

Ökumenisches Hainich Klinikum gGmbH

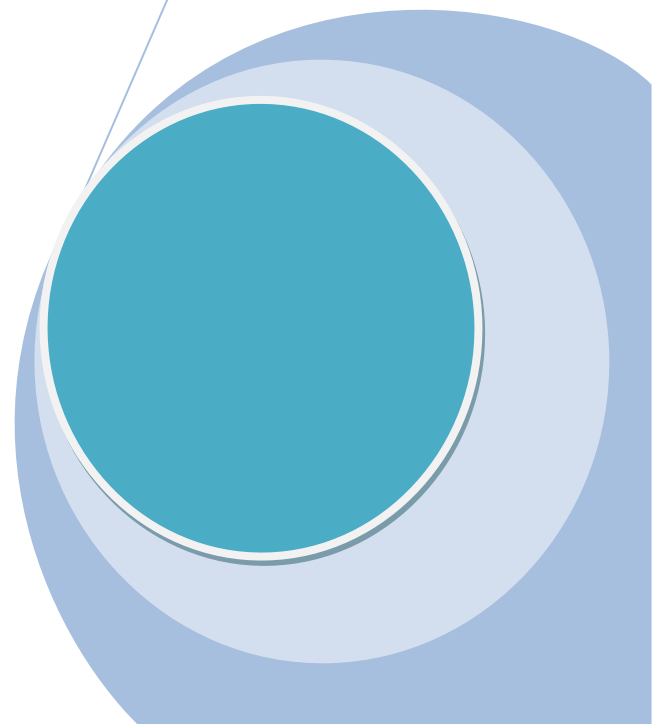
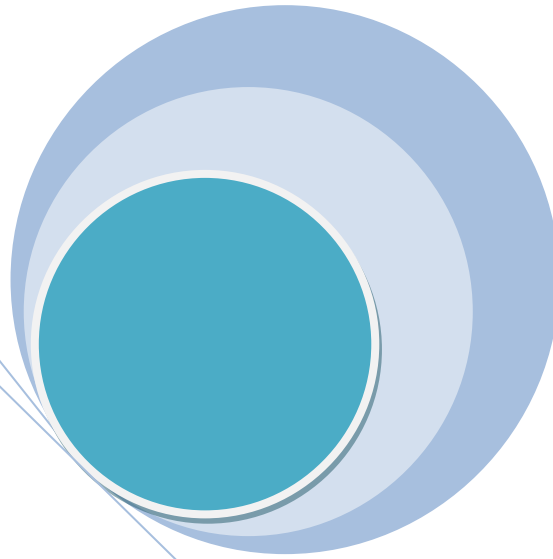
Mühlhausen/Thüringen

Akademisches Lehrkrankenhaus des Universitätsklinikums Jena
Fachkrankenhaus für Neurologie,
Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik,
Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik



Depressionsstation

Haus 2



ÖHK gGmbH
Pfafferode 102
99974 Mühlhausen/Thür.
Tel.: +49 (0) 3601 803-0
Fax: +49 (0) 3601 803-104
www.oehk.de
klinikleitung@oehk.de

Commerzbank AG
IBAN: DE68 8208 0000 0980 2538 00
BIC: DRESDEFF827

Bank für Kirche & Caritas eG
IBAN: DE94 4726 0307 0023 8908 00
BIC: GENODEM1BKC

Amtsgericht Jena
HRB Nr.: 405473
IK-Nr.: 261600484
Steuer-Nr.: 157/124/20585

Vors. d. Aufsichtsrates: Dipl.-oec. Petra Hegt
Geschäftsführer: Prof. Dr. med. Norbert Dahmen



