

Therapie der Depression

Praxisbuch der Behandlungsmethoden

Bearbeitet von
Carsten Konrad

1. Auflage 2016. Buch inkl. Online-Nutzung. XI, 459 S. Mit Online-Extras.

ISBN 978 3 662 50346 1

Format (B x L): 16,8 x 24 cm

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Sonstige Medizinische Fachgebiete > Psychiatrie, Sozialpsychiatrie, Suchttherapie](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei



Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

Psychoedukation

Stefanie Losekam, Carsten Konrad

- 2.1 Einleitung – 16**
 - 2.1.1 Psychoedukation – 16
 - 2.1.2 Indikationen und Limitationen – Für wen eignet sich das Verfahren? – 16
 - 2.1.3 Ziele – 17
- 2.2 Fallvignette – 17**
- 2.3 Praktische Therapiedurchführung: Therapiebausteine – 18**
 - 2.3.1 Therapiebaustein „Was ist Depression?“ – 18
 - 2.3.2 Therapiebaustein „Wie entsteht Depression? – Das Stressfass“ – 21
 - 2.3.3 Therapiebaustein „Meine persönlichen Kennzeichen“ – 23
 - 2.3.4 Therapiebaustein „Behandlungsmöglichkeiten von Depression“ – 23
 - 2.3.5 Therapiebaustein „Wie erkläre ich es meinem Umfeld?“ – 24
 - 2.3.6 Therapiebaustein „Rückfallprophylaxe I – Meine persönlichen Frühwarnzeichen“ – 26
 - 2.3.7 Therapiebaustein „Rückfallprophylaxe II: Rückfallrisiken kennen und minimieren“ – 27
 - 2.3.8 Therapiebaustein „Rückfallprophylaxe III – Mein Helferteam“ – 28
- 2.4 Besonderheiten und Fallstricke – 29**
 - 2.4.1 Typische Probleme und Lösungsvorschläge – 29
 - 2.4.2 Kombinierbarkeit mit anderen Methoden – 29
- 2.5 Zusammenfassung des Kapitels – 29**
- 2.6 Materialien – 30**
 - Literatur – 30

Zusammenfassung

Das vorliegende Kapitel beschäftigt sich mit der Psychoedukation von depressiven Patienten und ihren Angehörigen. Im ersten Teil werden die Bedeutung und Ziele der Psychoedukation dargestellt. Im zweiten Teil wird die Durchführung von Psychoedukation im stationären Setting praxisnah beschrieben. Viele Patientenbeispiele, Formulierungshilfen und Arbeitsblätter veranschaulichen die Durchführung der einzelnen Therapiebausteine, die sowohl in Gruppen- als auch Einzeltherapien umgesetzt werden können. Inhaltlich reichen diese von der Erarbeitung der Entstehung von Depression, ihrer Merkmale, Behandlungswege bis zu Maßnahmen, die den Rückfallschutz betreffen. Das Kapitel schließt mit typischen Problemen in der Anwendung von Psychoedukation bei depressiven Patienten und zugehörigen Lösungsvorschlägen ab.

2.1 Einleitung

2.1.1 Psychoedukation

Der Begriff „Psychoedukation“ steht für eine therapeutisch geleitete, patientengerechte Aufklärung und Informationsvermittlung in Bezug auf die depressive Symptomatik und Therapie des Patienten. Psychoedukation ist eine **therapeutische Grundvoraussetzung**, um beim Patienten (und dessen Angehörigen) sowohl ein **Verständnis für seine Symptomatik** als auch **Zuversicht und Hoffnung** in Bezug auf dessen Behandlung zu schaffen, sodass er die vorgeschlagene Therapie besser nachvollziehen und sich dort aktiv einbringen kann. Die durch Psychoedukation ermöglichte Expertise des Patienten soll ihm dabei helfen, verantwortungsvoll innerhalb des Therapiegeschehens zu agieren und an einer **partizipativen Entscheidungsfindung** in der Therapeut-Patient-Beziehung mitzuwirken.

Das Konzept der Psychoedukation fand in den 80er-Jahren seinen Einzug in die Psychiatrie und wird seitdem mit großem Erfolg eingesetzt. Im stationären Klinikalltag ist die **psychoedukative Gruppe** für Patienten die etablierteste Form der patientengerechten Informationsvermittlung zum Thema „Depression“, da auf diese Weise mehrere Patienten gleichzeitig erreicht werden und durch die Anreicherung ihrer eigenen Erfahrungen mit

ihrem Krankheitserleben und dessen Bewältigung zu einer konstruktiven gruppendifferenten Auseinandersetzung beitragen. Psychoedukation wird auch im **psychotherapeutischen Einzelgespräch** vielfach eingesetzt. Vielerorts gibt es weiterhin **Angehörigengruppen**, innerhalb derer v. a. Familienmitglieder von Betroffenen Hintergründe über die depressive Symptomatik und deren Behandlungsmöglichkeiten erfahren sowie einen darüber hinausgehenden gemeinsamen Erfahrungsaustausch erleben.

Inzwischen existieren **manualisierte Konzepte der Psychoedukation bei Depression** für Patienten und deren Angehörige, deren Wirksamkeit für den therapeutischen Prozess wissenschaftlich evaluiert ist (z. B. Pitschel-Walz et al. 2003).

Zusammenfassung

- Psychoedukation ist eine Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Depressionsbehandlung
- Beinhaltet für Patienten und Angehörige verständliche Informationen über depressive Symptome und deren Behandlungsoptionen, schafft Hoffnung und Zuversicht
- Der Patient wird Experte für seine Erkrankung und kann aufgeklärt Entscheidungen innerhalb des therapeutischen Prozesses treffen
- Wird insbesondere in Gruppenform angeboten

2.1.2 Indikationen und Limitationen – Für wen eignet sich das Verfahren?

Gemäß der S3-Leitlinie/NVL „Unipolare Depression“ erhält der psychoedukative Einbezug von Patienten und Angehörigen in die Depressionsbehandlung den Empfehlungsgrad „A“ (DGPPN 2015). In einer Übersichtsarbeit konnte gezeigt werden, dass gezielte Informationen für Patienten und Angehörige, z. B. in Bezug auf die Vermittlung eines Krankheitsmodells, Symptome und Verlauf der depressiven

Symptomatik, vorgeschlagene Behandlungsmaßnahmen und aktiven Einbezug des Betroffenen in die medizinische Entscheidungsfindung mit einem besseren Krankheitsverständnis und einer höheren Behandlungszufriedenheit seitens des Patienten einhergehen (Bengel 2000).

Vor dem Hintergrund des vorliegenden Buches ist der Einsatz von Psychoedukation eine Voraussetzung für jede in den folgenden Kapiteln beschriebene Form der Depressionsbehandlung und eignet sich für alle depressiven Patienten. Je nach kognitiver Beeinträchtigung des Patienten (z. B. eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit und Auffassungsgabe, ausgeprägter inhaltlich-depressiver Denkstil) muss die Menge des Inhaltes an dessen Aufnahmekapazität angepasst werden, um den gewünschten entlastenden und informierenden Effekt zu erzielen (► Abschn. 2.4).

Zusammenfassung

- Psychoedukation ist laut S3-Leitlinie bei allen depressiven Patienten indiziert
- Ihr günstiger Effekt auf den Behandlungserfolg konnte belegt werden
- Bei kognitiv beeinträchtigten depressiven Patienten muss der psychoedukative Inhalt deren Auffassungsmöglichkeiten angepasst werden

2.1.3 Ziele

Das Konzept der Psychoedukation bei depressiven Patienten beinhaltet die folgenden Ziele:

- Patienten und ggf. deren Angehörige sollen Hoffnung und Zuversicht in die vorgeschlagene Behandlung setzen,
- depressive Symptome besser zuordnen und verstehen lernen,
- den Verlauf der Erkrankung kennen,
- Eigenverantwortung i. S. einer aktiven Mitarbeit und Verpflichtung zur Therapie entwickeln,
- gut informiert Entscheidungen treffen können,
- sich als aktive Partner in der Therapeut-Patient-Beziehung verstehen.

