann der Therapeut sich einen Eindruck darüber verschaffen, wie groß patientenseitig der innere Druck ist, sich etwas anzutun.

### 8.15.3 Therapeutisches Management bei Suizidalität

Jede Krisenintervention bei Suizidalität umfasst vier Hauptschwerpunkte:

1. ein Gesprächs- und Beziehungsangebot,
2. die Diagnostik von Suizidalität (wie oben beschrieben),
3. das Management einer aktuellen Krise,
4. der Beginn der Therapie einer zugrundeliegenden Störung oder Regelung einer belastenden Lebenssituation.

#### 1. Gesprächs- und Beziehungsangebot

Das Gesprächs- und Beziehungsangebot stellt dem Patienten Zeit und Raum zur Verfügung und versucht durch beruhigende Rückmeldung des Therapeuten zur Entspannung des Patienten beizutragen. Es schließt ein offenes, direktes, ernst nehmendes Ansprechen von Suizidalität ebenso ein wie es versucht, Bagatellisierungs- und Dramatisierungstendenzen seitens des Therapeuten zu vermeiden. Die Fragen nach bindenden äußeren (Kontakte zur Familie, Kindern) und inneren Faktoren (Hoffnung auf Hilfe, frühere Erfahrungen, religiöse Haltungen) gestattet dem Therapeuten einerseits eine Einschätzung des suizidalen Patienten, andererseits aber auch die Möglichkeit, in Abhängigkeit von den Antworten, Verbindungen zu Personen aufzugreifen bzw. Bezug auf innere Haltungen des Patienten zu nehmen. Weiterhin ist es wichtig, durch die Vermittlung von Hoffnung, Hilfe und Veränderungschancen eine Zukunftsperspektive und Neuorientierung dem Patienten kognitiv zu eröffnen.

#### 2. Diagnostik von Suizidalität

Wie oben beschrieben.

#### 3. Krisenmanagement, Interventionen

Die Bereitschaft des Therapeuten, sich Zeit zu nehmen und zuzuhören, ist für den Suizidalen häufig das erste und wichtigste Zeichen, das anfänglich nicht selten misstrauisch, mit zunehmendem Verlauf eines Gespräches häufig dankbar, aufgegriffen wird. Es gilt im Krisengespräch möglichst schnell eine Beziehung mit dem Patienten herzustellen. Dies gelingt umso leichter, je menschlich authentischer der Therapeut seinem Patienten begegnet. Dies kann dadurch geschehen, indem er ernsthaft und verantwortungsvoll versucht, den aktuellen Anlass zu klären, der den Patienten in eine suizidale Situation geführt hat. Das Angebot einer beruhigenden Psychopharmakotherapie kann ebenso hilfreich sein, wie die zusichernde Fürsorge des Therapeuten, den Patienten mit seiner Problematik nicht alleine zu lassen.

Beziehungskonstanz in dieser Phase einer Therapie ist im Erleben des Patienten von großer Bedeutung. Gemeinsam ist die aktuelle Versorgung zu klären und die Weiterbehandlung zu besprechen und, wo notwendig, auf den Weg zu bringen. Wichtig ist immer auch die Frage an den Patienten, inwieweit Angehörige oder Bekannte durch den Therapeuten zu informieren sind.

#### 4. Stationäre Behandlung

Eine stationäre Behandlung, im Sinne einer Unterbringung, kann notwendig werden bei:

- weiter bestehendem suizidalem Handlungsdruck bzw. unklarer Suizidalität,
- einer gleichzeitig vorliegenden psychischen Störung im engeren Sinne, z.B. einer schizophrenen Psychose oder schwer ausgeprägter, wahnhafter Depression,
- einer Suchterkrankung mit wechselnder Affektivität.

### 8.15.4 Geschlossen stationäre Unterbringung

Nach Abschluss eines Krisengespräches und der dabei erhobenen Diagnostik sollte der Therapeut sich die Frage klar und eindeutig beantworten können, ob eine geschlossen-stationäre Therapie notwendig ist. Sollten hinsichtlich dieser Frage nach ausführlichem Gespräch, bestem Wissen und Gewissen weiter Zweifel bestehen, ist einer stationären Versorgung, im Sinne einer Unterbringung gemäß PsychKG der Vorzug zu geben. Dabei sollte immer zuerst versucht werden, dass der Patient einer unmittelbaren Aufnahme in eine psychiatrische Fachabteilung/ Psychiatrie freiwillig zustimmt.

Eine Patienteneinweisung gegen seinen Willen kann durch den Klinikarzt veranlasst werden. Diese Unterbringung ist schriftlich zu beantragen, die medizinisch-therapeutischen Gründe sind präzise darzustellen. Der Antrag ist unverzüglich dem entsprechenden Amtsgericht der zuständigen Region zuzustellen.

Je nach Bundesland muss der Patient innerhalb eines Zeitraums von 36 bis 72 Stunden von einem Richter gehört und gesehen werden, der über die Beendigung bzw. die Fortsetzung einer geschlossen-stationären Behandlung zu entscheiden hat, da es sich bei dieser Maßnahme um den Eingriff in ein Persönlichkeitsrecht (Aufenthaltsbestimmungsrecht) des Grundgesetzes handelt.

Der Therapeut muss weiterhin bedenken, dass er der sog. Garantenpflicht unterliegt. Diese beinhaltet bei einem offensichtlich und unmittelbar bevorstehenden oder ablaufenden Suizidversuch eine Rettungspflicht gegenüber dem Suizidenten. Zu bedenken ist weiterhin, dass ein Behandlungsvertrag wie auch ein Anti-Suizidvertrag aus juristischer Perspektive den Therapeuten nicht von seiner Garantenpflicht entbindet. Der Dokumentation des Behandlungsverlaufes und insbesondere suizidaler Krisen kommt wegen der sog. Beweiserleichterung in einem Haftungsprozess zentrale Bedeutung zu. Bei der sog. Beweislastumkehr kann es geschehen, dass nicht der Patient, sondern der Therapeut die Richtigkeit seiner Therapie nach den Regeln der Kunst beweisen muss, wozu nur eine ausführliche Dokumentation der durchgeführten Therapiemaßnahmen ihn in die Lage versetzt. Ein schriftlicher Non-Suizidvertrag hat juristisch gesehen keine Bedeutung, da er patientenseitig in einem Zustand eingeschränkter Einsichts- und Entschlussfähigkeit getroffen wurde. Ein schriftlicher Vertrag ist aber als Dokument zu werten, dass von Seiten des Therapeuten ein entsprechendes Gespräch mit den dabei geäußerten Inhalten durchgeführt wurde.

