ZERCUR GERIATRIE® - BASISLEHRGANG, MODUL 4

Depression

M. SC. MANDY MÜLLER
PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTIN

EGZB
Johannesstift Diakonie

INHALTE MODUL 4: DEPRESSION

- Depression: Definition, Epidemiologie, Depressionsformen
- Diagnostik, Einschätzung von Suizidalität
- Psychotherapie
- Umgang mit depressiven Patienten in der geriatrischen Klinik

DEPRESSION – EIN UNTERSCHÄTZTES LEIDEN

- Lat. „deprimere“: niederdrücken
- Das Risiko, im Laufe des Lebens eine depressive Episode zu erleiden, beträgt ca. 17%
- Frauen erkranken zwei- bis dreimal so häufig wie Männer
- Depressionen sind meist gut behandelbar
- Depressionen sind auch im Alter häufig: Bei den 65- bis 80-jährigen bilden Depressionen die häufigste psychische Erkrankung vor der Demenz
- Prognose der Depression im Alter schlechter als in jüngeren Jahren (längere Phasen, häufiger Rezidive und chronische Verläufe)
- Depressionen werden häufig nicht erkannt, insbesondere bei alten Menschen

URSACHEN FÜR DAS NICHTERKENNEN

- **Das Leben älterer Menschen ist in hohem Maße von Verlusterleben geprägt (Verwitwung, Verlust anderer Sozialkontakte, chronische Erkrankung…). Leiden wird häufig „normalisiert“ und ist damit nicht mehr behandlungsbedürftig.**
- **Andererseits besteht manchmal die Tendenz, jegliche Gemüts- oder Befindlichkeitsschwankung als Indiz für eine Depression zu werten. Die Inflationierung des Labels kann dazu führen, dass die wirklich Depressiven aus dem Blick geraten.**
- **Wenn wir Depressionen „richtig“ erkennen wollen, müssen wir deshalb auch unsere eigene Einstellung zu seelischem Leiden kritisch hinterfragen.**

PROMINENTE MIT DEPRESSION

Abraham Lincoln
www.independent.co.uk



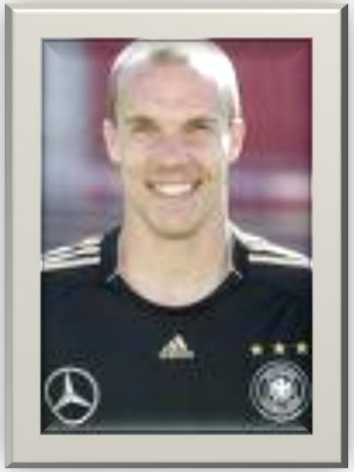
Kaiserin Sissi
www.mayerling.de



Marilyn Monroe www.vide.at



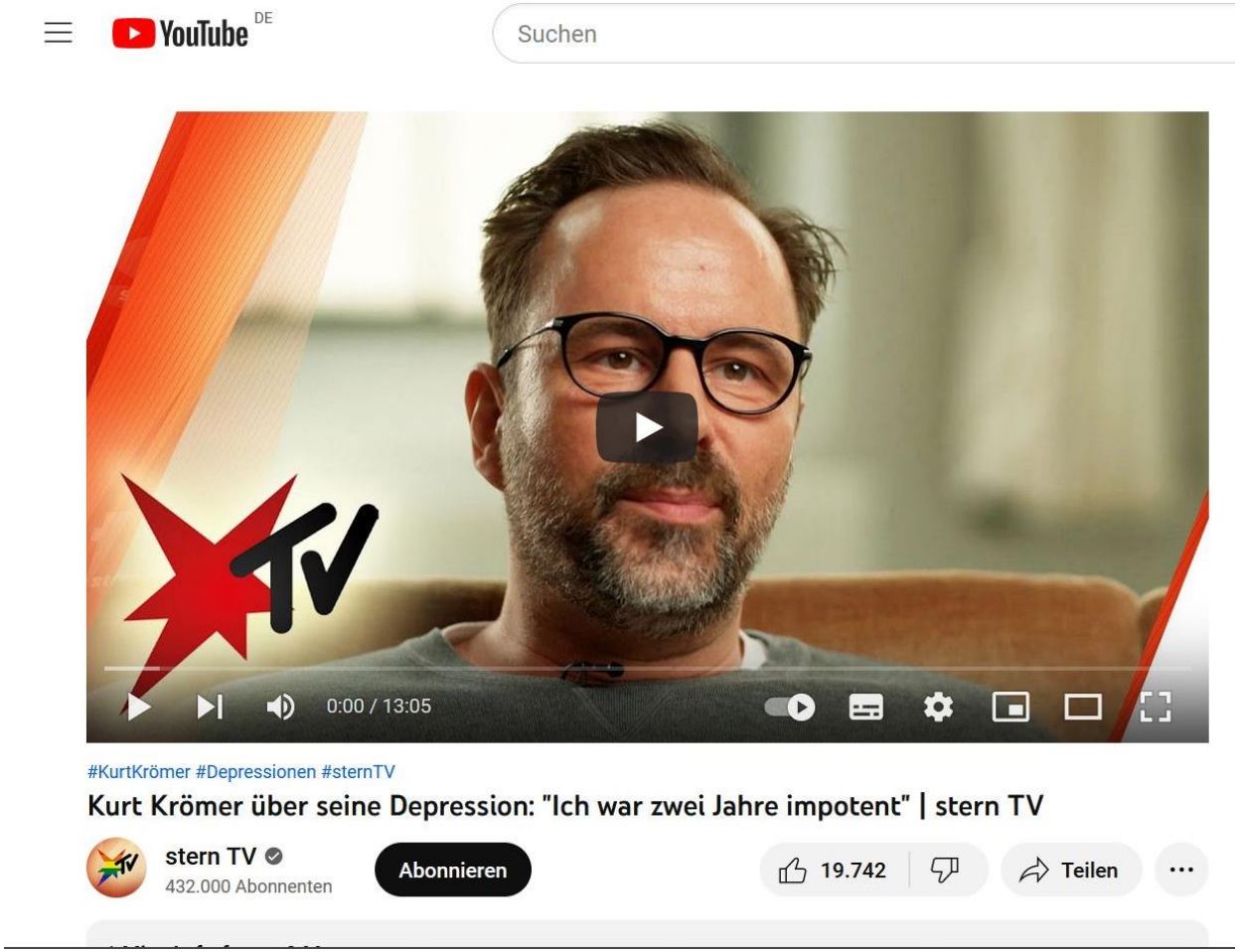
Robert Enke www.focus.de



Justin Bieber shemazing.net



PROMINENTE MIT DEPRESSION: KURT KRÖMER



https://www.youtube.com/watch?v=avWn33VQROc

EGZB Johannesstift Diakonie

WELCHE SYMPTOME VON DEPRESSIONEN KENNEN SIE?

TRAURIG ODER DEPRESSIV?