Inhaltsverzeichnis

1. Stationsbeschreibung.....	4
2. Behandlungsindikation.....	4
3. Multiprofessionelles therapeutisches Team.....	5
4. Diagnostik.....	5
5. Behandlungskonzept.....	5
5.1 Biologisch fundierte Verfahren.....	7
5.1.1 Medikamentöse Therapie.....	7
5.1.2 Therapeutischer Schlafentzug.....	7
5.1.3 Lichttherapie.....	8
5.1.4 Transkranielle Magnetstimulation.....	8
5.2 Psychotherapeutische Behandlung.....	8
5.2.1 Kognitive Verhaltenstherapie (nach Beck, Hautzinger).....	8
5.2.2 Interpersonelle Therapie (nach Klermann & Weissmann, Schramm).....	9
5.2.3 CBASP-Psychotherapie (nach James Mc Cullough).....	10
5.2.4 Therapeutische Gruppenangebote.....	11
Gruppe 1: Psychoedukation.....	11
Gruppe 2: Soziales Kompetenztraining (nach Hinsch & Pfingsten).....	11
Gruppe 3: Konfliktzentrierte Gesprächsgruppe.....	12
Gruppe 4: CBASP-Gruppentherapie.....	12
Genusstraining.....	13
Konzentrations- und Gedächtnistraining.....	13
BELA-Gruppe (Bewegung – Ernährung – Lernen – Akzeptieren).....	13
Gruppentherapie Stimme und Ausdruck.....	14
Entspannungsverfahren.....	14
5.3 Pflegerische Behandlung.....	14
5.3.1 Die Bezugspflege.....	14
5.3.2 Aktivierende Angebote des Pflgeteams.....	15
Frühspport.....	15
Aktivierungsgruppe.....	15
Kompetenztraining für den Alltag.....	15
Gemeinsame Wochenplanung und Wochenendgestaltung.....	15
Abendgestaltung.....	16
Aufbau von Freizeitaktivitäten außerhalb der Station.....	16
5.4 Ergotherapie.....	16
5.4.1 Beschäftigungstherapie.....	16
5.4.2 Arbeitstherapie.....	17
5.5 Kunsttherapie und Malgruppe.....	17
5.6 Physiotherapie und physikalische Therapiemaßnahmen.....	17
5.6.1 Psychomotorische Gruppe / Kommunikative Bewegungstherapie (KBT).....	17
5.6.2 Sport, Wirbelsäulengymnastik, Bewegungsbecken.....	18
5.6.3 Hydrotherapie.....	18
5.6.4 Zusätzliche physiotherapeutische Angebote.....	18
5.7 Sozialdienst.....	18
6. Organisatorisches für Patienten.....	19
6.1 Einzel- und Gruppensitzungen.....	19
6.2 Hausversammlung.....	19
6.3 Wochenendbeurlaubungen.....	19
6.4 Wochenplan.....	19
7. Arbeit in einem multidisziplinären Team.....	20
7.1 Übergabegespräche.....	20
7.2 Patientenorientiertes Teamgespräch.....	20
7.3 Kurvenvisite.....	20
7.4 Fallbezogene Supervision.....	20
7.5 Stationsinterne Weiterbildung.....	20
8. Angebote für Angehörige.....	21
8.1 Angehörigengespräche.....	21
8.2 Angehörigengruppe.....	21
9. Nachsorge.....	21
10. Kontaktaufnahme.....	22

Depressionsstation am Ökumenischen Hainich Klinikum gGmbH, Fachkrankenhaus für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Kinder- und Jugendpsychiatrie,- psychotherapie und -psychosomatik

1. Stationsbeschreibung

Die Depressionsstation befindet sich in einer renovierten, historischen Villa mit Parkblick. Wir bieten 23 vollstationäre Plätze in Zwei- bis Dreibettzimmern sowie 4-6 integrierte Tagesklinikplätze. Die Station ist offen organisiert, d.h. die Patienten können und sollen je nach zugrundeliegender Erkrankung und aktuellem Befinden allein oder in Begleitung von Personal, Angehörigen oder Mitpatienten das Haus nach Abmeldung vom Pflegepersonal verlassen. Für besondere Therapieziele können in Einzelabsprache die üblichen Ausgangszeiten individuell gestaltet werden.

Den Patienten stehen auf der Station ein gemeinsamer Speiseraum, eine Patientenküche, zwei mit TV und diversen Spielen ausgestattete Aufenthaltsräume, sowie ein Hobbyraum mit Fitnessgeräten und Tischtennisplatte zur freien Verfügung. Zusätzlich steht eine Ruhe- und Rückzugsraum für die tagesklinischen Patienten bereit.

Dadurch wird den Patienten auf Station eine gewisse Normalität und Alltagsnähe vermittelt. Das Zusammensein mit anderen Patienten mit ähnlicher Symptomatik ermöglicht gegenseitiges Verständnis und wertvollen Erfahrungsaustausch.