### 8.15.5 Chronische Suizidalität

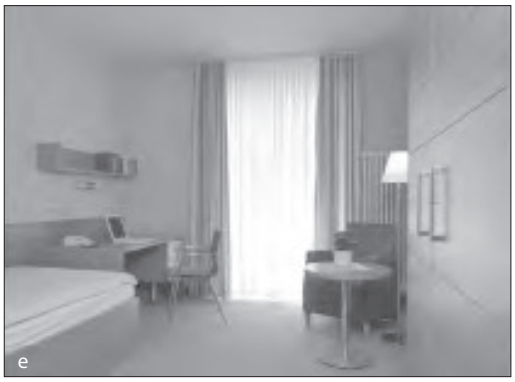
Besonders zu berücksichtigen ist die chronische Suizidalität.

Sie findet sich gehäuft bei Patienten mit sogenannten frühen Störungen, so z.B. bei Borderlinestörungen.

Bei diesen Patienten stellt die chronische Suizidalität eine psychische Anpassungsleistung dar, mit der Patienten versuchen, ihre Krise zu überwinden. Sie ist Ausdruck einer dauerhaften innerpsychischen Instabilität vor dem Hintergrund fehlenden Selbstbewusstseins, einer fehlenden Selbstliebe. Dabei ist zu berücksichtigen, dass nicht die Suizidalität an sich, sondern die dahinterliegenden Probleme als chronisch zu betrachten sind. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen ist zu folgern, dass chronisch suizidale Menschen in der Regel aufgrund ihrer Persönlichkeit vulnerabler sind als Menschen mit einer akuten Suizidalität. Chronische Suizidalität entsteht häufig vor dem Hintergrund eines chronifizierten Gefühls des Verlassenseins, des Getrenntseins, der Kränkung, Enttäuschung und Einsamkeit, die durch den Patienten selber nicht konstruktiv gelöst werden können. In diesem Zusammenhang kann chronische Suizidalität als das verzweifelte Mittel eines Patienten fungieren, um andere Personen zu Kontakt und Anteilnahme zu zwingen, da ansonsten keine anderen Personen mehr zur Verfügung stehen und eine eigenständige innere Stabilität fehlt.

Vor dem Hintergrund eines kognitiv behavioralen Ansatzes kann Suizidalität als Ergebnis von maladaptiven und dysfunktionalen Gedankenprozessen, die in der Vergangenheit erlernt wurden, verstanden werden.

Bei diesem Behandlungsansatz hat der Therapeut die Aufgabe, dysfunktionale kognitive Prozesse zu identifizieren und mit dem Patienten funktionalere Glaubenssysteme und sinnvollere Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Psychotherapeutisch hilfreich in diesem Zusammenhang ist der sokratische Dialog mit Fragen wie „Woher wissen Sie, dass Sie keine Chancen mehr haben?“, um so das Gefühl der Hoffnungslosigkeit des Patienten zu relativieren und ihm eine objektivere Betrachtung seiner eigenen Situation zu ermöglichen. Durch Schaffung einer „kognitiven Dissonanz“ (Beck, 1994) können innere Widersprüche aufgezeigt werden. Insbesondere bei chronisch depressiven Patienten ist es wichtig, dies nicht nur auf der mental-kognitiven Ebene durchzuführen,




**Abbildungen 10a-e**

Die Ausstattung:
a) Saunalandschaft
b) Fitnessraum
c) Billard
d) Speisesaal
e) Patientenzimmer

sondern ebenfalls Patienten auf der Handlungsebene dazu anzuleiten, aus einer passiven in eine aktive Haltung zu wechseln und die dabei gemachten Erfahrungen besonders zu fokussieren.

### 8.15.6 Psychopharmakologische Therapieoptionen bei Suizidalität

Mit Blick auf die psychopharmakologische Behandlung suizidaler Episoden gilt die Grundregel ausreichender Aufklärung, ausreichend hohe Dosierung, ausreichend lange Behandlungsdauer. Ziel der Pharmakotherapie Suizidaler ist eine Sedierung, eine Anxiolyse, eine emotionale Distanzierung sowie Schlafförderung. Anxiolytisch und sedierend kann in diesem Zusammenhang die Gabe von Benzodiazepinen (z.B. Tavor) sowie die Gabe nieder- bis mittelpotenter Neuroleptika (z.B. Atosil, Neurocil) sein. Antidepressiv und schlaffördernd kann die Gabe von Antidepressiva mit schlafanstoßender Wirkung (z.B. Mirtazapin, Doxepin, Trimipramin) sein. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass eine antidepressive Wirkung im Regelfall erst nach zehn bis 14 Tagen eintritt. Bei massiv drängender und impulshafter Suizidalität sollte die Verschreibung von antriebssteigernden Antidepressiva vermieden werden.

## 9 Ausstattung

Die Patienten wohnen in Einzelzimmern mit eigenem Bad, Telefonanschluss und teilweise kleinem Balkon. Funktionsräume sowie diverse Freizeitmöglichkeiten stehen in ausreichender Zahl zur Verfügung. So bieten ein Fitnessraum, eine großzügig gestaltete Sauna mit Dampfbad und Ruhezone sowie ein Solarium den Patienten Möglichkeiten der körperlichen Regeneration und Erholung. Die bezugsgruppenbezogene Trennung von Wohn- und Behandlungsbereichen erhöht die jeweilige therapieförderliche Gruppenkohäsion unter den Patienten. Die Patienten sind in Wohngruppen untergebracht, die mit Aufenthaltsräumen und Teeküchen ausgestattet sind.