- **Trauer ist eine normale menschliche Reaktion auf Verluste und enttäuschte Erwartungen**
- **Depression dagegen ist eine behandlungsbedürftige Erkrankung, die sich in Ausmaß und Dauer von „normaler“ Trauer und „normalen“ Gemütsschwankungen unterscheidet**

SYMPTOME DER DEPRESSION - DENKEN

- Negatives Selbstbild
- Pessimismus gegenüber der Zukunft
- Denkstörungen - mühsames, verlangsamtes Denken, auf wenige Themen eingeengt, Konzentrations- und Gedächtnisschwäche (Klagen über Vergesslichkeit sind ein häufiges Symptom der Depression im Alter!)
- Grübeln
- Übertriebene Gesundheitssorgen
- Schuld- und Versündigungswahn
- Suizidgedanken

SYMPTOME DER DEPRESSION - GEFÜHLE

- Quälende Verstimmung
- Traurigkeit
- Angst
- Enttäuschung
- Unzufriedenheit
- Verzweiflung
- Schuldgefühle
- Hoffnungslosigkeit
- Innere Leere
- Gereiztheit
- In schweren Fällen: „Gefühl der Gefühllosigkeit“, „Versteinert sein“

SYMPTOME DER DEPRESSION - KÖRPER

- Appetitstörung, Gewichtsverlust, Verstopfung
- Schlafstörung, Müdigkeit, Energielosigkeit
- Verlust des sexuellen Verlangens
- Innere Unruhe
- Missempfindungen (Kopfdruck, Mundtrockenheit, „Kloßgefühl“ im Hals, „eiserner Ring“ um die Brust, Atemenge, Schwindel, Schmerzen in der Herz- oder Magengegend, Herzrhythmus-Störungen, Wirbelsäulenbeschwerden, schwere Beine)
- Magen-Darm-Beschwerden, Kopfschmerzen
- Chronische Schmerzen begünstigen einerseits die Entwicklung einer Depression; eine Depression kann andererseits zu Schmerzempfindungen führen bzw. vorhandene Schmerzen verstärken

SYMPTOME DER DEPRESSION - VERHALTEN

- Weinen
- Psychomotorische Hemmung
- Psychomotorische Agitiertheit
- Entscheidungsschwäche
- Probleme bei der Bewältigung der IADL- und ADL
- Rückzug aus Sozialkontakten
- Vernachlässigung der Körperpflege und der äußeren Erscheinung
- U.U. Suizid

URSACHEN DER DEPRESSION

- Früher strikte Trennung von körperlich bedingter Depression (endogene Depression) und seelisch bedingter Depression (neurotische Depression)
- Heute geht man davon aus, dass Körper und Psyche immer beide beteiligt sind, wobei im konkreten Fall der eine oder der andere Faktor überwiegen kann

DEPRESSIONSTYPEN

- **Nach ICD-10 kann man folgende Haupttypen depressiver Erkrankungen unterscheiden:**
  - Unipolare Depression (Lebenszeitprävalenz bis zu 17%)
  - Bipolare affektive Störung (Lebenszeitprävalenz 0,5 – 1,5%)
  - Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik (Prävalenz: ?)
  - Dysthymia (Lebenszeitprävalenz 3%)

DEPRESSIVE EPISODE BEI UNIPOLARER DEPRESSION

- **Zeitlich abgegrenzter depressiver Zustand, Mindestdauer zwei Wochen**
- **Mindestens zwei von drei Kernsymptomen:**
  - Depressive Stimmung, von den Umständen kaum beeinflussbar
  - Interessen- oder Freudeverlust
  - Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit
- **Starke biologische Komponente (z.B. durch eine Störung der Transmitter Serotonin und Noradrenalin)**
- **Aber auch belastende Ereignisse oder längere Stressperioden können eine depressive Episode auslösen**
- **Sehr häufig Rezidive nach beschwerdefreien Intervallen**

DEPRESSIVE EPISODE: SCHWEREGRADE

- **<u>Leichte depressive Episode:</u> Erkrankte müssen sich zu allem zwingen, Hobbys werden aufgegeben, soziale Kontakte reduziert, berufliche Anforderungen meist noch erfüllt**
- **<u>Mittelschwere depressive Episode:</u> Alltag wird nur noch z.T. bewältigt, Lebensüberdruss- und vage Suizidgedanken möglich**
- **<u>Schwere depressive Episode:</u> Normale Alltagsabläufe (Aufstehen, Waschen, Anziehen usw.) brechen zusammen. Kranke bewegen sich u.U. nicht mehr, sprechen nicht mehr. Erhebliche Suizidgefahr!**

ANPASSUNGSSTÖRUNG MIT DEPRESSIVER SYMPTOMATIK

- Früher „reaktive Depression“ genannt
- Verstimmungszustand infolge eines belastenden Lebensereignisses, der über eine normale Trauer hinausgeht, aber noch nicht die Kriterien einer „leichten depressiven Episode“ erfüllt
- Bildet sich meist innerhalb eines halben Jahres zurück

DYSTHYMIA

- Früher „neurotische Depression“ genannt
- Häufig Konflikte in der Kindheit, meist langjährige Konflikte in sozialen Beziehungen
- Eher chronische Erkrankung mit Schwankungen; Schweregrad erfüllt in der Regel nicht die Kriterien einer „leichten depressiven Episode“

WEITERE DEPRESSIONSTYPEN

- **<u>Organische Depression:</u> Folge einer Veränderung des Botenstoffwechsels im Gehirn, z.B.**
  - bei zerebraler Schädigung (z.B. nach einem Schlaganfall oder bei Morbus Parkinson)
  - bei hormoneller Störung (z.B. Schilddrüsenfunktionsstörung)
  - bei Vitamin-B_{12}-Mangel
- **<u>Medikamenteninduzierte Depression:</u> Mögliche Nebenwirkung einer medikamentösen Behandlung, z.B. mit Betablockern oder Kortison**

FOLGEN EINER NICHT ERKANNTEN / UNBEHANDELTEN DEPRESSION

- **Erhebliches psychisches Leiden**
- **Im Extremfall Suizid**
- **Speziell in der Geriatrie auch:**
  - schlechterer Behandlungs-Outcome
  - häufigere Entlassung in vollstationäre Pflege

DEPRESSIONSSCREENING: GDS-K, DIA-S

- **GDS-K:**

  15 Ja-Nein-Items zum Befinden in der letzten Woche, Rohwerte > 5 legen eine depressive Symptomatik nahe. Für Ältere entwickelt, zeitökonomisch, leicht beantwortbar für Personen mit leichten bis mäßigen kognitiven Einschränkungen, geeignet für Verlaufskontrollen

  Nachteil: Häufig Validitätsprobleme bei geriatrischen Patientengruppen (cave Items 2, 8, 9, 10, 13), zum Teil geringe Akzeptanz bei multimorbiden Patienten

- **DIA-S:**

  10 Ja-Nein-Items zum Befinden in den letzten zwei (!) Wochen, Werte ab einschl. 4 P. legen eine depressive Symptomatik nahe. Für ältere multimorbide Patienten entwickelt, zeitökonomisch, leicht zu beantworten, erlaubt validere Einschätzung als GDS-K, wird besser von den Patienten akzeptiert

- **Kein Screeningverfahren allein erlaubt die Diagnose einer Depression!**

GDS-K

Geriatrische Depressionsskala (GDS)

(15- Fragen – Kurzfassung nach Yesavage et al.)