In der Behandlung durch unsere spezialisierten Mitarbeiter erfahren die Patienten Akzeptanz, Wertschätzung und Zuwendung. In der Therapie wird auf eine angemessene Balance aus Schonung und Aktivierung Wert gelegt.

Ziel der Station ist es, eine Atmosphäre zu schaffen, die es erleichtert, die stationären Hilfsangebote zu nutzen, aber auch zu Ende der Therapie Abschied von dieser geschützten Umgebung zu nehmen und stabilisiert in das häusliche Umfeld zurückzukehren. Eine für ortsnahe Patienten übliche Vorgehensweise ist der Wechsel vom vollstationären zum tagesklinischen Setting, um die individuelle Bewältigung der Belastungssteigerung von therapeutischer Seite zu begleiten bzw. zu optimieren.

2. Behandlungsindikation

Unser spezielles Behandlungsangebot richtet sich an Patienten mit stationär behandlungsbedürftigen depressiven Ersterkrankungen als auch wiederholtem Auftreten und insbesondere chronischen Depressionen, welche bereits länger als 2 Jahre andauern. Ebenso werden im Rahmen der Depression auftretende Ängste oder Persönlichkeitsstile bzw. -eigenschaften berücksichtigt, die für die Patienten selbst störend oder unangemessen erscheinen, im therapeutischen Konzept berücksichtigt.

Nach der internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD-10: F30-F39) zählen dazu insbesondere folgende Störungsbilder:

- unipolare Depression (erstmalige depressive Episode; rezidivierende depressive Störung; Dysthymia)
- bipolare affektive Störung, ggw. depressive oder gemischte Episoden
- depressive Anpassungsstörungen, Trauerreaktionen
- Lebenskrisen mit depressiver Begleitsymptomatik
- sonstige depressive Störungen (z.B. Zylothymia)

Auf der Depressionsstation werden im allgemeinen Menschen zwischen 18 und 65 Jahren behandelt. Für Menschen, die älter als 65 Jahre sind, gibt es die gerontopsychiatrische Depressionsstation (Haus 3), welche speziell für die Bedürfnisse älterer Menschen ausgelegt ist.

Für Menschen, die zusätzlich zur Depression unter unverhältnismäßigen Ängsten (Agoraphobie, Panikstörung, soziale Phobie, spezifische Phobien, generalisierte Angststörung) oder an Zwangsgedanken sowie Zwangshandlungen leiden, bietet unsere Partnerstation im Haus 6 ein spezifisches Therapieprogramm (VT-Station Angst/ Zwang).

Menschen, die depressive Symptome im Rahmen von anderen schweren psychiatrischen Krankheiten entwickelt haben (z.B. hirnorganische Krankheitsbilder mit Einbußen der geistigen Leistungsfähigkeit, Suchtmittelabhängigkeit sowie schizophrene Störungen), werden auf den speziell dafür zuständigen Stationen des Klinikums behandelt.

Depressiv Erkrankte mit psychotischen Symptomen oder ausgeprägter Suizidalität können nur unter der Voraussetzung einer durchgängig gegebenen Absprachefähigkeit auf der Depressionsstation behandelt werden. Ist dies nicht der Fall, d.h. wenn der Patient bei Verschlechterung seines Befindens nicht in der Lage ist, sofortigen Kontakt zum Behandlungsteam aufzunehmen bzw. keine glaubhafte Distanzierung von suizidalen Handlungen gegeben ist, verlegen wir kurzfristig zum Schutz des Betroffenen auf eine geschützte Station. Meist erfolgt nach wenigen Tagen die Rückverlegung auf die Depressionsstation Haus 2.