Des Weiteren stehen im medizinischen und therapeutischen Bereich u.a. zur Verfügung: medizinische Zentrale mit Diagnostik- und medizinischen Behandlungsräumen, Einzel-

und Gruppentherapieräume, Bäderabteilung, Räumlichkeiten für die Gestaltende Therapie (Ergotherapie), Sporthalle, Gymnastik- und Entspannungsräume, ein Behandlungsraum für Lichttherapie sowie ein berufliches Trainingscenter mit PC-Arbeitsplätzen inkl. Internet. Zusätzlich für die Freizeitgestaltung werden angeboten: Aufenthalts- und Fernsehräume, Caféteria, Werkraum, Billard, Tischtennis, Langlaufski und Grillplatz.

## 10 Behandlungsteam

Die ärztliche und therapeutische Leitung der Abteilung Psychosomatik der AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg liegt beim Chefarzt (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie).

Die beiden Chefärzte der AHG Kliniken Daun verfügen über die Weiterbildungsberechtigung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (ein Jahr) sowie zum Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (zwei Jahre).

Die Bezugsärzte und Bezugstherapeuten des Zielgruppenkonzeptes zur Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen der AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg sind einem Behandlungsteam der Abteilung Psychosomatik zugeordnet. Das Team wird oberärztlich geleitet. Jeder der beiden Behandlungsgruppen ist ein Bezugstherapeut und Co-Therapeut zugeordnet. Ein Bezugsarzt (teilweise mit Facharztqualifikation) ist verantwortlich für die medizinisch-somatische Versorgung der beiden Behandlungsgruppen.

In abteilungsübergreifenden Funktionen befinden sich die Mitarbeiter des Pflegedienstes, die Fachkräfte der physiotherapeutischen Abteilung sowie die Mitarbeiter der betriebsstättenübergreifenden Abteilungen „Berufliche Reintegration und Sozialarbeit“, „Wissenschaft und Forschung“ und „Öffentlichkeitsarbeit“.

Zum Behandlungsteam des Zielgruppenkonzeptes gehören:

- zwei Assistenzärzte (zum Teil in fachärztlicher Weiterbildung),
- zwei Diplom-Psychologen als Bezugspsychotherapeuten (weitere zwei Diplom-Psychologen als Co-Therapeuten),
- ein postgraduierter Diplom-Psychologe (Psychologischer Psychotherapeut in Ausbildung),
- anteilig Sport- und Bewegungstherapeut/Krankengymnast,
- anteilig Ergotherapeut und
- anteilig Sozialarbeiter(in).

Die ärztlichen, psychologischen und weiteren therapeutischen Mitarbeiter verfügen über eine, in der Regel verhaltenstherapeutische, qualifizierte psychotherapeutische oder anderweitige therapeutische Zusatzausbildung oder befinden sich in einer entsprechenden Aus- oder Weiterbildung. Sie haben in der Regel langjährige Erfahrungen in der Behandlung von depressiven Erkrankungen. Die Klinik fördert die Fort- und Weiterbildung ihrer Mitarbeiter im Rahmen einer Betriebsvereinbarung sowie durch regelmäßige klinikinterne Fortbildungsveranstaltungen.

Das Behandlungsteam trifft sich zweimal wöchentlich unter Leitung eines Oberarztes zu Behandlungs- und Fallkonferenzen. Das Behandlungsteam steht unter regelmäßiger externer Supervision.

Es besteht eine enge Kooperation mit dem Eifeler Verhaltenstherapie-Institut e.V. (EVI) mit Sitz in Daun, dessen Gründungsmitglieder mehrheitlich aus Leitenden Psychologen und Leitenden Ärzten der AHG Kliniken Daun bestehen. In dem von der kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz und dem Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit in Mainz anerkannten Ausbildungsinstitut werden Ärzte und Diplom-Psychologen der kooperierenden Kliniken nach dem Psychotherapeutengesetz und der Weiterbildungsverordnung für Ärzte im Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie aus- bzw. weitergebildet.

Der Leitende Psychologe der AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg ist Vorsitzender des Eifeler Verhaltenstherapie-Institutes e.V., anerkannter verhaltenstherapeutischer Supervisor (Kassenärztliche Bundesvereinigung, KV Trier, DVT und EVI) sowie akkreditierter Supervisor im CBASP-Netzwerk.

Das vorliegende Konzept setzt hinsichtlich seiner Umsetzung eine enge Zusammenarbeit zwischen den jeweiligen Bezugstherapeuten und Bezugsärzten, dem Ergotherapeuten, dem Sport- und Bewegungstherapeuten, dem Physiotherapeuten sowie Sozialarbeiter voraus. Dabei ist es übergeordnetes Ziel, den depressiven Patienten durch aktive Behandlungserfahrungen herauszulösen aus seiner mental-kognitiv chronifiziert depressiven Haltung sowie körperlich passiven Verhaltensweise.

In Abgrenzung zu anderen Therapiekonzepten zur Behandlung Depressiver intendiert das Konzept eine insgesamt aktivere Haltung der verschiedenen Mitglieder des Behandlungsteams, die auch in einer vermehrten Forderung nach aktiver Unterstützung, gerichtet an den Patienten, zum Ausdruck kommt.

Um dieses übergeordnete Ziel – Förderung der aktiven Teilnahme des Patienten – zu realisieren, ist eine regelmäßige Absprache und Rückmeldung unter den genannten Mitgliedern des Behandlungsteams notwendig. Diese Rücksprache erfolgt im Rahmen der Teambesprechungen patientenbezogen. Behandlungskrisen können es notwendig werden lassen, dass zusätzliche Besprechungen, ggf. zusammen mit dem Patienten, notwendig werden.

Das Behandlungsteam wird unterstützt durch eine klinikinterne Arbeitsgruppe „Chronische Depression", die sich zusammensetzt aus Bezugstherapeuten, dem Leitenden Psychologen sowie dem ärztlichen Leiter.

Aufgabe dieser Arbeitsgruppe ist zum einen die Weiterentwicklung und Optimierung des Behandlungskonzeptes sowie die Schulung und Unterstützung der Bezugstherapeuten bei der Umsetzung des Konzeptes.

