



SBT

Iris Liwowsky

STRATEGISCH-BEHAVIORALE GRUPPEN-THERAPIE der Depression

Konzeption und
Evaluation im stationär-
psychiatrischen Setting

DANKSAGUNG

Mein ausdrücklicher Dank gilt Herrn Prof. Dr. Dr. S.K.D. Sulz, der mich in meiner Entwicklung zur Psychotherapeutin begleitet und maßgeblich geprägt hat. Sein Ansatz der strategisch behavioralen Therapie hat mein Verständnis für psychische Prozesse vertieft und mein Repertoire an Interventionsmethoden, besonders im Bereich der Emotionsarbeit und der Erlebnisaktivierung bereichert. Auch danke ich ihm für das Vertrauen, mit dem er seinen Ansatz zur Konzeption eines SBT-Gruppenmanuals in meine Hände gegeben hat, die Zeit, die er in zahlreiche Forschungstreffen investiert hat und die jederzeit großzügige Unterstützung in Form von Fragebögen, Präsentationen oder anderen Materialien, die zur Erstellung des Behandlungsmanuals beigetragen haben. Weiterhin gilt mein Dank Herrn Dr. Hauke, der die Durchführung der Gruppen als Supervisor begleitet und mit zahlreichen Anregungen zur Ausformung der einzelnen Sitzungsinhalte beigetragen hat.

Ich möchte mich bei Herrn PD. Dr. Frank Padberg bedanken, Leiter der Abteilung für Psychosomatik an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig Maximilians Universität in München. Ohne Herrn PD Dr. Padberg wäre die Umsetzung der SBT-Depressionstherapie in der Klinik sicher nicht möglich gewesen.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Markus Bierwirth und Herrn Maximilian Bardenhewer, die sich mit viel Engagement in die Diagnostik eingebracht, und so eine vom Untersucher unabhängige Datenerhebung ermöglicht haben, sowie Frau Katharina Müller die mich beim Feinschliff der Arbeit unterstützt hat. Auch allen weiteren Mitgliedern der Forschungsgruppe Psychotherapie der Klinik für Psychiatrie

und Psychotherapie der LMU danke ich für die konstruktiven Gespräche und den anregenden Austausch. Ein besonders lieber Freund und brillanter Denker, Herr Dr. Roland Mergl, hat mich zu Fragen der Statistik beraten und unterstützt. Auch ihm, bin ich zu tiefem Dank verpflichtet.

Ich danke den Patienten der offenen Stationsgruppe, die durch ihre Bereitschaft neue Interventionen auszuprobieren und mir dazu Rückmeldung zu geben, zur formativen Evaluation des Behandlungsmanuals beigetragen haben. Selbstverständlich danke ich auch den Teilnehmer der SBT-Depressionsgruppe für die Bearbeitung der Fragebögen und ihre Mitarbeit innerhalb der Gruppen.

Last but not least danke ich meiner Familie. Meinem wunderbaren Ehemann, der im letzten Jahr durch eine sehr schwere Krankheit ging. Ohne ihn und seinen unerbittlichen Glauben an mich, wäre ich niemals in der Lage gewesen diese Arbeit, trotz der widrigen Umstände, zu Ende zu bringen. Ich danke meinem Sohn Tobias, der so viel Licht in mein Leben gebracht hat und mich und seinen Vater in dieser schweren Zeit mit aller Kraft unterstützt hat. Ich danke meiner Mutter, die mich mit einem wachen Verstand und einem frohem Herzen geboren hat, und mir immer liebevoll zur Seite steht.

INHALTSVERZEICHNIS

[DANKSAGUNG](#)

[ZUR EINSTIMMUNG](#)

[EINLEITUNG](#)

[1 GRUNDLAGEN DER DEPRESSION](#)

[1.1 Gesundheitspädagogik und ihre Aufgaben im Bereich der Depression](#)

[1.2 Beschreibung und Diagnostik](#)

[1.2.1 Phänomenologie](#)

[1.2.2 Klassifikation unipolar affektiver Störungen](#)

[1.2.3 Differenzialdiagnostik](#)

[1.2.4 Epidemiologie](#)

[1.2.5 Verlauf](#)

[1.3 Ätiopathogenese](#)

[1.3.1 Biologische Erklärungsansätze](#)

[1.3.1.1 Genetische Dispositionen](#)

[1.3.1.2 Dysfunktion neuromodulatorischer Systeme](#)

[1.3.2 Psychologische Erklärungsansätze](#)

[1.3.2.1 Die psychodynamische Perspektive](#)

[1.3.2.2 Die verhaltenstherapeutische Perspektive](#)

[1.4 Therapie](#)

[1.4.1 Allgemeine Grundsätze der Behandlung depressiver Erkrankungen](#)

[1.4.2 Biologische Therapieverfahren](#)

[1.4.2.1 Antidepressiva](#)

[1.4.2.2 Phytopharmaka](#)

[1.4.2.3 Weitere biologische Therapieansätze](#)

[1.4.3 Psychologische Therapieverfahren](#)

[1.4.3.1 Kognitive Verhaltenstherapie](#)

[1.4.3.2 Psychodynamische Kurzzeittherapie](#)

[1.4.3.3 Interpersonelle Therapie](#)

[1.4.4 Kombinationstherapie und Rückfallprophylaxe](#)

[1.4.4.1 MBCT](#)

