

## **Depression**

Inzwischen ist sich die Forschung einig, dass eine Depression durch das **Zusammenspiel mehrerer Faktoren** ausgelöst und aufrechterhalten wird.

Dabei spielen auf der einen Seite **biologische**, auf der anderen Seite **psychische und psychosoziale** Aspekte eine wichtige Rolle.

Zum Beispiel wird durch belastende Lebensereignisse eher eine Depression ausgelöst, wenn bereits genetisch bedingt eine erhöhte Empfindlichkeit (eine so genannte Vulnerabilität) für die Erkrankung besteht. Das Zusammenspiel der verschiedenen Ursachen hat wiederum Auswirkungen auf die Therapie der Erkrankung, bei der häufig Medikamente mit einer Psychotherapie kombiniert werden.

Auslöser einer Depression sind sehr häufig psychosoziale Belastungen:

Chronische Belastungen wie eine dauerhafte Überforderung am Arbeitsplatz oder eine konfliktreiche Partnerschaft, aber auch belastende Lebensereignisse wie der Verlust des Partners oder ein schweres Trauma erhöhen die Wahrscheinlichkeit, an einer Depression zu erkranken.

Umgekehrt kann aber auch ein Mangel an positiven Gefühlen wie Freude oder Zufriedenheit langfristig in eine Depression münden. Dieser kann durch die Lebensumstände, aber auch durch das eigene Verhalten entstehen. So bekommt jemand, der leicht mit anderen Menschen Kontakte knüpfen kann, auch mehr positive Resonanz als eine Person, die sich eher zurückhaltend und passiv verhält.

**Mehrere psychologische Theorien beschäftigen sich damit, wie eine depressive Erkrankung entsteht und aufrechterhalten wird.**

So kommt es nach der **Depressionstheorie von Lewinsohn** dann zu einer Depression, wenn jemand in seinem Leben nur wenige Verstärker besitzt oder bisherige Verstärker verliert. Als Verstärker werden dabei positive, belohnende Konsequenzen des eigenen Verhaltens bezeichnet. Ein Verstärkerverlust liegt zum Beispiel dann vor, wenn jemand einen geliebten Menschen verliert, plötzlich aus seinem Job entlassen wird oder für seine Bemühungen von anderen nur wenig Anerkennung bekommt.

**Martin Seligman stellt in seinem Modell der Depression das Gefühl der Hilflosigkeit** in den Mittelpunkt. So hat jemand, dem ein negatives Ereignis widerfahren ist, möglicherweise die Erfahrung gemacht, dass er tatsächlich nichts tun kann. Wenn der Betroffene nun glaubt, dies liege an ihm selbst und sei auch auf Dauer nicht zu ändern, führt dies allmählich zur so genannten gelernten Hilflosigkeit: Anstatt zu versuchen, eine Lösung für ein Problem zu finden oder seine Lebenssituation zu verbessern, verharrt die Person nun passiv – und macht dadurch die Erfahrung, dass sich die ungünstige Situation tatsächlich nicht ändert.

**Nach dem Kognitionsmodell von Aaron Beck** sind vor allem gedankliche Verzerrungen charakteristisch für Patienten mit Depression. Demnach entwickelt jemand durch belastende Lebenserfahrungen negative Überzeugungen – zum Beispiel: „Die anderen wollen mir nur schaden“ oder „Mir passiert ständig etwas Schlechtes“. Diese Überzeugungen steuern wiederum, wie jemand sich selbst und seine Umwelt bewertet. Nach Beck sieht ein Mensch mit einer Depression sowohl sich selbst, die Umwelt als auch die Zukunft negativ. Diese negative Sichtweise führt zu einer verzerrten Sicht der Realität, so dass zum Beispiel selbst kleine Probleme als unlösbar angesehen werden.

