



## CHRONISCHE DEPRESSION



## 1. Störungsbild:

Die Depression ist eine der häufigsten psychischen Störungen überhaupt. Etwa 16 bis 20 Prozent aller Menschen leiden irgendwann im Laufe ihres Lebens unter einer diagnose- und behandlungswürdigen depressiven Störung. Im Gegensatz zu einer normalen, vorübergehenden Niedergeschlagenheit leiden die Betroffenen mindestens zwei Wochen lang unter gedrückter Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Verminderung des Antriebs, erhöhter Ermüdbarkeit, Konzentrationsproblemen, Schlafstörungen, z.T. mit frühmorgentlichem Erwachen, Morgentief, verändertem Appetit, der z.T. zu Gewichtsveränderungen führt, reduziertem Selbstwertgefühl, Schuldgefühlen, Entscheidungsschwierigkeiten, pessimistischer Zukunftsperspektive bis hin zu Suizidgedanken, psychomotorischer Hemmung oder Agitiertheit sowie Libidoverlust. Je nach Menge und Intensität der Symptome können leichte, mittel- und schwergradige Episoden unterschieden werden. Begleiterkrankungen, sog. Komorbiditäten, sind häufig, insbesondere Angststörungen, Abhängigkeitserkrankungen und somatoforme Erkrankungen. Darüber hinaus können Probleme mit Mitmenschen, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz oder soziale Isolation entstehen.

Trotz medikamentöser und/oder psychotherapeutischer Behandlungen nehmen depressive Erkrankungen bei ca. einem Drittel aller Patienten einen chronischen Verlauf. In mehr als 70% der Fälle beginnt die Störung bereits vor dem Erwachsenenalter, verläuft häufig lebenslang und steht typischerweise im Zusammenhang mit frühen Belastungen in der Kindheit (Schramm, 2012).

Die Ursachen für depressive Erkrankungen sind multifaktoriell; so gibt es neben psychosozialen auslösenden Faktoren (wie z.B. negative Lebensereignisse, Persönlichkeitsmerkmale, akute Belastungen wie z.B. Verlusterlebnisse, berufliche oder familiäre Stresssituationen) auch neurobiologische Ursachen. Verschiedene Studien wiesen bei depressiven Patienten erniedrigte Konzentrationen der Botenstoffe Noradrenalin bzw. Serotonin nach. Dabei scheint aber nicht die Konzentration eines einzelnen Botenstoffes wesentlich zu sein, sondern vielmehr ein Ungleichgewicht im Neurotransmitterhaushalt. Dieser ist mitverursachend oder zumindest Folge der Erkrankung. Neurotransmitter sind für den Transport von Informationen zwischen Nervenzellen zuständig und steuern unser Verhalten, Denken und Fühlen. Die Stoffe Noradrenalin bzw. Serotonin steigern in ausreichender Menge den Antrieb bzw. wirken stimmungsaufhellend. Auch eine Störung im Hormonhaushalt könnte die Depression beeinflussen. Forschungen haben gezeigt, dass bei Betroffenen das Kontrollsystem für Stresshormone gestört ist. Darüber hinaus wurde mithilfe bildgebender Verfahren bei Betroffenen während einer depressiven Episode eine veränderte Aktivität des sogenannten limbischen Systems im Gehirn festgestellt. Das limbische System, auch als stressregulierendes System bezeichnet, ist für das Empfinden und Verarbeiten von Gefühlen mitverantwortlich.