1.	Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?	☐ ja	☐ nein
2.	Haben Sie viele Ihrer Aktivitäten und Interessen aufgegeben?	☐ ja	☐ nein
3.	Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei unausgefüllt?	☐ ja	☐ nein
4.	Ist Ihnen oft langweilig?	☐ ja	☐ nein
5.	Sind Sie die meiste Zeit guter Laune?	☐ ja	☐ nein
6.	Haben Sie manchmal Angst, daß Ihnen etwas Schlimmes zustoßen wird?	☐ ja	☐ nein
7.	Fühlen Sie sich die meiste Zeit glücklich?	☐ ja	☐ nein
8.	Fühlen Sie sich oft hilflos?	☐ ja	☐ nein
9.	Bleiben Sie lieber zu Hause, anstatt auszugehen und Neues zu unternehmen?	☐ ja	☐ nein
10.	Glauben Sie, mehr Probleme mit dem Gedächtnis zu haben als die meisten anderen Menschen?	☐ ja	☐ nein
11.	Finden Sie, es sei schön jetzt zu leben?	☐ ja	☐ nein
12.	Kommen Sie sich in Ihrem jetzigen Zustand ziemlich wertlos vor?	☐ ja	☐ nein
13.	Fühlen Sie sich voller Energie?	☐ ja	☐ nein
14.	Finden Sie, daß Ihre Situation hoffnungslos ist?	☐ ja	☐ nein
15.	Glauben Sie, daß es den meisten Leuten besser geht als Ihnen?	☐ ja	☐ nein

Gesamtpunktzahl: /15 Punkten

EGZB Johannesstift Diakonie

Fragebogen zur Depression im Alter (DIA-S)

In dem folgenden Fragebogen geht es um Ihre Stimmung. Ich werde Ihnen dazu einige Aussagen vorlesen. Antworten Sie bitte mit „**Ja**“, wenn eine Aussage auf Sie zutrifft, und mit „**Nein**“, wenn eine Aussage auf Sie nicht zutrifft. Denken Sie bei Ihren Antworten bitte daran, wie Sie sich **während der letzten 14 Tage** überwiegend gefühlt haben. Versuchen Sie bitte, möglichst spontan zu antworten.

		Ja	Nein	Kommentar
01.	Ich fühle mich bedrückt.			
02.	Ich habe Angst, dass ich etwas Falsches sagen und tun könnte.			
03.	Ich kann mich gut entspannen.			
04.	Mein Leben kommt mir sinnlos vor.			
05.	Es fällt mir schwer, mich aufzuraffen.			
06.	Ich habe Angst vor der Zukunft.			
07.	Ich kann mein Leben genießen, auch wenn mir manches schwerer fällt.			
08.	Ich fühle mich durch Schwierigkeiten leicht überfordert.			
09.	Ich muss viel grübeln.			
10.	Ich bin grundsätzlich mit meinem Leben zufrieden.			
			Summe	

DIE MADRS

- **Die Montgomery-Asberg-Depressions-Rating-Skala (Montgomery & Asberg, 1978) ist eine Fremdbeurteilungsskala zur Beurteilung depressiver Syndrome**
- **Auf Grund eines klinischen Interviews werden 10 Items jeweils auf einer Skala von 0-6 bewertet (Sichtbare Traurigkeit, mitgeteilte Traurigkeit, innere Anspannung, reduzierter Schlaf, reduzierter Appetit, Konzentrationsschwierigkeiten, Antriebsmangel, Gefühl der Gefühllosigkeit, pessimistische Gedanken, Suizidgedanken)**