Theorien, die aus der **psychoanalytischen Tradition** stammen, sehen die Ursachen für eine Depression vor allem in negativen Erfahrungen während der Kindheit. Demnach führen vor allem problematische Beziehungen mit nahestehenden Bezugspersonen wie Eltern oder Geschwistern zur Entwicklung einer pessimistischen Sichtweise der Welt und eines negativen Selbstbilds. Einige Ansätze wie die Theorie von Heinz Kohut nehmen an, dass vor allem Kinder, die sich stark an den Erwartungen ihrer Eltern orientieren und dabei eigene Bedürfnisse vernachlässigen, später besonders für eine Depression gefährdet sind.

### **Therapie und Behandlungsmöglichkeiten bei Depressionen im Überblick**

Eine Depression ist zwar eine häufige, **dafür aber relativ gut behandelbare** Erkrankung.

Bei leichten Depressionen ist in den meisten Fällen eine ambulante Psychotherapie ausreichend, bei mittelgradigen bis schweren Depressionen kommt dagegen meist eine Kombination aus medikamentöser Behandlung und Psychotherapie zum Einsatz.

Bei einer schweren Depression ist jedoch häufig eine stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik sinnvoll. Dort kann der Patient intensiver ärztlich betreut werden und erhält eine feste Tagesstruktur, zudem kann die Medikation unter ärztlicher Überwachung gezielt eingestellt werden.

Neben medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung kommen bei einer stationären Therapie häufig weitere Verfahren zum Einsatz, die die Patienten stabilisieren sollen – zum Beispiel Kunst-, Musik- oder Bewegungstherapie.

### **Antidepressiva: Behandlung von Depressionen mit Medikamenten**

Grundsätzlich sollen Antidepressiva die Stimmung stabilisieren und heben, sie sollen entweder Getriebenheit und Unruhe dämpfen oder Hemmung und Antriebslosigkeit normalisieren, dabei auch Angst lösen, Schlaf-, Appetit- und Libidostörungen verbessern und die Einengung des Denkens „lockern“ helfen.

Bei der medikamentösen Therapie der Depression spielen Antidepressiva eine zentrale Rolle. Diese sollen das Gleichgewicht der **Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin** im Gehirn wieder herstellen. Entgegen der Befürchtungen mancher Patienten machen diese Medikamente nicht abhängig und verändern auch nicht die Persönlichkeit. Allerdings entfalten Antidepressiva ihre Wirkung meist erst nach zwei bis drei, manchmal auch erst nach sechs Wochen. Zudem können sie am Anfang zu Nebenwirkungen wie Müdigkeit oder Appetitverlust führen.

Die Betroffenen müssen also etwas Geduld mitbringen, bis die gewünschte Wirkung eintritt.

Nach Beginn der Behandlung sollten die Medikamente mindestens vier bis sechs Monate eingenommen werden – selbst dann, wenn die Symptome bereits früher wieder abgeklungen sind. Anschließend sollte man mit einem Arzt besprechen, ob das Medikament allmählich wieder abgesetzt werden kann oder ob es zur Vermeidung von Rückfällen längerfristig eingenommen werden soll.

Derzeit gibt es auf dem Markt eine ganze Reihe Antidepressiva, die zum Teil auf unterschiedliche Art und Weise wirken und auch unterschiedliche Nebenwirkungen haben können. Welches Medikament für Patienten am besten geeignet ist, sollte in einem ausführlichen Gespräch mit dem behandelnden Arzt geklärt werden.

Folgende Gruppen von Medikamenten kommen bei einer Depression zum Einsatz:

- **Wiederaufnahmehemmer:**

Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) und selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI): Diese relativ neuen Medikamente **verstärken die Wirkung** der körpereigenen Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin. Sie zeichnen sich durch verhältnismäßig wenige Nebenwirkungen aus.

- **Trizyklische Antidepressiva:**

Diese Wirkstoffe erhöhen ebenfalls die Wirkung der Neurotransmitter Noradrenalin und Serotonin. Sie sind schon seit längerer Zeit auf dem Markt und führen häufiger zu Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit, Müdigkeit oder Verstopfung. Daher werden sie heute seltener verschrieben.

