

Psychologisch-psychotherapeutische Interventionen bei Depressionen

Hans-Ulrich Dombrowski und Ralf Gravemeier

Depressionen zählen weltweit zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Studien ergeben eine Prävalenz von 2–7 %. Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens an einer Depression zu erkranken, beträgt bei Männern 12 % und bei Frauen 26 %. Depressionen bilden neben Angsterkrankungen die häufigste Diagnosegruppe Psychologischer Psychotherapeuten. Die Behandlung von Depressionen findet ambulant meist im Rahmen einer Einzeltherapie statt. Werden depressive Patienten ambulant in eine Gruppentherapie eingebunden, so finden sie sich meist auch mit anderen Diagnosegruppen zusammen. Die psychologische Forschung hat Gruppen- und Verhaltenstrainingsprogramme für depressive Menschen entwickelt, deren Effizienz in einer Vielzahl von wissenschaftlichen Untersuchungen nachgewiesen wurde.

Im nachfolgenden Übersichtsartikel wird zunächst das klinische Bild der Depression dargestellt. Auf Maßnahmen der Diagnose und Behandlung wird eingegangen. Es werden Gruppen- und Verhaltenstrainingsprogramme vorgestellt und ihre Anwendung in einem möglichen Disease-Management-Programm diskutiert. Schließlich wird der Aspekt der Evaluation, Qualitätssicherung und Kosten thematisiert. Abschließend werden Qualifikationsmerkmale psychologisch-psychotherapeutischer Instrukturen benannt.

Störungsbild

Beschreibung und Symptomatik

„Die Depression ist die gewöhnliche Erkältungskrankheit der Psychopathologie, gleichzeitig vertraut und mysteriös“, so charakterisiert Seligman (1973) diese Erkrankung. Viele der nachfolgend genannten Merkmale depressiver Störungen kennen alle Menschen. Sie sind, sofern sie nicht eine bestimmte Intensität und/oder Dauer überschreiten, als normale Reaktionen anzusehen. Ab wann und wodurch diese normalen Reaktionen in klinisch auffällige Symptome übergehen, bleibt eine derzeit noch unbeantwortete Frage.

Es handelt sich bei der Depression um eine psychische Störung, die gekennzeichnet ist durch eine Vielzahl

heterogener Symptome. Nachfolgend genannte Bereiche können betroffen sein (Beck, 1967; Robins & Guze, 1970; Sulz, 1985; Hautzinger & Bailer, 1991; Hautzinger, 1998).

Emotionen

Bei einer Depression zeigt sich eine Verschiebung der Grundstimmung. Im Vordergrund steht eine traurige Stimmung. Gefühle der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit können ebenfalls auftreten. Depressive Patienten fühlen sich freudlos und niedergeschlagen. Sie erleben sich als apathisch, lustlos, mit einem Gefühl der „inneren Leere“ und einer Distanz zur Umwelt. Sie können sich jedoch auch als innerlich unruhig erleben und über Ängste klagen. Die Stimmung kann sich zudem in einer mürrischen Gereiztheit zeigen.

Kognitionen

Depressive zeigen ein verlangsamtes und mühsames Denken. Sie grübeln viel, und die Gedanken kreisen meist um die depressiven Inhalte (zirkuläres Grübeln). Die Gedanken sind negativ, pessimistisch. Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft werden in schwarzen Farben bewertet. Die eigene Person wird als unzulänglich und minderwertig eingeordnet. Es können Selbstwürfe auftreten, die sich bis hin zu Suizidgedanken steigern können. Darüber hinaus ist der depressive Patient jedoch der festen Überzeugung, die Dinge so zu sehen, wie sie „wirklich“ sind. Er ist von der Richtigkeit seiner Gedanken völlig überzeugt. Schließlich können sich auch Wahnvorstellungen zeigen, wie Versündigungs-, Insuffizienz- und Verarmungsideen.

Verhalten und Motorik

Die Körperhaltung des Patienten ist kraftlos, spannungsreduziert. Die Bewegungsabläufe sind verlangsamt, die Motorik gehemmt. Bewegungen fallen schwer. Es können jedoch auch gegenteilige Reaktionen auftreten, wie Agitiertheit, nervöse Unruhe und Getriebensein. Der Gesichtsausdruck ist weinerlich, traurig, besorgt. Sehr häufig sind die Mundwinkel heruntergezogen. Es können sich vertiefte Falten zeigen, maskenhafte Erstarrung kann auftreten, aber auch mitunter eine nervöse, angespannte Mimik. Die Sprache ist verlangsamt, leise, monoton.

Physiologisch-vegetativ

Es treten Erregungs- und Spannungszustände auf. Der Patient erlebt sich als müde und ausgelaugt. Häufig berichten Depressive über Weinen, das mitunter als grundlos auftretend erlebt wird. Schlafstörungen und Appetitverlust mit Gewichtsabnahme können sich einstellen. Darüber hinaus zeigen sich häufig Schmerzen und Körpersensationen: Druck und Engegefühl in der Herzgegend, Schmerzen im Schulter- und Armbereich oder an anderen Gelenken, Kopf- oder Bauchschmerzen und Verdauungsbeschwerden. Die Libido ist allgemein herabgesetzt. Es besteht kaum noch Interesse an sexueller Lust und Aktivität. Tages- und jahreszeitliche Schwankungen können bestehen, ebenso Wetterfühligkeit.

Motivation und Interaktion

Der Patient zieht sich mehr und mehr zurück. Seine Interaktionen werden zunehmend eingeschränkter. Es stellt sich eine soziale Isolierung ein. Der Depressive verliert dabei das Gefühl für den anderen: er meidet immer häufiger den Blickkontakt mit seinen Mitmenschen, nimmt Signale von anderen nicht mehr ausreichend wahr und seine sprachlichen und umgangsmäßigen Fähigkeiten verkümmern mit der Zeit. Er zeigt eine deutliche Misserfolgsorientierung mit Vermeidung von Verantwortlichkeiten und zunehmender Entschlussunfähigkeit. Die Interessen nehmen ab, Verstärkerverluste treten auf. Die Zunahme an Abhängigkeit von anderen wird größer. Suizidale Reaktionen können sich einstellen.

Erscheinungsformen

In Anlehnung an das ICD-10 (Dilling et al., 1991) werden Depressionen in der Kategorie „Affektive Störungen – F30-F39“ eingeordnet. Im Vergleich zu seinem Vorgänger, dem ICD-9 (Degkwitz et al., 1980) werden affektive Störungen, auch die psychotischen Geschehens, in einer Gruppe zugeordnet. Eine Differenzierung zwischen neurotischen und endogenen Depressionen ist nicht mehr vorgesehen. Die somit veraltete Diagnose einer „endogenen Depression“ wird nach dem ICD-10 als „Depressive Episode mit somatischen psychotischen Symptomen“ bzw. nach dem DSM-IV (Saß et al., 1996) als „Major Depression mit Melancholie“ beschrieben.

Zu den Hauptsymptomen werden nach dem ICD-10 bei den affektiven Störungen eine Veränderung der Stimmung oder Affektivität gezählt. Diese geht meist in Richtung einer Depression oder in Richtung einer gehobenen Stimmung. Begleitend kann Angst auftreten. Bei einem Stimmungswechsel tritt meist auch eine Veränderung des Aktivitätsniveaus auf. Dilling et al. (1991) weisen darauf hin, dass die meisten affektiven Störungen zu Rückfällen neigen. Als Auslöser für eine affektive Episode kann meist ein belastendes Ereignis angesehen werden.

Unter F30 wird die *manische Episode* eingeordnet, unterteilt in Hypomanie (F30.0), Manie ohne psychotische Symptome (F30.1) und Manie mit psychotischen Symptomen (F30.2). Mit F31 wird die *bipolare affektive Störung* beschrieben, die gekennzeichnet ist durch mindestens zwei Episoden, in denen die Stimmung und das Aktivitätsniveau deutlich beeinträchtigt sind. Manische oder hypomanische Reaktionen treten im Wechsel mit depressiven Symptomen auf. Die Besserung zwischen den einzelnen Episoden ist vollständig.