Mittlerweile gibt es erfolgreiche Therapiemethoden, mit denen auch chronisch depressive Erkrankungen behandelt werden können. CBASP (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy) ist ein psychotherapeutisches Verfahren, das von James McCullough speziell für Menschen mit einer chronischen Depression entwickelt wurde. Die Wirksamkeit dieser Behandlungsform ist durch Studien belegt (u.a. Keller et al., 2000, Nemeroff et al., 2003, Schramm et al., 2012). Nach McCullough wird „die Psychopathologie des Patienten mit früh beginnender chronischer Depression durch anhaltende interpersonelle Vermeidung und eine Wahrnehmungsentkopplung von der eigenen interpersonellen Umwelt aufrechterhalten“ (McCullough, 2013). Den theoretischen Hintergrund bilden u.a. Piagets Theorie der kognitiv-emotionalen Entwicklung, Pawlows Modell des respondenten Lernens, Skinners Erkenntnisse zum operanten Lernen, Seligmans Modell der erlernten Hilflosigkeit sowie Kieslers Modell zur Interpersonellen Theorie (Rief 2012).

## 2. Indikationen:

Im Mittelpunkt dieses Schwerpunktprogramms steht die Behandlung von chronisch depressiven Erkrankungen; als „chronisch“ gilt dabei eine Dauer von mehr als zwei Jahren. Dazu gehören die Dysthymia, die Double Depression sowie Rezidivierende depressive Störungen ohne vollständige Remission zwischen den Intervallen.

- **Rezidivierende depressive Störung:** Es treten wiederholt depressive Episoden auf, die in der Regel durch symptomfreie Intervalle unterbrochen werden; es gibt jedoch auch Rezidivierende depressive Erkrankungen ohne vollständige Remission zwischen den einzelnen depressiven Episoden.
- **Anhaltende affektive Störungen:** mehr als zwei Jahre lang anhaltende, leichte depressive Verstimmung (Dysthymia).
- **Andere affektive Störungen:** z.B. Double Depression, d.h. eine vorliegende Dysthymia und zusätzlich eine oder mehr depressive Episoden im Lebensverlauf

### 3. Therapieziele:

Die Ziele werden individuell gemeinsam mit dem Patienten vereinbart. Insgesamt wird eine Besserung der behandelten Symptomatik auf verschiedenen Ebenen angestrebt (Wahrnehmung, Verhalten, Denken) sowie eingeübt (u.a. Situationsanalysen, Fertigkeitentraining).

Mögliche Ziele können sein:

- Aufbau eines Verständnisses davon, wie die eigene depressive Symptomatik entstanden ist und was sie bislang aufrecht erhalten hat
- Überwindung der Depression (Verbesserung von Stimmung, Antrieb, Schlaf, Selbstwert etc.)
- Aufbau positiv erlebter Aktivitäten und sozialer Kontakte
- Verbesserung von Genuss- und Ausgleichsfähigkeiten
- Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit
- Erarbeitung der Auswirkung „prägender“ Beziehungserfahrungen
- Analyse problembehafteter interpersoneller Situationen aus dem Alltag der Patienten
- Verbesserung der Wahrnehmung interaktioneller Situationen
- Verbesserte Wahrnehmung und Korrektur des eigenen Verhaltens

### 4. Therapiekonzept:

Im Rahmen unseres multimodalen, kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Programms zur Behandlung von chronischen Depressionen bieten wir unseren Patienten eine Kombination aus psychotherapeutischen Gruppen- und Einzeltherapien an, ergänzt durch Sport- und Bewegungstherapie, Ergo- und Gestaltungstherapie, berufsbezogenen Gruppen, verschiedenen Angeboten des Sozialdienstes, Physiotherapie, Entspannungsverfahren und einer bedarfsorientierten ärztlich-medizinischen Betreuung.

Pro Woche werden in diesem Behandlungsschwerpunkt insgesamt 4 psychologische Gruppen angeboten, in denen vor allem Elemente aus CBASP aber auch Basisangebote aus der Depressionsbehandlung nach Hautzinger sowie u.a. Übungen aus dem Training sozialer Kompetenzen (GSK) nach Hinsch und Pfingsten integriert sind. Das Therapieprogramm in diesem Schwerpunkt ist auf einen Behandlungszeitraum von insgesamt 6 Wochen ausgerichtet.