Dies ist bei der Implementierung des Konzeptes notwendig, da es gilt, den wesentlichen Unterschied dieses Konzeptes zur Behandlung depressiver Erkrankungen in Abgrenzung zu unspezifischen Behandlungskonzepten psychosomatischer Erkrankungen präzise und klar zu vermitteln.

## 11 Dokumentation und Evaluation

### 11.1 Dokumentation

Grundlage einer Ergebnisorientierung der medizinischen Rehabilitation ist unter anderem eine regelmäßige systematische Dokumentation der individuellen Daten zur Erkrankung, der Befunde und Maßnahmen, eine Verlaufsdokumentation der verschiedenen Behandlungsbereiche und eine Ergebnisdokumentation aus einzelnen Beobachtungs- und Erfassungsbereichen. In die Ergebnisdokumentation werden die Beurteilung der Behandler und die Angaben des Patienten aufgenommen. In der Patientendokumentation liegt unter anderem ein zentrales Instrument der Qualitätssicherung. Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte halten mit dem Patienten vereinbarte Ziele, abgesprochene Maßnahmen und erzielte Ergebnisse (einschließlich der Ergebnisse zur psychodiagnostischen Retestung) fest. Die Patientenakten sind einheitlich und klar gegliedert und ermöglichen jederzeit den Abruf benötigter Informationen. Die Entwicklung und der Einsatz einer elektronischen Patientenakte (EPA) ist geplant.

Für alle Patienten wird zeitnah ein medizinischer Reha-Entlassbericht (vgl. Deutsche Rentenversicherung (2009) Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung) einschließlich KTL (vgl. Deutsche Rentenversicherung, 2007) erstellt und an den zuständigen Leistungsträger und bei entsprechender schriftlicher Einverständniserklärung des Patienten an die ärztlichen und therapeutischen Weiterbehandler übersandt. Der medizinische Reha-Entlassbericht enthält auch eine differenzierte sozialmedizinische Beurteilung. Die sozialmedizinische Beurteilung wird durch den Bezugsarzt und Bezugstherapeuten mit dem Patienten ausführlich besprochen.

### 11.2 Evaluation

Jeder Patient wird vor Behandlungsende mit einem Entlassfragebogen um die Bewertung einzelner Klinik- und Behandlungsbausteine gebeten. Zusätzlich hat jeder Patient die Möglichkeit, Anregungen in einem Freitextfeld mitzuteilen. Die Qualitätsbeurteilungen durch die Patienten zur „Kundenzufriedenheit" werden kontinuierlich und im Jahresvergleich ausgewertet, so dass Bewertungsveränderungen wahrgenommen und daraus ggf. Korrekturmaßnahmen abgeleitet, geplant und umgesetzt werden können. Zusätzlich wird durch die Rentenversicherungsträger eine externe Patientenbefragung durchgeführt. Kritische Rückmeldungen verweisen auf Qualitätsanforderungen, welche noch nicht in ausreichendem Ausmaß umgesetzt sind, und ermöglichen somit zusätzlich eine Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems in Bezug auf die „Kundenzufriedenheit".

Die Auswertung erfolgt durch die Mitarbeiter der Abteilung „Wissenschaft und Forschung" der AHG Kliniken Daun, die auch für die Auswertung der Basisdokumentation zuständig sind. Durch die Basisdokumentation werden unter anderem folgende Merkmale erfasst: Diagnosenstatistik, Überweisungskontext, Patientenmerkmale (z.B. Geschlecht, Alter, Familienstand, Schulbildung, Erwerbstätigkeit und Rentensituation) sowie Angaben zum Behandlungsverlauf (z.B. Arbeitsfähigkeit bei Entlassung, Art der Behandlungsbeendigung und Behandlungsdauer). Die fortlaufende statistische Auswertung und Evaluation erlaubt es, Veränderungen der behandelnden Klientel zu erkennen und kontinuierliche Verbesserungsprozesse einzuleiten und aufrechtzuerhalten.

Obligatorische Nachbefragungen im Sinne einer Totalerhebung eines jeden Patientenjahrganges sind die Grundlage für die jährlich durchgeführten Einjahreskatamnesen.

Die summative Evaluation des Konzepts zur Behandlung von Patienten mit depressiven

| Zeit | Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7:00 | | Routinelabor | | | | | |
| 7:30 | ***Frühstück*** | | | | | | |
| 8:00 | | Medizinische Diagnostik (EKG, RR, BZ u.a.) | Indikative Gruppe, Metakognitive Therapie bei Depression, 100 Min. | Psychotherapie in der Gruppe, verhaltenstherapeutisch, störungs- und problemspezifisch bei Depression, 90 Min. | Ergotherapie, 90 Min. | | |
| 9:00 | Lauftraining, 45 Min. | Sport- und Bewegungstherapie, 90 Min. | | | | z.B. Ergometer-Training | z.B. Ergometer-Training |
| 10:00 | Sprechstunde Bezugsarzt | | | Selbsthilfetraining (Patientengruppe), 40 Min. | Psychotherapie einzeln, verhaltenstheraeutisch, 50 min. | Meditatives Bogenschießen | |
| 11:00 | Yoga und Atemgymnastik | Visite | | | | | |
| 11:15 – 11:45 | Sozialberatung, 30 Min. | Gesundheitsvortrag, 30 Min. | Rückfallprävention und Nachsorgeplanung, 30 Min. | Gesundheitsvortrag, 30 Min. | Sprechstunde bei Bezugsarzt | | |
| 12:00 | ***Mittagessen*** | | | | | | |
| 13:00 | Ergotherapie, 90 Min. | Psychotherapie in der Gruppe, verhaltenstherapeutisch, störungs- und problemspezifisch bei Depression, 90 Min. | Indikative Gruppe, CBASP, 100 Min. | z.B. Sprechstunde bei Bezugstherapeut | Sport- und Bewegungstherapie, 90 Min. | Vorstellung Selbsthilfegruppen | |
| 14:00 | | | | | | z.B. Gespräch mit diensthabenden Arzt oder Therapeuten | z.B. Filmvorführung |
| 15:00 | Selbsthilfetraining (Patientengruppe), 40 Min. | Selbsthilfetraining (Patientengruppe), 40 Min. | Einführung in die Reha durch Chefarzt, 90 Min. | Therapeutische Aktivität innerhalb der Bezugsgruppe | Unterstützung bei der beruflichen Reintegration, 60 Min. | Bibliotherapie | |
| 16:00 | Progressive Muskelrelaxation (PMR), 40 Min. | PC-gestützte Diagnostik | Progressive Muskelrelaxation (PMR), 40 Min. | | Nordic Walking | Einführungstraining, 60 Min. | Einführungstraining, 60 Min |
| 17:00 | | Physikalische Behandlungen | | Physikalische Behandlungen | | | |
| 18:00 | ***Abendessen*** | | | | | | |