2.2 Fallvignette

Frau P., eine 28-jährige Friseurmeisterin, leidet erstmals unter einer depressiven Episode und begibt sich nun voller Zweifel und Ängste, aber auch mit ein wenig Hoffnung in stationäre Behandlung. Bereits seit einigen Monaten konnte sie nachts nicht mehr schlafen, war tagsüber gerädert und konnte sich die einfachsten Dinge nicht mehr merken. Bei ihrer Arbeit im Salon war sie teilweise fahrig und unkonzentriert, ihre Haarschnitte erinnerten sie an ihre Ausbildungsjahre, was ihr furchtbar unangenehm war. Zu den Kunden wurde sie zunehmend unfreundlich und gereizt, was ihre Chefin ihr missbilligend rückmeldete. Nach Feierabend legte sie sich meistens auf die Couch, fühlte sich in ihrer unaufgeräumten Wohnung immer unwohler, war aber nicht imstande, etwas daran zu ändern. Ihr Lebensgefährte brachte immer öfter Essen vom Chinesen mit und ging abends allein aus, weil Frau P. nicht genug Energie dafür hatte. Die Stimmung wurde mehr und mehr sorgenvoll, gleichgültig und freudlos. Nachdem Frau P. nach langem Zureden durch ihren Lebensgefährten bei einem Facharzt für Psychiatrie vorstellig geworden war, stellte dieser die Diagnose einer unipolaren Depression und begann umgehend mit einer antidepressiven Pharmakotherapie. Frau P. vertrug das Medikament aber überhaupt nicht. Parallel dazu sank ihr Leistungsniveau immer weiter, weshalb sie an der Diagnose zweifelte. Sie litt ja nicht nur unter „Traurigkeit“. Was war mit den Gedächtnisstörungen? Und der Müdigkeit? Frau P. dachte, sie könne doch unmöglich schon mit 28 Jahren an einer Demenz leiden und befürchtete das Schlimmste. Der Arzt versuchte, ihr zu erklären, dass Konzentrations- und Gedächtnisstörungen ebenfalls Symptome einer Depression seien und empfahl ihr eine stationäre Behandlung im nahegelegenen Krankenhaus. Frau P. war im ersten Moment geschockt. Wie schlimm musste es um sie bestellt sein? War sie verrückt? Was, wenn die Kunden aus dem Salon davon erfuhren? Ihr Lebensgefährte machte ihr Mut, indem er sagte, sie solle an sich denken und dass dort viele Therapeuten und Pflegekräfte den ganzen Tag nichts anderes täten, als depressiven Menschen zu helfen, also auch ihr. So kam Frau P. dann mit gemischten Gefühlen am Aufnahmetag auf die Depressionsstation.

Am Beispiel von Frau P. wird anschließend die praktische Durchführung einer Psychoedukation erläutert.

2.3 Praktische Therapiedurchführung: Therapiebausteine

Die nun folgende praktische Durchführung der Psychoedukation für depressive Patienten wird in Form von Therapiebausteinen beschrieben. Diese eignen sich in der Mehrzahl sowohl für Einzel- als auch Gruppenpsychotherapie. Gruppentherapie bietet den Vorteil, viele Patienten gleichzeitig zu erreichen und deren unterschiedlichen Kenntnisstand, Therapieerfahrung und -status positiv zu nutzen. Bei erstmalig erkrankten Patienten und solchen, die vielleicht momentan nicht „gruppenfähig“ sind, weil die Symptome der inneren oder psychomotorischen Unruhe, Ängstlichkeit und Konzentrations-einbußen so erheblich belastend sind, ist das therapeutische Einzelgespräch vorzuziehen, da Inhalt und Menge auf diese Weise individueller auf den Patienten abgestimmt werden können. Sollte die Psychoedukation vorwiegend als Gruppentherapie angeboten werden, dann ist es hilfreich, ein Flipchart zu verwenden und das Arbeitsblatt eher erst am Ende der Gruppensitzung zu verteilen. Der Therapeut lässt dann zusammen mit der Patientengruppe während der Gruppensitzung das Arbeitsblatt auf dem Flipchart entstehen. Dabei genügt eine grobe Skizze des wesentlichen Inhalts. Das Flipchart hat den Vorteil, die Aufmerksamkeit der Patienten auf einen gemeinsamen Erarbeitungsprozess zu lenken, anstatt dass jeder sich auf sein eigenes Arbeitsblatt konzentriert.

Die Dauer der einzelnen Therapiebausteine wird jeweils für eine Einzel- und Gruppentherapie angegeben. Wenn die Psychoedukation in Gruppenform angeboten wird, nehmen die Therapiebausteine erfahrungsgemäß mehr Zeit in Anspruch. Schließlich sollen die Gruppenteilnehmer einzbezogen werden, Inhalte selbst erarbeiten und eigene Fragen klären.

Unabhängig von der Art der Durchführung ist es ganz besonders wichtig, eine gut verständliche und laiengerechte Sprache zu verwenden. Ängste und Erfahrungen der Patienten sollten aufgegriffen werden mit dem Ziel der Aufklärung, Entstigmatisierung und Hoffnungsvermittlung. Der Patient sollte wirklich verstanden haben, was der Therapeut ihm erklärt hat. Daher lohnt es sich, immer und immer wieder zu wiederholen. Es folgt eine Übersicht zum Therapieablauf.

Psychoedukative Therapiebausteine

- 2.3.1 Was ist Depression?
- 2.3.2 Wie entsteht Depression? – Das Stressfass
- 2.3.3 Meine persönlichen Kennzeichen
- 2.3.4 Behandlungsmöglichkeiten von Depression
- 2.3.5 Wie erkläre ich es meinem Umfeld?
- 2.3.6 Rückfallprophylaxe I – Meine persönlichen Frühwarnzeichen
- 2.3.7 Rückfallprophylaxe II - Rückfallrisiken kennen und minieren
- 2.3.8 Rückfallprophylaxe III – Mein Helferteam

2.3.1 Therapiebaustein „Was ist Depression?“

Im Überblick

- **Indikation:** bei allen depressiven Patienten zu Therapiebeginn, besonders bei erstmalig erkrankten Patienten
- **Ziel:** Informationsvermittlung über Leitsymptome, Verlauf, Häufigkeit und Formen der Depression
- **Dauer:** Einzel: 50 min, Gruppe: 75–100 min

In diesem Therapiebaustein geht es darum, den Patienten erste Informationen darüber zu vermitteln, was man unter Depression versteht, wie häufig sie auftritt, dass sie in Phasen verläuft und welche Formen dabei unterschieden werden. Ein typischer Einstieg in eine Gruppensitzung könnte sein:

Fallbeispiel: Einstieg in eine Gruppensitzung

- T: Heute beschäftigen wir uns mit der Frage „Was ist Depression überhaupt?“. Ich möchte mit Ihnen zusammentragen, was Sie schon darüber wissen. Damit meine ich zum einen, welche Beschwerden unter dem Begriff der Depression zusammengefasst werden. Und zum anderen möchte ich Ihnen zeigen, wie Depressionen verlaufen und welche Formen wir dabei unterscheiden. Das werde ich dann an diesem Flipchart aufschreiben, dann können wir uns das alle besser merken. Wenn Sie Fragen haben, dann werden Sie die ruhig los, denn genau dafür ist diese Gruppe da.

In der Einzeltherapie kann von Beginn der Stunde an das ► [Arbeitsblatt 2.1 „Informationsblatt Depression“](#) verwendet werden. Es enthält die wichtigsten Informationen zu diesem Therapiebaustein in Textform. Das erleichtert es dem Patienten, die wichtigsten Dinge auch später noch einmal nachzulesen oder das Arbeitsblatt seinen Angehörigen zu zeigen. Neben dem Text bietet das Arbeitsblatt auch Platz für eigene Notizen. Während einer Gruppentherapie wird das Blatt erst am Ende ausgeteilt, wenn die Patienten den Inhalt unter therapeutischer Anleitung in weiten Teilen selbst erarbeitet haben.

Im Folgenden wird eine exemplarische Gruppensitzung dargestellt. Im ersten Teil „Depressive Symptome“ geht es darum, möglichst die Hauptsymptome von den Patienten erarbeiten zu lassen. Es wird hier nicht ganz so ausführlich und individuell gearbeitet wie im Therapiebaustein „Kennzeichen der Depression“ (► [Abschn. 2.3.3](#)), es empfiehlt sich deshalb, darauf zu verweisen, dass dem Thema noch eine extra Gruppenstunde gewidmet wird. Das folgende Fallbeispiel zeigt die praktische Umsetzung.