Die wöchentlich stattfindende Depressionsgruppe beinhaltet dabei vor allem psychoedukative Bausteine (u.a. Erklärungsmodell, Ursachen und aufrechterhaltende Faktoren einer depressiven Erkrankung, die Rolle von Kognitionen, Denkfehlern und kognitiven Verzerrungen sowie dysfunktionalen Verhaltensweisen).

Im Rahmen der Ressourcengruppe werden vor allen Dingen erlebnisbasierte, emotionsfokussierte und ressourcenorientierte Inhalte u.a. Züricher Ressourcenmodell (Bildkarten), Achtsamkeitsübungen und Genussübungen genutzt, um die positive Erlebnisfähigkeit der Patienten zu fördern.

Im Rahmen der Situationsanalysegruppe werden hauptsächlich Situationsanalysen sowie Lösungsanalysen nach CBASP erarbeitet sowie Rollenspiele durchgeführt.

Im Rahmen des zusätzlich stattfindenden Gruppentrainings sozialer Kompetenzen werden ebenfalls

Rollenspiele durchgeführt sowie der Kiesler-Kreis eingesetzt, um problematische Interaktionsstile der Patienten aufzudecken, zwischenmenschliche Auswirkungen des eigenen Verhaltens zu erkennen, gezielt Alternativen zu entwickeln und Probleme zu lösen. Vermeidendes Verhalten und die daraus folgende Hilflosigkeit sollen dabei durch eine zunehmend aktive und zuversichtliche Haltung ersetzt werden.

Weitere CBASP-Elemente (u.a. Übertragungshypothesen, die Liste prägender Bezugspersonen etc.) werden gezielt in den Einzelgesprächen aufgegriffen.

### **Initialphase (1. – 2. Woche):**

In der Initialphase stehen zunächst eine fundierte Diagnostik sowie der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung im Vordergrund, so dass unsere Patienten sich gestützt und entlastet fühlen sowie Hoffnung auf Besserung entwickeln können. Zudem wird der Einsatz bzw. die Fortführung geeigneter antidepressiv wirkender Medikamente geprüft. In der Psychoedukation werden zunächst der Zusammenhang zwischen Kognitionen, Emotionen und Verhalten sowie die Depressionsspirale vermittelt, so dass auf dieser Basis ein individuelles und biographisch begründetes, kognitiv-verhaltenstherapeutisches Erklärungsmodell zur Entstehung und Aufrechterhaltung der depressiven Symptomatik entwickelt werden kann, aus dem anschließend Ansatzpunkte zur Verbesserung der Stimmung abgeleitet werden. Darüber hinaus werden bestimmte psychosoziale und interaktionelle Faktoren erhoben, die eventuell im Zusammenhang mit der Symptomatik stehen, wie z.B. Schwierigkeiten in der Partnerschaft, Konflikte am Arbeitsplatz etc., um hier konkrete Veränderungen anbahnen zu können. Nach der Erarbeitung der individuellen Therapieziele beginnt die eigentliche Behandlungsphase.

### **Behandlungsphase (3. – 5. Woche):**

In der Behandlungsphase stehen zunächst der gezielte Aufbau positiver Aktivitäten und die Strukturierung des Tagesablaufes im Vordergrund. Durch den Einsatz von Wochenplänen zur Selbstbeobachtung und zum Herausarbeiten von Verstärkern sowie das Bearbeiten der Liste angenehmer Aktivitäten und die anschließende sukzessive Steigerung dieser Aktivitäten verdeutlichen wir unseren Patienten, welche eigenen Einflussmöglichkeiten sie auf ihr Befinden haben. Ein weiterer zentraler Bereich in dieser Behandlungsphase sind die weiter oben geschilderten psychologischen Therapiebausteine im Rahmen der Gruppen- und Einzelgespräche (u.a. Auffinden ungünstiger Einstellungen und depressionstypischer Denkschemata sowie deren Veränderung, Aufdeckung problematischer Verhaltensweisen sowie die Entwicklung einer aktiveren zuversichtlicheren Haltung).