- **Monoamino-Oxidase-Hemmer (MAO-Hemmer):**

Diese blockieren das Enzym Monoamino-Oxidase, welches im Normalfall die Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin im Gehirn abbaut. MAO-Hemmer gelten als gut wirksam, allerdings müssen die Patienten bei Einnahme eine strenge Diät einhalten, bei der sie zum Beispiel auf Käse, bestimmte Obstsorten, Fisch und Nüsse verzichten müssen, da es sonst zu einem gefährlichen Blutdruckanstieg kommen kann.

- **Johanniskrautpräparate:**

Diese natürlichen Substanzen wirken auf die gleichen Botenstoffe im Gehirn wie die übrigen Antidepressiva. Allerdings müssen die Präparate eine ausreichend hohe Dosis der wirksamen Stoffe enthalten und eignen sich nur zur Therapie einer leichten Depression.

- **Neuroleptika:**

Diese kommen manchmal bei schweren, therapieresistenten Depressionen oder bei Depressionen mit psychotischen Symptomen zum Einsatz, meist in Kombination mit antidepressiven Medikamenten. Niedrigpotente Neuroleptika wirken vor allem beruhigend und werden daher bei ausgeprägter Angst oder Unruhe eingesetzt, während hochpotente Neuroleptika vor allem bei psychotischen Symptomen angewendet werden. Die Medikamente können zum Teil erhebliche Nebenwirkungen haben: u.a. Bewegungsstörungen, Müdigkeit, Gewichtszunahme und Hormonstörungen

## **Psychotherapie**

Die psychotherapeutische Behandlung nähert sich mit unterschiedlichen Methoden den Bereichen, die durch die depressive Erkrankung beeinträchtigt sind. Wie beim Lernen, bei dem es zur Ausbildung neuer Verbindungen zwischen Nervenzellen im Gehirn kommt, kann auch eine Psychotherapie ("Gesprächstherapie") über eine Änderung der Funktionsweise des Gehirns wirken. Die Psychotherapie befasst sich mit besonderen Themen, die innerhalb von Familien, in Paar-Beziehungen oder beim Einzelnen eine Rolle spielen können. Die Sitzungen können, abhängig von den Bedürfnissen des Einzelnen, einen Zeitraum von 20 – 40 Therapiestunden umfassen.

In einer Psychotherapie geht es vor allem darum, **depressionstypische Denkmuster, negative Gefühle und passive Verhaltensweisen abzubauen und durch aktivere, positivere Verhaltensmuster zu ersetzen**. Es werden verschiedene Therapieansätze unterschieden, die wichtigsten sind die kognitive Verhaltenstherapie, die interpersonelle Therapie und psychoanalytische bzw. tiefenpsychologische Ansätze.

**Die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie** ist in wissenschaftlichen Untersuchungen bisher am besten belegt.

Sie besteht bei der Behandlung der Depression aus drei zentralen Elementen.

**Im ersten Schritt** sollen die Patienten wieder eine **geregeltere Tagesstruktur** aufbauen, in die bewusst angenehme Aktivitäten, aber auch Pflichten eingebaut werden. Dies hilft den Betroffenen, sich weniger zurückzuziehen, wieder positive Erfahrungen zu machen und allmählich zu erleben, dass sie die geplanten Aktivitäten (wieder) schaffen können. Regelmäßige körperliche Aktivität kann dabei dazu beitragen, die Stimmung weiter aufzuhellen.

**Der zweite Baustein** der Therapie bezieht sich auf den **Abbau negativer Denkmuster** über sich selbst und die Umwelt – zum Beispiel die Annahme „Ich mache ja sowieso alles falsch, ich kann das nicht“. Der Therapeut erarbeitet zusammen mit dem Patienten, woher diese Denkmuster kommen und wie sich diese auf das Verhalten und die Gefühle des Patienten auswirken. Anschließend werden die oftmals einseitigen Sichtweisen systematisch überprüft und schließlich durch angemessenere, realistischere Denkweisen ersetzt. So könnte der Patient nun zum Beispiel zu dem Schluss kommen: „Manchmal schaffe ich etwas noch nicht. Andere Dinge bekomme ich aber schon ganz gut hin.“