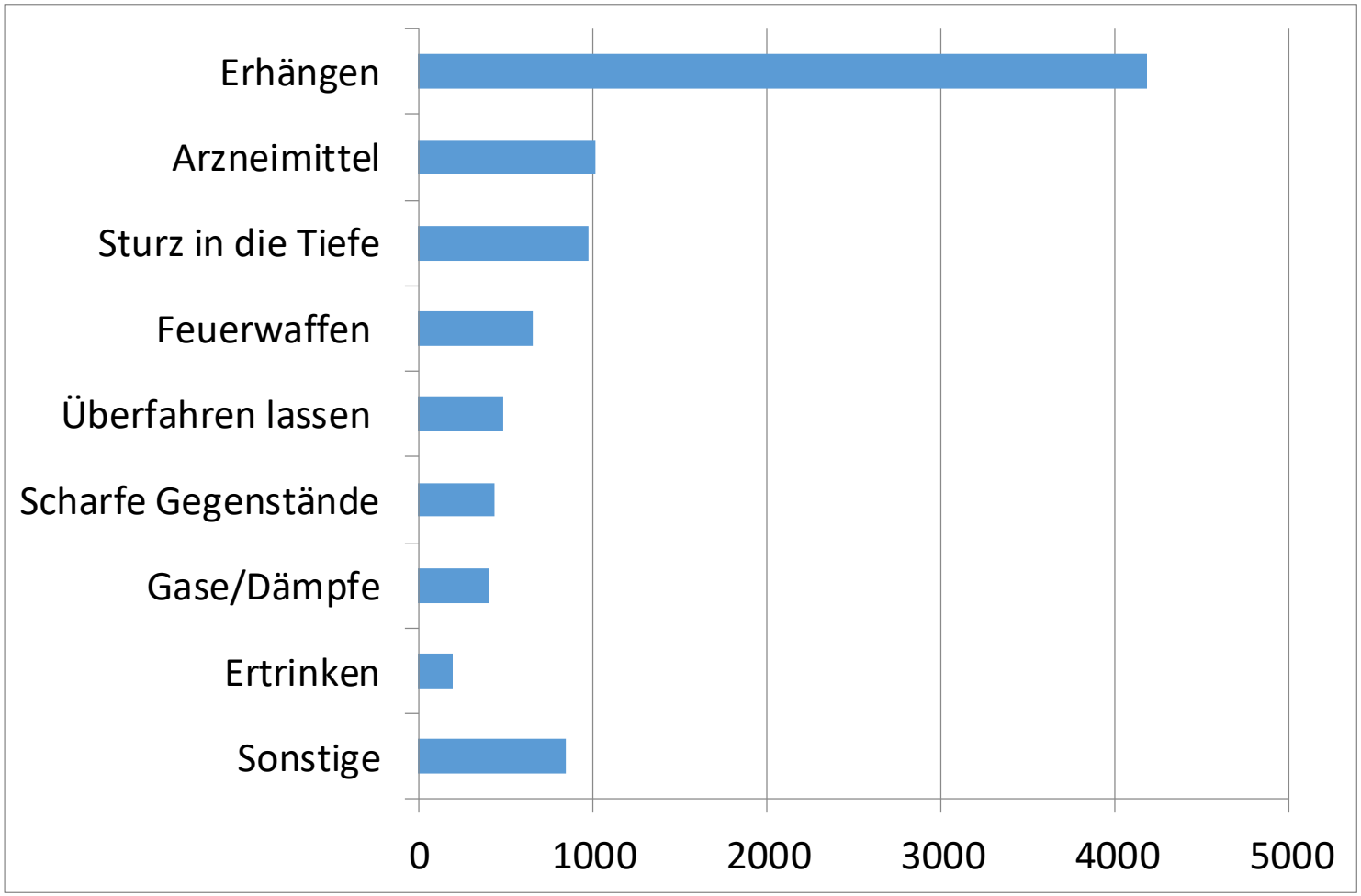
POSITIVE ASPEKTE DER MADRS

- Weltweit eingesetztes, bewährtes Messinstrument
- Fragt explizit auch nach Lebensüberdruss und Suizidalität
- Fremdanamnestische Informationen, z.B. durch den Pflegedienst, dürfen einbezogen werden
- Hohe Akzeptanz auch bei multimorbiden Patienten
- Hohe Änderungssensitivität, daher ideal für Verlaufskontrollen
- Im EGZB ergänzend eingesetzt bei hohem DIA-S-Score, zunehmend aber auch als alleiniges Verfahren, vor allem bei vordiagnostizierter Depression sowie bei schwerstkranken Patienten

DEPRESSION UND SUIZID

- 2020 wurden in Deutschland laut Statistischem Bundesamt 9.206 Suizide registriert
- Bei hoher Dunkelziffer (bspw. Verkehrstote!) vermutlich 10 x so viele Suizidversuche
- 75% der Suizide wurden von Männern begangen
- Suizid fast immer Folge einer psychischen Erkrankung
- Bis zu 15% aller Erkrankten mit schweren depressiven Episoden sterben durch Suizid
- Depressive haben zusätzlich auch ein erhöhtes Risiko, an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungenentzündungen usw. zu versterben

HÄUFIGSTE SUIZIDMETHODEN 2020



SUIZIDALITÄT: BESONDERS GEFÄHRDENDE FAKTOREN

- Schwere depressive Episode mit ausgeprägter Schuld- und Selbstwertproblematik
- Rezidivierende schwere depressive Episoden
- Suizidversuche in der Vorgeschichte
- Suizide in der Familie
- Direkte oder indirekte Suiziddrohungen
- Hohes Alter
- Männliches Geschlecht
- Soziale Isolierung
- Unheilbare Krankheiten
- Abhängigkeitserkrankungen

STUFEN DER SUIZIDALITÄT

- Lebensmüde Gedanken („Ach, wenn ich bloß schon tot wäre“)
- Suizidgedanken („Vielleicht sollte ich all dem wirklich ein Ende setzen“)
- Stadium der Ambivalenz („Soll ich? Soll ich nicht?“)
- Suizidplanung („Ich werde mich umbringen. Wie mache ich das am besten?“)
- Suizid

Meist entwickelt sich Suizidalität langsam über Wochen oder Monate. Es gibt aber auch sog. „raptusartige“ Suizide, die unvermittelt i. S. einer Kurzschlussreaktion auftreten.

ÄUSSERUNGEN, DIE UNS AUFHORCHEN LASSEN MÜSSEN

- „Ich falle allen nur noch zur Last.“
- „Ich will einfach Ruhe haben, nichts mehr sehen und hören.“
- „Die werden schon noch sehen…“
- „Manchmal habe ich Gedanken, das ist eine richtige Sünde…“
- „Ohne meinen Glauben hätte ich längst aufgegeben.“
- „Leben Sie wohl“ statt „Auf Wiedersehen“
- Aber möglicherweise auch: „Den Toilettenstuhl für zu Hause brauche ich nicht (mehr).“

ZUM UNSINN DER „HUNDE-WEISHEITEN“

- ***„Hunde, die bellen, beißen nicht!“***

  Falsch! Die meisten Menschen kündigen ihren Suizid oder Suizidversuch direkt oder indirekt im Vorfeld an.

- ***„Man soll keine schlafenden Hunde wecken!“***

  Falsch! Menschen antworten auf entsprechende Fragen glaubhaft verneinend (fast nie verärgert) oder aber bestätigend. Im zweiten Fall ist es für die Betreffenden in der Regel erleichternd, endlich über diese quälenden Gedanken sprechen zu können.

FRAGEN ZUR SUIZIDALITÄT

- Ich habe den Eindruck, dass Sie im Moment keine rechte Lebensfreude mehr haben. Möchten Sie manchmal nur noch alles hinschmeißen und Ihre Ruhe haben?
- Viele Menschen haben schon mal am Sinn des Lebens gezweifelt oder gedacht, es wäre vielleicht am besten, nicht mehr zu leben. Kennen Sie so etwas?
- Ist Ihnen schon mal der Gedanke gekommen, sich etwas anzutun?
- Haben Sie überlegt, wie Sie das anstellen könnten?
- Gehen solche Gedanken wieder vorbei?
- Haben Sie bereits Vorkehrungen getroffen?
- Haben Sie es früher schon einmal versucht?
- Weshalb haben Sie es bisher nicht gemacht?
- Was könnte Sie in Zukunft davon abhalten, sich etwas anzutun?
- Was hält Sie am Leben?

UMGANG MIT SUIZIDGEFÄHRDETEN

- **Vorbehaltlose Akzeptanz (eigene Einstellung klären!)**
- **Aussprachemöglichkeit bieten**
- **Aufklären, dass Suizidgedanken bei Depression häufig und Depressionen gut behandelbar sind**
- **Therapeutische Partnerschaft anbieten (regelmäßiger Kontakt, ständige Erreichbarkeit für den Notfall)**
- **„Dosiertes Versprechen“ anstreben (kein Suizid bis zur nächsten Konsultation, sofortige Benachrichtigung bei Verschlimmerung der Situation)**
- **Wünschen des Patienten möglichst entgegenkommen (Entlastung, Reden, Schlaf(!), Ruhe, Rauchen, ...)**
- **MEDIKAMENTENGABE NUR UNTER AUFSICHT!**
- **Angehörige nach Aufklärung über hilfreiches Verhalten einbeziehen**
- **Patienten möglichst nicht alleine lassen**
- **Nötigenfalls Verlegung in eine psychiatrische Klinik, im Zweifelsfall auch gegen den Willen des Betroffenen nach dem PsychKG**

WERTIGKEIT VON MEDIKAMENTÖSER THERAPIE UND PSYCHOTHERAPIE

- **Schwere Formen der Depression müssen medikamentös behandelt werden; eine begleitende Psychotherapie ist hilfreich**
- **Bei Anpassungsstörung, Dysthymia und leichter depressiver Episode ist Psychotherapie das Mittel der Wahl; Medikamente werden allenfalls unterstützend gegeben**