Fallbeispiel: Exemplarische Gruppensitzung

- T: Mich interessiert, was Sie denn eigentlich unter einer Depression verstehen. Welche sind Ihrer Meinung nach die Hauptsymptome?
- P1: Depressive Stimmung würde ich sagen.
- P2: Ja, man sagt doch immer „Ich bin deprimiert“.
- T: Ich bin froh, dass Sie das erwähnen. Wahrscheinlich kennen das die meisten Menschen, dass sie sich irgendwann einmal deprimiert gefühlt haben, wie Sie sagen. Zu der Diagnose einer Depression gehört aber weitaus mehr. Lassen Sie uns doch mal tiefer gehen. Herr W., Frau T. und die anderen: Beschreibt es das Wort „deprimiert“ für Sie denn treffend, wie Ihre Stimmung war, bevor Sie herkamen?
- P2: Nein, nicht mal annähernd. Ich hatte an wirklich nichts mehr Freude. Oft habe ich auch gar nichts gefühlt. Nicht mal Traurigkeit.
- P1: Ging mir ähnlich bis auf das mit der Traurigkeit. Manchmal war ich auch plötzlich so verzweifelt, dass ich weinen musste. Das fand ich furchtbar. Es hat ja niemand verstanden. Ich hatte ja alles.
- T: Das, was Sie beide beschreiben – und ich sehe, dass einige andere ebenfalls zustimmend nicken – nennt man „Freudlosigkeit“. Die

Stimmung kann in der Depression auch traurig sein, ist es aber nicht zwangsläufig. Das „Gefühl der Gefühllosigkeit“ ist auch ein Symptom. Sehr gut! Ich schreibe das gleich mal an das Flipchart (schreibt Hauptsymptome: Traurige Stimmung/ Freudlosigkeit/Gefühllosigkeit).

Wie stand es um Ihre Energie?

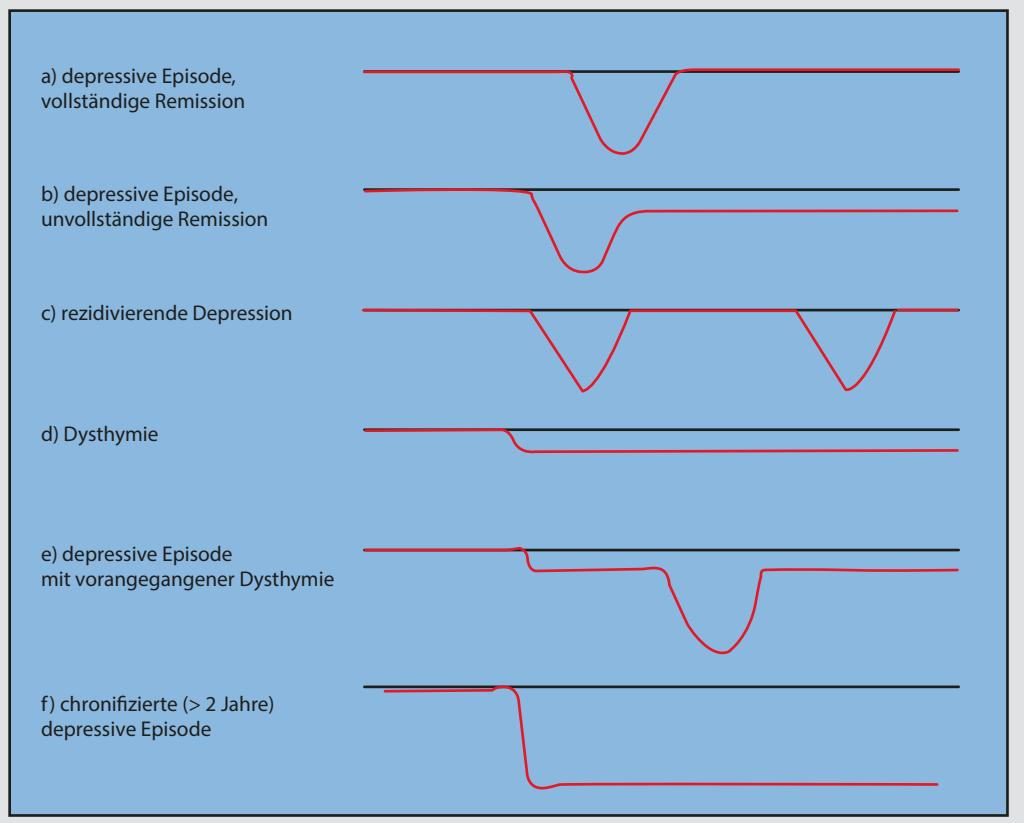
Nach Erarbeitung weiterer Hauptsymptome (insbesondere Antriebslosigkeit und Interessenverlust) folgen Informationen zu **Dauer und Häufigkeit**. Der Therapeut kann diese Punkte referieren oder die Patienten nach ihrer Einschätzung dazu befragen (z. B. „Was schätzen Sie denn, wie lange diese Symptome vorliegen müssen, bis man von einer Depression und nicht mehr vom umgangssprachlichen Deprimiertsein spricht?“). Am Flipchart können entsprechende kurze Stichpunkte dazu gemacht werden. Dann wird zum Thema **Verlauf** übergeleitet. Das Ziel dabei ist es zu erklären, dass Depression eine phasenhaft verlaufende Erkrankung ist. Man unterscheidet dabei eine sog. Akutphase, während derer die Symptome stark ausgeprägt sind, sodass das allgemeine Leistungs- und soziale Funktionsniveau erheblich beeinträchtigt sind, sowie die Remissionsphase, in der die Symptome wieder abklingen. Sowohl in der Einzel- als auch in der Gruppentherapie hilft es, zur besseren Veranschaulichung eine umgekehrte U-Kurve aufzuzeichnen. □ [Abb. 2.1](#) zeigt darüber hinaus weitere Formen depressiver Verläufe.

Besonders wichtig ist es hier, eine gut verständliche Sprache zu wählen. Folgende Formulierungshilfen verbessern die Verständlichkeit von □ [Abb. 2.1](#).

■ Formulierungshilfen für die Darstellung depressiver Verläufe

Zua) „Diese Kurve zeigt einen typischen Verlauf einer depressiven Episode. So nennt man es, wenn die Symptome, über die wir zu Beginn der Stunde gesprochen haben und die zuvor noch nicht da waren, allmählich ihren Tiefpunkt erreichen. Sie sehen auch, dass irgendwann das Ausgangsniveau wieder erreicht wird. Sprich, dass Ihr volles Gefühls- und Erlebnisspektrum wieder wie vor der Depression zur Verfügung steht. Das nennen wir in der Fachsprache „Remission“ und darauf möchten wir zusammen hinarbeiten.“

Zu b) Anm.: Diese Kurve ist recht speziell. Man kann sie zu Beginn der Psychoedukation auch



■ Abb. 2.1 Depressive Verläufe. (© ÄZQ, DGPPN, BÄK, KBV und AWMF 2016; aus DGPPN et al. 2015, S. 24)

aussparen. Dennoch hier eine Formulierungshilfe: „Jetzt sind Sie ja alle sehr verschieden. Und deshalb können auch die Verläufe ganz unterschiedlich sein. Diese Kurve hier könnte z. B. für einen Patienten stehen, dem es zwar schon besser geht, aber bei dem einzelne Symptome noch vorhanden sind.“ Besser passt es, wenn ein Patient im Therapieprozess darüber berichtet, dass er es ihm zwar schon besser geht, die Depression aber noch nicht weg ist. Dann kann man diese Kurve aufzeichnen und gemeinsam überlegen, was noch zu tun ist, damit der Patient wieder auf sein Ausgangsniveau kommt.

Zu c) „Das hier kennen auch viele von Ihnen. Diese Kurve zeigt zwei depressive Episoden, die dadurch gekennzeichnet sind, dass dazwischen eine Zeitspanne liegt, in der die Symptome ganz weg waren und Sie sich völlig gesund gefühlt haben. Das nennt man wiederkehrende Depression.“

Zu d) „Es gibt auch Patienten, die nicht unbedingt unter diesen Phasen leiden, die ich Ihnen gezeigt habe, sondern die fortwährend depressive Symptome haben. Der Unterschied dabei ist der Ausprägungsgrad. Diese Patienten gehen meistens zur Arbeit, haben Familie, Freunde, vielleicht auch Hobbies – aber immer fühlt sich alles „wie mit angezogener Handbremse“ an. Die Fähigkeit, Freude zu Empfinden, ist eingeschränkt. Der Antrieb ist zwar da, aber oft ist es doch ein Zwang. Überwiegend machen sie sich Sorgen. Diese Art der Depression nennt man „Dysthymie“.