Die *depressive Episode* wird unter F32 einkategorisiert. Es wird unterschieden zwischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) und schweren Episoden. Schwere depressive Episoden können ohne (F32.2) oder mit psychotischen Symptomen (F32.3) auftreten. Eine weitere Unterscheidung betrifft das Auftreten von somatischen Symptomen (z.B. Morgentief, Appetit- oder Libidoverlust).

Rezidivierende depressive Störungen (F33) sind gekennzeichnet durch wiederholte depressive Episoden. Zusätzliche Kennzeichnungen, wie „mit“ oder „ohne somatische Symptome“ und „mit“ oder „ohne psychotische Symptome“ sind analog F32 vorzunehmen.

Kennzeichnend für die *Zyklothymia* (F34.0) sind anhaltende Stimmungsinstabilitäten (Phasen mit leichter Depression und leicht gehobener Stimmung). Die *Dysthymia* (F34.1), als wahrscheinlich häufigste depressive Störung, ähnelt dem Konzept der Neurotischen Depression. Kennzeichnend sind das Auftreten von Episoden mit leichterer Depression und Perioden mit relativer Normalität. Meist stehen jedoch über Monate depressive Symptome (Müdigkeit, Energiemangel, Schlafstörungen, Selbstwertprobleme, negatives Denken) im Vordergrund. Andere *affektive Störungen*, die den bisherigen Kriterien nicht entsprechen, werden unter F38 eingeordnet (z.B. depressive Reaktionen im Rahmen des Menstruationszyklus).

Darüber hinaus werden Depressionen auch den nachfolgend genannten Kategorien zugeordnet:

Unter F41.2 finden sich *Angst und depressive Störung, gemischt*. Diese Kategorie soll nur unter der Voraussetzung Anwendung finden, wenn weder die eine noch die andere Symptomatik vorherrscht.

Anpassungsstörungen (F43.2) sind gekennzeichnet durch eine individuelle Disposition oder Vulnerabilität. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass das Krankheitsbild ohne belastende Lebensereignisse (Trennungserlebnisse, Emigration) nicht entstanden wäre. Als Symptome treten u. a. eine depressive Stimmung, Angst und Besorgnis auf. Bei Dauer über 6 Monate (außer F43.21: längere depressive Reaktion) soll eine Kennzeichnung durch Z-Kodierungen erfolgen (z.B. Z73.0: Erschöpfungssyndrom).

Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett werden unter F53 klassifiziert. F53.0 beschreibt die postpartum Depression. Die Puerperalpsychose wird unter F53.1 kodiert.

Epidemiologie

Depressionen gelten als häufige psychische Störungen, die in den letzten Jahrzehnten vermehrt beobachtet werden. Dabei werden zunehmend jüngere Altersgruppen erfasst. Die Ergebnisse der Studien, die sich auf die Industrienationen beziehen, zeigen nach den Kriterien des DSM-IV und ICD-10 eine Punktprävalenz für depressive Störungen von 5 %, bei einer geschätzten Lebenszeitprävalenz von 14 %. Das Morbiditätsrisiko für bipolare affektive Störungen wird auf 1 % geschätzt. Aus den Ergebnissen verschiedener Studien lässt sich eine Wahrscheinlichkeit von 12 % bei Männern und 26 % bei Frauen errechnen im Laufe des Lebens an einer Depression zu erkranken (Hautzinger, 1998). Die National Comorbidity Study nennt eine Lebenszeitprävalenz von 17 % (Blazer et al., 1994).

Saß et al. (1996) benennen folgende Prävalenzen:

- Lebenszeitprävalenz für Major Depression 5 – 12 % (Männer), 10 – 25 % (Frauen), bei einer Punktprävalenz von 2 – 3 % (Männer) bzw. 5 – 9 % (Frauen)
- Lebenszeitprävalenz für Dysthyme Störungen 6 %, bei einer Punktzeitprävalenz von ca. 3 %
- Lebenszeitprävalenz für Bipolare Störungen 0,4 – 1,6 %
- Lebenszeitprävalenz für Zylothyme Störungen 0,4% – 1 %.

Risiko- und Schutzfaktoren

Es liegen bisher nur wenige Längsschnittuntersuchungen vor, die genaue Auskunft über Risiken und Schutzfaktoren geben können. Bei bipolaren-affektiven Störungen zeigen sich kaum soziale oder sozioökonomische Faktoren. Anders dagegen bei den unipolaren Depressionen. Frauen haben ein doppelt so hohes Erkrankungsrisiko und erkranken vermutlich früher als Männer. Zudem liegt bei Frauen eine deutlich höhere Rückfallneigung für weitere depressive Phasen vor (Lewinsohn et al., 1994; Hautzinger, 1998).

Depressive Störungen treten in allen Lebensaltern auf. Der Altersgipfel scheint sich inzwischen vom 30. – 40. Lebensjahr auf das 18. – 25. Lebensjahr vorverlagert zu haben. Weiterhin wird ein zweiter Altersgipfel um das 60. Lebensjahr festgestellt.

Als einflussreichster Risikofaktor zeigt sich die familiäre Belastung. Bei den bipolaren-affektiven Störungen liegt das Erkrankungsrisiko bei 25 %, wenn ein Angehö-

riger ersten Grades bereits erkrankt ist. Bei den unipolaren depressiven Störungen wird von 20 % ausgegangen (Kontrollpersonen 7 %). Es zeigt sich auch, dass belastende Lebensereignisse im Vorfeld depressiver Erkrankungen gehäuft auftreten. Besonders kritisch sind belastende Ereignisfolgen in Zeiträumen ohne Erholung von früheren Belastungen.

Bei den sozioökonomischen Faktoren gilt als Schutzfaktor das Vorhandensein einer vertrauensvollen Bezugsperson und der Familienstand. Positive Sozialbeziehungen und positiv erlebter Wohn- und Berufsbereich erweisen sich als deutlicher Schutzfaktor. Soziale Benachteiligungen und Alleinsein erhöhen das Risiko (Hautzinger, 1998).

Verlauf und Prognose

Angesichts der großen individuellen Variabilität, die durch die Verlaufsstudien aufgezeigt werden, bietet sich eine Teilung depressiver Episoden in verschiedene Abschnitte an. So wird als „*Remission*“ ein Zustand der vollständigen partiellen Besserung depressiver Symptomatik angesehen. Eine vollständige Remission über einen definierten Zeitraum von 6 Monaten bis 2 Jahren wird als „*Genesung*“ (Recovery) betrachtet. Ein Wiederauftreten der Symptomatik in der Phase der Remission gilt als „*Rückfall*“ (Relapse). Eine erneute Erkrankung nach einer vollständigen Genesung gilt als „*Wiedererkrankung*“ (Recurrence). Somit lassen sich die therapeutischen Interventionen in Akuttherapie, Erhaltungs- und prophylaktische Therapie aufteilen.

Uni- und bipolare Verläufe: Eine derartige Trennung ist nicht unproblematisch, da nicht sicher ist, ob nach einer depressiven Episode nicht noch manische folgen werden. Bei 10 – 30 % liegt die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer manischen Episode, nachdem im Vorfeld drei unipolar verlaufende depressive Episoden aufgetreten sind. Folgende Merkmale erhöhen das Risiko des Diagnosewechsels: jüngeres Lebensalter, psychomotorische Retardierung, Schuldgefühle, affektive Erkrankungen in der Familie (besonders nach manischen Erkrankungen).

Bei periodisch verlaufenden unipolaren Erkrankungen lag die Zykluslänge (depressive Episode und depressionsfreie Phase) im Median bei 4,5 – 5 Jahren, bei bipolaren nur bei 2 – 3 Jahren. Bei Erkrankungen im höheren Lebensalter werden die Zykluslängen meist kürzer (Hautzinger, 1998).