PSYCHOTHERAPIE

- **Mittlerweile gibt es eine Vielzahl psychotherapeutischer Verfahren wie Analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, systemische Therapie.**
- **Die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) übernehmen die Kosten für Analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie. In den Leistungskatalog der GKV wurde 2020 neu die systemische Therapie aufgenommen, jedoch nur für Erwachsene.**
- **Diese Therapien werden von speziell ausgebildeten Psychologen und Ärzten angeboten.**

ANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE

- Geht auf die Psychoanalyse zurück, die von Sigmund Freud Ende des 19. Jahrhunderts begründet und seither weiterentwickelt worden ist
- Postuliert unbewältigte frühkindliche Konflikte als Ursache einer aktuellen Depression
- Erst das Erkennen und emotionale Verarbeiten früher Konflikte und Traumata beseitigt die Depression
- Ziel ist letztlich die Umstrukturierung der Persönlichkeit
- Für eine Analytische Psychotherapie ist deshalb ein längerer Zeitraum zu veranschlagen als für andere Verfahren

TIEFENPSYCHOLOGISCH FUNDIERTE PSYCHOTHERAPIE / SYSTEMISCHE THERAPIE

- **Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie hat sich aus der Psychoanalyse entwickelt, konzentriert sich jedoch anders als diese vor allem auf das Hier und Jetzt.**
- **Aktuelle Konflikte sind häufig durch schmerzhafte Erlebnisse der Kindheit vermittelt. Die Therapie hilft, zugrundeliegende unbewusste Konflikte aus früheren Lebensphasen zu erkennen und mit dieser neuen Einsicht auch neue Beziehungs- und Verhaltensweisen zu erproben.**
- **Systemische Therapie: Versteht psychische Erkrankung als Folge konflikthafter Beziehungen eines sozialen Systems, etwa der Familie, der Schule oder des Arbeitsumfelds. Deshalb werden wichtige Personen des sozialen Systems in die Therapie einbezogen.**

VERHALTENSTHERAPIE (VT)

- **Konzentrierte sich die VT zunächst nur auf offen beobachtbares Verhalten und dessen Modifikation, meist ausgehend von Tierexperimenten, rückten im Zuge der „kognitiven Wende“ in den 60-er Jahren Gedanken als Auslöser psychischer Störungen in den Vordergrund. VT ist heutzutage „Kognitive VT“.**
- **VT ist ein alltagsorientiertes, eher kurzdauerndes Verfahren**
- **Setzt ein breites Methodenspektrum hochindividuell ein**
- **Klinische Wirksamkeit wurde von Anfang an immer empirisch evaluiert – VT deshalb für viele Indikationsbereiche heute Psychotherapie der 1. Wahl (z.B. Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen)**

GRUNDPRINZIPIEN DER VT

- Jedes Verhalten ist erlernt und kann wieder verlernt werden. Die Therapie setzt im Hier und Jetzt an.
- Ausgangspunkt jeder therapeutischen Intervention ist die „Verhaltensanalyse“. Diese erfasst u.a. vorausgehende Bedingungen eines Problemverhaltens/einer Störung, den Kontext sowie aufrechterhaltende Bedingungen.
- Daraus entwickeln Therapeut und Patient gemeinsam realistische Therapieziele. Diese werden kontinuierlich auf ihre Erreichbarkeit hin überprüft und ggf. verändert.
- VT versteht sich als „Hilfe zur Selbsthilfe“.



VULNERABILITÄTS-STRESS-MODELL

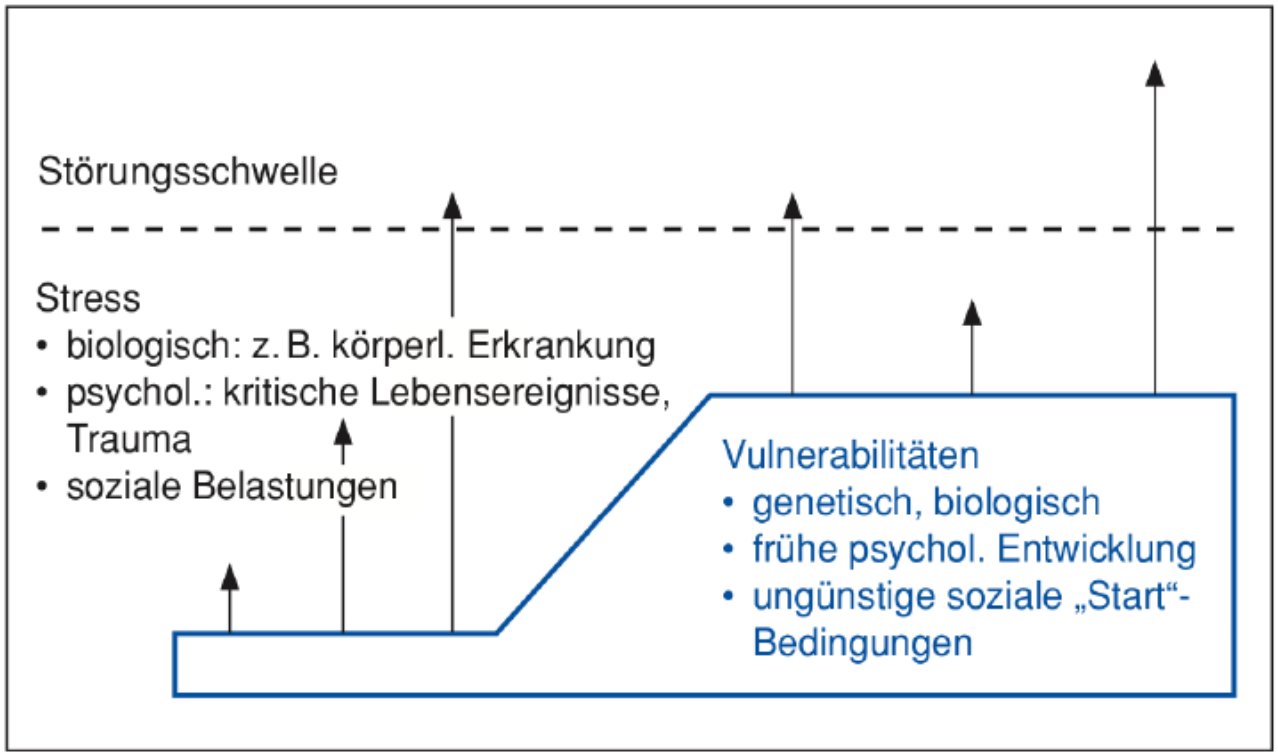
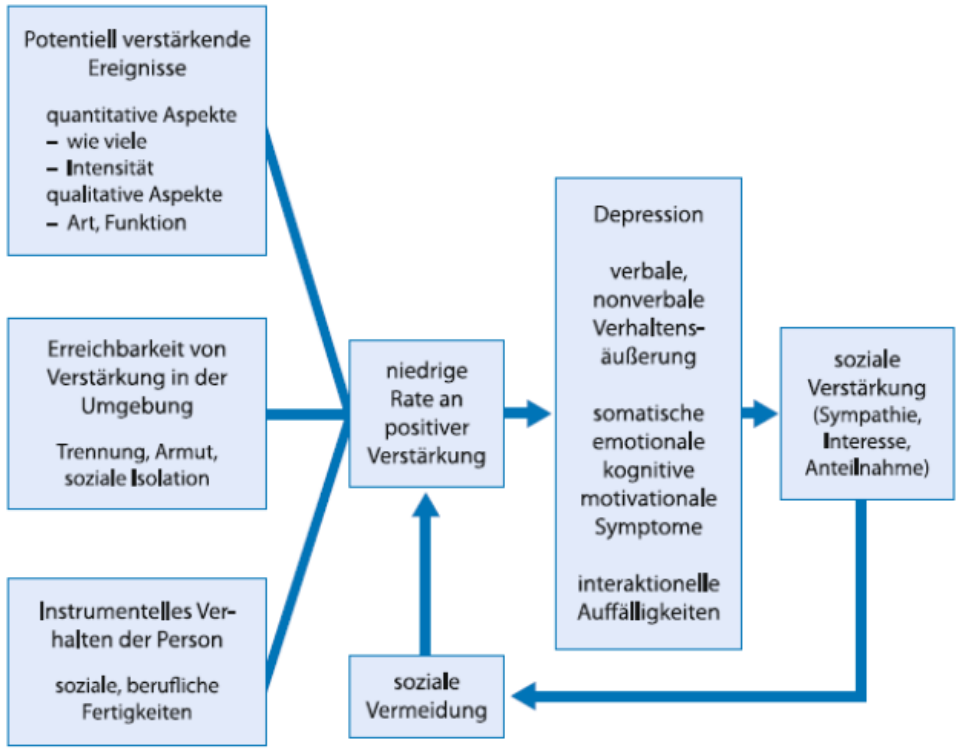