Zu e) „Nicht selten gibt es eine Kombination aus einer Dysthymie und einer darauf aufgesetzten depressiven Episode. Einige von Ihnen kennen das. Die depressive Phase klingt dann wieder ab, und Sie sind wieder auf Ihrem dysthymen Ausgangsniveau. So etwas nennen wir heutzutage „doppelte Depression“ oder auch englisch „double depression“.

Zu f) „Wenn eine depressive Episode mehr als 2 Jahre dauert, sprechen wir von einer sog. chronifizierten depressiven Episode. Lassen Sie sich von dem Ausdruck „chronifiziert“ nicht entmutigen. Auch diese Form der Depression ist behandelbar.“

■ Informationsvermittlung zur Prognose

Im letzten Teil dieses Therapiebausteins geht es um Informationsvermittlung zur Prognose. Die Patienten werden mit hoher Wahrscheinlichkeit danach fragen, wie eine Depression behandelt wird und welche Erfolgsaussicht besteht. Wichtig ist hier die Vermittlung von Hoffnung und Zuversicht. Depression ist behandelbar. Rückfälle gehören jedoch in den meisten Fällen dazu. Deshalb ist es wichtig, sich gut mit der Erkrankung auszukennen, möglichst vieles von dem, was zur Stabilität und Genesung beigetragen hat, fortzusetzen, sich vorausschauend auf eventuelle Risikosituationen vorzubereiten und die Frühwarnzeichen zu kennen, die eine erneute Episode ankündigen, um sich rechtzeitig helfen zu lassen. Je länger die Remissionsphase, desto geringer das Rückfallrisiko.

Zusammenfassung des Therapiebausteins

„Was ist Depression?“:

- Erarbeitung der Leitsymptome
- Infos zu Dauer und Häufigkeit
- Darstellung unterschiedlicher Verlaufsformen
- Prognose
- Patienten einbeziehen
- Patientengerechte Formulierungen verwenden
- Zuversicht vermitteln

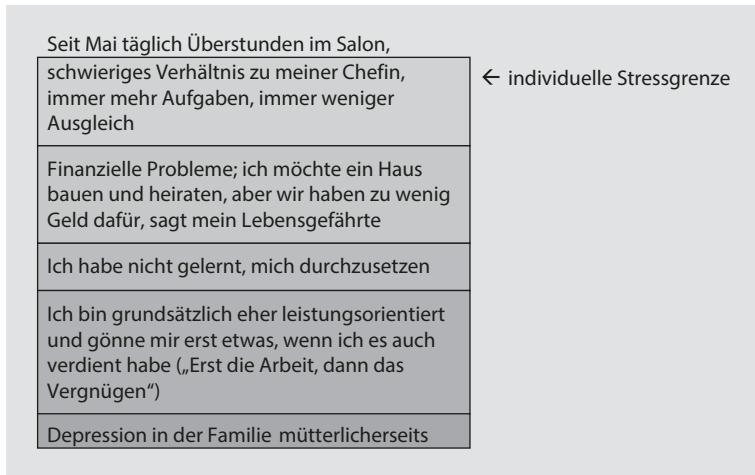
2.3.2 Therapiebaustein „Wie entsteht Depression? – Das Stressfass“

Im Überblick

- **Indikation:** alle depressiven Patienten; möglichst zu Therapiebeginn
- **Ziel:** patientengerechte Vermittlung des Vulnerabilitäts-Stress-Modells, Entlastung und Entstigmatisierung
- **Dauer:** Einzel: 50 min, Gruppe: 75–100 min

Hintergrund dieses Therapiebausteins ist die Vermittlung des sog. Vulnerabilitäts-Stress-Modells, das den Patienten laingerecht als das „Stressfass“ erklärt wird (► [Arbeitsblatt 2.2](#) „Das Stressfass“). Bei diesem Erklärungsmodell handelt es sich um eine schulenübergreifende Heuristik, die es erlaubt, spätere weitere Erklärungsansätze für die Entstehung von Depression, z. B. im Rahmen einer kognitiven Verhaltenstherapie (► [Kap. 3](#)) oder einer interpersonellen Psychotherapie (IPT) (► [Kap. 5](#)) usw., zu integrieren bzw. hinzuzufügen, ohne dass es zu verunsichernden Widersprüchen kommt. Therapeut und Patient arbeiten gemeinsam am Arbeitsblatt und tragen genetische Prädispositionen, depressionsfördernde Persönlichkeitsmerkmale, ungünstige entwicklungsgeschichtliche Aspekte, andauernde und akute Belastungsfaktoren, relevante Lebensereignisse usw. in das Stressfass ein. Die individuelle Stressgrenze wird dabei knapp unter dem obersten Eintrag eingezeichnet. So kann der Patient verstehen lernen, dass vermutlich nicht ein einzelnes Ereignis Auslöser für die depressive Episode war, sondern dass sich im Laufe der Zeit mehrere Belastungen angesammelt haben, bis das Stressfass die individuelle Grenze überschritten hat und die Psyche dem Patienten ein gut verständliches Signal in Form der depressiven Symptomatik gesendet hat, mit der Aufforderung, das Fass aufzuräumen. □ [Abb. 2.2](#) zeigt, wie das Stressfass unserer fiktiven Patientin Frau P. aussehen könnte. Im Beispiel von Frau P. wäre es denkbar, dass sie zur weiteren Psychotherapie interpersonelle Psychotherapie (IPT) erhält, da das Stressfass Hinweise auf mehrere interpersonelle Konflikte liefert, die an der Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression beteiligt sein könnten (Ausbeutung durch die Chefin, unerfüllter Wunsch nach Heirat). Das therapeutische Modell der IPT ist durchaus mit der Vermittlung des Vulnerabilitäts-Stress-Modells vereinbar.

Häufig kündigen erste Anzeichen bereits an, dass sich das Fass zunehmend füllt und die Grenze dessen, was ein Patient an Stress bewältigen kann, erreicht wird. Bereits hier kann man den Patienten auffordern, darüber nachzudenken, welche Kennzeichen das bei ihm waren und wie er damit umgegangen ist. Daraus lässt sich auf den nächsten Therapiebaustein, nämlich die Erarbeitung der persönlichen Kennzeichen der Depression, überleiten.



■ Abb. 2.2 Beispiel für das „Stressfass“ von Frau P.

Fallbeispiel: Erarbeitung der persönlichen Kennzeichen der Depression

- T: Jetzt habe ich Ihnen ein erstes Modell gezeigt, das Ihnen dabei helfen soll zu verstehen, wie es zu Depression kommt. Im Verlauf Ihrer Psychotherapie werden Sie noch weitere Erklärungsmodelle kennenlernen, die immer spezieller an Ihrer persönlichen Geschichte orientiert sein werden. Was denken Sie darüber, Frau P?
- P: Als ich hierher kam, hatte ich Angst, dass ich verrückt sein könnte und nicht mehr gesund werde. Jetzt sehe ich ein, dass ich schon lange Probleme habe. Aber ich habe sie irgendwie immer zur Seite geschoben oder verdrängt. Es ist wohl alles zu viel geworden.
- T: Das denke ich auch. Depression hat nichts mit „Verrücktsein“ zu tun. Man sieht an Ihrem Stressfass sehr gut, dass sich zu den andauernden Belastungen, wie z. B. Ihrem unerfüllten Wunsch nach Heirat und Nestbau wegen der finanziellen Lage, wie Sie sagen, auch noch aktuelle Belastungen wie die täglichen Überstunden im Salon draufgesetzt haben. Wenn Sie jetzt mit diesem Wissen zurückdenken, welche Hinweise auf eine Überlastung haben Sie denn wahrgenommen, aber übergangen?
- P: Ja, das kann ich ganz gut. Ich funktioniere einfach immer weiter, bis es nicht mehr geht, wie man sieht. Wahrscheinlich hat es mit den Schlafstörungen angefangen. Und ich hatte öfter

als sonst Verspannungen in der Muskulatur. Mein Freund sagt, ich wäre gereizt. Und da hat das auch mit den Kunden angefangen, dass die mich mehr und mehr genervt haben.

- T: Das haben Sie sehr gut zusammengefasst. Beim nächsten Mal möchte ich gern mehr Zeit mit Ihnen dafür aufwenden, Ihre persönlichen Kennzeichen der Depression zu erarbeiten.