Prognose: Aufgrund der heterogenen und methodisch wenig vergleichbaren Befundlage können nur grobe prognostische Aussagen gemacht werden. So legen die Ergebnisse nahe, dass 50 – 65 % der Patienten soweit gebessert werden, dass sie ihre alte Leistungsfähigkeit zurückgewinnen, auch wenn einzelne Beschwerden

noch weiterhin existieren. Übereinstimmend wird bei 10 – 20 % der depressiven Störungen eine Chronifizierung gefunden (Hammen, 1999). Remissionsverläufe zeigen, dass innerhalb von 6 Monaten über 75 % der Erkrankungen wieder abklingen. Gegenüber Nicht-Depressiven besteht eine erhöhte Mortalität wegen körperlicher Störungen. Auch liegt die Suizidrate beträchtlich höher als in der Normalbevölkerung (Gaebel & Falkai, 2000). In einer Studie über Suizidfälle wurde bei 40 – 60 % der Suizidfälle eine Depression diagnostiziert. Es liegen Schätzungen vor, nach denen sich ca. 10 – 15 % aller Menschen mit der Diagnose einer Depression irgendwann das Leben nehmen (vgl. Hammen, 1999).

Komorbidität

Generell wird gerade bei Depressionen von einer hohen Komorbiditätsrate ausgegangen. Folgende Störungen werden oft bei depressiven Erkrankungen zusätzlich diagnostiziert: Soziale Ängste, Panikstörungen, Generalisierte Angststörungen, Zwänge, Posttraumatische Belastungsstörungen, Essstörungen, Suchterkrankungen, Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen, Somatoforme Erkrankungen und Psychophysiologische Störungen. Auch Persönlichkeitsstörungen, zerebraler Abbau, hirnorganische Störungen und schizophrene Erkrankungen treten als Komorbidität zu Depressionen auf.

In einer epidemiologischen Studie (s. Hautzinger, 1998) fanden sich in 77 % der Fälle zumindest eine weitere Diagnose (überwiegend Angststörungen, Abhängigkeiten, somatoforme Störungen). Bei der US National Comorbidity Study hatten 44 % der Untersuchten eine depressive Störung als alleinige Diagnose. 56 % der Teilnehmer zeigten eine weitere Diagnose auf (Blazer et al., 1994). Unter den Angststörungen sind Agoraphobien (39 %) und Panikstörungen (35 %) häufiger anzutreffen als Generalisierte Angststörungen (Barlow, 1988). Diese Komorbiditäten führten letztlich auch zu Mischdiagnosen im DSM und ICD.

Die komorbiden Störungen können sowohl vor als auch während einer depressiven Erkrankung beginnen. Dies zeigt sich besonders bei Angststörungen (Sander-son, 1990). In Befragungen sahen 60 – 80 % der Patienten ihre Depression als Folge anderer Erkrankungen an. Letztlich ist jedoch z. Zt. die Frage, ob die depressive Erkrankung als primär oder sekundär anzusehen ist, kaum zuverlässig zu beantworten. Deutlich ist aber, dass Depressionen, die mit anderen Störungen einhergehen, einen ungünstigeren Verlauf nehmen (Lewinsohn et al. 1995).

Ätiologie

Genetische Faktoren: Ergebnisse aus Zwillings-, Adoptions- und Familienstudien lassen eine genetische Verankerung für Depressionen vermuten. Anhand von Längsschnittstudien wird der Einfluss genetischer Faktoren auf ca. 40 %, der Einfluss von persönlichen Umweltbedingungen auf 46 % bei der Entwicklung einer Depression geschätzt. Dabei besteht derzeit Uneinigkeit darüber, wie die mögliche genetische Grundlage weitergegeben wird (Hautzinger, 1998).

Als Erklärungsansätze depressiver Störungen finden sich hauptsächlich biologische und psychologische Modelle. Aufgrund der Heterogenität depressiver Störungen kann kein Erklärungsansatz für sich in Anspruch nehmen, „überzeugend kausale Aussagen zu treffen“ (Hautzinger, 1998; Hammen, 1999). So gewinnen jetzt im zunehmenden Maße multifaktorielle Störungstheorien bzw. integrative Modelle in der Depressionsforschung an Bedeutung (*Vulnerabilitäts-Stressmodell*).

Als *Auslöser* affektiver Störungen werden kritische Lebensereignisse (life-events) und soziale Einflussfaktoren diskutiert. So zeigen Studien, dass sich das „Depressionsrisiko“ in den Monaten nach einem kritischen Lebensereignis deutlich erhöht. Kurz vor Ausbruch einer depressiven Störung fand sich eine dreifach erhöhte Rate bzgl. negativer Lebensereignisse. Allerdings weisen ca. ein Viertel aller depressiven Patienten vor Ausbruch der Depression kein kritisches Lebensereignis auf (Hautzinger, 1998).

Biologische Modelle

In den vergangenen Jahren wurden verschiedene biologische Theorien in der Depressionsforschung diskutiert:

Katecholamin-Hypothese: Depressionen werden durch einen Mangel des Neurotransmitters Noradrenalin erklärt. Dieser Mangel führt an kritischen Stellen zentralnervöser Reizübertragung zu Störungen in der Empfindlichkeit prä- und postsynaptischer Rezeptoren und infolge zu depressiven Symptomen.

Serotonin-Hypothese: Bei Depressiven liegen erniedrigte Konzentrationen des Neurotransmitters Serotonin vor, die ähnlich dem Noradrenalinmangel, zu depressiven Störungen führen.

Darüber hinaus wird angenommen, dass Depressionen nicht aufgrund der Störung nur eines Transmittersystems ausreichend zu erklären sind, sondern eher auf eine *unzureichende Balance zwischen mehreren Transmittersystemen*. Weiterhin bestehen komplexe Zusammenhänge zwischen den Transmittersystemen und *neuroendokrino-logischen Systemen*, der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse und der Hypothalamus-Hypophysen-Schilddrüsen-Achse. *Hormonelle Aspekte* (Wachstumshormone) werden ebenfalls diskutiert. Fakto-

ren, wie Schlaf, Licht, tageszeitliche Beeinflussungen oder Biorhythmik in Bezug zu depressiven Störungen sind ebenfalls Ziel von Untersuchungen.

Psychologische Modelle

Der *Mangel an positiven Verstärkern* und das Vorhandensein überwiegend negativ erlebter Interaktion wirken depressionsauslösend (Lewinsohn, 1974; Eastman, 1976). Untersuchungen belegen, dass die Rate an Verstärkung bei depressiven Patienten geringer ist, als bei nicht-depressiven Kontrollpersonen und, dass bei Erhöhung der Rate positiver Verstärkung, die Symptomatik abnimmt.

Das *Erleben von Nichtkontrolle* über aversiv erlebte Lebensbereiche gilt ebenfalls als sehr bedeutsam für depressive Störungen, da sich daraus meist Passivität und Apathie als Reaktionen entwickeln, wie Seligman (1975) in seinem Konzept der erlernten Hilflosigkeit aufzeigt. Depression wird danach durch vorausgehende Erfahrungen von Nichtkontrolle über subjektiv bedeutsame Ereignisse und sich daraus entwickelnden Erwartungen, auch zukünftig hilflos zu sein (Misserfolgserwartung), ausgelöst.

Dysfunktionale kognitive Schemata als Erklärungsmodell für die Entstehung depressiver Störungen finden sich in vielen Untersuchungen in dem Sinne belegt, dass signifikante Zusammenhänge zwischen depressiven Symptomen und dysfunktionalen Einstellungen bestehen. Ellis (1962) und Beck et al. (1981) gehen davon aus, dass aufgrund ungünstiger Erfahrungen und Lernprozesse Menschen zu kognitiven Irrtümern bzw. irrationalen (unangemessenen) Bewertungen neigen. In diesem Modell lösen externe oder interne Auslöser „automatische Gedanken“ aus, die aufgrund ihrer absolutistischen, verallgemeinernden, verzerrten und unlogischen Eigenschaft zu emotionalen Störungen und somit auch zur Depression führen. Hinter den automatischen Gedanken verbergen sich dabei persönliche Grundannahmen, Lebenseinstellungen und Überzeugungen, die letztlich dysfunktional sind, was das Erreichen seelischer Gesundheit betrifft. Metaanalysen belegen den Zusammenhang zwischen ungünstigen Denkstilen und Depression. Dabei bleibt die Frage der kausalen Bedeutung dieser Kognitionen offen.