1.4.4.2 CBASP

1.4.5 Gruppentherapie

1.4.5.1 Definitorische Kriterien für eine Gruppe

1.4.5.2 Phasen im Gruppenprozess

1.4.5.3 Wirkfaktoren von Gruppentherapie

1.4.5.4 Gruppentherapie der Depression

2 STRATEGISCH BEHAVIORALE THERAPIE (SBT)

2.1 Entwicklung der SBT

2.2 Theoretische Fundierung

2.2.1 Selbstregulation

2.2.2 Konstruktivismus

2.2.3 Entwicklungsmodell

2.2.4 Emotionspsychologische Perspektive

2.3 Zentrale Konstrukte der SBT

2.3.1 Überlebensregel

2.3.2 Modell psychischer Störungen

2.3.3 Autonome Psyche

2.3.4 Prinzipien der SBT

2.4 Depressionsbehandlung in der SBT

2.4.1 Exkurs Emotionspsychologie

2.4.2 Depressionsheuristik der SBT

2.4.2.1 Depression als Vermeidungsverhalten

2.4.2.2 Veränderung des emotionalen Spektrums

2.4.3 Strategien der SBT-Depressionstherapie

2.5. Die SBT-Depressionsgruppe

2.5.1 Entwicklung und formative Evaluation des Manuals

2.5.2 Aufbau der SBT-Depressionsgruppe

2.5.3 Inhalte der einzelnen Einheiten

2.5.3.1 Inhaltsübersicht

2.5.3.2 Inhalte der ersten Einheit

2.5.3.3 Inhalte der zweiten Einheit

2.5.3.4 Inhalte der dritten Einheit

2.5.3.5 Inhalte der vierten Einheit

2.5.3.6 Inhalte der fünften Einheit

2.5.3.7 Inhalte der sechsten Einheit

- [2.5.3.8 Inhalte der siebten Einheit](#)
- [2.5.3.9 Inhalte der achten Einheit](#)
- [2.5.3.10 Inhalte der neunten Einheit](#)
- [2.5.3.11 Inhalte der zehnten Einheit](#)
- [2.5.3.12 Inhalte der elften Einheit](#)
- [2.5.3.13 Inhalte der zwölften Einheit](#)

[3 FRAGESTELLUNG UND HYPHOTHESEN](#)

- [3.1 Fragestellungen zu Symptomveränderung, Lebensqualität und Resilienz](#)
- [3.2 Fragestellungen interpersonelles Verhalten, Attribution und Emotion](#)
- [3.3 Fragestellungen zur Akzeptanz und Konzeption der SBT-Gruppe](#)

[4 MATERIAL UND METHODEN](#)

- [4.1 Untersuchungsdesign und -durchführung](#)
- [4.2 Zeitplan der Studie](#)
- [4.3 Patientenrekrutierung](#)
- [4.4 Untersuchungsinstrumente](#)
 - [4.4.1 Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV \(SKID\)](#)
 - [4.4.2 Beck-Depressions-Inventar \(BDI-II\)](#)
 - [4.4.3 Hamilton-Depreesion-Rating-Scale \(HDRS\)](#)
 - [4.4.4 Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme \(IIP-C\)](#)
 - [4.4.5 World Health Organization Quality of Life \(WHOQOL-BREF\)](#)
 - [4.4.6 Childhood Trauma Questionnaire \(CTQ\)](#)
 - [4.4.7 NEO-Fünf-Faktoren-Inventar \(NEO-FFI\)](#)
 - [4.4.8 Internal Personal and Situational Attribution Questionnaire \(IPSAQ\)](#)
 - [4.4.9 Connor-Davidson Resilience Scale \(CD-Risc\)](#)
 - [4.4.10 Emotionserkennung \(ReMitE, FEIT, FEDT\)](#)
 - [4.4.10.1 ReMitE](#)
 - [4.4.10.2 FEIT](#)
 - [4.4.10.3 FEDT](#)
 - [4.4.11 Verhaltesdiagnostiksystem \(VDS\)](#)

[4.4.12 SBT-Feedbackbogen](#)

[4.5 Datenanalyse und statistische Zielgrößen](#)

[5 ERGEBNISSE](#)

[5.1 Stichprobenbeschreibung](#)

[5.1.1 Soziodemographische Merkmale](#)

[5.1.2 Affektive Diagnosen, Persönlichkeit und frühe Traumatisierung](#)

[5.1.2.1 Affektive Diagnosen](#)

[5.1.2.2 Persönlichkeit](#)

[5.1.2.3 Frühe Traumatisierung](#)

[5.2 Ergebnisse Symptomveränderung, Lebensqualität und Resilienz](#)

[5.2.1 Ergebnisse der HDRS](#)

[5.2.2 Ergebnisse des BDI II](#)

[5.2.3 Ergebnisse des WHOQOL-BREF](#)

[5.2.4 Ergebnisse der CD-Risc](#)

[4.3 Ergebnisse zum interpersonellen Verhalten, Attribution und Emotion.](#)

[5.3.1 Ergebnisse des IIP-C](#)

[5.3.2 Ergebnisse des IPSAQ](#)

[5.3.3 Ergebnisse ReMitE, FEIT, FEDT](#)

[5.4 Ergebnisse VDS-Fragebögen](#)

[5.4.1 Ergebnisse VDS 32](#)

[5.4.1.1 Freude](#)

[5.4.1.2 Trauer](#)

[5.4.1.3 Angst](#)

[5.4.1.4 Wut](#)

[5.4.1.5 Umgang mit Gefühlen](#)

[5.4.1.6 Akzeptanz von Gefühlen](#)

[5.4.2 Ergebnisse VDS 27](#)

[5.4.2.1 Zugehörigkeitsbedürfnisse](#)

[5.4.2.2 Selbstbedürfnisse](#)

[5.4.2.3 Homöostasebedürfnisse](#)

[5.4.2.4 Veränderungen über alle Bedürfnisse](#)

[5.4.2.5 Umgang mit zentralen Bedürfnissen](#)

[5.4.3 Ergebnisse VDS 28](#)

- [5.4.3.1 Angst vor Vernichtung](#)
- [5.4.3.2 Angst vor Trennung](#)
- [5.4.3.3 Kontrollverlust über den anderen](#)
- [5.4.3.4 Kontrollverlust über mich selbst](#)
- [5.4.3.5 Angst vor Liebesverlust](#)
- [5.4.3.6 Angst vor Gegenaggression](#)
- [5.4.3.7 Angst vor Hingabe](#)
- [5.4.3.8 Umgang mit zentralen Ängsten](#)
- [5.4.4 Ergebnisse VDS 29](#)
- [5.4.4.1 Vernichtungswut](#)
- [5.4.4.2 Trennungswut](#)
- [5.4.4.3 Sadistische und explosive Wut](#)
- [5.4.4.4 Liebesentzug](#)
- [5.4.4.5 Gegenaggression](#)
- [5.4.4.6 Hörig/abhängig machen](#)
- [5.4.4.7 Umgang mit der zentralen Wut](#)
- [5.5 Ergebnisse zur Akzeptanz und Konzeption der SBT-Gruppe](#)