Das Stressfass kann auch in der Gruppentherapie durchgenommen werden. Dazu zeichnet der Therapeut ein leeres Fass an ein Flipchart und lässt die Patienten zu den oben genannten Punkten Beispiele sammeln, die er in das Fass einträgt. Nachdem eine individuelle Schwelle in das Fass eingezeichnet wurde, kann die Patientengruppe ähnlich wie Frau P. Frühkennzeichen der depressiven Belastung sammeln, um im Anschluss auf die kommende Sitzung, in der ausführlich auf die Kennzeichen der Depression eingegangen wird, überzuleiten.

Zusammenfassung des Therapiebausteins „Wie entsteht Depression? – Das Stressfass“

- Vermittlung eines allgemeinen Vulnerabilitäts-Stress-Modells unter Berücksichtigung genetischer und stressbedingter Faktoren
- Frühkennzeichen können bereits hier ermittelt werden

- Erklärungsmodelle spezifischer Therapieformen sind mit diesem Vulnerabilitäts-Stress-Modell kompatibel

2.3.3 Therapiebaustein „Meine persönlichen Kennzeichen“

Im Überblick

- **Indikation:** bei allen depressiven Patienten, besonders bei großer Verunsicherung, welche Symptome einer Depression zugehörig sind; möglichst zu Therapiebeginn
- **Ziel:** besseres Verständnis für die Einordnung der depressiven Symptomatik, Reduktion von Ängsten
- **Dauer:** Einzel: 50 min, Gruppe: 75–100 min

Für die Sammlung der individuellen Kennzeichen einer Depression steht ► [Arbeitsblatt 2.3 „Meine persönlichen Kennzeichen der Depression“](#) zur Verfügung. Es zeigt eine aus 4 Feldern bestehende Tafel. Dabei stehen die 4 Felder für die Kategorien „Denken“, „Fühlen“, „Körper“ und „Verhalten“, unter denen die depressiven Symptome zugeordnet werden. In der Einzeltherapie liegt das Arbeitsblatt von Beginn an auf dem Tisch zwischen Therapeut und Patient. Gemeinsam werden alle Symptome, die der Patient benennen kann, gesammelt und jeweils einer Kategorie zugeordnet. Im Gruppensetting zeichnet der Therapeut die Vier-Felder-Tafel aus dem Arbeitsblatt an das Flipchart und lässt die Patienten die Symptome sammeln und zuordnen, während er diese an entsprechender Stelle einträgt. Neben den prominenten Leitsymptomen, die bereits im Therapiebaustein „Was ist Depression?“ (► [Abschn. 2.3.1](#)) benannt worden sind, geht es hier nun darum, Symptome zu benennen, die dem Laien zunächst nicht als der Depression zugehörig bekannt sind, wie z. B. Früherwachen oder Libidoverlust in der Kategorie „Körper“. Es dürfen und sollen sogar auch Beschwerden aufgenommen werden, die im Rahmen der Depression aufgetreten sind und gleichzeitig nicht unbedingt in Klassifikationssystemen wie dem ICD-10 oder dem DSM-IV aufgeführt

sind. Das sind nach klinischer Erfahrung beispielsweise Konzentrationsstörungen, Magen-Darm-Probleme, Ängste, Zittern usw. Wichtig ist, dabei so differenziert und detailreich wie möglich zu arbeiten, also nicht nur „Antriebsmangel“ unter „Körper“ zu notieren, sondern auch „Im Bett liegen“ bei „Verhalten“. Je Beispielhafter und plastischer die Kennzeichen zusammengetragen werden, desto besser können die Patienten die einzelnen Symptome der Depression zuordnen, sie benennen und sie bekämpfen. Nicht selten kommt es während dieses Therapiebausteins zu „Aha-Erlebnissen“, indem die Patienten dadurch entlastet werden, dass eben dieses eine, besorgniserregende Symptom auch ein Zeichen der Depression ist und nach erfolgreicher Behandlung zurückgehen wird. Gerade Patienten, die vorwiegend unter körperlichen Beschwerden im Rahmen der Depression leiden und die sich aufgrund dieser von ihrem Hausarzt vielleicht nicht ernstgenommen und auf die „Psychoschiene“ verschoben fühlten, lassen sich darüber gut erreichen.

Zusammenfassung des Therapiebausteins „Meine persönlichen Kennzeichen“

- Depressive Symptome werden den Kategorien „Denken“, „Fühlen“, „Körper“ und „Verhalten“ zugeordnet.
- Neben den Leitsymptomen sollen v. a. solche Beschwerden registriert werden, die aus klinischer Erfahrung der Depression zugehörig sind.
- Je differenzierter die Symptome beschrieben werden, desto besser das Verständnis auf Patientenseite.
- Botschaft: „Die Beschwerden nehmen ab, wenn die Depression behandelt wird.“

2.3.4 Therapiebaustein „Behandlungsmöglichkeiten von Depression“

Im Überblick

- **Indikation:** bei allen depressiven Patienten; möglichst im ersten Therapiedrittelp

- **Ziel:** eine Übersicht über bestehende Therapieoptionen anbieten, um eine selbstverantwortliche Entscheidungsgrundlage auf Patientenseite fördern, Engagement ggü. der Therapie erhöhen
- **Dauer:** Einzel: 50 min, Gruppe 75–100 min

- Erfahrungen der Patienten einbeziehen
- Gut verständliche, nicht allzu detailreiche Informationen zu den einzelnen Verfahren vermitteln
- Individuelle Nachfragen sollten im Einzelgespräch geklärt werden

Für diesen Therapiebaustein interessieren sich die Patienten erfahrungsgemäß am meisten, denn er beinhaltet den Weg „raus aus der Depression“. Das Ziel ist es hier, den Patienten eine Zusammenstellung der heute gängigen und wirksamen Therapiemöglichkeiten der Depressionsbehandlung aufzuzeigen. Dabei müssen und sollten die einzelnen Verfahren nicht bis ins kleinste Detail erklärt werden. Vielmehr geht es darum, die Patienten mit dem Spektrum vertraut zu machen. ► [Arbeitsblatt 2.4 „Informationsblatt Behandlungsmöglichkeiten bei Depression“](#) beinhaltet alle in diesem Buch vorgestellten Behandlungsverfahren und liefert für jeden Therapieansatz, sei es CBASP oder Lichttherapie, eine kurze, prägnante und für den Patienten gut verständliche Beschreibung. Häufig haben Patienten den Wunsch, einzelne, möglicherweise sehr individuelle und spezielle Aspekte der Pharmakotherapie oder der somatischen Verfahren in der Gruppe zu vertiefen. Unserer Erfahrung nach bietet es sich dann an, diesen Patienten dazu ein gesondertes Einzelgespräch anzubieten. Denn dieser Therapiebaustein soll einen aufklärenden Charakter besitzen. Detailreiche Exkurse in Themenwelten, die nur einzelne Patienten betreffen, könnten die anderen Patienten verunsichern.

In der Einzel- und Gruppentherapie bietet es sich an, das Arbeitsblatt erst am Ende der Therapiesitzung mitzugeben. Hilfestellungen für die praktische Gestaltung des Therapiebausteins im Gruppensetting finden Sie in □ [Tab. 2.1](#):

Zusammenfassung des Therapiebausteins „Behandlungsmöglichkeiten der Depression“

- Zusammenstellung einer Übersicht der gängigen wissenschaftlich evaluierten Depressionsbehandlungen

2.3.5 Therapiebaustein „Wie erkläre ich es meinem Umfeld?“

Im Überblick

- **Indikation:** Einbezug von Angehörigen im Einzelgespräch
- **Ziel:** Aufklärung des Angehörigen über die depressive Symptomatik, Entlastung des Patienten und des Angehörigen, Verbesserung der Interaktion zwischen Patienten und Angehörigem
- **Dauer:** ca. 50 min

Das psychoedukative Angehörigengespräch wird erfahrungsgemäß von den meisten Patienten (und selbstverständlich auch den Angehörigen) irgendwann im Laufe der Therapie gewünscht. So wendete sich auch Frau P. eines Tages an ihren Therapeuten mit der Bitte: „Können Sie das nicht alles mal meinem Freund erklären?“ Der Inhalt eines psychoedukativen Angehörigengesprächs richtet sich dabei v. a. an die Bedürfnisse des Patienten und des Angehörigen. Es bietet sich an, den Patienten im Vorfeld, z. B. am Ende der vorausgegangenen Therapiestunde, danach zu fragen, was genau er mit seinem Angehörigen besprechen möchte.