Andere Erklärungsansätze zeigen bestimmte *Merkmale der Persönlichkeit* im Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen auf. Soziale Abhängigkeit, anankastischer Perfektionismus und Neurotizismus werden als zentrales Erklärungskonzept genannt. Menschen mit einem starken Bedürfnis nach emotionaler Unterstützung und Hilfe, bei erhöhter Angst vor Ablehnung, Trennung und Verlust im zwischenmenschlichen Bereich, erleiden häufiger depressive Störungen.

Diagnostik

Medizinische Diagnostik

Die medizinische Diagnostik umfasst nach Gaebel und Falkai (2000) u. a. folgende Untersuchungen:

- **Ersterkrankung**
Obligat: komplette körperliche und neurologische Untersuchung, Differentialblutbild, BSG, Leberwerte, Nierenwerte, THS
Fakultativ: C-reaktives Protein, T3, T4 (bei auffälligem TSH), EEG, EKG (bei Risikopatienten), Drogenscreening (bei Verdacht), HIV-Test (bei Verdacht), CCT (u. a. bei unklaren diagnostischen Bildern)
- **Wiedererkrankungen**
Obligat: komplette körperliche und neurologische Untersuchung, Differentialblutbild, BSG, Leberwerte, Nierenwerte, Kontrolle pathologischer Vorbefunde in anderen Untersuchungen
Fakultativ: Medikamenten- und Plasmaspiegel (z. B. bei mangelnder Ansprache auf die Therapie, bei Verdacht auf Medikamenteninteraktionen).

Psychologisch-psychotherapeutische Diagnostik

Die psychologisch-psychotherapeutische Diagnostik zielt unter Berücksichtigung einer *Differentialdiagnose* auf die *Erstellung einer ICD- oder DSM-IV-geleiteten Diagnose*. Hierbei werden testdiagnostische Verfahren und hypothesengeleitete Problem- und Bedingungsanalysen angewandt.

Testdiagnostik

Zur Diagnoseerstellung und Differentialdiagnose depressiver Störungen haben sich *halbstandardisierte und standardisierte Interviews* bewährt, die zu einer ICD-10 oder DSM-IV Diagnose führen (z. B. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, SKID-I und SKID-II, Wittchen et al., 1997; Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen, DIPS, Margraf et. al., 1994). Darüber hinaus kommen auch *Diagnosechecklisten* zum Einsatz (z. B. Internationale Diagnosen Checklisten für DSM-IV, IDCL für DSM-IV, Hiller et al., 1997).

Für die Messung des Schweregrades depressiver Symptome liegen *Selbstbeschreibungsinstrumente* vor, wie das Beck-Depressions-Inventar (BDI) (Beck, dt. Bearbeitung Hautzinger et al., 1995), die Allgemeine Depressionsskala (ADS) (Hautzinger & Bailer, 1993), die Paranoid-Depressivitäts-Skala / Depressivitäts-Skala (PD-S / D-S) (von Zerssen, 1976) und der Test zur Erfas-

sung der Schwere einer Depression (TSD) (Obermair et al., 1983).

Die Hamilton Depression Scale (HAMD) (Hamilton, 1967) und das Inventar Depressiver Symptome (IDS) (Hautzinger, 1997) sind wichtige *Fremdbeurteilungsinstrumente*.

Die genannten Verfahren können für die Eingangs- und Verlaufsdiagnostik sowie zur Evaluation und Qualitätskontrolle verwandt werden.

Darüber hinaus gibt es *psychometrische Tests*, die als Teilbereiche Depressivität messen (z.B. Die Symptom-Checkliste von Derogatis, SCL-90-R, Franke, 1995) und als Screeningverfahren sowie auch zur Qualitätssicherung eingesetzt werden können.

Verhaltensmedizinische Diagnostik (Verhaltensanalyse)

Die verhaltensmedizinische Diagnostik beinhaltet die Erfassung relevanter biologischer, psychologischer und sozialer Bedingungsfaktoren des depressiven Krankheitsgeschehens. Gewichtung der Faktoren und Wechselwirkung auf andere Variablen werden aufgezeigt. Dabei werden besonders Aspekte, wie Wahrnehmung, Interpretation und Bewertung, vorhandene oder fehlende positive Aktivitäten, Reaktionen der Umwelt, Compliance, Krankheitsbewältigung und günstige / ungünstige Lösungsversuche (Suchtverhalten, Krankheitsgewinn) beachtet.

Im Vergleich zur klassischen Diagnostik, die eine Diagnose als stabil ansieht, ist die verhaltensmedizinische Diagnostik als sich änderbar zu betrachten. Eine Symptomatik oder ein Problemverhalten wird deshalb immer funktional im Zusammenhang mit sich verändernden biologischen, psychologischen und sozialen Momenten betrachtet. Darüber hinaus werden die genannten Ebenen individuell festgelegt und nicht einer angenommenen allgemeingültigen Kategorie zugeordnet (Kanfer et al., 1991).

Die in der verhaltensmedizinischen Diagnostik erfassten Informationen sind sehr vielschichtig. Als gebräuchlichstes Ordnungsschema kommt im Rahmen der *Verhaltensanalyse* das S-O-R-K-KV-Modell zur Anwendung (Kanfer et al., 1965):

- S = auslösende Bedingungen der Symptomatik
- O = biologische Variablen
- R = symptomatisches Verhalten
- K = Konsequenzen
- KV = Kontingenzverhältnis R-K.

Die Symptomatik (R) wird in physiologische, emotionale, kognitive und motorische Variablen eingeteilt. Zu den biologischen Variablen (O) gehören auch Persönlichkeitsstruktur und Erwartungshaltung.

Bei dem verhaltensmedizinischen Vorgehen wird bereits zu Beginn über die Diagnoseerstellung hinaus ein auf den einzelnen Patienten abgestimmtes Krankheits- und Therapiekonzept entwickelt.

Behandlung

Medizinische Behandlung

Die medizinische Behandlung besteht vornehmlich in der Applikation von Antidepressiva und der Anwendung anderer somatischer Verfahren, wie der Schlafentzugsbehandlung, Elektrokrampftherapie und Lichttherapie (Benkert & Hippus, 2000).

Antidepressiva

Hierunter versteht man eine heterogene Gruppe von Pharmaka, die bei depressiven Störungen unterschiedlicher Genese Anwendung finden. Ihre Wirkung ist stimmungsaufhellend und/oder antriebssteigernd. Darüber hinaus sind Antidepressiva auch bei anderen Störungsbildern, wie beispielsweise Angsterkrankungen, Zwängen und Schmerzsyndromen, wirksam.

Antidepressiva werden nach ihrer chemischen Struktur (Trizyklische, Tetrazyklische oder chemisch neuartige Antidepressiva) und nach ihrem primären Angriffspunkt im ZNS (z.B. überwiegende oder selektive Serotonin- oder Noradrenalinrückaufnahmehemmung) eingeteilt.

Da es bisher für die Überlegenheit einer Substanzklasse keine eindeutigen Nachweise gibt, jedoch Hinweise einer differentiellen Wirksamkeit bei bestimmten Symptomkonstellationen existieren, ist eine individuell am Patienten ausgerichtete Indikationsstellung notwendig.

Antidepressiva beeinflussen einzelne oder mehrere Neurotransmittersysteme im ZNS (Serotonin, Noradrenalin, Dopamin). Allerdings ist ihr spezifischer Wirkmechanismus bis heute unklar.

Nach Benkert und Hippus (2000) sollte die Verordnung von Antidepressiva grundsätzlich im Rahmen eines *Gesamtbehandlungsplanes* mit Psychotherapie und ggf. Soziotherapie erfolgen, wobei dem Patienten ein Krankheits- und Behandlungskonzept vermittelt werden sollte.