**Tabelle 3**

Exemplarischer Patienten-Wochenplan

Störungen der AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg umfasst u.a. die jährliche Auswertung von Basisdokumentation, SCL-K9 und Patientenzufriedenheitsfragebogen sowie die Durchführung und Auswertung der Jahreskatamnese. Hierbei kommen zum Einsatz:

- die Basisdokumentation Psychosomatik (Wissenschaftsrat der AHG, 2011a),
- der Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (Wissenschaftsrat der AHG, 2011b) und
- die Katamnese Psychosomatik (Wissenschaftsrat der AHG, 2012) sowie
- eine Ergebnisnennung der psychischen Belastung durch den SCL-K9, im Vergleich von Behandlungsbeginn, Behandlungsende und Katamnesezeitpunkt.

Die entsprechenden Ergebnisse fließen auch in das Medizinisch-therapeutische Berichtswesen und die Medizinisch-therapeutische Berichterstattung der AHG ein.

Neben der summativen Evaluation des Depressionskonzeptes ist auch eine differentielle Evaluation, vor allem unter dem Gesichtspunkt der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges bei depressiven Erkrankungen vorgesehen.

Die Beteiligung an gesonderten Evaluations- bzw. Forschungsprogrammen zu „CBASP“ und zur „Metakognitiven Therapie“ wird geprüft. Optional ist auch an die Beteiligung an spezifischen Forschungsprogrammen zur Sicherung der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges gedacht (z.B. Telefonnachsorge).

## 11.3 Qualitätssicherung

Die AHG Kliniken Daun sind gemäß den Anforderungen der internationalen Norm DIN-ISO 9001:2000 zertifiziert (FVS e.V.). Der interne Qualitätsmanagementprozess bedeutet, dass die gesamte Klinikorganisation konsequent auf Behandlungsziele ausgerichtet wird und beständig nach weiteren Verbesserungsmöglichkeiten gesucht wird. Hierzu zählen unter anderem auch ein innerbetriebliches Verbes-

serungs- und Vorschlagswesen, ein Fehlermanagement sowie die fortlaufende Arbeit von Qualitätszirkeln.

Die Kliniken Daun beteiligen sich seit Implementierungsbeginn am Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation.

## 12 Exemplarischer Patienten-Wochenplan

Der Plan zeigt die Behandlungswoche eines Patienten mit depressiver Erkrankung (Tabelle 3).

## Literatur


AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg (2007). *Behandlungskonzept der AHG Kliniken Daun – Thommener Höhe und Abhängigkeitsabteilung der AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg.* Daun.

AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg (2012). *Behandlungskonzept der Abteilung Psychosomatik der AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg.* Daun.

Alexopoulos, I. (2013). *Konzept der Sport- und Bewegungstherapie der AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg.* Daun.

Arieti, S., Bemporad, J. (1983). *Depression, Krankheitsbild, Entstehung, Dynamik und psychotherapeutische Behandlung.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Beck, A. (1970). *Depression. Cases and treatment.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A. (1974). The development of depression. A cognitive model. In R. Friedman R & M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 3-28). New York: Wiley.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1994). *Kognitive Therapie der Depression.* Weinheim: PVU.

Benkert, O. & Hippius, H. (2005). *Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie.* Heidelberg: Springer.

Blumenthal, J. A. (1999). Effects of exercise training on older patients with major depression. *Archives of Internal Medicine, 159,* 2349-2356.

Bodenmann, G. (2009). *Depression und Partnerschaft, Hintergründe und Hilfen.* Bern: Huber.

Brakemeier, E. L., Normann, C. & Berger, M. (2008). Ätiopathogenese der unipolaren Depression: Neurobiologische und psychosoziale Faktoren. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 51,* 379-391.

Brakemeier, E. L. & Normann, C. (2012). Praxisbuch CBASP, Behandlung chronischer Depression. Weinheim: Beltz.

Brakemeier, E. L., Schramm, E. & Hautzinger, M. (2012). *Chronische Depression.* Göttingen: Hogrefe.

Cicchetti, D., Ackerman, B. P. & Izard, C. E. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 7,* 1-10.

Czikkely, M. (1994). Soziotherapie in der stationären Rehabilitation. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), *Handbuch stationäre Verhaltenstherapie.* Weinheim: PVU.

de Jong-Meyer, R., Hautzinger, M., Kühner, C. & Schramm, E. (2007). *Evidenzbasierte Leitlinien zur Psychotherapie Affektiver Störungen.* Göttingen: Hogrefe.

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2007). *KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation.* Berlin.

Deutsche Rentenversicherung (2009). *Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht, Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung.* Berlin.

Deutsche Rentenversicherung (2011a). *Reha-Therapiestandards Depressive Störungen, Leitlinie für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung.* Berlin.

Deutsche Rentenversicherung (2011b). *Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung.* Berlin.

Deutsche Rentenversicherung (2012a). *Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung.* Berlin.

Deutsche Rentenversicherung (2012b). Gemeinsamer Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 23. September 2011. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), *Vereinbarungen zum Suchtbereich.* Berlin.

DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPtK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression (2009a). *S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Kurzfassung* (1. Aufl.). Berlin, Düsseldorf: DGPPN, ÄZQ, AWMF.

DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPtK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression (2009b) *S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Lang-*

*fassung* (1. Aufl.). Berlin, Düsseldorf: DGPPN, ÄZQ, AWMF. Internet: www.dgppn.de, www.versorgungsleitlinien.de, www.awmf-leitlinien.de

DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPtK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression (2012). *S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Kurzfassung* (Version 1.3). Berlin, Düsseldorf: DGPPN, ÄZQ, AWMF.

DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) (2010). *Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression, S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie.* Heidelberg: Springer.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F)* (8. überarb. Aufl.) Bern: Huber.

Dinner, P. (2005). *Depression, 100 Fragen, 100 Antworten. Hintergründe, Erscheinung, Therapie.* Bern: Huber.

Ehrhardt, M. (1994). Sport- und Verhaltenstherapie in der Psychosomatik: Möglichkeiten der Sporttherapie in der psychosomatischen Rehabilitation. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), *Handbuch stationäre Verhaltenstherapie.* Weinheim: PVU.

Fiedler, P. (1996). *Verhaltenstherapie in und mit Gruppen.* Weinheim: PVU.

Franke, G. H. (2002). *SCL-90-R. Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis. Deutsche Version* (2. vollst. überarb. u. neu norm. Aufl.). Göttingen: Beltz-Test.

Freeman, A. & Reinecke, M. A. (1995). *Selbstmordgefahr? Erkennen und Behandeln: Kognitive Therapie bei suizidalem Verhalten.* Bern: Huber.

Goldmann-Posch, U. (1998). *Tagebuch einer Depression.* München: Knaur.

Groen, G., Ihle, W., Ahle, M. E. & Petermann, F. (2012). *Ratgeber Traurigkeit, Rückzug, Depression, Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher.* Göttingen: Hogrefe.

Hautzinger, M. (Hrsg.) (1994). *Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Erkrankungen.* Berlin, München: Quintessenz.

Hautzinger, M. (1999). *Patientenbroschüre Depression, Information für Betroffene und deren Angehörige.* Göttingen: Hogrefe.

Hautzinger, M. (2006). *Ratgeber Depression, Information für Betroffene und Angehörige.* Göttingen: Hogrefe.

Hautzinger, M. (2010). *Akute Depression.* Göttingen: Hogrefe.

Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2006). *Beck Depressionsinventar (BDI-II). Revision.* Frankfurt am Main: Harcourt Test Services.

Hegerl, M., Althaus, D. & Reiners, H. (2005). *Das Rätsel Depression: Eine Krankheit wird entschlüsselt.* München: Beck.

Hoffmann, N. & Hofmann, B. (2002). *Verhaltenstherapie bei Depression.* Lengerich: Pabst Science Publishers.

Joiner, T. (2011). *Myths about suicide.* London: Harvard University Press

Kaluza, G. (2007). *Gelassen und sicher im Stress* (3. Aufl.). Heidelberg: Springer.

Kaluza, G. (2011). *Stressbewältigung – Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung* (2. Aufl.). Berlin: Springer.

Kanfer, F. H., Mai, N., Oberberger, H. & Brengelmann, J. C. (1978). Planning an institution for behavior therapy: a project report. *Behav Anal Modif, 2,* 146-162.

Kanfer, F. H. (1994). Beiträge eines Selbstregulationsmodells zur psychotherapeutischen Praxis. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), *Handbuch stationäre Verhaltenstherapie.* Weinheim: PVU.

Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbst-Management-Therapie.* Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Kasper, S., Buchkremer, G., Dilling, H., Gaebel, W., Hautzinger, M. et al. (1994). *Depressive Störungen erkennen und behandeln, Leitfaden für Ärzte.* Freiburg i. Br.: Karger.

Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. N. et al. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med, 342,* 1462-1470.

Kiesler, D. J. (1983). The 1982 interpersonal circle: a taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review, 90,* 185-214.

Klaghofer, R. & Brähler, E. (2001). Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 49,* 115-124.

Klein, J. P., Steinlechner, S., Sipos, V. & Schweiger, U. (2011). Psychotherapie chronischer Depression nach dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)-Konzept. *Psychother Psych Med, 61,* 526-535,

Kühner, C. & Weber, I. (2001). *Depressionen vorbeugen, Ein Gruppenprogramm nach R. F. Muñoz.* Göttingen: Hogrefe.

Lieb, H. & von Pein, A. (1996). *Der kranke Gesunde.* Stuttgart: Thieme.

Luoma, J. B., Hayes, S. C. & Walser, R. D. (2009). *ACT-Training, Handbuch der Acceptance & Commitment Therapie.* Paderborn: Jungermann.

Manes, F. et al. (2001). A controlled study of repetitive transcranial magnetic stimulation as a treatment of depression the elderly. *Int Psychogeriatr, 13 (2),* 225-231.

McCullough, J. P. (2000). *Treatment for chronic depression. Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy.* New York: Guilford.

McCullough, J. P. (2001). *Skills training manual for diagnosing and treating chronic depression. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy.* New York: Guilford.

McCullough, J. P. (2003.) *CBASP – patient manual.* New York: Guilford.

McCullough, J. P. (2006a). *Mein Weg aus der Depression mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP).* München: CIP-Medien.

McCullough, J. P. (2006b). *Treating chronic depression with disciplined personal involvement.* Berlin: Springer.

McCullough, J. P. (2007). *Behandlung von Depressionen mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP).* München: CIP-Medien.

McCullough, J. P. (2012). *Therapeutische Beziehung und die Behandlung chronischer Depressionen, Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP).* Heidelberg: Springer.

McCullough, J. P., Schramm, E., Schweiger, U., Hohagen, F. & Berger, M. (2006). *Psychotherapie der chronischen Depression. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy – CBASP.* München: Urban & Fischer.

McGrath, E., Keita, G. P., Strickland, B. R. & Russo, N. F. (Hrsg.) (1993). *Frauen und Depression, Risikofaktoren und Behandlungsfragen.* Bergheim: Mackinger.

Meichenbaum, D. (2005). *35 years of working with suicidal patients, lessons learned. Canadian Psychologist, 46,* 64-72.

Meyer, T. D. (2005). *Manisch-depressiv? Was Betroffene und Angehörige wissen sollten.* Weinheim: Beltz.

Meyer, T. D. & Hautzinger, M. (2004). *Manisch-depressive Störungen.* Weinheim: Beltz.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (1999). *Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen.* Freiburg i. Br.: Lambertus.