[6. DISKUSSION](#)

- [6.1 Diskussion der Ergebnisse des SBT-Feedbackbogens](#)
- [6.2 Diskussion der Ergebnisse von BDI II und HDRS](#)
- [6.3 Diskussion der Ergebnisse des WHOQUOL-BREF](#)
- [6.4 Diskussion der Ergebnisse des SKID II](#)
- [6.5 Diskussion der Ergebnisse der CD-Risc](#)
- [6.6 Diskussion der Ergebnisse des NEO-FFI](#)
- [6.7 Diskussion der Ergebnisse des CTQ](#)
- [6.8 Diskussion der Ergebnisse des IIP-C](#)
- [6.9 Diskussion der Ergebnisse des IPSAQ](#)
- [6.10 Diskussion der Ergebnisse von ReMitE, FEIT, FEDT](#)
- [6.11 Diskussion der Ergebnisse der VDS-Skalen](#)
- [6.11.1 Diskussion der Ergebnisse des VDS 32](#)
- [6.11.2 Diskussion der Ergebnisse des VDS 27](#)
- [6.11.3 Diskussion der Ergebnisse des VDS 28](#)
- [6.11.4 Diskussion der Ergebnisse des VDS 29](#)

6.11.5. Diskussion der Ergebnisse aus Sicht der
Gesundheitspädagogik

6.12 Limitierungen der Studie und Desiderate für die
Forschung

7 LITERATURVERZEICHNIS

8 ANHANG

8.1 Abkürzungsverzeichnis

8.2. Abbildungsverzeichnis

8.3 Tabellenverzeichnis

ZUR EINSTIMMUNG:

*In der Depression
lebe ich ohne Sinn und Bewusstsein
sehe ich, ohne wahrzunehmen
fühle ich ohne Empfindung und Gefühl
schmecke ich ohne Genuss
rieche ich ohne Empfindung
denke ich ohne Geist, Sinn, Phantasie und
Kombinationsfähigkeit
lache ich ohne Freude
weine ich ohne Schmerzensstachel
bewege ich mich ohne Harmonie und Ausdrucksvermögen
kenne ich weder Hoffnung noch Maß noch Ziel
sind mir Schlaf und Tod das Erstrebenswerteste
freue ich mich nicht, begeistere ich mich nicht, liebe ich
nicht, trauere ich nicht
male ich nicht, spreche ich nicht, dichte ich nicht, singe ich
nicht, tanze ich nicht,
wenn ich es dennoch tue, dann ohne Ausdruck und
Phantasie und ohne dabei zu
sein
ohne Leben*

(Gedicht einer unbekannten Depressionspatientin, zitiert
aus Wolfersdorf, 1995, S. 1)

EINLEITUNG

Die Depression ist eine häufige Erkrankung, die zugleich, wie aus obenstehendem Gedicht spürbar wird, mit einem hohen Leidensdruck bei den Betroffenen einhergeht. Bereits heute steht die Depression bezüglich der mit Beeinträchtigung gelebten Lebensjahre, in den Industrienationen an zweiter Stelle nach den ischämischen Herzerkrankungen. Modellrechnungen prognostizieren bis zum Jahr 2020 einen weiteren Anstieg, so dass die Depression weltweit zu einer der schwersten Erkrankungen, bezogen nicht nur auf Lebensqualität und Beeinträchtigung, sondern auch auf den Ausfall der Arbeitskraft und die Belastung der Familien und des Sozialsystems zu werden droht (Stoppe et al. 2006). In Deutschland erleben innerhalb eines Jahres 15,4 Prozent der Frauen und 8,5 Prozent der Männer eine depressive Episode. Noch immer ist die Depression eine oft unerkannte Erkrankung; bis zu 60% der Betroffenen werden nicht oder nicht adäquat behandelt. Depression führt zu erhöhter Sterblichkeit. In der Gruppe von Patienten mit schweren depressiven Störungen liegt die Lebenszeit-Suizidalität bei erschreckenden 15%. Betrachtet man alle Selbsttötungen so sind bis zu 70% davon Folge einer Depression. In Deutschland sind Depressionen mittlerweile die häufigste Ursache von Arbeitsunfähigkeit. Frühberentungen erfolgen in einem Drittel der Fälle wegen depressiver Störungen. (Statistisches Bundesamt 2006, World Health Organisation 2002, Berger et al. 2008, Laux 2008).

Die Depression als Volkskrankheit hat eine Dimension angenommen, die es nötig macht sich ihr multidisziplinär zu nähern. Die psychologisch-psychotherapeutische Herangehensweise, wie sie in dieser Arbeit vorgestellt wird;

ist dabei ein Teil, neben dringend nötigen gesundheitspädagogischen und gesundheitspolitischen Maßnahmen.

Aufgrund der hohen gesundheitspolitischen Bedeutung der Depression wurden in Deutschland verschiedene Initiativen wie etwa das „Kompetenznetz Depression, Suizidalität“ gegründet. Dieses führt wissenschaftliche Untersuchungen durch, stellt Informationsmaterial für Betroffene und Weiterbildungsmöglichkeiten für Behandler zur Verfügung und engagiert sich in zahlreichen, regionalen Verbünden, um die medizinische Versorgung und Behandlung depressiver Patienten zu optimieren

Stationäre Depressionsbehandlungen sind in den letzten Jahren sehr viel häufiger geworden, die Krankenhausbehandlungen aufgrund depressiver Episoden sind zwischen 2001 und 2010 auf mehr als das 2,8-fache angestiegen (statistisches Bundesamt, 2012).