Andere Medikamente

Lithium

Hierbei handelt es sich um ein Alkalimetall. Lithium findet Anwendung als Akutbehandlung bei manischen Syndromen und als Phasenprophylaxe bei bipolaren affektiven Störungen, rezidivierenden manischen Episoden, schizoaffektiver Störung und unipolarer Depression.

Benzodiazepine

Es gibt bisher keine ausreichenden Belege einer antidepressiven Wirkung von Benzodiazepinen. In Kombination mit Antidepressiva können sie kurzfristig bei starken Angstzuständen, Suizidalität oder starker Unruhe eingesetzt werden (Gefahr der Abhängigkeit).

Neuroleptika

Eine antidepressive Wirkung ist bei konventionellen Neuroleptika (Ausnahme: Sulpirid) nicht belegt, vielmehr ist im Gegenteil eine depressionsfördernde Wirkung möglich.

Hormone

In Bezug zu T3 (Trijodthyronin) ist die Befundlage widersprüchlich. Ähnlich zeigt sich der derzeitige Wissensstand bei Östrogenen.

Andere somatische Verfahren**Schlafentzug, Schlafvorverlagerung**

Wird als ergänzende Maßnahme bei depressiven Störungen betrachtet, die ausgeprägte Tagesschwankungen zeigen.

Elektrokrampftherapie

Die Wirksamkeit wird als gut belegt angesehen. Die Anwendung sollte nur stationär erfolgen. Als Indikationen werden schwere, insbesondere wahnhaft-depressive Episoden oder manische Episoden bei Nichtansprechen auf medikamentöse Behandlung betrachtet.

Lichttherapie

Ihre Wirksamkeit konnte bei saisonalen Depressionen („Winterdepression“) nachgewiesen werden.

Psychologisch-psychotherapeutische Behandlung**Psychologisch-psychotherapeutische Basisbehandlung**

Psychoedukative Maßnahmen und Verhaltenstrainingsprogramme können als Basisbehandlung einer psychologischen Psychotherapie von Depressionen angesehen werden. Das Ziel psychoedukativer Maßnahmen besteht darin, dem Patienten grundlegende Kenntnisse ihrer Erkrankung zu vermitteln (Limbacher, 2001). Die Vermittlung kann über Vorträge, Gesprächsangebote und der Verteilung von Informationsbroschüren geschehen. Unterstützend kann das Lesen von psychologischer und Selbsthilfeliteratur, der Bibliothherapie, sein (z.B. Sulz, 1993; Wittchen et al., 1995; Dombrowski, 1998). Über positive Effekte der Bibliothherapie berichten Wolf und Merkle (1999).

Über die reine Wissens- und Informationsvermittlung hinaus geht die Anwendung von Verhaltenstrainingsprogrammen. Diese werden als Gruppenbehandlung im

Sinne eines Kursprogrammes angeboten. Meist sind hierbei edukative Maßnahmen integriert.

Beispielhaft soll nachfolgend das kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppenprogramm nach Lewinsohn von Herrle und Kühner (1994) vorgestellt werden, das sich vor allem im ambulanten Bereich bewährt hat. Der Kurs besteht aus 12 zweistündigen Sitzungen:

1. Sitzung: Depression und soziales Lernen
2. Sitzung: Wie man einen Selbstmodifikationsplan erstellt
3. Sitzung: Wie man lernt, sich zu entspannen
4. Sitzung: Entspannung in alltäglichen Situationen
5. Sitzung: Angenehme Tätigkeiten und Depression
6. Sitzung: Erstellen eines Tätigkeitsplanes
7. Sitzung: Zwei Ansätze für konstruktives Denken
8. Sitzung: Formulieren eines Planes für konstruktives Denken
9. Sitzung: Soziale Fertigkeiten – Durchsetzungsvermögen und Selbstsicherheit
10. Sitzung: Die Anwendung sozialer Fertigkeiten
11. Sitzung: Die bisher erreichten Erfolge sichern
12. Sitzung: Erstellen eines Lebensplanes.

Spezifische Psychotherapieverfahren

In den letzten Jahren wurden mehrere theoretisch fundierte psychotherapeutische Methoden für die Behandlung von Depressionen entwickelt, systematisch überprüft und empirisch validiert („Evidenz-basiert“). Die psychologische Psychotherapie der Depression ist in ihrer Entwicklung und praktischen Umsetzung inzwischen weit fortgeschritten. Die Psychotherapieforschung benennt die Depressionstherapie nach Lewinsohn (1974), die Kognitive Verhaltenstherapie (in sensu Beck et al., 1981) und die Interpersonale Psychotherapie (Klerman et al., 1984) als die effektivsten Ansätze.

Die Depressionstherapie nach Lewinsohn

Depression wird nach Lewinsohn (1974) auf einer lerntheoretischen Grundlage verstanden. Sie wird als direkte Folge eines Verlustes positiver Verstärkungen angesehen, wie beispielsweise der Verlust eines Partners oder der Verlust von Arbeit. Als Folge dieses Verlustes positiver Verstärkungen tritt eine Aktivitätsreduktion ein, die ihrerseits dazu führt, dass die betreffende Person noch weniger Verstärkungen erfährt. Daraufhin wird die Person noch inaktiver. Es entsteht eine abwärtsgerichtete Depressionsspirale, die durch die Verhaltenstherapie durchbrochen werden soll.

Als zentrales Moment wird für die Behandlung depressiver nach Lewinsohn die Etablierung eines individuellen Verstärkerplanes angesehen. Ziel ist es, die Aktivitäten, durch die der Patient bisher positive Verstärkung erhalten hat, wieder aufzubauen oder neu zu entwickeln.

Die Kognitive Verhaltenstherapie

Im deutschsprachigen Raum findet meist eine Gleichsetzung von Kognitiver Therapie mit Kognitiver Verhaltenstherapie (kognitiv-behavioraler Therapie) statt. Die Rational-Emotive Verhaltenstherapie nach Ellis, die Kognitive Therapie nach Beck und die Kognitive Verhaltensmodifikation (Selbstinstruktionstherapie) nach Meichenbaum werden als Ansätze gesehen, die in Abgrenzung zur klassischen Verhaltenstherapie und Psychoanalyse entwickelt wurden. Diese Ansätze wurden von den Verhaltenstherapeuten als Kognitive Verhaltenstherapie aufgenommen und integriert (Dorsch, 1998). Die Kognitive Therapie nach Beck (Beck et al., 1981) dürfte inzwischen das weltweit am weitesten verbreitete Vorgehen in der verhaltenstherapeutischen Depressionsbehandlung sein (Fiedler, 1996).

In dem Ansatz von Beck wird die Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression auf die Existenz und Auswirkung typischer Denkinhalte und Denkmuster zurückgeführt, wie

- **Kognitive Triade:** Damit wird die negative Sicht des depressiven Patienten über sich selbst, seine Umwelt und seine Zukunft beschrieben.
- **Kognitive Irrtümer:** Hierunter werden systematische Denkfehler, wie selektive Abstraktion, übertriebenes Verantwortungsbewußtsein, willkürliche Schlußfolgerungen, dichotomes Denken, Übergeneralisieren, Katastrophisieren, negative Vorhersagen und negative Selbstbewertungen verstanden.

Zentrales Ziel der Kognitiven Therapie ist es, den Patienten anzuleiten, seine dysfunktionalen Kognitionen zu erkennen und durch realitätsgerechtere zu ersetzen. Zu Beginn der Therapie werden in Abhängigkeit vom Schweregrad auch klassisch verhaltenstherapeutische Interventionen, wie beispielsweise Aktivitätenaufbau, eingesetzt.

Die Interpersonale Psychotherapie

Die Interpersonale Psychotherapie nach Klerman (Klerman et al., 1984) wurde zunächst zur Behandlung von Depressionen entwickelt. Zwischenzeitlich finden sich auch Modifikationen bezogen auf Persönlichkeits- und Essstörungen. Die Interpersonale Psychotherapie geht von der Grundannahme aus, dass Depressionen aus einem interpersonalen Kontext heraus entstehen, wie z. B. durch einen Verlust einer wichtigen Bezugsperson oder durch einen aktuellen interpersonalen Konflikt. Die Behandlung konzentriert sich auf das Hier-und-Jetzt. Ziel ist die Linderung der depressiven Symptomatik (Symptombewältigung, angemessene Anpassung an die Krankheit) und Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen.