Abbildung 4: Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Aus Petermann et al.: Klinische Psychologie – Grundlagen © 2011 Hogrefe, Göttingen

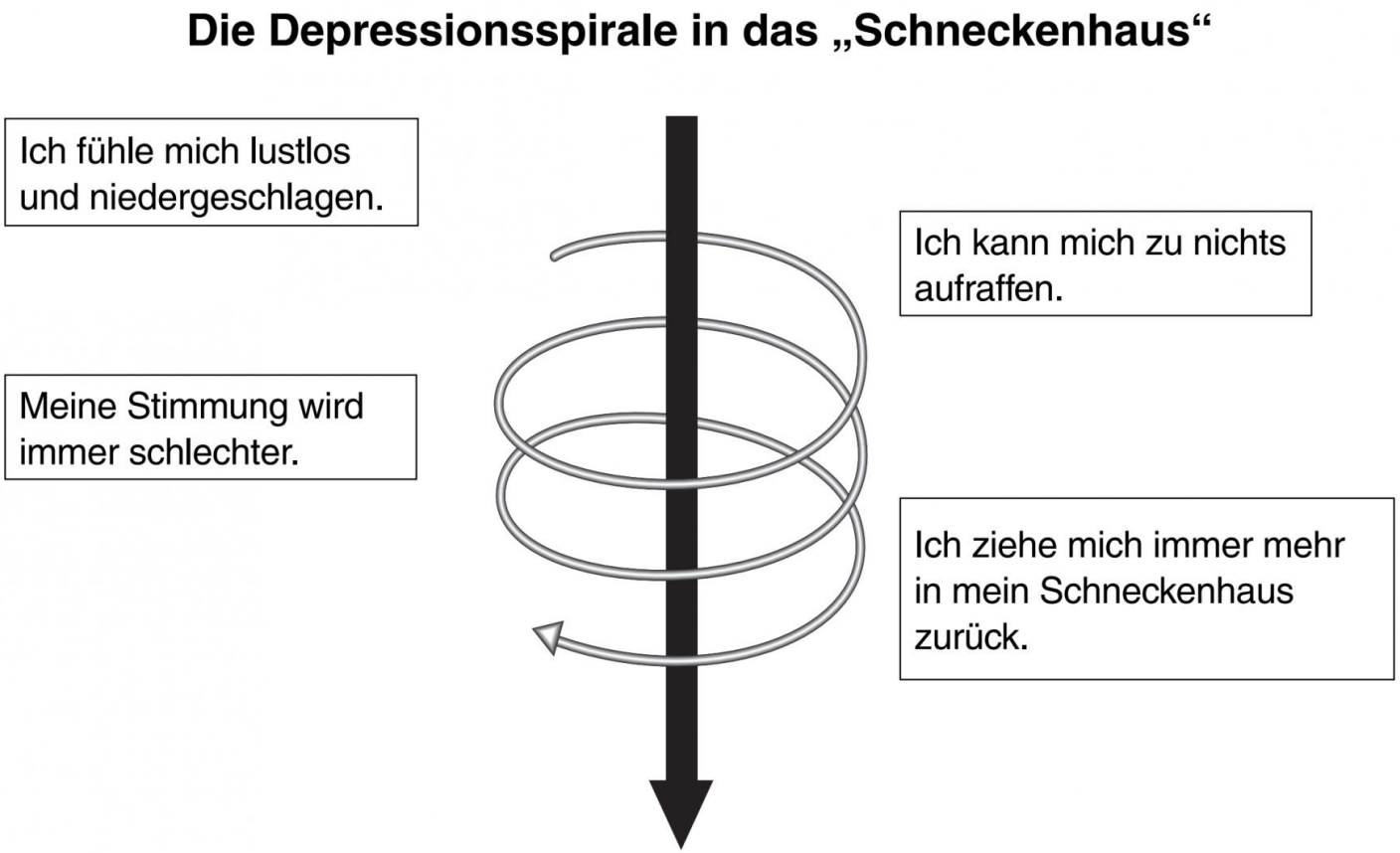
DEPRESSIONSSPIRALE / VERSTÄRKER-VERLUST-THEORIE: AUFRECHTERHALTUNG

Abb. 40.6. Verstärkungstheroretisches Modell nach Lewinsohn (1974). (Aus Hautzinger, 2000b, S. 8)