Weiterhin können wir keine schwer körperlich kranken Patienten behandeln, bei denen eine intensive Überwachung (z.B. Herz/Kreislaufüberwachung) oder die Diagnostik und Behandlung anderer somatischer Erkrankungen im Vordergrund stehen. Die Ausschlusskriterien im Überblick:

- Akute manische Störung auch im Rahmen einer bipolaren Störung
- Suchterkrankungen bei fehlender Fähigkeit zur Abstinenz
- Dementielle Syndrome, mittelschwere und schwere Intelligenzminderung
- Suizidalität bei fehlender Absprachefähigkeit
- Produktive schizophrene und schizoaffektive Psychosen
- Borderlinepersönlichkeitsstörungen mit primär selbstschädigendem Verhalten
- schwere Pflegebedürftigkeit aufgrund körperlicher Erkrankungen

3. Multiprofessionelles therapeutisches Team

Für die Behandlung der depressiven Patienten steht auf der Station ein multiprofessionelles therapeutisches Team zur Verfügung. Dieses besteht aus einem Arzt, zwei verhaltenstherapeutisch orientierten Psychologinnen, Krankenpflegekräften (8 Vollzeit- sowie 4 Teilzeitkräfte) sowie einer Sozialarbeiterin. Eine fundierte Ausbildung der Mitarbeiter, ergänzt durch spezielle Weiterbildungen (Co-Verhaltenstherapie, KBT etc.), ermöglicht individuelle Ansätze in der Therapie und gewährleistet eine gute Behandlungsqualität. Das Behandlungsteam wird durch stationsübergreifend tätige Mitarbeiter ergänzt, z.B. eine Kunsttherapeutin sowie Ergo- und Physiotherapeuten.

4. Diagnostik

Bevor die Behandlung beginnen kann, ist eine ausführliche Diagnostikphase notwendig. Diese umfasst die nachfolgenden Bereiche:

In einem Explorationsgespräch werden durch einen Arzt oder Psychologen die Symptome und Beschwerden zur Diagnosestellung erhoben. Dazu gehören auch der bisherige Krankheitsverlauf, die Dauer der Erkrankung sowie die bis zur stationären Aufnahme erfolgten Vorbehandlungen. Zusätzlich stehen verschiedene Anamnesefragebögen/Selbstbeurteilungsmethoden zur Verfügung, so zum Beispiel der BDI (Beck'sches Depressionsinventar) zur Erfassung der Schwere der depressiven Symptomatik sowie diverse Persönlichkeitsfragebögen (z. B. PSSI, FPI). Zur Beurteilung spezieller Hirnleistungsbeeinträchtigungen wird bei Bedarf eine neuropsychologische Testung durchgeführt.

Von ärztlicher Seite erfolgt die Aufnahmeuntersuchung, um zusätzliche körperliche Erkrankungen zu erfassen und um mögliche organische Ursachen der depressiven Erkrankung auszuschließen. Routinemäßig erfolgen eine Untersuchung der Blutwerte sowie ein EKG. Bei einer ersten depressiven Episode veranlassen wir bei Notwendigkeit eine Magnetresonanztomografie (MRT) oder Computertomografie (CT) des Kopfes.

In Kooperation mit unserer Neurologischen Abteilung können weitere Untersuchungen veranlasst werden.