Die Effektivität von stationärer Psychotherapie ist dabei gut belegt (Haase et al., 2008). Trotz dieser bereits bestehenden guten Konzepte der Depressionsbehandlung verbleibt immer ein Teil der Patienten ohne zufriedenstellendes Outcome. Dieser Tatsache Rechnung tragend ist es weiterhin wichtig neue Konzepte zur Behandlung depressiver Patienten zu entwickeln.

Die kognitive Verhaltenstherapie wurde in den letzten Jahren um wirksame Konzepte erweitert. Die Erweiterungen werden oft unter dem Begriff dritte Welle der Verhaltenstherapie zusammengefasst. Zu den wichtigsten Psychotherapien dieser dritten Welle zählen die achtsamkeitsbasierte Psychotherapie, die emotionsfokussierte Psychotherapie sowie die Schematherapie. Die dritte Welle der Verhaltenstherapie ergänzt die originär stark

veränderungsorientierten verhaltenstherapeutischen Techniken durch achtsames Wahrnehmen und Akzeptieren des Hier und Jetzt. Im emotionsfokussierten Ansatz wird systematisch *an* den Emotionen der Patienten gearbeitet. Zentrale Prinzipien sind die Akzeptanz und die Transformation von maladaptivem emotionalem Erleben. Dabei ist die emotionsfokussierte Therapie ein prozessorientiertes Verfahren. Sie stellt den sich aktuell entfaltenden Erlebensprozess des Patienten in den Mittelpunkt. Die Schematherapie arbeitet an chronisch-maladaptiven psychischen Mustern der Patienten. Sie integriert dabei Konzepte der Tiefenpsychologie und der humanistischen Therapien. Auch bei ihr liegt der Schwerpunkt auf dem Einsatz emotionsfokussierter Methoden, wie etwa der sogenannten Stuhlarbeit und imaginativen Verfahren.

Auch die strategisch behaviorale Therapie, um die es in dieser Arbeit geht, zählt zu den Dritte Welle Therapien. Sie baut auf bewährte kognitiv-verhaltenstherapeutische Prinzipien auf, ergänzt diese aber um wesentliche Bereiche. So beinhaltet sie Entwicklungsaspekte und schlägt eine Brücke zwischen Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie. Sie berücksichtigt motivationale Aspekte und intrapsychische Prozesse genauso wie äußere Verstärkungsbedingungen. Von Anfang an vermittelt sie Strategien der Achtsamkeit und Akzeptanz, berücksichtigt zentrale Emotionen und Bedürfnislagen und orientiert sich an Werten. Sie ist also eine kognitive Verhaltenstherapie die alle neueren Entwicklungen in sich vereint.

Betrachtet man Fortbildungsangebote für Psychotherapie oder die inhaltliche Ausgestaltung der Therapieausbildungen an den großen Instituten so findet man die Entwicklungen der dritten Welle dort allseits abgebildet. Auch die Internetauftritte niedergelassener Therapeuten werben mit diesen neuen Methoden bzw.

Ansätzen. Es scheint daher nur folgerichtig die SBT als auf dem neuesten Stand der Forschung stehende Therapieform an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität München zu etablieren.

Die vorliegende Arbeit versucht, unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen einer psychiatrischen Klinik, den Zugewinn einer achtsamkeits-, emotions- und beziehungsorientierten Therapie für die Patienten verfügbar zu machen.

Dabei werden zunächst die Grundlagen der Depression, deren Entstehung und Behandlung referiert. Im zweiten Teil der Arbeit findet sich eine Einführung in die strategisch behaviorale Therapie und die Konzeption des SBT-Gruppenmanuals. Nach den Fragestellungen und der Beschreibung der Methodik; werden die Ergebnisse vorgestellt und anschließend diskutiert. Am Ende stehen eine kritische Reflexion der Arbeit und ein Ausblick auf zukünftige Forschungserfordernisse.

1 GRUNDLAGEN DER DEPRESSION

1.1 Gesundheitspädagogik und ihre Aufgaben im Bereich der Depression

Vor den Ausführungen zu den Grundlagen der Depression, sollen hier kurz das Selbstverständnis und die wesentlichen Aufgaben der Gesundheitspädagogik dargestellt werden. Gesundheitspädagogik hat eine lange Tradition. Bereits in der griechischen Antike hatte die Gesundheitserziehung einen großen Stellenwert. Der griechische Arzt Galen von Pergamon im 2. Jahrhundert vertrat die These, dass Gesundheit vor der Krankheit komme und es Ziel eines Jeden sein solle, diese zu wahren. Mit seinen sechs Grundlagen der Gesundheit) prägte er die präventive Medizin. Noch heute ist Gesundheitsförderung zentraler Inhalt der Gesundheitspädagogik. Sie versteht sich als wissenschaftliche Disziplin, welche die verhaltens- und verhältnisbezogene, Maßnahmen in verschiedenen Handlungsfeldern entwickelt, evaluiert und umsetzt. In der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts hat sich eine bio-psycho-soziale Sichtweise durchgesetzt, welche insbesondere auf präventive und gesundheitserhaltende Maßnahmen abzielt. Wulfhorst (2002) charakterisiert Gesundheitspädagogik als die Beeinflussung der Menschen im Sinne gesundheitsrelevanten Verhaltens, die Vermittlung von Inhalten, die Förderung von Kompetenzen und die Beeinflussung von Verhältnissen. Aufgaben von Gesundheitspädagogik sind also einerseits die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten auf gesellschaftlicher Ebene, dazu zählen Aktivitäten in den Bereichen Gesundheits-, Sozial- und Umweltpolitik ebenso wie die betriebliche Gesundheitsförderung oder kommunale Aktivitäten im Bereich Gesundheit. Andererseits die individuelle Förderung von Gesundheitskompetenzen im

Sinne von Empowerment (Feste & Anderson, 1995). Auf handlungsorientierter Ebene bedeutet dies gesundheitsrelevantes Verhalten zu beeinflussen, Inhalte zu vermitteln und Kompetenzen zu fördern (Wulfhorst, 2002).