Fallbeispiel: Wunsch nach Angehörigengespräch

- **P:** Mein Freund kann dann nächste Woche Mittwoch um drei zum Gespräch kommen, hat er gesagt.
- **T:** Das ist ja gut. Danke, dass Sie sich darum gekümmert haben, Frau P. Ich möchte heute gern kurz mit Ihnen durchgehen, um was genau es Ihnen bei dem Gespräch geht.

Tab. 2.1 Exemplarisches Vorgehen in einer Gruppensitzung

| | |
|---|---|
| Einstieg | „Nachdem wir uns jetzt ganz gut damit auskennen, was man unter Depression versteht, wie sie zustande kommt und was Ihre persönlichen Kennzeichen der Depression sind, möchte ich heute Ihren Wunsch aufgreifen und vorschlagen, dass wir uns damit beschäftigen, welche Behandlungsmöglichkeiten es gibt. Lassen Sie uns sammeln, welche Verfahren Sie bereits kennengelernt haben. Und ich ergänze dann gern noch weitere Therapieverfahren, die Sie vielleicht noch nicht kennen. Wie immer halten wir unsere Arbeit am Flipchart fest.“ |
| Sammlung von Behandlungsmöglichkeiten | Auf dem leeren Flipchart kann der Therapeut nun Unterüberschriften notieren, die denen auf dem Arbeitsblatt entsprechen. Er sollte genügend Platz zwischen den Überschriften lassen, um dort stichpunktartig die Wortbeiträge der Patienten festzuhalten. In einer anderen Farbe als die Überschriften können dann die Vorschläge der Patienten unter die jeweils passende Unterüberschrift geschrieben werden, z. B. „IPT“ unter „Psychotherapien“ Hilfreiche Fragen: - „Welche Therapien kennen Sie bereits?“ - „Denken Sie mal an Ihren Stationsplan. Welche Gruppen oder Therapieverfahren haben Sie dort kennengelernt?“ - „Was, meinen Sie, ist mit dem Begriff „Somatische Therapieverfahren“ gemeint? Haben Sie eine Idee?“ |
| Erklärung der einzelnen Verfahren – Erfahrungen der Patienten einbeziehen | „Frau P., Sie haben gesagt, dass die IPT eine Psychotherapie ist, die zur Depressionsbehandlung eingesetzt wird.“ – „Ja, ich bin ja auch deshalb in der IPT-Gruppe.“ – „Vielleicht können Sie mal versuchen, für die anderen, die das nicht kennen, zusammenzufassen, was IPT ist.“ – „So wie ich es verstanden habe, geht es darum, dass bei mir Probleme mit den Leuten in meinem Umfeld mit meiner Depression zu tun haben. Ich habe einfach immer alles geschluckt statt auch mal meine Meinung zu vertreten. Das soll ich in der IPT-Gruppe jetzt lernen.“ – „Das haben Sie richtig gut erklärt, Frau P.! In der IPT geht es darum, dass ...“ An dieser Stelle kann der Therapeut eine kurze Zusammenfassung zur IPT liefern, wie sie auch in ► Arbeitsblatt 2.4 zu finden ist. Weitere hilfreiche Denkanstöße: - „Jemand von Ihnen hat die Ergotherapie genannt. Was meinen Sie denn, was das therapeutisch Wirksame der Ergotherapie in der Depressionsbehandlung ist?“ - „Warum, denken Sie, ist es so wichtig, die Medikamente weiter einzunehmen?“ |
| Abschluss | Nachdem die Sammlung am Flipchart vollständig ist, kann den Patienten ► Arbeitsblatt 2.4 ausgezeigt werden, auf dem sie alles noch einmal nachlesen können. Der Therapeut sollte darauf hinweisen, dass jeder Patient anders ist und deshalb auch die individuelle Therapie unterschiedlich sein kann. Er sollte die Patienten auffordern, ihre Fragen gern im Einzelgespräch zu klären |

- **P:** Also, es ist so: Mein Freund hatte ja, bevor ich herkam, schon viel eher als ich gemerkt, dass etwas mit mir nicht stimmt. Während ich daran gezweifelt habe, ob es wirklich eine Depression ist, war er sich da ziemlich sicher. Jetzt löchert er mich dauernd mit Fragen, die die Therapie betreffen. Er hat auch schon viel im Internet gelesen und meint ständig, dass ich dieses mit den „Elektroschocks“ ...
- **T:** Er meint sicher Elektrokonvulsionstherapie – EKT?
- **P:** Ja, das meint er. Das soll ich machen. Das würde doch viel schneller helfen als diese

Psychotherapie. Davon hält er glaub ich nicht so viel. Es wäre gut, wenn Sie ihm vielleicht nochmal sagen könnten, dass es viele verschiedene Therapien gibt.

- **T:** Das mache ich, Frau P. Welche Anliegen haben Sie denn noch? Vielleicht gibt es ja etwas, das Sie sich von Ihrem Lebenspartner wünschen?

Der Therapeut sollte dem Patienten gegenüber nochmal auf seine Schweigepflicht hinweisen und klarstellen, dass er nur diejenigen Informationen die Symptomatik des Patienten betreffend weitergibt, mit denen der Patient ausdrücklich einverstanden ist.

Für die praktische Durchführung des psychoedukativen Angehörigengespräches gibt die ► **Therapeutenhilfe 2.5 „Das psychoedukative Angehörigengespräch“** eine Orientierung, die nachstehend vorgestellt wird.

Ablauf eines psychoedukativen Angehörigengespräches

- **Erwartungen und Anliegen** des Patienten und des Angehörigen erfragen, z. B. „Herr S., danke, dass Sie heute gekommen sind. Oft haben Angehörige ganz konkrete Fragen, andere kommen ohne ein besonderes Anliegen. Wie ist das bei Ihnen? Was ist Ihnen wichtig, dass wir es heute zusammen besprechen?“
- Eine kleine **To-Do-Liste** erstellen, deren Punkte im Angehörigengespräch nacheinander durchgegangen werden
- Je nach Anliegen können **Arbeitsblätter** und **Informationen** der in diesem Kapitel vorgestellten Therapiebausteine eingesetzt werden (z. B. im Beispiel von Frau P. ► **Arbeitsblatt 2.4 „Informationsblatt Behandlungsmöglichkeiten bei Depression“**). Der Therapeut sollte diese also griffbereit haben
- **Gemeinsamen Dialog** anregen: Um die Interaktion zwischen dem Patienten und seinem Angehörigen zu verbessern, kann es hilfreich sein, die beiden miteinander ins Gespräch zu bringen.
Formulierungsvorschläge:
 - „Was möchten Sie von Frau P. wissen?“
 - „Wie kann Herr S. Sie unterstützen?“
 - „Wie möchten Sie in Zukunft damit umgehen, wenn ... ?“
- Es empfiehlt sich, zum Ende des Angehörigengesprächs eine **Zusammenfassung** des Besprochenen durch Patient und Angehörigen sowie einen **Verbleib** vorzunehmen, z. B. Herr S.: „Ich fand das Gespräch, genau wie meine Freundin, wichtig und weiß jetzt ein paar mehr Hintergrundinfos, die ich im Internet nicht

gefunden habe. Aber ich fänd es gut, wenn ich vielleicht im Laufe der Therapie nochmal komme dürfte, falls ich noch Fragen habe.“ Frau P. nickt zustimmend. Therapeut: „Dann verbleiben wir so, dass wir dieses Gespräch noch einmal wiederholen.“

Sollte es in der Institution, in der der Patient behandelt wird, eine sog. psychoedukative Angehörigengruppe geben, und der Angehörige den Wunsch äußern, sich längerfristig und mit anderen Betroffenen über das Thema Umgang mit der Depression informieren zu wollen, kann der Therapeut bei Bedarf darauf hinweisen.