Aus Wittchen & Hoyer, 2011

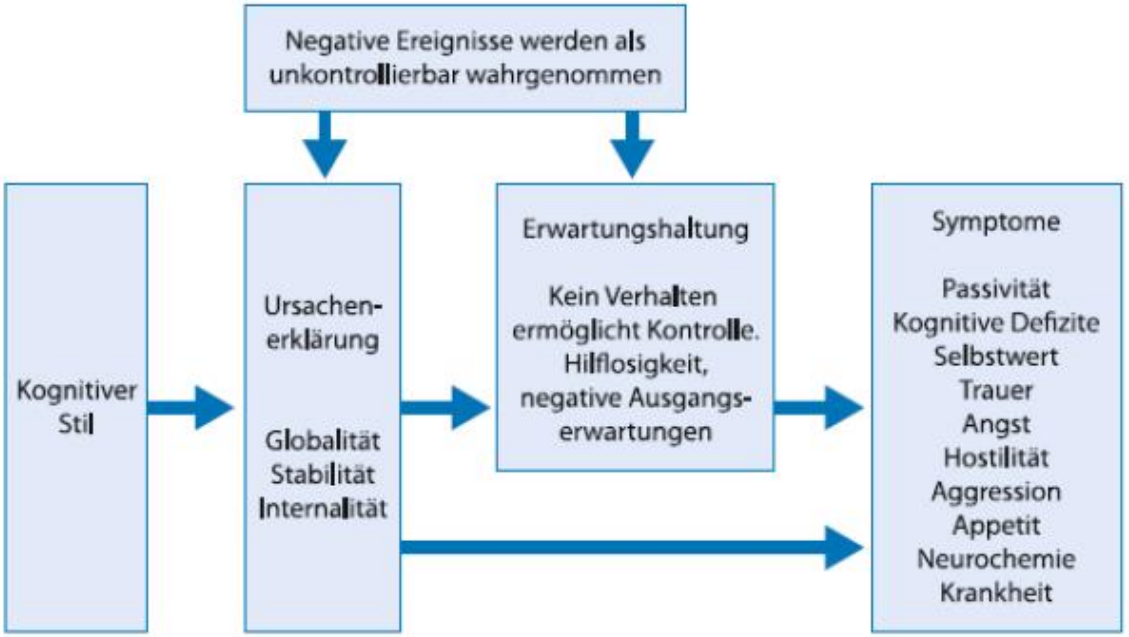
DEPRESSIONSSPIRALE / VERSTÄRKER-VERLUST-THEORIE: AUFRECHTERHALTUNG



hg-depression-porz.de

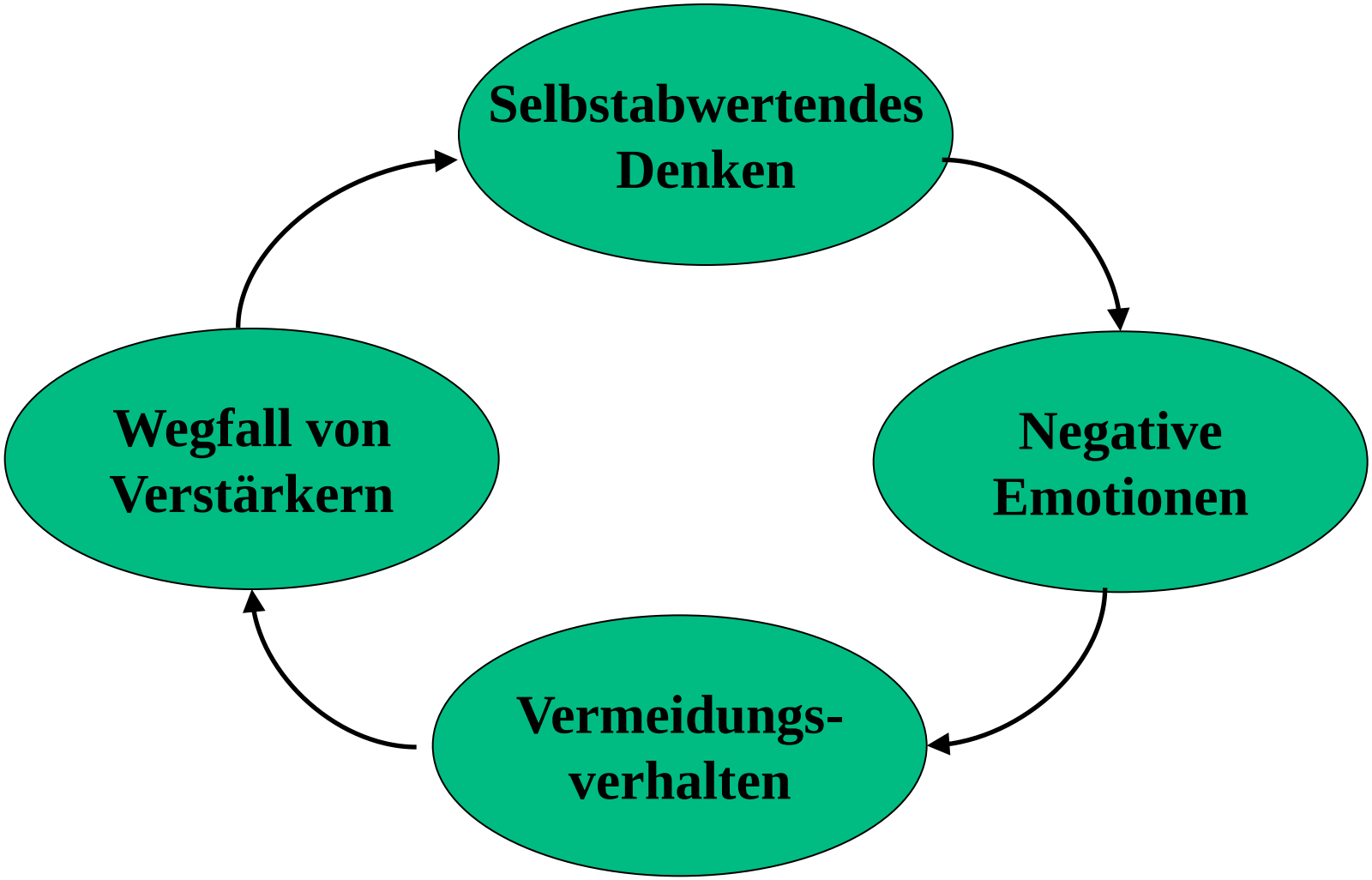
MODELL DER ERLERNTEN HILFLOSIGKEIT: AUFRECHTERHALTUNG

Abb. 40.8. Modell der erlernten Hilflosigkeit. (Aus Hautzinger, 2000a, S. 35)



Aus Wittchen & Hoyer, 2011

EGZB Johannesstift Diakonie

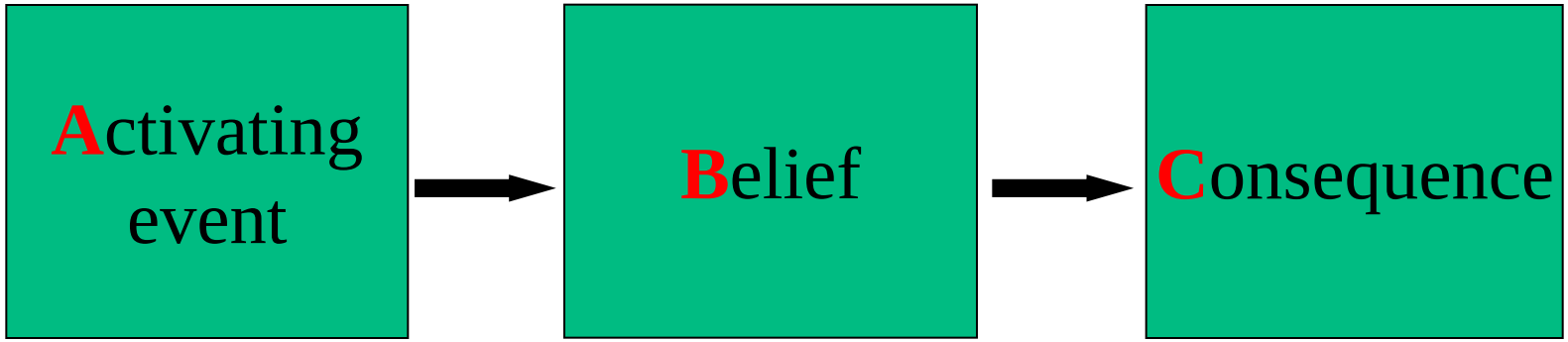

Selbstabwertendes Denken
Negative Emotionen
Vermeidungs-verhalten
Wegfall von Verstärkern