Der Begriff der Prävention zielt dabei mehr auf die Vermeidung von krankmachenden Faktoren. In der Prävention unterscheidet man drei Formen. Die primäre Prävention dient der Verhinderung von Krankheit. Das Ausschalten depressionsfördernder Faktoren ist zugegebenermaßen ein schwieriges Unterfangen, da der Verlust eines nahen Angehörigen zum Beispiel sich ja nicht verhindern lässt. Dennoch gibt es Faktoren, die helfen können Depression zu verhindern. Dazu gehören Aktivitäten und die Pflege sozialer Kontakte, sowie besonders auch Sport. Ein Beispiel für eine gesundheitspädagogische Maßnahme zur primären Prävention von Depression wäre etwa die Durchführung von Stressbewältigungsprogrammen am Arbeitsplatz, Informations- und Aufklärungskampagnen zur Depression, die Beratung und Betreuung von Kindern und Angehörigen psychisch Kranker, um eine Erkrankung dieser Risikogruppe zu verhindern. In der sekundären Prävention geht es wesentlich darum, Personen die bereits von einer Krankheit betroffen sind, frühestmöglich eine Hilfestellung zukommen zu lassen, um weiteren Schaden zu verhindern. Für den Bereich der Depression könnte dies etwa der Einsatz von Screeningverfahren in Risikogruppen, wie Langzeitarbeitslosen, Frauen nach der Geburt oder bei Diabetespatienten sein, um diese frühzeitig zu behandeln. Die Unterstützung bei aktuellen Belastungen, welche die Depression schüren, die Information über und Vermittlung in adäquate therapeutische Behandlung und vieles mehr.

Die tertiäre Prävention schließlich meint die Unterstützung im Falle eingetretener Erkrankung, im Sinne einer Vermeidung von Chronifizierung, Rückfällen oder weiterer

Verschlechterung. Die tertiäre Prävention überschneidet sich teilweise mit der medizinischen Rehabilitation. Aufgaben der Gesundheitspädagogik zur tertiären Prävention bei Depression könnte die Anregung zur Teilnahme von Selbsthilfegruppen sein, die Bereitstellung von Informationen über Hilfsangebote und Netzwerke, die Vermittlung von euthymer Therapien usw.

Die Gesundheitsförderung dagegen setzt bei den Faktoren an, die Gesundheit stärken. Beides hat letztlich die Gesundheit zum Ziel, allerdings ist der theoretische Hintergrund, auf dem diese erreicht werden soll, unterschiedlich. Der Begriff der Gesundheitsförderung ist eng mit dem Salutogenesekonzept von Antonovsky (1979, 1993) verknüpft. Antonovsky beschäftigte sich mit der Frage, wie Menschen es schaffen, trotz allgegenwärtiger Belastungen, gesund zu bleiben. Er definierte als zentrale Kraft zur Bewältigung von Belastungen und Stressoren ein überdauerndes Gefühl der Kohärenz, welches sich aus der Verstehbarkeit alltäglicher Ereignisse, der Bewältigbarkeit und einem Gefühl der Sinnhaftigkeit zusammensetzt. Gesundheitsförderung im Sinne Antonovskys bedeutet also, das Augenmerk auf vorhandene Ressourcen des Einzelnen zu richten, diese bewusst zu machen und zu fördern, sowie das Gefühl der Kohärenz zu stärken. Die Veränderung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen kann durch Wissensvermittlung allein oft nicht erreicht werden. Sie bedarf einer Gesundheitsberatung, die individuelle Lebenssituationen, Motivationslagen und Möglichkeiten berücksichtigt. In dieser Gesundheitsberatung sollten ressourcenorientierte, verhaltensorientierte, systemische und lebensweltorientierte Ansätze berücksichtigt werden (Faltermeier 2007).

Bei der Beschreibung der Handlungsfelder, Inhalte und Vorgehensweise der Gesundheitspädagogik wird die Nähe

zur Krankenbehandlung sichtbar. Die Behandlung psychischer Störungen, wie der Depression, reicht weit in die Gesundheitspädagogik hinein. Maßnahmen der Prävention, Rehabilitation, Unterstützung der Krankheitsbewältigung sind Aufgaben, die, je nach Setting, von beiden Disziplinen bedient werden. Die Verortung dieser Arbeit, die sich mit der Konzeption eines Manuals zur Gruppentherapie der Depression beschäftigt, in der Gesundheitspädagogik scheint durchaus sinnvoll. Umso mehr, als die SBT, als moderne Verhaltenstherapie, ihren Fokus nicht nur auf die aktuellen Lebensbedingungen der Patienten legt, sondern darüber hinaus deren Entwicklungsbedingungen reflektiert. Entwicklungsbedingungen haben neben den gesellschaftlichen Bedingungen auch mit den Vorstellungen von Erziehung, also einem genuin pädagogischen Feld, zu tun. Was braucht ein kleiner Mensch in seiner Familie und in seiner Umwelt damit er sich gesund entwickeln kann? Was können wir Kindern und Erwachsenen beibringen, um sie vor depressiven Störungen schützen zu können? Die SBT hat dazu ihre ganz eigenen Hypothesen, die im Verlauf dieser Arbeit ausführlich dargestellt werden.

1.2 Beschreibung und Diagnostik

1.2.1 Phänomenologie

In gewisser Weise hat jeder Mensch irgendwann bereits Erfahrung mit depressiven Gefühlsstimmungen gemacht. Diese gehören gewissermaßen zum Menschsein dazu. Der Begriff „depressiv“ hat Eingang in die Alltagssprache gefunden und wird vielfach verwendet. Tatsächlich aber unterscheidet sich eine depressive Erkrankung deutlich von solchen vorübergehenden Stimmungslagen. Die Depression ist eine Erkrankung, die den ganzen Menschen in fundamentaler Weise betrifft und bei den Patienten großes Leid hervorruft. Die auftretenden Symptome sind vielfältig