Da Patienten mit Depression häufig Schwierigkeiten haben, Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen und beizubehalten, konzentriert sich der **dritte Aspekt** der Verhaltenstherapie darauf, die **sozialen Fertigkeiten der Betroffenen zu trainieren**. So üben die Patienten in Kommunikationsübungen und Rollenspielen, mit anderen in Kontakt zu treten, aber auch, eigene Wünsche und Meinungen selbstsicherer zu vertreten. Am Ende der Therapie geht es dann darum, den Therapieerfolg zu stabilisieren und Strategien zu erlernen, um Rückfällen vorzubeugen bzw. beim ersten Wiederauftreten von Symptomen rechtzeitig Maßnahmen zu ergreifen.

In einer **psychoanalytischen bzw. tiefenpsychologisch fundierten Therapie** liegt der Schwerpunkt dagegen auf der Analyse der unbewussten inneren Konflikte, die durch negative Erfahrungen in der Kindheit entstanden sind. Diese Konflikte werden bewusst gemacht und sollen dadurch, dass der Patient sie wiederholt durchlebt, aufgelöst werden. Außerdem wird bei dieser Therapieform mehr auf Störungen in den aktuellen sozialen Beziehungen eingegangen

Weitere Therapieformen sind die **Gestalttherapie und die Gesprächspsychotherapie**. Bei der Gestalttherapie geht es darum, dass der Patient seine Gefühle und Verhaltensweisen bewusster wahrnimmt. Dabei stehen die Arbeit an konkreten zwischenmenschlichen Situationen und die Beziehung zwischen Therapeut und Patient im Mittelpunkt der Therapie. Bei der Gesprächspsychotherapie oder klientenzentrierten Psychotherapie nimmt der Therapeut eine einfühlsame, wertschätzende Haltung ein, die es dem Patienten erleichtern soll, eigene Gefühle, Wünsche und Ziele zu erkennen und selbstbestimmt eine Lösung für seine Schwierigkeiten zu entwickeln.

Auch **Kunst-, Musik- oder Tanztherapie** können vielen Betroffenen ergänzend zu Medikation und Psychotherapie helfen. Diese Therapieformen kommen vor allem im Rahmen einer stationären Behandlung zur Anwendung. Indem die Patienten zum Beispiel ein Bild malen, musizieren oder sich zur Musik bewegen, haben sie die Möglichkeit, ihre Gefühle, aber auch innere Bilder und Phantasien kreativ auszudrücken. Dies kann bei der Bewältigung negativer Gefühle oder Traumata helfen und zugleich eigene Ressourcen und positive Gefühle fördern.

### **Erarbeitung einer aktiven Tagesstruktur**

Um gegen den Aktivitäts- und Interessenverlust und den damit einhergehenden Mangel an positiven Erfahrungen anzugehen, erarbeiten Therapeut und Patient gemeinsam eine aktivere Tagesstruktur.

Dabei werden bewusst gewählte angenehme Tätigkeiten mit eingebaut. Dadurch soll der zunehmende Rückzug des Betroffenen, der auch dazu führt, dass immer weniger positive Dinge erlebt werden und so die Depression verstärkt wird, aufgehalten werden. Anfangs fällt es depressiven Patienten oft schwer, ihr Leben wieder aktiver zu gestalten, mit der Zeit wird aber meist spürbar, dass sich dies positiv auf ihre Stimmung auswirkt. Um auch im sozialen Umfeld wieder befriedigendere Beziehungen herstellen zu können, wird mit den Betroffenen auch in Kommunikationsübungen und Rollenspielen der positive Umgang mit anderen geübt.