5 SCHRITTE DES AKTIVITÄTENAUFBAUS

- Erklärung des Prinzips
- Bestimmung des Aktivitätenniveaus
- Auswahl geeigneter angenehmer Aktivitäten
- Durchführung der ausgewählten Aktivitäten
- Verstärkung der Aktivitäten

Die Fokussierung auf positive Kompetenzen wirkt der negativen Sichtweise des Depressiven entgegen, Aktivitäten ermöglichen Erfolgserlebnisse.

DAS ABC-MODELL



BEISPIEL FÜR DAS ABC-MODELL

- **A:** Frau Meier sitzt zum ersten Mal in einem Flugzeug. Die Maschine wird gleich abheben.
- **B:** „Oh Gott, wie furchtbar! Das überlebe ich nicht!“
- **C:** Panik, in Zukunft evtl. Vermeidung

- **A:** Frau Schulze sitzt zum ersten Mal in einem Flugzeug. Die Maschine wird gleich abheben.
- **B:** „Toll! Endlich kann ich auch mal fliegen!“
- **C:** Freude

DYSFUNKTIONALE DENKMUSTER DEPRESSIVER PATIENTEN

- Übergeneralisierung
- Selektive Abstraktion
- Vergrößern und verkleinern
- Willkürliche Rückschlüsse
- Gedankenlesen
- Personalisierung
- „Katastrophisieren“
- Dichotomes Denken / Schwarz-Weiß-Denken
- Gefühl als Beweis
- Etikettierung

KOGNITIVE UMSTRUKTURIERUNG – I –

Erklärung des Modells

- Kognitive Umstrukturierung ist kein positives Denken!

Aufdecken dysfunktionaler Gedanken

- Anhand konkreter belastenden Situationen nach B und C suchen
- Ggf. Rollenspiel

Hinterfragen dysfunktionaler Gedanken

- „Sokratischer“ Dialog zur Prüfung von Realitätsgehalt und Funktionalität
- Rollenspiele, bspw. Rollentausch Psychotherapeut / Klient

KOGNITIVE UMSTRUKTURIERUNG – II –

- **Erarbeiten funktionaler Gedanken**
  - Nach alternativen Bewertungen suchen
  - In der Sprache des Pat. formulieren
  - Neues ABC schriftlich fixieren
- **Einüben funktionaler Gedanken**
  - Im Rollenspiel
  - In konkreten Alltagssituationen

UMGANG MIT DEPRESSIVEN PATIENTEN

Der depressiv Erkrankte stellt seine Umwelt vor große Probleme, weil er

- **u.U. von heute auf morgen ein ganz Anderer wird**
- **seinen üblichen Verpflichtungen nur noch bedingt oder gar nicht mehr nachkommt**

HILFREICHE VERHALTENSWEISEN IM UMGANG MIT DEPRESSIVEN – I –

- **Zuhören, sich Zeit nehmen**
- **Bedingungslos akzeptieren, auch wenn es schwer fällt**
- **Interesse am ganzen Menschen zeigen, nicht nur an Symptomen, Ursachen etc.**
- **Keine Gegenleistung erwarten – das übliche Geben und Nehmen funktioniert in der Depression nicht mehr. Auch keine heimliche Erwartung: „Wenn ich so viel Verständnis für dich habe, musst du nun aber auch ganz schnell gesund werden!“**

HILFREICHE VERHALTENSWEISEN IM UMGANG MIT DEPRESSIVEN – II –

- Kein oberflächliches „Das wird schon wieder!“, kein Argumentieren: „Schauen Sie, Ihnen geht es doch gar nicht so schlecht!“, schon gar kein „Reißen Sie sich doch zusammen!“
- Verhalten beobachten, nichtdepressives Verhalten verstärken
- Gemeinsam kleine „therapeutische Ziele“ bestimmen
- Ein ausreichendes Maß an Aktivitäten organisieren, ohne zu überfordern
- Körperliche Aktivität einplanen - physische Anstrengung, z.B. beim Ergometertraining, zeigt fast immer eine positive Wirkung!

DIE ROLLE DES THERAPEUTISCHEN TEAMS

- **Ein hilfreicher Umgang mit Depressiven ist Aufgabe des gesamten Teams**
- **Musik- und Kunsttherapie sind besonders wichtig, weil sie ein Angebot bereitstellen, das den Ausdruck von Gefühlen ermöglicht, von Grübeleien ablenkt und ohne Leistungsdruck Erfolgserlebnisse bietet**
- **Sind diese Berufsgruppen nicht im Team vertreten, sollten ähnliche Angebote im Rahmen der Ergotherapie erfolgen**
- **Die Physiotherapie sollte bei diesen Patienten – nach Maßgabe der jeweiligen Belastbarkeit – verstärkt auf ausreichende körperliche Aktivität achten!**

BETREUUNG DER ANGEHÖRIGEN DEPRESSIVER PATIENTEN

- Angehörige benötigen Information über die Erkrankung, die Behandlung und den hilfreichen Umgang mit dem Patienten
- Angehörige dürfen jedoch nicht gegen ihren Willen in die Rolle des Co-Therapeuten gedrängt werden
- Angehörige müssen Gelegenheit erhalten, ihre eigene Belastung zu thematisieren, z.B. Schuldgefühle oder aggressive Impulse

LITERATUR DEPRESSION

- Berger, M. (2018). *Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie*. 6., vollständig neu bearbeitete Auflage. München: Elsevier.
- Eink, M. & Haltenhof, H. (2017). *Basiswissen: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen.* 5., erweiterte Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Fliegel, St., Jänicke, W., Münstermann, S., Ruggaber, G., Veith, A. & Willutzki, U. (Hrsg.) (2018). *Verhaltenstherapie. Was sie kann und wie es geht.* Tübingen: DGVT.
- Hummel, J., Kopf, D., Hautzinger, M. & Weisbrod, C. (2016). *Kognitive Verhaltenstherapie mit depressiven geriatrischen Patienten. Ein Manual für die Gruppentherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mahnkopf, A. (2015). *Basiswissen: Umgang mit depressiven Patienten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- *S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Langfassung* (2022). Version 3.2. www.depression.versorgungsleitlinien.de
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt: mandy.mueller@jsd.de