Die Interpersonale Psychotherapie ist, wie die Verhaltenstherapie und die Kognitive Therapie auch, verhal-

tensnah und gegenwartsorientiert. Psychodynamische Deutungen und das Gewinnen von Einsichten werden nicht vorgenommen. Vielmehr besteht das Ziel der Therapie darin, konkrete Lösungsmöglichkeiten für die derzeitige Lebenssituation zu gewinnen (Grawe et al., 1994).

Anwendungsbereiche der unterschiedlichen Behandlungsverfahren

Die vornehmliche Anwendung eines *Antidepressivums* ist bei besonders schweren Depressionen (Kriterien eines somatischen Syndroms werden erfüllt) indiziert. Psychotherapie würde aufgrund der Schwere der Erkrankung, vor allem zu Behandlungsbeginn, keine Effekte erzielen. Diese kann jedoch in Lauf der Therapie im Sinne einer Kombinationsbehandlung eingebaut werden. Ähnliches gilt für chronisch depressive Episoden. Beck et al. (1981) weisen daraufhin, daß zur Förderung der Compliance und Krankheitsbewältigung die Bearbeitung des Aspektes „psychische Erkrankung“ notwendig ist. Darüber hinaus gilt ein früheres schlechtes Ansprechen auf Psychotherapie als Indikator einer vornehmlich pharmakologisch ausgerichteten Behandlung.

Die Indikation einer alleinigen Anwendung von Evidenz-basierter *Psychotherapie* ist bei leichter bis mittelschwerer depressiver Symptomatik gegeben. Weitere Indikatoren sind eine Kontraindikation gegen Antidepressivatherapie und eine Ablehnung des Patienten von Antidepressiva. Auch bei Dysthymien sollte die Anwendung von Psychotherapie im Vordergrund stehen.

Eine *Kombinationsbehandlung* erscheint dann die sinnvollste Alternative, wenn der Patient weder auf die alleinige Anwendung von Medikation oder Psychotherapie anspricht. Auch bei schweren Depressionen bringt die Kombinationstherapie, besonders unter dem Gesichtspunkt der Langfristigkeit, positive Effekte. Bei vorliegender Komorbidität (Ängste, Zwänge, Sucht, Eßstörung) sollte ebenfalls eine Kombinationsbehandlung erwogen werden.

Auf die Anwendungsbereiche von Lithium und der anderen somatoformen Behandlungsverfahren wurde bereits hingewiesen. Die antidepressive Wirkung von Sport (Laufen) soll nicht unerwähnt bleiben (Bartmann, 2001).

Evaluation und Qualitätssicherung

Ergebnisse der Psychotherapieforschung

Es liegen eine Vielzahl von wissenschaftlichen Untersuchungen zur Effektivität psychotherapeutischer Behandlung von Depressionen vor (Grawe et al. 1994; Hautzinger, 1998; Gabel & Falta, 2000). Als besonders effektiv

haben sich hierbei im Rahmen der vergleichenden Psychotherapieforschung die Depressionstherapie nach Lewinsohn (1974), die Kognitive Verhaltenstherapie (in sensu Beck et al., 1981) und die Interpersonale Psychotherapie (Klerman et al., 1984) erwiesen. Als eingeschränkt wirksam, mit weiterem Forschungsbedarf, zeigen sich die Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren (Psychodynamische Fokalthherapie). Gaebel & Falta (2000) erwähnen darüber hinaus die Gesprächspsychotherapie als hinreichend effektiv bei depressiven Störungen. In keiner Studie haben die Psychotherapien jedoch schlechter abgeschnitten als die jeweiligen Vergleichsparameter. Zusammenfassend kann der derzeitige wissenschaftliche Erkenntnisstand bei unipolaren Depressionen wie folgt beschrieben werden:

- Im Prä-Post-Vergleich sind die Effekte von Psychotherapien vergleichbar mit denen einer Pharmakotherapie oder einer Kombinationsbehandlung von Psychotherapie mit Pharmakotherapie.
- Zwischen den untersuchten Psychotherapien (Depressionstherapie nach Lewinsohn, Kognitive Verhaltenstherapie, Interpersonale Psychotherapie) ergeben sich kaum Unterschiede.
- Unter Berücksichtigung längerfristiger Effekte (Kattamesen > 1 Jahr) zeigen Psychotherapien, insbesondere die Kognitive Verhaltenstherapie, meist bessere Effekte als eine alleinige Pharmakotherapie.
- Eine Kombination Psychotherapie mit Pharmakotherapie zeigt langfristig teilweise bessere Ergebnisse als Monotherapien.
- Bei Psychotherapie und Kombinationsbehandlung von Psychotherapie mit Pharmakotherapie finden sich im Vergleich eine höhere Anzahl symptomfreier Patienten, weniger Rückfälle, bessere Compliance und Reduzierung der Behandlungskosten.
- Die Art des verabreichten Pharmakons (Imipramin, Amitriptylin) zeigt keinen Unterschied auf den Behandlungseffekt.
- Patientenmerkmale, wie z.B. Diagnosegruppe, Schwere der Störung oder Alter des Patienten, zeigen ebenfalls keinen Einfluss auf das Behandlungsergebnis.

Der Forschungsstand bei den anderen depressiven Störungsgruppen stellt sich so dar: Es gibt derzeit zu Dysthymien und depressiven Anpassungsstörungen keine vergleichenden Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapien. Jedoch kann davon ausgegangen werden, dass ähnliche Effekte, wie bei den unipolaren Depressionen vorliegen. Bezüglich Depressionen im Kontext einer bipolaren affektiven Störung sind die Ergebnisse bisher eher spärlich, wohingegen positive Effekte nachgewiesen wurden bei der Behandlung von Depressionen in Verbindung mit akuten und chronischen körperlichen Erkrankungen (z.B. Schlaganfall, Menstruationsbeschwerden, Krebs). Psychotherapeutische Behandlung führt hier zu einem prognostisch günstigeren Verlauf, zu einer erhöh-

ten Compliance und zu einer besseren Krankheitsbewältigung.

Die sich bisher bei der Behandlung von Depressionen als besonders erfolgreich erwiesenen Psychotherapieverfahren zeigen Ähnlichkeiten auf. Gemeinsam ist ihnen (Hautzinger, 1998), dass der Therapeut aktiv und direktiv, aber dennoch kooperativ handelt. Die Vermittlung eines verständlichen Therapiemodells hat sich als wichtig erwiesen. Das therapeutische Vorgehen ist gestuft, an den Möglichkeiten des Patienten orientiert (Erfolge vermittelndes Vorgehen). Ziele sind klar formuliert und Therapieinhalte werden in die konkrete Lebenssituation des Patienten übertragen.

Anwendungsmöglichkeiten Evidenz-basierter psychologischer Gruppen- und Verhaltenstrainingsprogramme

Depressive Patienten werden in der ambulanten Praxis meist im Einzel-Setting behandelt. Werden sie in eine Gruppentherapie mit einbezogen, so finden sie sich sehr häufig zusammen mit Patienten anderer Diagnosegruppen. Die bisherigen Forschungsergebnisse zeigen eine Gleichwertigkeit psychologisch-psychotherapeutischer Einzel- und Gruppenbehandlung auf (Fiedler, 1996). Die Schwere der Depression stellt hierbei ein Indikationskriterium dar.

Gruppen- und Verhaltenstrainingsprogramme bei Depressiven wurden bisher für Erwachsene (Bader, 1994; Kosarz et al., 1994; Herrle & Kühner, 1994), Jugendliche (Hautzinger, 1998; Lewinsohn et al., 1999) und alte Menschen (Hautzinger, 2000) entwickelt. Es liegt eine ausreichende Zahl von wissenschaftlichen Studien vor, die deren Effektivität nachgewiesen hat (zusammenfassend Fiedler, 1996; Hautzinger 1998).