Missel, P. (2012). *Behandlungsmodul zum dauerhaften Erhalt bzw. zur Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit (Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation MBOR) der Psychosomatischen Abteilung der AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg.* Daun.

Missel, P. & Rolffs, M. (2012). *Abteilungskonzept der Psychosomatischen Abteilung der AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg.* Daun.

Missel, P., Schneider, B., Bick S. & Wieczorek, A. (2011). Ergebnisse einer 1-Jahres-Katamnese nach stationärer Rehabilitation bei abhängigkeitskranken Patienten mit komorbider depressiver Störung. *Suchttherapie, Suppl.,* 38.

Missel, P. & Wieczorek, A. (2007). *Abteilungskonzept der AHG Kliniken Daun – Thommener Höhe und der Abhängigkeitsabteilung der AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg.* Daun.

Missel, P. & Zemlin, U. (1994). Neuere Entwicklungen in der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Suchterkrankungen (Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit). In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), *Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie.* Weinheim: PVU.

Müller-Rörich, T., Hass, K., Margue, F., van den Broek, A. & Wagner, R. (2007). *Schattendasein, Das unverstandene Leiden Depression.* Heidelberg: Springer.

Piaget, J. (1926). *The language and thought of the child.* (Original work published 1923). Brace, New York: Harcourt.

Piaget, J. (1981). Intelligence and affectivity: Their relationship during child development. In *Annual reviews.* (Original work published 1954). Palo Alto, CA: Annual Reviews.

Präsidium des Wissenschaftsrates der AHG (Hrsg.) (2012). *Therapeutische Grundsätze der AHG AG.* Düsseldorf.

Prochaska, J. O. & Di Clemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Research and Practice, 19,* 276-288.

Prochaska, J. O. & Di Clemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. R. Miller & N. Heather (EDs.) *Treating addictive behaviors: Processes of change.* New York: Plenum.

Prochaska, J. O. & Di Clemente, C. C. (1992) Stages of change in the modification of problem behaviors. In R. M. Eisler & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification Sycamore* (pp. 184-218). New York: Academic Press.

Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion, 12,* 38-48.

Röhricht, F. (2000). *Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen.* Göttingen: Hogrefe.

Saß, H., Wittchen, H. U. & Zandig, M. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen DSM IV.* Göttingen: Hogrefe.

Schaarschmidt, U. & Fischer, A. W. (2008). *AVEM – Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster* (3. überarb. u. erw. Aufl.). Frankfurt am Main: Hartcourt Test Services.

Schaub, A., Roth, E. & Goldmann, U. (2006). *Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen. Ein Therapiemanual.* Göttingen: Hogrefe.

Schauenburg, H. & Hofmann, B. (Hrsg.) (2007). *Psychotherapie der Depression, Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend.* Stuttgart: Thieme.

Schneider, R. (2001). „Kontrolle ist gut, Abstinenz ist besser" Anmerkungen zum „Kontrollierten Trinken". *Sucht aktuell, 8/2,* 34-45.

Schneider, R. (2004). Förderung der Teilhabe am Erwerbsleben in der Suchtrehabilitation: Zielsetzung und Konzept. *Sucht aktuell, 11/1,* 67-73.

Schoepf, D., Konradt, B. & Walter, H. (2007). Spezifische Psychotherapie der chronischen Depression mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy. *Nervenheilkunde, 9,* 1-13.

Schramm, E., Casper, F. & Berger, M. (2006). Das „Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy" nach McCullough. *Nervenarzt, 77,* 355-371.

Schubert, C. (2011). *Therapiebaustein Achtsamkeit. Konzeption.* Daun: AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg.

Seligman, M. (1974). Depression and learned helplessness. In R. Friedman & M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research.* New York: Winston-Wiley.

Seligman, M. (1975). *Learned helplessness.* San Francisco: Freeman.

Statistisches Bundesamt (2010a). *Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre.* www.gbe-bund.de (Stand: 25.03.2010).

Statistisches Bundesamt (2010b). *Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der Ge-*

NACHRICHT

# Studie sieht Überlebensvorteile durch mäßigen Alkoholkonsum trotz steigenden Krebsrisikos

*Hin und wieder ein Bier oder ein Glas Wein oder ein Grappa sollen gesund für Herz und Kreislauf sein, während ein hoher Alkoholkonsum schadet. Eine Studie in PLOS Medicine (2018; doi:10.1371/journal.pmed.1002585) bestätigt erneut die „J-Kurve" der Herz-Kreislauf-Sterblichkeit. Der günstige Effekt war auch dann noch nachweisbar, wenn ein erhöhtes Krebsrisiko berücksichtigt wurde, für das es keinen Schwellenwert gibt.*

Die PLCO-Studie („Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian") ist eine unverfängliche Studie, um den kontroversen Einfluss von Alkohol auf das Sterberisiko zu untersuchen. Es gibt ganz sicher keine Interessenskonflikte zu den Herstellern alkoholischer Getränke, die früheren Untersuchungen vorgehalten wurden. Die Studie, an der 99.654 Männer und Frauen im Alter von 55 bis 74 Jahren teilnahmen, wurde vom staatlichen US National Cancer Institute durchgeführt. Ihr primäres Ziel war die Prävention von Krebserkrankungen, was den Vorteil hat, dass neben den Gesamttodesfällen und der kardiovaskulären Sterblichkeit auch die Zahl der Krebstodesfälle genau dokumentiert wurde.

Da die Teilnehmer in einem Fragebogen auch zu ihren Trinkgewohnheiten befragt wurden, konnten Andrew Kunzmann von der Queen's University in Belfast und Mitarbeiter den Einfluss auf die einzelnen Sterberisiken untersuchen. Während einer Nachbeobachtungszeit von 8,9 Jahren oder 836.740 Personenjahren kam es zu 9.599 Todesfällen und 12.763 neuen Krebserkrankungen.