### **Erarbeitung von Strategien, um Rückfälle zu vermeiden**

Ein wichtiger Ansatzpunkt in der Psychotherapie sind auch die negativen Denkmuster, die die Sicht der Depressiven auf sich und die Welt prägen. Zunächst geht es darum, herauszuarbeiten, mit welcher Einstellung die jeweilige Person sich und ihrem Umfeld begegnet und wie sich diese auf das eigene Befinden auswirken. Diese Haltung wird dann in der Therapie hinterfragt und gemeinsam hilfreichere Denkmuster entwickelt. Gegen Ende der Therapie geht es darum, Strategien zu erarbeiten, wie zukünftig Rückfälle vermieden werden können: Der Patient soll danach in der Lage sein, Anzeichen für eine mögliche Verschlechterung zu erkennen und rechtzeitig (z.B. wieder durch eine bewusste Tagesstrukturierung) gegenzusteuern.

### **Tipps für Angehörige**

Für Angehörige ist es oft nicht leicht, mit einem depressiven Familienmitglied zu leben. Viele wissen nicht, wie sie mit dem Betroffenen am besten umgehen sollen, fühlen sich hilflos, ärgern sich vielleicht über den Erkrankten oder fragen sich, was sie selbst falsch gemacht haben. Dauert die Depression längere Zeit an, fühlen sich viele Angehörige überlastet oder sogar völlig erschöpft – denn sie müssen nun viele Aufgaben übernehmen, die früher der Patient selbst erledigt hat.

Folgende Ratschläge können helfen, mit der Depression eines Angehörigen besser umzugehen: (orientiert an Tipps vom „Kompetenznetz Depression“):

1. **Akzeptieren Sie, dass Ihr Angehöriger krank ist.** Eine Depression ist kein Zeichen von Willensschwäche – sie kann aber durch eine konsequente Behandlung geheilt werden.
2. Holen Sie sich fachliche Hilfe. Viele Depressive glauben entweder nicht, dass jemand ihnen helfen kann, oder sie fühlen sich nicht in der Lage, zum Arzt zu gehen. Vereinbaren Sie deshalb für Ihren Angehörigen einen Arzttermin und begleiten Sie ihn zu einem Besuch beim Arzt.
3. Versuchen Sie nicht, Ihrem Angehörigen gut zuzureden – zum Beispiel mit Sätzen wie: „Das wird schon wieder“ oder „Reiß dich zusammen“. Solche Aufforderungen führen eher dazu, dass der Erkrankte sich noch schlechter fühlt.
4. **Bringen Sie Geduld** auf. Viele Depressive ziehen sich zurück, sind weniger unternehmungslustig, klagen ständig und sehen keine Hoffnung mehr für sich. In diesen Situationen brauchen Angehörige viel Geduld. Es bringt nichts, mit dem Betroffenen darüber zu streiten, ob seine Sichtweise gerechtfertigt ist. **Machen Sie ihm stattdessen deutlich, dass er unter einer Erkrankung leidet, die behandelbar ist und mit der Zeit wieder vergeht.**
5. Versuchen Sie, den Erkrankten zu motivieren. Unterstützen Sie ihn, wenn er Eigeninitiative zeigt – zum Beispiel zu ersten eigenen Schritten, die ihn aus der Depression herausführen. **Setzen Sie ihn dabei aber nicht unter Druck und überfordern Sie ihn nicht.**
6. **Achten Sie auf sich selbst, anstatt sich für Ihren Angehörigen aufzuopfern.** Wenn ein Familienmitglied längere Zeit depressiv ist, ist dies für nahestehende Menschen sehr belastend. **Nehmen Sie sich deshalb auch mal Zeit für sich. Tun Sie sich etwas Gutes und gehen Sie weiterhin auch Ihren eigenen Interessen nach. Halten Sie Kontakt mit Freunden und Bekannten und bauen Sie sich ein Netzwerk auf, das Ihren depressiven Angehörigen unterstützt.**
7. Lassen Sie Ihre Gefühle zu. Oft erleben Angehörige Gefühle der Wut, der Trauer, der Hilflosigkeit oder der Verzweiflung. Leugnen Sie diese Gefühle nicht, sondern gestehen Sie sich ein, dass sie sich so fühlen. **Oft ist es hilfreich, mit einem nahestehenden Menschen oder in einer Angehörigengruppe über seine Gefühle zu sprechen.**

Hierdurch wird einem Depressiven nicht nur die Hoffnung auf Besserung vermittelt, es wird ihm in seiner Hilflosigkeit beigestanden, und es wird gleichzeitig Kompetenz vermittelt, dass es Menschen gibt, dass es Therapiemethoden gibt, die aus einer Depression heraushelfen können.