und betreffen nicht nur den Bereich der Affekte, sondern darüber hinaus auch den Körper, die Gedanken, das Selbstwertgefühl und das soziale Verhalten. Kennzeichnend ist dabei ein über einen längeren Zeitraum andauernder Zustand von deutlich gedrückter Stimmung, Interessenverlust und Antriebsminderung. Die Betroffenen sind aufgrund der Erkrankung in ihrer Lebensführung beeinträchtigt. Konzentrationsstörungen, Grübeln und starke Selbstzweifel erschweren zusätzlich die Bewältigung alltäglicher Aufgaben. Diese können zumeist gar nicht oder nur unter erheblicher Anstrengung und Zeitverzögerung erledigt werden. Häufig werden diese von verschiedenen körperlichen Symptomen begleitet (Cassano & Fava, 2002). Dem entspricht auch, dass 69% der Patienten mit Depression trotz der volksmündlichen Bezeichnung der Depression als „Gemütskrankheit“ ihren Hausarzt ausschließlich aufgrund von somatischen Beschwerden, wie Kopfschmerz, Erschöpfung, Beklemmungen in der Brust, Nackenverspannungen oder abdominellen Beschwerden, aufsuchen (Simon et al., 1999).

Um einen besseren Überblick über die heterogenen Symptome der Depression zu erhalten, scheint es hilfreich diese nach motorisch-behavioralen, emotionalen, vegetativ-somatischen, kognitiven und motivationalen Aspekten zu untergliedern, wie in [Tabelle 1](#) dargestellt. Unabhängig davon, welche Symptome im individuellen Fall im Vordergrund stehen, verursachen Depressionen hohes subjektives Leiden (Schauenburg et al., 1999). Die subjektiv empfundene Lebensqualität bei Personen, die unter einer Major Depression leiden, ist stark vermindert (Wittchen & Jacobi, 2006). Folglich entwickeln Betroffene häufig aufgrund der subjektiv erlebten massiven Beeinträchtigung und der als unveränderbar wahrgenommenen Situation, suizidale Gedanken. Unzweifelhaft besteht die Tatsache, dass Menschen mit einer depressiven Erkrankung im

Vergleich zu anderen Störungsbildern am häufigsten Suizide oder zumindest Suizidversuche begehen (Hegerl, 2005).

Tabelle 1: Symptomatologie depressiver Auffälligkeiten
(Hautzinger, 1998)

motorisch-behavioral	emotional	vegetativ-somatisch	kognitiv	motivational
Körperhaltung: kraftlos, gebeugt, fehlende Spannung; verlangsamt, aber auch agitiert Gesichtsdruck: traurig, weinerlich, besorgt; maskenhaft erstarrt, manchmal auch nervöse Mimik	Gefühle von Niedergeschlagenheit, Trauer, Hoffnungslosigkeit, Verlust, Hilflosigkeit, Verlassenheit, Einsamkeit; innere Leere, Schuld, Angst, Scham und Sorgen, Gefühl der Gefühllosigkeit und	Weinen, innere Unruhe, Reizbarkeit, Müdigkeit, Schlafstörung, Appetit- und Gewichtsverlust, Libidoverlust, diffuse vegetative Beschwerden (Kopfdruck, Schmerzen, Verdauungsbeschwerden)	Pessimismus, negative Einstellung gegenüber sich selbst und der Zukunft, Hypochondrie, Konzentrationsprobleme, Grübeln, Nihilismus, Suizidgedanken	Interessen- und Verstärkerverlust, Antriebslosigkeit, Entschlusunfähigkeit, Rückzugs- bzw. Vermeidungshaltung, Überforderung Erleben von Nicht-Kontrolle und Hilflosigkeit

Sprache: leise, monoton, langsam; allgemein e Aktivitäts verminde rung bis zum Stupor; Probleme bei der Bewältigu ng alltäglich er Anforder ungen	und Distanz zur Umwelt	gsbeschw erden etc.)		
---	---------------------------------	----------------------------	--	--

Neben der Tatsache einer beträchtliche Varianz der Symptome zwischen verschiedenen Patienten, kommen die aufgelisteten Symptome auch bei verschiedenen Störungsbildern vor (s. auch [Kap.1.2.3 Differentialdiagnostik](#)). Keines dieser Symptome zeigt sich exklusiv im Rahmen depressiver Erkrankungen, sodass die einzelnen Symptome für sich genommen keine hinreichende Bedingung für die Diagnose einer depressiven Erkrankung darstellen. Symptome wie Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, Gereiztheit, Selbstzweifel, Hoffnungs- und Sinnlosigkeit stellen weit verbreitete Reaktionen im Spektrum der emotionalen Befindlichkeit dar. Eine quantitative bzw. qualitative Abgrenzung derartiger Symptome von behandlungsbedürftigen Störungen mit Krankheitswert

muss wesentliches Ziel jeder Diagnostik sein (Grove & Andreasen, 1992).

Orientierung dazu bieten die derzeit gültigen Klassifikationssysteme ICD-10 (World Health Organization (WHO), 1992) und DSM-IV (American Psychiatric Association (APA), 1994). Der Klassifikation liegt eine Charakterisierung des Beschwerdebildes auf syndromaler Ebene zugrunde. Hierbei werden unterschiedliche Symptome als zusammengehörig postulierte Merkmalskomplexe interpretiert. Diese Betrachtungsweise unterscheidet sich zu früheren diagnostischen Systemen, welche den Begriff der Depression als Oberbegriff für möglicherweise verschiedene Erkrankungen verstanden und zugleich ein hypothetisches Wissen um Ätiologie, Prognose und Therapie implizierten. Da trotz intensiver Forschung der Nachweis voneinander eindeutig abgrenzbarer depressiver Erkrankungen noch immer kontrovers diskutiert wird (Hautzinger & Dejong-Meyer, 1998), wurde in den aktuellen Klassifikationssystemen auf eine ätiologische Einordnung zugunsten einer operational definierten, theoriearmen Klassifikation depressiver Störungen (vgl. Sartorius, 1992; First, 2002; Üstün, 2002) verzichtet. Im folgenden Kapitel werden die wichtigsten Subtypen der Depression und deren diagnostische Kriterien erläutert.