Die Gruppenbehandlung und Anwendung von Kursprogrammen bei Depressiven bietet Vorteile an, die in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung noch mehr genutzt werden sollten, als dies bisher der Fall ist. Ein wichtiges Argument stellt hierbei der Ökonomiaspekt dar. Darüber hinaus bieten Gruppen die Möglichkeiten der Setzung von methodischen Schwerpunkten. Als prototypisches Beispiel gilt das Training sozialer Kompetenzen, das speziell für die Gruppenbehandlung konzipiert worden ist. Aufgrund der bei Depressiven vorliegenden sozialen Defizite und Interaktionsprobleme bietet die Anwendung dieses Verfahrens eine Möglichkeit zur effektiven Depressionsbehandlung an.

Ebenso wäre die ambulante Durchführung von Evidenz-basierten Gruppen- und Verhaltenstrainings bei depressiven Patienten im Rahmen eines *Disease-Management-Programmes* denkbar. Derzeit wird bei den Leistungserbringern eine diesbezügliche Möglichkeit

diskutiert. Ihre Einbeziehung in das ambulante Versorgungssystem würde das bisherige Behandlungsspektrum depressiver Patienten sinnvoll erweitern.

Durch die Etablierung eines derartigen Programmes bei Depressionen könnte mit nachfolgend genannten Effekten gerechnet werden:

- Patienten, die durch das bisherige Betreuungs- und Behandlungsangebot nicht erreicht werden, könnten durch ein Disease-Management-Programm zur aktiven Mitarbeit gewonnen werden.
- Die Teilnahme könnte zu psychischen Entlastungen führen und damit zu einem günstigeren Krankheitsverlauf beitragen.
- Die Compliance in Bezug zu der laufenden Behandlung, z.B. Pharmakotherapie, könnte erhöht werden und die Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit steigen.
- Durch Vermittlung von Informationen und der aktiven Teilnahme an Verhaltenstrainings könnten dem Patienten Bewältigungsmöglichkeiten aufgezeigt werden, die er bisher nicht gekannt hat. Dies würde zu einer erhöhten Motivation führen und einer depressiven Symptomatik entgegenwirken (z. B. Hilflosigkeit, Rückzugstendenzen, soziale Defizite).
- Das Vertrauen in die bisherigen Behandlungsangebote und den Behandlern gegenüber könnte zunehmen.
- Pharmakotherapie könnte auf ein notwendiges Maß reduziert werden.
- Die Anzahl unnötiger Arztbesuche oder Krankenhausaufenthalte würde abnehmen.
- Chronifizierungstendenzen würde entgegengewirkt.
- Kosten würden letztlich gespart.

Die Anwendung von Evidenz-basierten Gruppen- und Verhaltenstrainings im Rahmen eines Disease-Management-Programmes würde insgesamt dazu beitragen, die Versorgung depressiver Patienten zu verbessern und ihre Lebensqualität zu erhöhen. Die Umsetzung im ambulanten Bereich wäre möglich, ebenso ihre Einbeziehung in das vertragsärztliche System.

Zur **Qualitätssicherung** sollten sichernde Maßnahmen durchgeführt werden, wie beispielsweise die Erstellung von Leitlinien (Gaebel & Falkei, 2000), die Dokumentation diagnose- und behandlungsrelevanter Daten und die Langzeitevaluation (Scharfenstein & Ströhm, 2001; Sulz, 2001).

Kosten der Versorgung von depressiven Patienten

Betrachtet man die stetige Zunahme depressiver Erkrankungen (zuletzt Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung, 2001) und die steigenden Kosten im Gesundheitssystem, so wird deutlich,

dass der Bedarf nach ökonomischen und kostengünstigen Behandlungsmodalitäten steigt.

Wie in vielen Untersuchungen nachgewiesen wurde, reduziert Psychotherapie die Kosten im Gesundheitswesen (zusammenfassend Weidhaas, 2001). Besonders auch bei den depressiven Erkrankungen konnte mehrfach der Nachweis erbracht werden, dass bei fachgerechter Behandlung eine Kostenreduktion erzielt wird (Hautzinger, 1998; Miller & Magruder, 1999). Frauen profitieren insbesondere von psychologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen, die sie zudem als hilfreicher ansehen als Pharmakotherapie (Schmidt-Traub, 2001).

Kosteneinsparungen ergeben sich u. a. durch eine Reduzierung von Arbeitsunfähigkeitstagen, Medikamentenkosten und einer verringerten Inanspruchnahme ambulanter und stationärer medizinischer Dienste (Ärzte, Krankenhaus). Betrachtet man weiterhin, dass ein Großteil depressiver Patienten zu spät in eine notwendige fachliche Maßnahme kommt und ein weiterhin großer Teil depressiv Erkrankter unbehandelt bleibt, so wird deutlich, daß noch ein enormes Potenzial an Kosteneinsparungen ungenutzt bleibt.

Disease-Management-Programme könnten dazu beitragen eine Versorgungslücke zu schließen. Sie sind zielgerichtet, edukativ, ökonomisch und ermöglichen, dass erzielte Veränderungen direkt in das Umfeld des depressiven Patienten übertragen werden. Schließlich helfen sie dabei, Kosten zu sparen.

Qualifikationsmerkmale der psychologisch-psychotherapeutischen Instruktoren

Bei einer Depression handelt es sich um ein komplexes Krankheitsgeschehen, bei dem sowohl biologische, psychologische und psychosoziale Aspekte im Sinne eines interaktionellen Geschehens eine Rolle spielen. Darüber hinaus zeigen Depressionen im besonderen Maße Komorbiditäten mit anderen Krankheitsbildern. Bedingt durch das potenzielle Suizidrisiko bei depressiven Patienten, unterscheidet sich eine Depression qualitativ von anderen Störungen. Pharmakotherapeutische Begleitbehandlung kann zudem zu Interaktionen führen und Einfluß auf das Krankheitsgeschehen nehmen.

Diese Aspekte machen deutlich, dass es sich bei der Depression um eine Erkrankung handelt, deren Diagnose und Behandlung im besonderen Maße fachliche Kompetenz erfordert. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten behandeln depressive Menschen erfolgreich mit psychologisch-psychotherapeutischen Techniken und Verfahren. Depressionen stellen neben den Angsterkrankungen die häufigste Diagnosekategorie in psychotherapeutischen Praxen dar. Aufgrund ihrer Erfahrung und Kompetenz (zum Thema

Qualifikationsprofil siehe Scharfenstein, 2001; Weidhaas, 2001) kommen daher *insbesondere* die genannten Behandlergruppen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für die Durchführung möglicher Disease-Management-Programme und Case-Management (Fallführung) bei Depressiven in Frage.

Diskussion und Ausblick

Die Zahl von Depressionen ist in den letzten Jahren stetig gestiegen. Es ist selbst bei vorsichtiger Prognose damit zu rechnen, daß diese Zahlen in den nächsten Jahren auch weiterhin steigen werden und immer jüngere Menschen davon betroffen sein werden. Ebenfalls steigend sind die Kosten im Gesundheitsbereich. Aber auch hier sind aktuell bereits weitere Kostenerhöhungen geplant. Als besonders kostenintensiv gelten die chronischen Erkrankungen. Diese Situation macht deutlich, dass der Bedarf der Kostenträger an Maßnahmen, die einerseits eine effektive Behandlung darstellen und die andererseits Kosten sparen helfen, vorhanden ist und auch zunehmen wird.

Disease-Management-Programme als edukative und trainingsorientierte Gruppenmaßnahme und Case-Management als Einzelversorgung erfüllen die Voraussetzungen zur Behandlungseffizienz und Kostensenkung. Ihre Etablierung ist derzeit von den Kostenträgern für folgende chronische Erkrankungen geplant: Diabetes mellitus, Essentielle Hypertonie und Koronare Herzerkrankungen, Obstruktive Atemwegserkrankungen sowie Mammakarzinom. Auch an die Einführung von derartigen Programmen bei depressiven Patienten wird gedacht. Sollte es dazu kommen, dann kämen für deren Durchführung insbesondere Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Frage. Die Gründe hierfür wurden diskutiert. Zur Effizienzsteigerung dieser Programme wird die Etablierung von qualitätssichernden Maßnahmen angesehen (Leitlinienerstellung, Dokumentation, Evaluation).

