DEPRESSION

JOHANNESBAD FACHKLINIK HOCHSAUERLAND 40 JAHRE

Vielen Dank.

Rehabilitation Zertifizierte Qualität DEGEMED ISO 9001: 2015

TÜV PROFI CERT ISO 9001 73 100 6981 www.proficert.com

1. **Störungsbild:**
   Depressionen sind 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, vorrübergehenden Niedergeschlagenheit leiden die Betroffenen mindestens zwei Wochen lang unter gedrückter Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Verminderung des Antriebs, erhöhter Ermüdbarkeit, Konzentrationsproblemen, Schlafstörungen, z.T. mit frühmorgendlichem 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. Daher ist eine psychotherapeutische Behandlung wichtig. Eine Vielzahl wissenschaftlicher Studien belegt, dass Depressionen mit Hilfe der kognitiven Verhaltenstherapie effektiv und wirksam behandelt werden können.

2. **Indikationen:**
   In unserem kognitiv-behavioral ausgerichteten Schwerpunktprogramm werden Menschen behandelt, die unter folgenden Störungen leiden:

   - **Einzelne depressive Episode:** Die Betroffenen leiden erstmalig unter einer Depression.
   - **Rezidivierende depressive Störung:** Es treten wiederholt depressive Episoden auf, die in der Regel durch symptomfreie Intervalle unterbrochen werden.
   - **Depressive Episode im Rahmen einer bipolaren Störung:** Bei bipolaren Störungen treten sowohl depressive, als auch hypomane oder manische Phasen auf, die gekennzeichnet sind durch situationsinadäquat gehobene, euphorische Stimmung, vermehrten Antrieb, Überaktivität, Rededrang, vermindertes Schlafbedürfnis, reduzierte soziale Hemmungen, starke Ablenkbarkeit, Größenideen, leichtsinniges und sozial unangepasstes Verhalten.
   - **Anhaltende affektive Störungen:** andauernde Instabilität von Stimmung, Aktivität, Selbstvertrauen und Geselligkeit (Zyklothymia) oder mehr als zwei Jahre langanhaltende, leichte depressive Verstimmung (Dysthymia).
   - **Andere affektive Störungen:** z.B. gemischte manisch-depressive Episoden, rezidivierende kurze depressive Störungen, bei denen die einzelnen depressiven Episoden kürzer andauern als zwei Wochen; saisonale affektive Störungen, depressive Episoden mit Bezug zum Menstruationszyklus oder postpartale Depressionen.
   - **Anpassungsstörungen mit depressiver Reaktion:** depressive Störungen, die sich als Reaktion auf einschneidende Belastungen oder Lebensveränderungen, das Vorhandensein einer schweren körperlichen Krankheit oder massive Veränderungen der sozialen Umwelt entwickeln.
   - **Neurasthenie:** gesteigerte Ermüdbarkeit nach geistiger Anstrengung oder körperliche Schwäche nach geringen Anstrengungen in Verbindung mit einer abnehmenden Arbeitsleistung oder Effektivität sowie Reizbarkeit, Unfähigkeit, sich zu entspannen, Schlafstörungen, Schwindel, Muskel- oder Spannungskopfschmerzen.
   - **Postschizophrene Depressionen und depressive Episoden im Rahmen schizoaffektiver Störungen:** Wir behandeln auch Depressionen im Anschluss an eine schizophrene Erkrankung oder bei gleichzeitigem Bestehen einzelner schizophrener Symptome, sofern die schizophrene Symptomatik nicht floride und die Rehabilitationsfähigkeit gegeben ist.