## **Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen oder**

## **Welche Rolle spielen Gedanken (Kognitionen) bei psychischen Störungen?**

**Kognitive Verhaltenstherapie (CBT oder auch KVT abgekürzt)** ist eine psychologische Behandlungsverfahren mit **hoher Wirksamkeit u.a. bei Depressionen** oder Angsterkrankungen. Es wird aber auch bei zahlreichen weiteren psychischen und auch körperlichen Erkrankungen wie Essstörungen, Reizdarm, Schmerzstörungen oder Tinnitus eingesetzt.

Die Behandlung erfolgt entweder in der Einzeltherapie oder auch in Gruppenbehandlungen ( 4 - 12 Patienten). Eine solche Therapie dauert in aller Regel 20 bis 40 Therapiestunden. Da es um eine kurzfristige Rückmeldung von Beobachtungen und Erfolgen der Therapie geht, dürfen die Abstände zwischen den Therapiestunden nicht zu gross sein. Stationäre Therapien erfolgen daher 4-5 mal wöchentlich, ambulant wird in der Regel eine wöchentliche Therapie stattfinden, ggf. zu Beginn häufiger.

**Hauptziel der kognitiven Verhaltenstherapie ist die Erkennung und Beeinflussung von negativen Gedanken (=Kognitionen). Durch die Veränderung von ungünstigen (weil negativ oder unbewusst) ablaufenden Gedanken, Gedankenketten oder Überzeugungen lässt sich die Stimmung bzw. das eigene Verhalten verändern.**

Die Verhaltenstherapie ist durch eine klare Struktur und fortlaufender Überprüfbarkeit ihrer Resultate für den Patienten **durch eine hohe Offenheit für den Patienten** gekennzeichnet. Das bedeutet, dass der Patient eine sehr aktive Rolle in der Therapie einnehmen kann bzw. muss und mit dem Therapeuten die Ziele der Therapie gemeinsam festlegt.

Eine Verhaltenstherapie bei Depressionen wird folgende Therapiebestandteile haben :

- **Psychoedukation über Depressionen = Aufklärung**  
Zunächst wird der Therapeut über Ziele und Ablauf sowie wahrscheinliche Dauer der Therapie informieren. Dazu gehört auch, dass der Patient seine Diagnose (also z.B. die genaue Bezeichnung der Depression) erfährt. Dann wird über typische Symptome, Ursachen und Erklärungsmodelle der Depression mit dem Patienten (und ggf. später auch den Angehörigen) gesprochen. Hier lassen sich bereits das eigene (subjektive) Erklärungsmodell des Patienten erfragen bzw. falsche Vorstellungen über die Erkrankung und Behandlungsmethoden korrigieren.

Häufig wird ein Therapeut dem Patienten Informationen zu Depressionen nennen oder Materialien mitgeben oder aber entsprechende Patientenratgeber bei Depressionen empfehlen.

- **Selbstbeobachtung durch Protokolle / Stimmungstagebuch der Depression.** Bereits sehr früh in der Therapie soll der Patient dann eine individuelle Problemanalyse seiner Beschwerden durch Selbstbeobachtung vornehmen. Dies ist eine aktive Rolle und Aufgabe für den Patienten, die sich wie ein roter Faden durch die Verhaltenstherapie zieht, d.h. in Form von Hausaufgaben für den Patienten zwischen den Therapiesitzungen kontinuierlich erfolgt. Dies geschieht in der Regel mit einem Protokoll, in dem die Stimmung (z.B. in Form von Schulnoten von 1-6) über den Tag bzw. die Woche festgehalten wird. Zu Beginn einer Therapie wird die Stimmung erwartungsgemäss sehr schlecht sein (5 oder 6) über weite Phasen.