Zusammenfassung des Therapiebausteins „Wie erkläre ich es meinem Umfeld?“

- Psychoedukative Angehörigengespräche werden im Einzelgespräch durchgeführt
- Vorab mit dem Patienten dessen Anliegen besprechen
- Erwartungen und Anliegen des Angehörigen berücksichtigen
- Informationen vermitteln
- Gemeinsamen Dialog anregen
- Gespräch zusammenfassen lassen und einen Verbleib vereinbaren

2.3.6 Therapiebaustein „Rückfallprophylaxe I – Meine persönlichen Frühwarnzeichen“

Im Überblick

- **Indikation:** bei allen depressiven Patienten im letzten Therapiedrittel
- **Ziel:** Kenntnis über Frühwarnzeichen der Depression, um rechtzeitiges Intervenieren zu ermöglichen
- **Dauer:** Einzel: 50 min, Gruppe: 75–100 min

Um einer erneuten depressiven Episode vorzubeugen bzw. diese rechtzeitig zu behandeln, ist man darauf angewiesen, dass der Patient sich mit den sog. Frühwarnzeichen auskennt, die eine erneute depressive Episode noch vor der Akutphase (Therapiebaustein „Was ist Depression“ ► [Abschn. 2.3.1](#)) ankündigen. Da der Patient im Therapiebaustein „Meine persönlichen Kennzeichen“ (► [Abschn. 2.3.3](#)) bereits sehr ausführlich seine depressiven Symptome in die Bereiche „Denken“, „Fühlen“, „Körper“ und „Verhalten“ eingeordnet hat, bittet der Therapeut den Patienten, das ausgefüllte ► [Arbeitsblatt 2.3](#) „Meine persönlichen Kennzeichen der Depression“ in die Therapiestunde mitzubringen. Der Patient markiert dann diejenigen Symptome mit einem Textmarker, die er als erstes registriert hat, noch bevor die Depression ihren Höhepunkt erreicht hat. Natürlich ist es möglich, Frühwarnsymptome auf ► [Arbeitsblatt 2.3](#) zu ergänzen, die dem Patienten vielleicht erst jetzt eingefallen sind. In der Gruppentherapie könnte man beispielsweise das Flipchart aus der Stunde „Meine persönlichen Kennzeichen“ noch einmal dazu verwenden, die Patienten einschätzen zu lassen, welche der dort aufgelisteten Symptome Frühwarnzeichen darstellen. Es ist aber genauso gut möglich, ein neues Flipchart zu gestalten, auf dem die 4 Kategorien „Denken“, „Fühlen“, „Körper“ und „Verhalten“ wie schon im Therapiebaustein 2.3.3 beschrieben angeordnet sind. Die Patienten sollen dann explizit v. a. Frühwarnzeichen sammeln und zuordnen. Zum Ende der Stunde bekommt jeder Patient die Aufgabe, seine individuellen Frühwarnzeichen nochmal auf dem gesonderten ► [Arbeitsblatt 2.3](#) zu markieren. Je besser sich die Patienten mit ihren individuellen Frühwarnzeichen auskennen, desto eher können sie sich wieder bei ihrem behandelnden Facharzt oder Psychotherapeuten vorstellen, um einem Rezidiv entgegenzuwirken. Ziel ist es also auch, den Patienten möglichst viel Eigenverantwortung und Kontrollierbarkeit zu vermitteln. Selbstverständlich ist es auch möglich, in Absprache mit dem Patienten dessen Angehörigen die Frühwarnzeichen zu vermitteln.

Zusammenfassung des Therapiebausteins „Meine persönlichen Frühwarnzeichen“

- Baut auf dem Therapiebaustein 2.3.3 „Meine persönlichen Kennzeichen“ auf

- Auf dem bereits ausgefüllten ► [Arbeitsblatt 2.3](#) werden Frühwarnzeichen farblich hervorgehoben
- Rechtzeitige Behandlung ist zur Rückfallprävention unerlässlich
- Einbezug Angehöriger erscheint sinnvoll

2.3.7 Therapiebaustein „Rückfallprophylaxe II: Rückfallrisiken kennen und minimieren“

Im Überblick

- **Indikation:** bei allen depressiven Patienten im letzten Therapiedrittelp
- **Ziel:** persönliche Rezidivrisiken einschätzen und einen adäquaten Umgang damit entwickeln lernen
- **Dauer:** Einzel: 50 min, Gruppe: 75–100 min

Mithilfe des ► [Arbeitsblattes 2.6](#) „Rückfallrisiken kennen und minimieren“ kann der folgende Therapiebaustein strukturiert werden. Das Arbeitsblatt besteht aus 2 Spalten. In die erste Spalte trägt der Patient zusammen mit dem Therapeuten diejenigen Situationen ein, die für ihn das Risiko der Destabilisierung beinhalten. Dabei können alle Erkenntnisse und Umstände berücksichtigt werden, die der Patient nun im Verlauf seiner bisherigen Behandlung gewonnen hat. Es kann darüber hinaus sehr sinnvoll sein, auch noch mal auf ► [Arbeitsblatt 2.2](#) „Das Stressfass“ zurückzugreifen, in das der Patient bereits im Therapiebaustein „Wie entsteht Depression?“ (► [Abschn. 2.3.2](#)) einige bedeutsame Auslöser für seine letzte depressive Episode aufgelistet hat. Die zweite Spalte hat die Überschrift „Mein Umgang damit/Hilfsmöglichkeiten“. Hier werden all jene Strategien eingetragen, die bei der adäquaten Bewältigung mit der potenziell depressiogenen Problemsituation hilfreich sein können. □ [Tab. 2.2](#) zeigt ein mögliches Arbeitsblatt von unserer fiktiven Patientin Frau P.

Tab. 2.2 Frau P.s Risikosituationen und ihr Umgang damit

| Risikosituation | Mein Umgang damit/ Hilfsmöglichkeiten |
|---|--|
| Gehäufte Überstunden im Salon | Für Ausgleich in meiner Freizeit sorgen |
| | Mir etwas Gutes tun |
| | Das Gespräch mit meiner Chefin suchen |
| Meinungsverschiedenheiten mit meinem Freund, was unsere gemeinsame Zukunft angeht | Mit ihm darüber reden, was ich mir wünsche |
| | Gemeinsam eine Lösung suchen |
| | Mit einer Freundin darüber reden |
| | Boxen |
| Unregelmäßige Medikamenteneinnahme | Mir einen Einnahmeplan schreiben und einen Wecker stellen, der mich an die Tabletten erinnert |
| | Wenn ich Probleme mit Nebenwirkungen habe, vereinbare ich einen Termin in der Praxis von Dr. K. |
| | Auf keinen Fall darf ich die Tabletten einfach weglassen!!! |
| Ich bin nur am Ackern und vernachlässige meine Hobbies | Wieder mehr Zeit für schöne Aktivitäten einplanen, obwohl immer noch etwas zu tun ist |
| | Wie eine gute Freundin mit mir umgehen „Ich darf das!“ |
| | Wenn all das nicht hilft oder ich Schwierigkeiten damit habe, rufe ich meinen Arzt Herrn Dr. K. oder meine Psychotherapeutin Frau L. an! |

Die Durchführung dieses Therapiebausteins im Gruppensetting verläuft im Grunde ähnlich: Der Therapeut eröffnet am Flipchart 2 Spalten mit den Überschriften „Risikosituation“ und „Umgang damit“. Die Patienten werden aufgefordert, ihre eigenen persönlichen Risikosituationen zu benennen und erarbeiten für jeden Punkt eine Bewältigungsstrategie. Am Ende der Sitzung erhält jeder Patient ► **Arbeitsblatt 2.6** „Rückfallrisiken kennen und minimieren“, auf dem er seine eigenen Stichpunkte noch einmal vermerken kann.

Zusammenfassung des Therapiebausteins „Rückfallrisiken kennen und minimieren“:

- Frühere und potenziell riskante Problemsituationen sammeln und Hilfsmöglichkeiten gegenüberstellen
- Dabei Informationen aus Therapiebaustein „Meine persönlichen Kennzeichnen“ (► **Abschn. 2.3.3**) berücksichtigen

2.3.8 Therapiebaustein „Rückfallprophylaxe III – Mein Helferteam“

Im Überblick

- **Indikation:** bei depressiven Patienten im letzten Therapiedrittel mit wenig Unterstützung durch das soziale Umfeld; Einsatz am ehesten im Einzelsetting
- **Ziel:** Bewusstmachen hilfreicher sozialer Kontakte und professioneller Helfer; Stärkung der Therapeut-Patient-Beziehung
- **Dauer:** 25–50 min

Mit dem Helferteam ist die Aufstellung von Personen und Professionen gemeint, die in die Behandlung bzw. den Genesungsprozess involviert sind. Das sind i. d. R. der behandelnde Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, möglicherweise die

behandelnde ambulante Psychotherapeutin, der ambulante Ergotherapeut, die Selbsthilfegruppe, der Partner, eine gute Freundin, die Sozialarbeiterin, der Ansprechpartner beim Kreisjobcenter u. v. m.

► [Arbeitsblatt 2.7 „Mein Helferteam“](#) könnte folgendermaßen eingeführt werden.