Der CBASP-Ansatz geht dabei folgendermaßen auf die spezifischen Charakteristika chronischer Depressionen ein: zunächst werden die wichtigsten lebensgeschichtlichen Themen zusammengestellt und es wird besprochen, wie sie sich im gegenwärtigen Leben auswirken. Situationen, die unbefriedigend verlaufen oder in denen man von anderen nicht das bekommt, was man sich wünscht, werden aufgeschlüsselt, um erfolgreiche Lösungen dafür zu finden. Hartnäckige ungünstige Verhaltensmuster, die bisher kaum beeinflussbar schienen, werden verändert. Jeder Patient wird angeleitet, seine eigene Wirkung auf die Umwelt wahrzunehmen. Dazu meldet der Therapeut seine persönliche Reaktion auf das Verhalten des Patienten in einer konstruktiv-wohlwollenden Art zurück; in der Therapie soll demnach gelernt werden, die zwischenmenschlichen Auswirkungen des eigenen Verhaltens zu erkennen und gezielt Probleme zu lösen. Vermeidendes Verhalten und daraus folgende Hilflosigkeit sollen durch eine aktive und zuversichtliche Haltung ersetzt werden. Der Schwerpunkt des Verfahrens liegt somit auf der Veränderung von Verhaltensweisen im zwischenmenschlichen Bereich.

Ergänzend werden in dieser Behandlungsphase auch das ABC-Modell nach Ellis vermittelt, übergeordnete dysfunktionale Überzeugungen identifiziert und mittels sokratischer Gesprächsführung und Realitätstests modifiziert sowie alternative Kognitionen und Selbstverbalisationen erarbeitet. Zusätzlich wird in Bezug auf chronische Belastungen im Alltag oder bezüglich anderer aufrechterhaltender Faktoren nach Lösungen gesucht, die Veränderungen im Sinne einer Entlastung ermöglichen. Zur

Förderung der Tagesstruktur, des Aktivitätsniveaus und neuer Sozialkontakte wird darüber hinaus gemeinsam mit dem Patienten ein Wiedereinstieg in das Berufsleben geplant.

#### **Abschlussphase (6. Woche):**

Der Fokus in der Abschlussphase liegt vor allem auf der Rückfallprophylaxe und dem Transfer des Gelernten in die Bedingungen des Alltags, damit es zu einer langfristigen Stabilisierung der erreichten Therapieerfolge kommen kann. So werden Patienten z. B. für zukünftige kritische Situationen sensibilisiert, lernen ihre persönlichen Frühwarnsignale kennen und erarbeiten Notfallstrategien für kritische Momente. Darüber hinaus empfehlen wir konkrete Nachsorgeangebote, vermitteln Adressen und stellen nach Möglichkeit Kontakt zu Nachbehandlern her.

#### **5. Weg zur Reha:**

Der Antrag auf eine medizinisch-psychosomatische Rehabilitation wird in der Regel durch den behandelnden Haus- oder Facharzt gestellt. Patienten können einen Wunsch angeben, in welcher Klinik Sie behandelt werden möchten; die Entscheidung über die Zuweisung liegt dann beim Kostenträger, d.h. in der Regel bei der Kranken- oder Rentenversicherung. Nach erfolgter Kostenzusage und hausinterner Überprüfung der Indikation erhalten unsere Patienten ihren Aufnahmetermin sowie die zur Aufnahme erforderlichen Unterlagen auf dem Postweg zugesandt.

#### **6. Ansprechpartner:**

Dipl.-Psych. Martina Schweda  
Psychologische Psychotherapeutin  
Klinisch-Psychologische Leitung

Telefon: 02974-73-2041

E-Mail: [martina.schweda@johannesbad.com](mailto:martina.schweda@johannesbad.com)

Homepage: [www.fachklinik-hochsauerland.de](http://www.fachklinik-hochsauerland.de)

Johannesbad Fachklinik Hochsauerland  
Zu den drei Buchen 2  
57392 Schmallenberg – Bad Fredeburg