Da Depressionen häufig durch ein Morgentief gekennzeichnet sind, wird z.B. morgens eine besonders schlechte Stimmung bestehen. Der Patient wird jedoch erkennen, dass es durchaus Schwankungen gibt, die durch das eigene Verhalten (z.B. bestimmte Aktivitäten, Kontakte zu Menschen oder Tiere etc) beeinflussbar sind. Diese Zusammenhänge zwischen Situationen, Gedanken und Gefühlen (Fachsprache Emotionen) und auch möglichen körperlichen Beschwerden (z.B. Schlafstörungen, Schmerzen, innere Unruhe, Appetitmangel) werden in den einzelnen Therapiesitzungen zwischen Patient und Therapeut genau besprochen. Die Aufzeichnungen der Protokolle helfen dabei dem Patienten sich zu erinnern, da krankheitsbedingt die Konzentration und Kurzzeitgedächtnisfunktionen eingeschränkt sein können.

- **Problemanalyse = Störungsmodell der Depression verstehen**

Aus den Selbstbeobachtungsbögen wird sich dann ergeben, welche Veränderungen in den Gedanken, Verhalten und auch Reaktionen von anderen Menschen sich ergeben haben. So wird sich häufig eine Depressionsspirale bzw. ein Teufelskreis der Depression ergeben. Ausgehend aus den negativen Gedanken und Grübeln entsteht bei vielen Patienten der Wunsch sich immer weiter zurückzuziehen und bisher ausübte angenehme Aktivitäten oder soziale Kontakte zu reduzieren. **Die Folge ist, dass nun positive Erlebnisse und Anregungen fehlen und der Patienten sich allein wie in einem Schneckenhaus nur noch mit den Depressionen beschäftigt.** Selbst einfache Aktivitäten des Tages gelingen nicht - andererseits fordern die Patienten von sich selber aber **ungemein überzogene Handlungsfähigkeiten mit der fast sicherern Gefahr der Selbstüberforderung.** Dabei gelingt es aber häufig durch Denkverzerrungen oder Verallgemeinerungen überhaupt nicht mehr, eine wirklich realistische Beurteilung der eigenen Person und Zukunft zu gewinnen. Vielmehr führen Gedankenkreise und Grübeln zu der fehlerhaften Selbstüberzeugung man sei vollkommen wertlos.

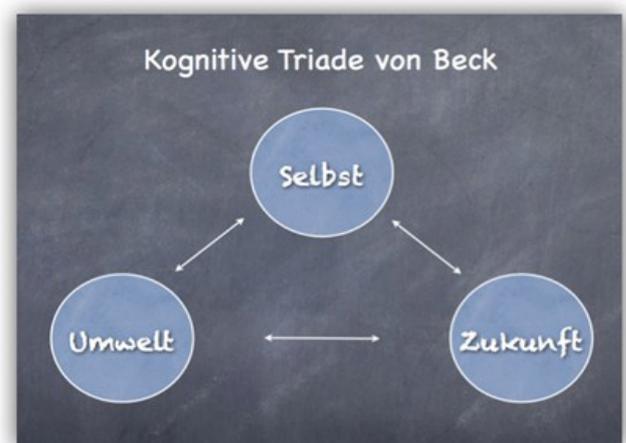
- **Tagesplan / Aktivierung mit Positiven Aktivitäten**