Die Studie bestätigt zunächst die bekannte „J-Kurve" in der kardiovaskulären Mortalität. Menschen, die angaben, niemals Alkohol zu trinken, hatten ein um 58 Prozent höheres Sterberisiko als leichte Trinker (Hazard Ratio 1,58, 95%-Konfidenzintervall 1,26-1,98). Der Tiefpunkt der Mortalitätskurve lag bei eins bis drei alkoholischen Getränken pro Woche. Die kardiovaskuläre Mortalität stieg mit zunehmendem Alkoholkonsum wieder an, allerdings nur langsam. Auch Teilnehmer, die drei bis vier alkoholische Getränken am Tag zu sich nahmen, hatten ein signifikant niedrigeres Sterberisiko als Abstinenzler.

Andererseits stieg das Krebsrisiko bereits mit dem ersten täglichen alkoholischen Getränk an. Und da Alkohol für Krebserkrankungen in Mundraum, Rachen, Kehlkopf, Speiseröhre, Darm, Leber, weiblicher Brust und (wahrscheinlich auch) Magen mitverantwortlich ist, die häufig tödlich enden, steigt auch das Mortalitätsrisiko ab dem ersten Getränk pro Tag an.

Da allerdings das Krebsrisiko durch alkoholische Getränke nur langsam anstieg, blieb in der Gesamt-Mortalität eine „J-Kurve" bestehen. Abstinent lebende Männer hatten insgesamt ein um 25 Prozent höheres Sterberisiko als Männer, die ein bis drei alkoholische Getränke pro Woche zu sich nahmen (Hazard Ratio 1,25; 95%-Konfidenzintervall 1,11-1,40). Bei abstinenten Frauen war die Gesamtmortalität um 29 Prozent erhöht (Hazard Ratio 1,29; 1,14-1,46). Auch für gelegentliche Alkoholkonsumenten (weniger als ein Getränk pro Woche) war das Sterberisiko leicht erhöht. Die Hazard Ratio betrug für Männer 1,14 (1,04-1.24) und für Frauen 1,23 (1,12-1,35).

Starke Trinker (zwei bis drei alkoholische Getränke am Tag) hatten dann wieder ein signifikant erhöhtes Gesamt-Sterberisiko: Die Hazard Ratio betrug für Männer 1,19 (1,07-1,32) und für Frauen 1,38 (1,07-1,78). Bei sehr starken Trinkern (mehr als drei Getränke am Tag) betrug die Hazard Ratio für Männer 1,36 (1,23-1,50) und für Frauen 1,99 (1,51-2,64).

*setzlichen Rentenversicherung ab 2000.* www.gbe-bund.de (Stand 25.03.2010).

Statistisches Bundesamt (2010c). *Krankheitskosten in Mio. Euro für Deutschland 2008.* www.gbe-bund.de (Stand 11.08.2010).

Terman, M. & Terman, J. S. (2005). Light Therapy for seasonal and non seasonal depression: efficacy, protocol, safety and side effects. *CNS Spectrums, 10, 8,* 647-663.

Trenckmann, U. & Heinz, T. W. (1997). *Alkohol und Depression. Wie Sie die Doppelerkrankung besiegen. Neue Möglichkeiten durch kombinierte Behandlung.* Stuttgart: Thieme.

Van Orden, K. A., Witte, T. K., Holm-Denoma, J., Gordon, K. H. & Joiner jr., Th. E. (2011). Youth idle behaviour on excess VI: clinical data supporting a six excess for DSM-V. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 32 (2),* 110-113.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2000). *Aktiv Gesundheit fördern – Das Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation.* Stuttgart: Schattauer.

Vesenbeckh, W. (1994). Ergotherapeutische Ansätze in der Behandlung psychosomatischer und neurotischer Patienten. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), *Handbuch stationäre Verhaltenstherapie* (S. 439-450). Weinheim: PVU.

Wambach, K. & Rief, W. (2012). Ist Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapie (CBASP) eine Verhaltenstherapie? *Verhaltenstherapie, 22,* 224-226.

Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression.* New York: Guilford.

Wells, A. (2011). *Metakognitive Therapie bei Angststörungen und Depression.* Weinheim: Beltz.

Wissenschaftsrat der AHG (Hrsg.) (2011a). *Basisdokumentation Psychosomatik, Version 2011.* Düsseldorf.

Wissenschaftsrat der AHG (Hrsg.) (2011b). *Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung, Version 2011.* Düsseldorf.

Wissenschaftsrat der AHG (Hrsg.) (2012). *Katamnese Psychosomatik, Version 2012.* Düsseldorf.

Wittchen, H. U., Müller, N., Schmidtkunz, B. et al. (2000). Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys „Psychische Störungen". *Fortschritte der Medizin, 118,* 4-10.

Wittchen, H. U. & Hoyer, J. (2006). *Klinische Psychologie und Psychotherapie.* Berlin, Heidelberg: Springer.

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Klose, M. & Ryl, L. (2010). Depressive Erkrankungen. In Robert-Koch-Institut & Statistisches Bundesamt (Hrsg.), *Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51.* Berlin.

Wolfersdorf, M. G. (1992). *Hilfreicher Umgang mit Depressiven.* Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

Wolfersdorf, M. G. (2011). *Depressionen verstehen und bewältigen.* Heidelberg: Springer.

Zarbock, G., Ammann, A. & Ringer, S. (2012). *Achtsamkeit für Psychotherapeuten und Berater.* Weinheim: Beltz.

Zielke, M. (1994). Zielsetzungen und Funktion der Gruppentherapie in der stationären Behandlung. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), *Handbuch stationäre Verhaltenstherapie.* Weinheim: PVU.

Zulley, J. & Wirz-Justice, A. (1999). *Lichttherapie.* Regensburg: Roderer.

**Peter Missel**
Dipl.-Psychologe
Psychologischer Psychotherapeut,
Ltd. Psychologe der MEDIAN Kliniken Daun – Am Rosenberg
Anerkannter Supervisor (VT)
MEDIAN Kliniken Daun – Am Rosenberg
Schulstraße 6
D-54550 Daun
peter.missel@median-kliniken.de

**Dr. med. Michael Rolffs**
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Chefarzt der Psychomatischen Abteilung der MEDIAN Kliniken Daun – Am Rosenberg
Schulstraße 6
D-54550 Daun
michael.rolffs@median-kliniken.de