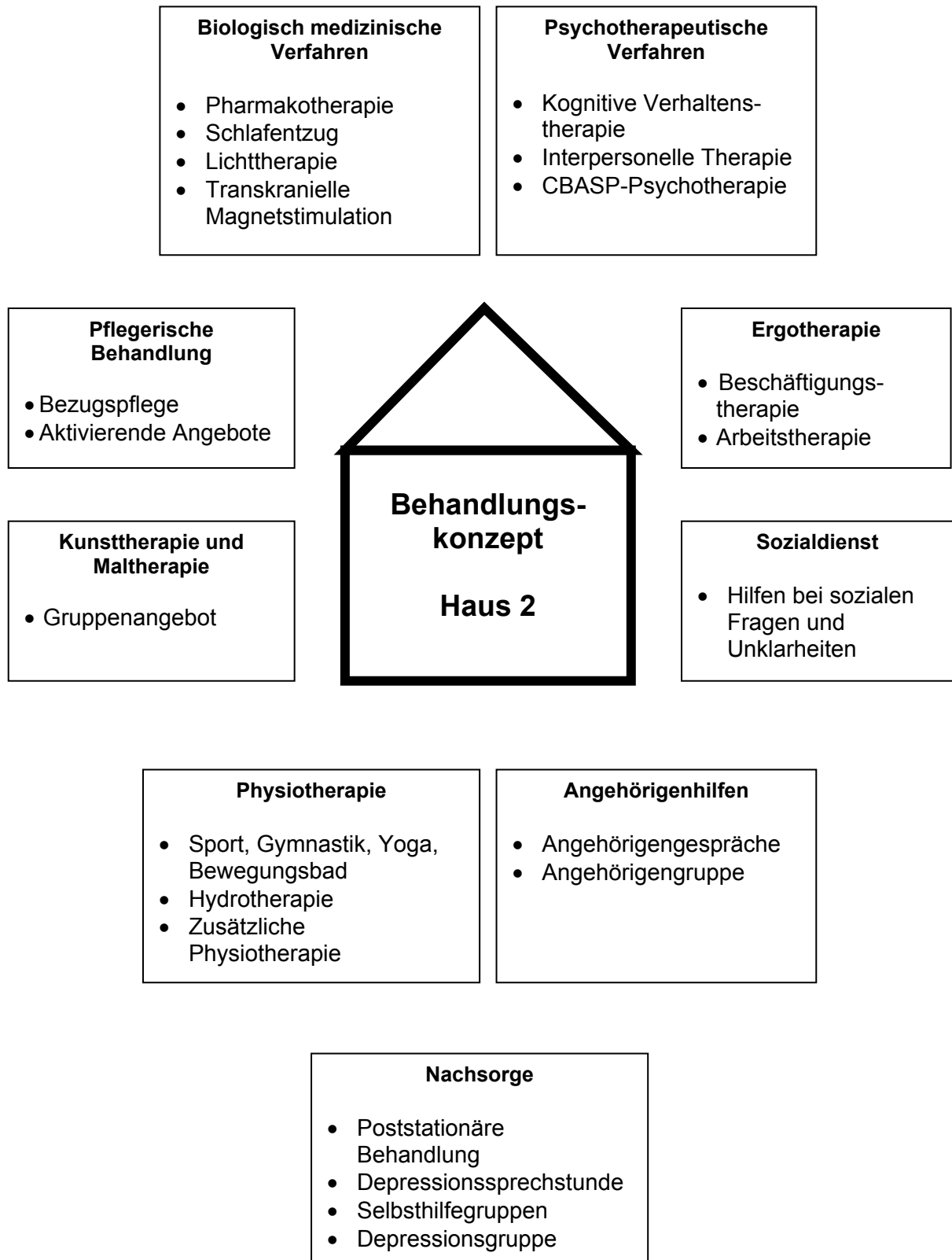
Weiterhin gehört zur diagnostischen Aufnahme ein ausführliches Gespräch mit einer Fachschwester. Ziel ist es, den Bedarf an Unterstützung im Alltag zu ermitteln und entsprechende Hilfen zu gewährleisten. In den ersten Tagen findet ebenfalls ein Gespräch mit unserer Sozialarbeiterin statt, um Hilfe bei ungeklärten sozialen Fragen zu geben.

5. Behandlungskonzept

Die Station ist eine anerkannte Spezialstation im Arbeitskreis Deutscher und Schweizer Depressionsstationen, nach dem Behandlungskonzept von Professor Dr. M. Wolfersdorf.

Bei der Behandlung von Depressionen müssen eine Vielzahl biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren und deren Wechselwirkungen berücksichtigt werden, welche die Entstehung und den Verlauf der Erkrankung beeinflussen. Die Basistherapie bildet eine Kombination aus Psychopharmakotherapie und Psychotherapie. Dies entspricht dem heutigen Stand der Wissenschaft, nach dem bei der Behandlung von Depressionen die Kombination von antidepressiven Medikamenten mit Psychotherapie am wirksamsten ist.

• **Abbildung: Behandlungskonzept Haus 2**



Je nach Schwere und Dauer der depressiven Grunderkrankung werden kognitive Verhaltenstherapie, interpersonelle, tiefenpsychologische Therapie oder das spezielle CBASP-Behandlungsprogramm für chronische Depressionen herangezogen.

Unterstützt und ergänzt werden diese Therapien durch pflegerische, soziotherapeutische, ergotherapeutische und physiotherapeutische Behandlungsangebote. Für jeden Patienten wird nach einer umfassenden medizinisch-psychologischen Eingangsdagnostik ein individueller Therapieplan zusammengestellt.