Mit dem Therapeuten wird daher überlegt, welche Aktivitäten am Tag bzw in der Woche nun konkret realistisch zu schaffen wären und auch tatsächlich gemacht werden. Aus einer Liste von möglichen positiven Aktivitäten wird eine Auswahl von geplanten Aktivitäten vorgenommen, die dann in einem Tages- oder Wochenplan konkret geplant

und mit dem Therapeuten vorbesprochen werden. **Ziel ist dabei einerseits die Aktivierung des Patienten, andererseits aber auch die Vermittlung von Erfolgserlebnissen.** Da es wahrscheinlicher ist, dass zunächst angenehme Aktivitäten (z.B. ein kurzer Spaziergang in den Garten, eine Tasse Tee, 15 Minuten Musik hören) gelingen, wird man zunächst versuchen mindestens 1 oder 2 solcher Aktivitäten pro Tag zu planen. Wichtig ist es dabei, im Sinne eines Verhaltenstrainings tatsächlich ins Üben bzw. Handeln zu kommen. Daher wird auch zwischen den Therapiestunden anhand des Tagesplans der Aktivitäten das Üben als Hausaufgabe erwartet. Soweit notwendig wird dies zuvor in der Therapiestunde geübt und vorbereitet, so dass es nicht zu einer Überforderung kommt.

- **Kognitive Therapie der Depression = Gedankliche Verzerrungen verändern**

Bei Patienten mit Depressionen lassen sich häufig sog. **"Denkfehler" bzw. verzerrte Überzeugungen finden**, die auch als depressive Triade bekannt geworden sind. Mit dem Psychotherapeuten werden dabei automatisch = unreflektiert auftretende Gedanken und Bewertungen identifiziert. Da es sich häufig um negative Gedanken handelt, hindern sie den Patienten in aller Regel, konstruktive Sichtweisen auf seine eigene Kompetenz und Handlungsmöglichkeiten zu haben. Dies wird im Rahmen ausführlicher Gespräche ("sokratischer Dialog") mit dem Therapeuten erörtert und realistischere (positivere) Gedankengänge und Handlungsmöglichkeiten entwickelt.



Da dabei durchaus auch negative Erfahrungen und Grundüberzeugungen zur eigenen Person (sog. Schemata) eine Rolle spielen können, wird in dieser Phase auch nach möglichen negativen Erfahrungen bzw. mangelhaft erworbenen Kompetenzen im Umgang mit Problemen geschaut und hier ggf. gezielt ein Training entsprechender Fertigkeiten (z.B. Problemlösetraining, Stressbewältigungstraining, Soziales Kompetenztraining, Genussstraining) angeboten.

- **Rückfallprophylaxe bei Depressionen.** Vor dem Abschluss der Therapie steht die Vorbereitung auf einen möglichen Rückfall mit erneuten Symptomen der Depression an. Anhand der Selbstbeobachtungsprotokolle wird der Patient in dieser Therapiephase bereits mit sog. Frühwarnzeichen der Depression vertraut sein und für sich typische Gedanken, Gefühle, körperliche Reaktionen und auch Verhaltensmuster kennen. Mit dem Therapeuten werden Massnahmen für diesen Fall bzw. allgemein zum Verhindern einer erneuten Depression besprochen und dabei insbesondere auf Möglichkeiten der Selbsthilfe bei Depressionen verwiesen.

Für die Behandlung von leichten und mittelschweren Depressionen wird durch die Verhaltenstherapie und Beratung eine gleich gute Wirksamkeit wie bei einer medikamentösen Therapie erzielt, wobei der Wirkungseintritt häufig schneller und langanhaltender als bei einer (alleinigen) Behandlung mit Antidepressiva sein kann. Es ist noch unklar, ob die kognitive Verhaltenstherapie auch bei schweren Verlaufsformen der Depression gleich wirksam ist. Wir wissen aber z.B. das bei atypischen Depressionen die VT genauso wirksam ist wie irreversible MAO-Hemmer.

Ein wesentliches Anwendungsgebiet ist die Prävention von erneuten depressiven Episoden (Schutz vor Rückfällen = Rückfallprophylaxe). Die psychotherapeutische Unterstützung und die Anleitung zum eigenständigen Umgang mit der Erkrankung hilft aber auch Patienten, die noch keine vollständige Rückbildung der Depression erzielen konnten bzw. bei denen eine chronische Verlaufsform von Depressionen bekannt ist.