



Affektive Störungen



Vielen Dank.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung:	3
2. Störungsbild:	3
3. Indikationsstellung:	4
4. Therapieziele	4
5. Behandlungsprozess:	5
5.1. Initialphase (1.-2. Woche):	5
5.2. Behandlungsphase (2.-4. Woche):	6
5.3. Abschlussphase (5. Woche):.....	6
6. Weg zur Rehabilitation/ Antragsprocedere	6
7. Ansprechpartnerin:	7

1. Einleitung:

Affektive Störungen (Depression) stellen eine der häufigsten, aber in ihrer individuellen und gesellschaftlichen Bedeutung am meisten unterschätzte Erkrankung dar. Aktuell belegen depressive Störungen Platz 3 der „Volkskrankheiten“ in Deutschland. Das Risiko mindestens einmal im Lebensverlauf an einer depressiven Störung zu erkranken beträgt 16-20 %. Studien zeigen, dass die Symptom-schwere depressiver Störungen in den letzten Jahren immer mehr zunimmt. Darüber hinaus sind Betroffene immer jünger. Frauen erkranken in etwa doppelt so oft als Männer. Besondere Risiken für die Entwicklung einer depressiven Störung sind unter anderem eine mangelnde soziale Einbindung (z. B. Alleinerziehende, Scheidung), eine prekäre Erwerbsituation sowie auch ein städtisches Wohnumfeld. Affektive Störungen treten in vielen Fällen nicht alleine auf. Über 60 % der Betroffenen leiden unter einer weiteren psychischen Störung (unter anderem substanzbezogene Störungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen). Darüber hinaus steigt das Risiko für ernsthafte somatische Erkrankungen wie etwa Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus oder Schmerzstörungen. Die Mortalität ist bei Betroffenen um etwa 50 % erhöht. Die durchschnittliche Lebenserwartung ist um 7-14 Jahre verringert. Die Suizidrate ist um das 20-fache gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht. Affektive Störungen stellen jedoch nicht nur für Betroffene, sondern auch für deren Angehörige eine massive Belastung dar. Beispielsweise kann sich eine depressive Störung bei einem oder beiden Elternteilen deutlich negativ auf die Entwicklung ihrer Kinder auswirken. Daneben haben depressive Störungen auch eine erhebliche gesundheit ökonomische Relevanz. Bei den Einzeldiagnosen sind depressive Störungen die häufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeitszeiten. Diese halten im Schnitt über 50 Tage an. Auch sind depressive Störungen die häufigste Ursache von Frühverrentungen wegen Erwerbsminderung. Neben diesen eher indirekten gesundheitlichen Folgekosten verursachen depressive Störungen auch massive direkte Kosten durch die Inanspruchnahme von medizinischen Heilbehandlungen, Präventions-, Rehabilitations- und Pflegemaßnahmen. Diese betragen im Jahr 2015 2,9 Mrd. Euro bei Männern und 5,8 Mrd. Euro bei Frauen. Pro Patient:in fallen pro Jahr im Schnitt zwischen 3.000 und 5.000 Euro Gesamtkosten an.

2. Störungsbild:

Depressive Störungen treten mit unterschiedlichen Schweregraden und mit unterschiedlichen Verläufen auf. Anders als vorübergehende Phasen von Niedergeschlagenheit und Traurigkeit sind affektive Störungen psychische Störungen, die durch einen Zustand deutlich gedrückter Stimmung, Interesselosigkeit und Antriebsminderung über einen längeren Zeitraum gekennzeichnet sind. Daneben treten auch unspezifische Symptome wie starke Selbstzweifel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Grübelneigung sowie Schlaf- und Appetitstörungen auf. Darüber hinaus können verschiedenste körperliche Beschwerden auftreten. Eine depressive Störung beeinträchtigt die gesamte Lebensführung und Bewältigung des Alltags sowie die Teilhabe am sozialen, gesellschaftlichen sowie Erwerbsleben. Der Leidensdruck Betroffener und Angehöriger ist hoch.

3. Indikationsstellung:

Folgende Störungsbilder können in unserem Schwerpunktprogramm für affektive Störungen behandelt werden:

- **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.
- **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.

4. Therapieziele

Zu Behandlungsbeginn werden die Rehabilitationsziele individuell gemeinsam mit den Rehabilitand*innen vereinbart, die im Behandlungsverlauf regelmäßig überprüft werden. Mögliche Zielsetzungen können sein:

- Verbesserung der **Alltagsfunktionalität** sowie von **Aktivität und Teilhabe** (z.B. Verbesserung der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, Verbesserung kognitiver Funktionseinschränkungen, Verbesserung der Selbstbehauptungsfähigkeit)
- **Symptombezogene Zielsetzungen** (z.B. Verbesserung von Antrieb, Schlaf, Stimmung)

- Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung der **Erwerbsfähigkeit**
- Verbesserung der psychischen und somatischen **Komorbiditäten** (z.B. Verbesserung internistischer und orthopädischer Begleiterkrankungen)
- Förderung eines **gesundheitsbewussten Lebensstils** (z.B. Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten, Nikotinabstinenz, Gewichtsreduktion)

5. Behandlungsprozess:

Das Therapiekonzept unseres Schwerpunktprogramms für affektive Störungen orientiert sich eng an den Empfehlungen der aktuellen nationalen Versorgungsleitlinie NVL unipolare Depression (Version 3.1, 2002). Die multimodale und multiprofessionell betreute Behandlung findet in drei Phasen statt:

5.1. Initialphase (1.-2. Woche):

Zu Behandlungsbeginn erfolgen neben einer umfassenden medizinischen und therapeutischen Anamneseerhebung zahlreiche Eingangs- und Funktionsuntersuchungen (u.a. Labordiagnostik, apparativ-technische Diagnostik, psychometrische Diagnostik, digitale kognitive Leistungsdiagnostik). Das Beschwerdebild wird diagnostisch eingeordnet. Dabei werden auch psychische und somatische Komorbiditäten berücksichtigt. Daneben findet ein ausführliches Motivations- und Erwartungsmanagement statt, in dessen Rahmen gemeinsam mit dem/der Rehabilitand*in individuelle funktions- und teilhabebasierte und an ICF orientierte Rehabilitationsziele erarbeitet werden. Hieraus leitet sich der individuelle Behandlungsplan ab.

Methoden der motivorientierten Beziehungsgestaltung durch das Behandlungspersonal und ein Bezugspflege- und –therapeut:innensystem sorgen für den Aufbau einer tragfähigen und vertrauensvollen therapeutischen Arbeitsbeziehung in familiärer Atmosphäre. Um die soziale Einbindung in die Patient:innen-Gruppe zu erleichtern, fungiert ein/e bereits im Hause befindliche/r Rehabilitand*in als Mentor*in und Ansprechpartner*in.

Die Integration in das störungsspezifische Behandlungsprogramm (Basistherapieplan) erfolgt bereits unmittelbar nach dem Aufnahmeverfahren. Im Rahmen psychoedukativer Angebote wird gemeinsam ein individuelles Störungsmodell zur Entstehung und Aufrechterhaltung der depressiven Symptomatik entwickelt. Hieraus werden Ansatzpunkte zur Veränderung von Denk- und Verhaltensmustern abgeleitet, die dann im weiteren Behandlungsverlauf mit Hilfe verschiedenster therapeutischer Techniken modifiziert werden.

Den Abschluss der Initialphase bilden ausführliche psychologische und medizinische Visiten mit dem Leitungsteam der Klinik, bei der die bisherigen Erkenntnisse aus der Eingangsphase zusammengetragen und gemeinsam besprochen werden. Notwendige weiterführende diagnostische Maßnahmen, Anpassungen und Erweiterungen des Basistherapieplans werden anhand der gewonnenen Erkenntnisse vereinbart.

5.2. Behandlungsphase (2.-4. Woche):

Das Grundgerüst (Basistherapieplan) unseres multimodalen Behandlungsplans für den Bereich der affektiven Störungen bilden die vier Säulen kognitiv-verhaltenstherapeutische Psychotherapie im Einzel- und Gruppensetting (z.B. Umgang mit Emotionen, selbstsicheres Verhalten und Kommunikation), Sport- und Bewegungstherapie (z.B. Körpertherapie, Rücken Fit, Pilates), psychosoziale Therapien (z.B. Ergo- und Soziotherapie) sowie Angebote aus dem Bereich der Medizinisch-Beruflich orientierten Rehabilitation (z.B. Stressbewältigungstraining, Berufliches Orientierungscoaching, digitales kognitives Training). Je nach Indikation werden die Möglichkeiten einer psychopharmakologischen Behandlung inkl. systematischem therapeutischem Medikamentenmonitoring (Serumspiegelkontrollen) gemeinsam erörtert. Darüber hinaus stehen Angebote zur Förderung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils (z.B. Nikotinabstinenz, Gruppe Vital & Aktiv, Schlafsprechstunde) und zur Förderung der Rekreation (z.B. Achtsamkeit, naturnahe Therapien, Entspannungstraining, Klangschalenmassage) zur Verfügung. Ergänzend kommen je nach individueller Zielsetzung und nach Vereinbarung unterstützende nicht-medikamentöse Therapieverfahren (z.B. Kunst- und Musiktherapie, tiergestützte Therapie, Aromatherapie, Lichttherapie, kreatives Schreiben) zum Einsatz. Selbsthilfe und Selbstmanagement-Fähigkeiten werden im Rahmen von selbst geleiteten Bezugsgruppen gefördert. Zahlreiche Freizeitaktivitäten (z.B. geführte Wanderungen, Stretch & Relax) ermöglichen den Aufbau und die Wiederentdeckung von Ressourcen sowie den Abbau von sozialem Rückzugsverhalten.

5.3. Abschlussphase (5. 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 Rehabilitand*innen 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 Kontakte zu Nachbehandler*innen und leiten je nach Bedarf gemeinsam Maßnahmen zur Reintegration in das Erwerbsleben ein.

6. Weg zur Rehabilitation/ Antragsprocedere

Der Antrag auf eine medizinisch-psychosomatische Rehabilitation wird in der Regel durch den behandelnden Haus- oder Facharzt gestellt. Patient:innen 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 Patient:innen ihren Aufnahmetermin sowie die zur Aufnahme erforderlichen Unterlagen auf dem Postweg zugesandt.

7. Ansprechpartnerin:

M.Sc. Carina Weber

Psychologische Psychotherapeutin

Fachpsychologin für Rehabilitation (BDP)

Klinisch-Psychologische Leitung

Telefon: 02974-73-2039

E-Mail: carina.weber@johannesbad.com

Homepage: www.johannesbad-medizin.com/bad-fredeburg-psychosomatik

Johannesbad Fachklinik Hochsauerland

Zu den drei Buchen 2

57392 Schmallenberg – Bad Fredeburg