Fallbeispiel: Vorstellung des Helferteams

- T: In den letzten Stunden haben wir uns mit Frühwarnzeichen und dem Umgang mit möglichen Risikosituationen beschäftigt. Heute möchte ich gern mit Ihnen zusammen eine Übersicht über Ihr sogenanntes Helferteam erstellen. Dazu können Sie alle Personen zählen, die Ihnen bei der jetzigen und zukünftigen Krankheitsbewältigung helfen und geholfen haben. Es ist einfacher, mit der Depression umzugehen, wenn man weiß, dass man dabei Unterstützung hat. Und die haben Sie, Frau P. Ich habe hier ein Arbeitsblatt, auf dem wir die einzelnen Personen ihres Helferteams eintragen können. Außerdem notieren wir uns die Telefonnummer oder meinetwegen auch die Emailadresse, unter der diese Person erreichbar ist. Wenn es schon Termine gibt, können wir die natürlich auch schon eintragen.“

Ziel ist es also, dass der Patient sich in der Depressionsbewältigung unterstützt fühlt und es ihm durch die Aufstellung seines persönlichen Helferteams erleichtert wird, die dort aufgeführten Kontakte zu aktivieren. Auf diese Weise soll eine stabile Fortsetzung der begonnenen Behandlung gewährleistet werden. Die Durchführung dieses Therapiebausteins ist für das Gruppensetting eher ungeeignet und sollte daher im Einzelgespräch erfolgen.

Zusammenfassung des Therapiebausteins „Rückfallprophylaxe III–Mein Helferteam“

- Aufstellung über unterstützende Kontakte im Rahmen der Depressionsbewältigung
- Erleichtert deren Aktivierung
- Ermöglicht eine konstante Fortsetzung der begonnenen Depressionsbehandlung

2.4 Besonderheiten und Fallstricke

2.4.1 Typische Probleme und Lösungsvorschläge

Besonders wenn die Psychoedukation als Gruppentherapie angeboten wird, werden immer wieder gruppendifferenzielle Aspekte auftreten, die es dem Therapeuten unter Umständen schwer machen können, an seinem ursprünglichen Konzept festzuhalten. In diesem Abschnitt möchten wir ein paar Lösungsvorschläge anbieten, die jedoch keine professionelle Supervision ersetzen können. □ [Tab. 2.3](#) führt Beispiele auf.

2.4.2 Kombinierbarkeit mit anderen Methoden

Die Psychoedukation ist mit allen anderen in diesem Buch vorgestellten Verfahren kombinierbar. Lediglich bei sehr schwer depressiven Menschen und während einer Elektrokonvulsionstherapie (EKT) ist zu berücksichtigen, dass die Patienten während dessen unter Gedächtnissstörungen leiden können und gerade bei diesen Patienten eine häufige Wiederholung der psychoedukativen Therapiebausteine nötig sein kann.

2.5 Zusammenfassung des Kapitels

Das vorliegende Kapitel beschäftigt sich mit der Psychoedukation von depressiven Patienten und ihren Angehörigen. Im ersten Teil werden die Bedeutung und Ziele der Psychoedukation dargestellt. Im zweiten Teil wird die Durchführung von Psychoedukation im stationären Setting praxisnah beschrieben. Viele Patientenbeispiele, Formulierungshilfen und Arbeitsblätter veranschaulichen die Durchführung der einzelnen Therapiebausteine, die sowohl in Gruppen- als auch Einzeltherapien umgesetzt werden können. Inhaltlich reichen diese von der Erarbeitung der Entstehung von Depression, ihrer Merkmale, Behandlungswege bis zu Maßnahmen, die den Rückfallschutz betreffen. Das Kapitel schließt mit typischen Problemen in der Anwendung von

2

| Problem | Lösungsvorschlag |
|--|--|
| Sie nehmen Kennzeichen der Depression durch, und der Patient möchte am liebsten jetzt sofort wissen, was er dagegen tun kann | Es spricht nichts dagegen, bereits an dieser Stelle auf den möglichen Umgang oder Behandlungsmöglichkeiten einzugehen. Halten Sie den Exkurs aber kurz und prägnant und erklären Sie dem Patienten, dass sie dafür sogar noch eine extra Einheit haben werden |
| In der Gruppe sitzen ein oder mehrere sehr negativ eingestellte Patienten, die die Wirksamkeit der von Ihnen vorgestellten Therapieverfahren oder Lösungsvorschläge anzweifeln. Sie haben Sorge, dass sich die negative Stimmung auf die anderen Patienten übertragen könnte | Die Sorge ist nicht ganz unberechtigt. Vielleicht ist es möglich, die negativ eingestellten Patienten danach zu fragen, was sie derart missmutig macht. Betonen Sie immer wieder, dass jeder seine eigenen Erfahrungen macht und dass Sie hier sind, um zu ermutigen und zu helfen. Sollten Sie beobachten, dass sich die negative Gruppenstimmung auch während der nächsten Sitzungen nicht auffangen und klären lässt, dann ist zu diskutieren, ob die „negativen“ Patienten zum jetzigen Zeitpunkt überhaupt von der Gruppe profitieren |
| Ein Patient möchte jetzt auch wie sein Zimmernachbar mit CBASP behandelt werden. Sie haben selbst in der letzten Psychoedukationsgruppe gesagt, wie wirksam das Verfahren bei chronischer Depression sei. Und nachdem der Patient nochmal die Verlaufsformen der Depression überprüft hat, ist er zu dem Schluss gekommen, dass er auch eine chronische Depression hat | Nehmen Sie das Anliegen des Patienten, adäquat und wirkungsvoll behandelt zu werden, ernst. Psychoedukation soll jedoch nicht bedeuten, dass die Patienten sich am Ende selbst diagnostizieren und ihre eigenen Therapiepläne erstellen. Hinterfragen Sie sich zunächst einmal selbst, ob Sie das wohlmöglich völlig unabsichtlich vermittelt haben. Fragen Sie dann den Patienten, wie er genau zu diesem Ergebnis gekommen ist. Erklären Sie ihm noch einmal seine Symptomatik und weshalb seine Therapie die richtige für ihn ist |
| Ein Patient besitzt schon viel Therapieerfahrung. Er ist frustriert, weil er in der Gruppe nichts Neues zu erfahren erwartet | Dieser Fall ist auf Station relativ oft zu beobachten. Zeigen Sie Verständnis für den Patienten. Ermutigen Sie ihn, sich mit seinen Erfahrungen in der Gruppe einzubringen, damit er und die anderen Patienten von dem Austausch profitieren können |

Psychoedukation bei depressiven Patienten und zugehörigen Lösungsvorschlägen ab.

2.6 Materialien

Die im Kapitel erwähnten Materialien werden online zur Verfügung gestellt und können unter Extras. Springer heruntergeladen werden.

- 2.1 Arbeitsblatt Informationsblatt Depression
- 2.2 Arbeitsblatt Das Stressfass
- 2.3 Arbeitsblatt Meine persönlichen Kennzeichen der Depression
- 2.4 Arbeitsblatt Informationsblatt Behandlungsmöglichkeiten bei Depression
- 2.5 Therapeuten- und Angehörigenhilfe Das psychoedukative Angehörigenangebot
- 2.6 Arbeitsblatt Rückfallrisiken kennen und minimieren
- 2.7 Arbeitsblatt Mein Helferteam

Literatur

-
- Bengel JG (2000) Das Konstrukt Patientenzufriedenheit: Eine kritische Bestandsaufnahme. *Z Klein Psych Psychother* 48:280–301
 - DGPPN et al (DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPtK, BAkP, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW [Hrsg] für die Leitliniengruppe Unipolare Depression*) (2015) S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Aufl, Vers 2. (*Organisationen, die in der Leitliniengruppe kooperierten: DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, ACKPA, AkdÄ, BPtK, BAkP, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW, BDK, BDP, BPM, BVDN, BVDP, BVVP, CPKA, DÄVT, DFT, DGGPP, DGPT, DGVsT, DPG, DPV, DPtV, DVT, GwG, Stiftung Deutsche Depressionshilfe). doi:10.6101/AZQ/000266. <http://www.depression.versorgungsleitlinien.de> Zugegriffen: 30. Mrz 2016
 - Pitschel-Walz G, Bäuml J, Kissling W (2003) Psychoedukation Depression. Urban & Fischer, München



<http://www.springer.com/978-3-662-50346-1>

Therapie der Depression

Praxisbuch der Behandlungsmethoden

Konrad, C. (Hrsg.)

2017, XXII, 491 S. 42 Abb., 1 Abb. in Farbe. Mit

Online-Extras., Hardcover

ISBN: 978-3-662-50346-1