1.2.2 Klassifikation unipolar affektiver Störungen

Die Klassifikation der Depression ist international standardisiert und operationalisiert. Die im deutschen Sprachraum gültige ICD-10 unterscheidet in [Kapitel V](#) (psychische Störungen) unter der Kategorie F3 die in der [Tabelle 2](#) dargestellten Hauptgruppen affektiver Störungen.

F30	Manische Episode
F31	Bipolare affektive Störung
F32	Depressive Episode
F33	Rezidivierende depressive Störungen
F34	Anhaltende affektive Störungen
F38	Sonstige affektive Störungen
F39	Nicht näher bezeichnete affektive Störungen

Tabelle 2: Hauptkategorien affektiver Störungen nach ICD-10

Da sich diese Arbeit mit der Behandlung unipolar affektiver Störungen beschäftigt, sollen im Folgenden die diagnostischen Kriterien und entsprechende klinische Besonderheiten der relevanten Störungsbilder, d. h. depressive Episoden (F32), rezidivierende depressive Störungen (F33), anhaltende affektive Störungen (hier nur: Dysthymie, F34.1) und sonstige affektive Störungen (hier nur: rezidivierende kurze depressive Störung, F38.1) erläutert werden.

Für die depressive Episode (F32) und die rezidivierende depressive Störung (F33) gelten die gleichen diagnostischen Kriterien. Im Unterschied zur F32, wird die Diagnose F33 dann vergeben, wenn Patienten in der Vorgeschichte bereits mindestens eine weitere depressive Episode berichten. Das entscheidende Kriterium zur Diagnosestellung einer rezidivierenden depressiven Störung stellt ein depressionsfreies Intervall von zwei Monaten zwischen zwei

depressiven Episoden dar. Wird ein saisonales Muster bei den wiederkehrenden Episoden festgestellt, wird die depressive Störung auch als eine Unterform der F33 als saisonal bedingte Depression bzw. Winterdepression bezeichnet. Am häufigsten tritt dabei eine neue depressive Episode im Zeitraum Herbst bis Winter auf, welche im Frühling und Sommer wieder vollständig remittiert (Leitlinie/Langversion, 2009). Für die depressive Episode sollen in [Tabelle 3](#) die Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede der diagnostischen Kriterien beider Klassifikationssysteme gegenübergestellt werden. ICD-10 und DSM-IV decken sich in den wesentlichen Punkten (vgl. auch Thangavelu & Martin, 1995; Paykel, 2002). In beiden Klassifikationssystemen werden die depressive Stimmung und der Interessenverlust bzw. der Verlust von Freude als Hauptsymptome genannt. Während die Verminderung des Antriebs oder gesteigerte Ermüdbarkeit in der ICD-10 als drittes Hauptsymptom angeführt wird, gehört sie im DSM-IV den akzessorischen Symptomen an. Anders als in der ICD-10, wo der Verlust von Selbstvertrauen oder Selbstwertgefühl und unbegründete Selbstvorwürfe oder unangemessene Schuldgefühle zwei eigenständige akzessorische Symptome darstellen, werden sie im DSM-IV unter der Bezeichnung Gefühl von Wertlosigkeit oder unangemessene Schuldgefühle zu einem Symptom subsummiert. Dadurch ergibt sich in der ICD-10 eine Auflistung von zehn verschiedenen Symptomen, während es im DSM-IV nur neun Symptome sind.

In der ICD-10 besteht eine Dreiteilung der Diagnose zur Bestimmung des Schweregrades. Eine leichte depressive Episode wird diagnostiziert, wenn mindestens 4 der 10 (davon mind. 2 Kardinalsymptome) Symptome für eine Dauer von zwei Wochen vorliegen, eine mittelgradige depressive Episode, wenn 6 oder 7 Merkmale (davon mind. 2 Kardinalsymptome) vorhanden sind und eine schwere

depressive Episode, falls 8 Symptome (davon mind. 3 Kardinalsymptome) erfüllt sind. Zusätzlich zur Beurteilung des Schweregrades anhand der Symptomanzahl findet das Funktionsniveau Berücksichtigung, wonach bei einer leichten depressiven Episode trotz der vorhandenen Symptome noch alle Funktionsbereiche von den Betroffenen erfüllt werden können, während für eine mittelgradig ausgeprägte depressive Episode eine Beeinträchtigung in einem Teilbereich (z.B. im Beruf) vorliegen muss und bei einer schweren depressiven Episode nahezu alle Lebensbereiche (d.h. Beruf, alltägliche Aufgaben, Freizeit) nicht mehr funktionieren. Anstelle dieser Dreiteilung gibt es im DSM-IV nur eine einzige Kategorie mit der Option, den Schweregrad anhand einer Zusatzkodierung einzustufen. Für die Diagnose einer Major Depression müssen nach dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, APA, 1994, deutsch: Saß et al., 1996) von den in der Tabelle folgenden Symptomen mindestens 5 für einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen andauert haben. Alle Symptome müssen sich auf dieselbe Zwei-Wochen-Periode beziehen. Jedes Symptom muss dabei eine Änderung gegenüber dem vorherigen Zustand darstellen. Die Symptome dürfen nicht eindeutig durch einen körperlichen Krankheitsfaktor, stimmungskongruenten Wahn oder Halluzinationen bedingt sein. Die Symptome müssen fast täglich bestehen:

	ICD-10	DSM-IV
Diagnose	depressive Episode	Major Depression
Kardinalsymptome	Fast täglich mindestens 2: depressive Stimmung Interessenverlust oder Verlust des	Fast täglich mindestens 1: depressive Stimmung Interessenverlust oder Verlust des

	oder verlust der Freude Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit	oder verlust der Freude
Dauer	Mindestens 2 Wochen	Mindestens 2 Wochen
Anzahl erforderlicher Symptome	Mindestens 2 weitere Symptome:	Mindestens 4 weitere Symptome:
Akzessorische Symptome	Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls Unbegründete Selbstvorwürfe oder unangemessene Schuldgefühle Wiederkehrende Gedanken an den Tod, Suizidgedanken bis hin zu suizidalem Verhalten Verminderte Denk-, Konzentrations- oder Entscheidungsfähigkeit Psychomotorische Unruhe oder	Gefühl von Wertlosigkeit oder unangemessene Schuldgefühle Wiederkehrende Gedanken an den Tod, Suizidgedanken bis hin zu suizidalem Verhalten Verminderte Denk-, Konzentrations- oder Entscheidungsfähigkeit Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung (nicht nur subjektiv)