3. Therapieziele:

Die Ziele werden individuell gemeinsam mit dem Patienten vereinbart. Mögliche Ziele können sein:

- Aufbau eines Verständnisses davon, wie die eigene depressive Symptomatik entstanden ist und was sie bislang aufrechterhalten 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
- …

4. Therapiekonzept:

Depressionen sind meist multifaktoriell bedingt. So können bestimmte Lebensereignisse, soziale Einflussfaktoren, Aspekte der Persönlichkeit, Mangel an positiven Aktivitäten und sozialen Kontakten, Erfahrungen von mangelnder Kontrolle, dysfunktionale kognitive Schemata, genetische Einflussfaktoren, neuroendokrinologische Störungen und Störungen der zirkadianan Rhythmik eine Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen spielen, ebenso auch Störungen der Neurotransmission, z.B. durch einen Mangel der Neurotransmitter Serotonin und/ oder Noradrenalin an kritischen Stellen zentralnervöser Reizübertragung, Störungen der Empfindlichkeit prä- und postsynaptischer Rezeptoren, Dysregulationen noradrenerger Synapsen, adrenerg-cholinerge Ungleichgewichte oder Dysbalancen multipler Transmittersysteme. Unser Therapiekonzept zielt darauf ab, diese individuell relevanten aufrechterhaltenden Faktoren zu modifizieren, damit eine Überwindung der depressiven Symptomatik möglich wird.

Im Rahmen unseres multimodalen, kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Programms zur Behandlung von 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.

Das psychotherapeutische Vorgehen orientiert sich an der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung von Depressionen nach Hautzinger, ergänzt nach Bedarf u. a. durch Methoden der kognitiven Umstrukturierung nach Wilken, Übungen aus dem Training sozialer Kompetenzen (GSK) nach Hinsch und Pfingsten, Übungen zum Aufbau von Stressbewältigungskompetenzen nach Kaluza, dem Problemlösetraining nach d'Zurilla und Goldfield sowie Genussübungen aus der kleinen Schule des Genießens nach Lutz bzw. Koppenhöfer.

- **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 werden 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 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, Selbsthilfegruppen ausfindig zu machen oder andere unterstützende Maßnahmen zu ergreifen. Für den Zeitraum der Behandlung stellen wir unseren Patienten Selbsthilfebücher oder Materialien zur Verfügung, damit sie sich in ihrem eigenen Tempo zusätzlich informieren können. Nach der Erarbeitung der individuellen Therapieziele beginnt die eigentliche Behandlungsphase.

- **Behandlungsphase (3.-5. Woche):**

  In der Behandlungsphase steht 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 unserer Patienten, welche eigenen Einflussmöglichkeiten sie auf ihr Befinden haben. Danach werden das ABC-Modell nach Ellis vermittelt, übergeordnete dysfunktionale Überzeugungen identifiziert und mittels sokratischer Gesprächsführung und Realitätstests modifiziert sowie alternative Kognitionen und Selbstverbalisationen erarbeitet. Sozial kompetentes Verhalten als Voraussetzung zufriedenstellender sozialer Kontakte wird anhand konkreter Beispiele vermittelt und eingeübt. Ergänzend wird in Bezug auf chronische Belastungen im Alltag oder andere aufrechterhaltende Faktoren nach Lösungen gesucht, die Veränderungen im Sinne einer Entlastung ermöglichen. In diesem Zusammenhang fördern wir das Erlernen von Entspannungs- und Genussfertigkeiten, Stressbewältigungs- und Problemlösefertigkeiten oder unterstützen je nach individuellen auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren auch die aktive Auseinandersetzung mit Trauer nach Verlusten (nach Dr. Wolf) oder Partnerschaftsproblemen (nach Schindler, Hahlweg und Revenstorf). Zur Förderung der Tagesstruktur, des Aktivitätsniveaus und neuer Sozialkontakte wird gemeinsam mit dem Patienten auch 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. Ansprechpartnerin:

Dipl.-Psych. Martina Schweda
Psychologische Psychotherapeutin
Klinisch-Psychologische Leitung
Telefon: 02974-73-2041
E-Mail: martina.schweda@johannesbad.com.de
Homepage: www.fachklinik-hochsauerland.de

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