Literatur

- Bader, K. H. (1994). Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Patienten. Ein Gruppenkonzept für die stationäre Behandlung. In M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie bei Depressionen*.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford.
- Bartmann, U. (2001). *Laufen und Joggen für die Psyche. Ein Weg zur seelischen Ausgeglichenheit*. Tübingen: DGVT.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper and Rowe.
- Beck, A. T. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Dt. Bearbeitung von M. Hautzinger, M. Bailer, H. Worall, F. Keller. 2. überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1981). *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Benkert, O. & Hippus, H. (2000). *Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie*. (2. Auflage). Berlin: Springer.
- Blazer, D. G., Kessler, R. C., McGonagle, K. A. & Swartz, M. S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The national comorbidity survey. *Am. J. Psych.*, 151, 979–986.
- Degkwitz, R., Helmchen, H., Kockoff, G. & Mombour, W. (1980). *Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten*. Berlin: Springer.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)*. Bern: Huber.
- Dombrowski, H.-U (1998). *Wieder Zuversicht gewinnen. Praktischer Ratgeber Depression*. München: CIP-Medien.
- Dorsch, F. (1998). *Psychologisches Wörterbuch*. (13. Aufl.) Bern: Huber.
- Eastman, C. (1976). Behavioral formulations of depression. *Psychological Review*, 83, 277–291.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Fiedler, P. (1996). *Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. Psychologische Psychotherapie in der Praxis*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Franke, G. H. (1995). *SCL-90-R – Die Symptom-Checkliste von Derogatis*. Göttingen: Hogrefe.
- Gaebel, W. & Falkai, P. (2000). *Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Bd. 5: Behandlungsempfehlung Affektive Erkrankungen*. Darmstadt: Steinkopff.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Hamilton, M. (1967). A rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr.*, 23, 52–62.
- Hammen, C. (1999). *Depression. Erscheinungsform und Behandlung*. Bern: Huber.
- Hautzinger, M. (1997). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. (4. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hautzinger, M. (1998). *Depression*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. (2000). *Depression im Alter*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hautzinger, M. & Bailer, J. (1991). Depressionen. In R. Meermann & W. Vandereycken (Hrsg.), *Verhaltensthe-*

rapeutische Psychosomatik in Klinik und Praxis. Stuttgart: Schattauer.

- Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993). *Allgemeine Depressionsskala (ADS).* Göttingen: Hogrefe.
- Herrle, J. & Kühner, Ch. (1994). *Depression bewältigen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm nach P. M. Lewinsohn.* Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1997). *Internationale Diagnosen Checklisten für DSM-IV (IDCL für DSM-IV).* Göttingen: Hogrefe.
- Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (2001). *GEK-Gesundheitsreport 2001.* St. Augustin: Asgard-Verlag.
- Kanfer, F. H. & Saslow, G. (1965). Behavioral analysis: An alternative to diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry, 12,* 529–538.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1991). *Selbstmanagementtherapie.* Berlin: Springer.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M. & Rounsaville, B. J. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression.* New York: Basic Books.
- Kosarz, P., Dehmlow, A., Ehrhardt, M., Graf, B. & Schliack, B. (1994). *Gruppenprogramm zur Behandlung depressiver Patienten. Manualbeschreibung.* Bad Dürkheim: Psychosomatische Fachklinik.
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In R. J. Friedman & M.M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research.* Washington, DC: Winston: Wiley.
- Lewinsohn, P. M., Rhode, P. & Seeley, J. R. (1994). Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 297–305.
- Lewinsohn, P. M., Rhode, P. & Seeley, J. R. (1995). Adolescent psychopathology: III. The clinical consequences of comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34,* 510–519
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N. & Hautzinger, M. (1999). Psychologische Interventionen bei Depressionen im Jugendalter. *Verhaltenstherapie, 3,* 124–130.
- Limbacher, K. (2001). Gruppentherapie bei Depressiven in der stationären Verhaltenstherapie. In M. Zielke, H. von Keyserlink W. Hackhausen (Hrsg.), *Angewandte Verhaltensmedizin in der Rehabilitation.* Lengerich: Pabst.
- Margraf, J., Schneider, S. & Ehlers, A. (1994). *DIPS – Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen.* Göttingen: Hogrefe.
- Miller, N. E. & Magruder, K. M. (1999). *Cost-Effectiveness of Psychotherapy.* Oxford, New York: Oxford University Press.
- Obermair, W., Stoll, K. D. & Rickels, K. (1983). Test zur Erfassung der Schwere einer Depression (TSD). Göttingen: Hogrefe.
- Robins, E. & Guze, S. (1970). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: Its application to schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 126,* 983–987.
- Sanderson, W., Beck, A. & Beck, J. (1990). Syndrome comorbidity in patients with major depression or dysthymia: Prevalence and temporal relationships. *American Journal of Psychiatry, 147,* 1025–1028.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-IV.* Göttingen: Hogrefe.
- Scharfenstein, A. & Ströhm, W. (2001). Qualitätsmanagement in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. *Psychotherapeutische Praxis, 1,* 101–102.
- Scharfenstein, A. (2001). Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut: Profession statt Polemik. *Psychotherapeutische Praxis, 1,* 113–117.
- Schmidt-Traub, S. (2001). *Depressionen bei Frauen.* Manuskript zum Workshop, gehalten auf dem 7. Essener Forum Mai 2001. Persönliche Mitteilung.
- Seligman, M. E. P. (1973). Fall into helpless. *Psychology Today, 7,* 43–48.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness.* San Francisco: Freeman.
- Sulz, S. K. D. (1985). *Verständnis und Therapie der Depression.* München: Reinhardt.
- Sulz, S. K. D. (1993). *Depression. Ratgeber.* München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2001). Qualitätsmanagement in der ambulanten Psychotherapiepraxis. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychotherapie, 1,* 30–56.
- Zerssen, D. von (1976). *Paranoid-Depressivitäts-Skala / Depressivitäts-Skala (PD-S / D-S).* Göttingen: Hogrefe.
- Weidhaas, H.-J (2001). Profil und Aufgabenfelder der niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. *Psychotherapeutische Praxis, 1,* 25–30.
- Weidhaas, H.-J (2001). Werden durch Psychotherapie Kosten im Gesundheitssystem eingespart? In W. Michaelis, R. Busse & H. Eckel (Hrsg.), *Der Preis der Gesundheit.* Landsberg: Ecomed.
- Wittchen, H.-U., Möller, H.-J. & Vossen, A. (1995). *Hexal-Ratgeber Depression. Wege aus der Krankheit.* Basel: Karger.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID-I und SKID-II).* Göttingen: Hogrefe.
- Wolf, D. & Merkle, R. (1999). Bibliothérapie. *Zeitschrift für Rational-Emotive & Kognitive Verhaltenstherapie, 10,* 37–44.



Dr. phil. Hans-Ulrich Dombrowski

Diplom-Psychologe
Geb. 1957

Am Nordbahnhof 20
D-59555 Lippstadt

Telefon (02941) 64840
Fax (02941) 60780

E-mail: psycho@dr-dombrowski.de

Derzeitige Tätigkeit: Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, seit 1985 in freier Praxis tätig. Mitglied der Vereinigung seit 1986. Mitarbeit in der AG Disease-Management Programme.



Ralf Gravemeier

Diplom-Psychologe
Geb. 1953

Otto-Hue-Str. 22
D-45772 Marl

Telefon (02365) 43041
Fax (02365) 43055

E-mail: Ralf.Gravemeier@t-online.de

Derzeitige Tätigkeit: Psychologischer Psychotherapeut, seit 1992 in freier Praxis tätig. Vorstandsmitglied der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten NRW. Gewähltes Mitglied der Psychotherapeutenkammer NRW, Supervisor und Ausbilder in Verhaltenstherapie und REVT