	Verlangsamung (subjektiv oder objektiv) Schlafstörungen Appetitverlust oder gesteigerter Appetit (mit entsprechenden Gewichtsveränderungen)	Schlafstörungen Gewichtsverlust oder -zunahme oder verminderter bzw. gesteigerter Appetit Müdigkeit oder Energieverlust
Art der psychosozialen Beeinträchtigungen	Veränderung in der Lebensführung mit klinisch bedeutsamen Beeinträchtigungen	Veränderung in der Lebensführung mit klinisch bedeutsamen Beeinträchtigungen
Ausschlusskriterien	Falls psychotische Symptome, dann jedoch keine für Schizophrenie typischen wie z.B. Ich-Störungen oder akustische Halluzinationen Nicht substanzinduziert oder nicht durch einen allgemeinen medizinischen Krankheitsfaktor bzw. nicht organisch bedingt	Keine reine Trauerreaktion (d.h. länger als 2 Monate nach Todesfall persistierend) Nicht substanzinduziert oder nicht durch einen allgemeinen medizinischen Krankheitsfaktor bzw. nicht organisch bedingt

Tabelle 3: Diagnostische Kriterien für depressive Episode
(ICD-10: F32) und Major Depression (DSM-IV: 296.xx) (nach
Hautzinger & Meyer, 2002)

Für die leichte und mittelschwere depressive Episode besteht in der ICD-10 die Möglichkeit der Kodierung für das Vorhandensein eines somatischen Syndroms. Die Diagnose „Depressive Episode mit somatischen Symptomen“ (ICD-10) bzw. „Major Depression mit Melancholie“ (DSM-IV) beschreibt heute die veraltete Bezeichnung „endogene Depression“. Das somatische Syndrom gilt nach der ICD-10 als erfüllt, wenn mindestens vier der in [Tabelle 4](#) dargestellten Symptome vorhanden sind. Bei der schweren depressiven Episode ist keine Zusatz-Kodierung hierfür notwendig, da ausgeprägte somatische Symptome in diesem Stadium vorausgesetzt werden. Weiterhin erfolgt bei der schwer ausgeprägten depressiven Episode eine Differenzierung hinsichtlich der Existenz psychotischer Symptome. Im Rahmen einer depressiven Störung äußern sich diese in stimmungskongruenten Wahnideen, die nicht bizarr bzw. kulturell unangemessen erscheinen und Themen, wie Schuld, Sünde, Strafe und Verarmung betreffen oder bei Halluzinationen und depressivem Stupor (S3-Leitlinie/Kurzfassung, 2009).

1. Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten
2. mangelnde Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung oder freudige Ereignisse emotional zu reagieren
3. frühmorgendliches Erwachen; zwei oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit
4. Morgentief
5. der objektive Befund einer psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit
6. deutlicher Appetitverlust
7. Gewichtsverlust, häufig mehr als 5% des Körpergewichts im vergangenen Monat
8. deutlicher Libidoverlust

Tabelle.4: Kennzeichen eines somatischen Syndroms bei depressiven Episoden

Die Dysthymie (F34.1) ist aufgrund der erforderlichen Mindest-Dauer der Symptome von zwei Jahren als unipolare Form zu den anhaltenden affektiven Störungen (F34) gehörig. Damit gilt sie als eine chronische depressive Erkrankung, wobei die Kriterien einer leichten depressiven Episode nicht erfüllt werden. In Abgrenzung zu rezidivierenden depressiven Störungen bestehen bei der Dysthymie keine symptomfreien Intervalle. Gekennzeichnet ist die Dysthymie durch eine anhaltende depressive Verstimmung im subklinischen Bereich, in dem sowohl die

Symptomanzahl als auch der Schweregrad der Symptomatik unterschwellig bleiben. Geht aus einer Dysthymie eine depressive Episode hervor, die nicht vollständig in ihrer Symptomatik abklingt und sich erneut auf einem dysthymen Niveau ansiedelt, wird dies als Double Depression bezeichnet.

Ergänzt werden die großen Diagnoseklassen durch die Kategorien sonstige affektive Störungen (F38) und nicht näher bezeichnete affektive Störung (F39). Diese beinhalten sogenannte „unterschwellige“ psychiatrische Störungen, worunter Syndrome verstanden werden, die zwar zu einer deutlichen psychischen, sozialen und somatischen Beeinträchtigung führen, jedoch nicht vollständig die Kriterien der beschriebenen Hauptstörungen, hier der depressiven Episode, erfüllen. Hierunter fällt u.a. neben der bereits beschriebenen Dysthymie die rezidivierende kurze depressive Störung (F38.1). Kennzeichnend für die rezidivierende kurze depressive Störung sind die wenige Tage andauernde und etwa monatlich rezidivierende depressive Episode, wobei von einem ähnlich hohen Suizidrisiko wie bei „klassischen“ depressiven Episoden ausgegangen wird. Es kommt zu einem weiteren Risikoanstieg, wenn eine rezidivierende kurze depressive Störung und eine depressive Episode gemeinsam vorliegen, welches als „kombinierte Depression“ bezeichnet wird. Patienten mit einer rezidivierenden kurzen depressiven Störung, welche eine validere Diagnose im Vergleich zu einer Minor Depression (nach DSM-IV) darstellt, lassen sich in psychiatrischen Behandlungskontexten kaum finden und werden in der allgemeinmedizinischen Versorgung gegenwärtig noch kaum erkannt und verbleiben deshalb oft ohne eine adäquate Therapie (Pezawas et al., 2001). Die Abgrenzung weiterer Störungsbilder, die zwar depressive Symptome aufweisen, jedoch nicht bei den affektiven