5.1 Biologisch fundierte Verfahren

5.1.1 Medikamentöse Therapie

Die medikamentöse Therapie wird nach ärztlichen Überlegungen aufgrund der individuellen klinischen Symptomatik und auf Basis einer systematischen Auswertung der bisherigen medikamentösen Behandlungen in Absprache mit dem Patienten festgelegt. In der Regel werden zur Behandlung der Depression und deren Begleitsymptome sowohl traditionelle als auch moderne Antidepressiva eingesetzt, die eine stimmungsaufhellende und antriebsnormalisierende Wirkung haben. Zudem können Tranquilizer/ Anxiolytika zur Überbrückung bis zum Einsetzen des antidepressiven Therapieeffektes bei starker Grübelneigung, Unruheerleben und Suizidalität eingesetzt werden. Gelegentlich kommen atypische Neuroleptika zum Einsatz.

Bei bipolaren und bei therapieresistenten Depressionen wird frühzeitig der Einsatz von Medikamenten zur Phasenprophylaxe in Erwägung gezogen, wobei der Patient über die damit eventuell verbundenen Nebenwirkungen ausführlich informiert wird.

Besonders geachtet wird auf eine ausreichend lange und ausreichend hoch dosierte Gabe der Medikamente sowie auf eine rational begründbare Abfolge der gewählten Substanzen. Der Einsatz der Medikamente orientiert sich dabei an den aktuellen Richtlinien der entsprechenden Fachgesellschaften (DGPPN/S3-Leitlinie, APA).

5.1.2 Therapeutischer Schlafentzug

Die meisten Menschen mit Depressionen klagen über ausgeprägte Schlafstörungen. Der Zusammenhang zwischen Stimmung und Schlaf wird beim therapeutischen Schlafentzug genutzt, einem bewährten nichtmedikamentösen Verfahren in der Depressionsbehandlung. Unter Schlafentzug versteht man ein Wachbleiben während der ganzen Nacht oder in der zweiten Nachthälfte ab 1.00 Uhr (partieller Schlafentzug) bis zum Abend des nächsten Tages ohne Nachschlafzeiten, d.h. bis zum nächsten Abend müssen auch die „kleinen Nickerchen“ vermieden werden. Dies hat einen stimmungsaufhellenden, antriebssteigernden, depressionslösenden Effekt, dem vermutlich chronobiologische Zusammenhänge zugrunde liegen. Zudem wird der bei Depressionen häufig gestörte Schlaf-Wach-Rhythmus reguliert und den Patienten wird eine Methode vermittelt, die auch zu Hause bei wieder auftretenden

depressiven Symptomen einsetzbar ist. Der Schlafentzug muss jedoch mehrfach, in der Regel 6-8 Durchläufe, durchgeführt werden, damit die positive Wirkung eintritt. Der Schlafentzug findet immer in kleinen Gruppen statt.

5.1.3 Lichttherapie

Vor allem zur Behandlung saisonal bedingter Depressionen mit einer Häufung im Herbst oder Frühjahr (Herbst-/Winterdepression) hat sich eine Lichttherapie als wirksam erwiesen. Unter Einsatz von Tageslichttafeln sollen Stimmung und Antrieb gesteigert werden und die Tagesmüdigkeit soll reduziert werden. Die Lichttherapie kann auch bei nicht-saisonal bedingten Depressionen unterstützend genutzt werden.

5.1.4 Transkranielle Magnetstimulation

Als weiteres Verfahren zur Behandlung von Depressionen steht in der Klinik die transkranielle Magnetstimulation zur Verfügung. Hierbei werden mit Hilfe leistungsfähiger Spulen mit einem starken Magnetfeld gezielt Bereiche einzelner Hirngebiete aktiviert, um den während einer depressiven Phase veränderten Hirnstoffwechsel zu regulieren und damit eine Linderung der depressiven Beschwerden zu bewirken. Die einzelnen Behandlungen bestehen aus mehreren schmerzfreien Reizserien, insgesamt dauert eine Sitzung ca. 20 Minuten. Die Gesamtdauer der Behandlung erstreckt sich über ca. 2 Wochen.

5.2 Psychotherapeutische Behandlung

Neben den drei psychotherapeutischen Basisvariablen Empathie, Erzeugung eines familiären Milieus sowie positiver Verstärkung, werden je nach im Vordergrund stehender Lebensproblematik des Patienten psychotherapeutische Elemente aus der kognitiven Verhaltenstherapie und der interpersonellen Psychotherapie der Depression eingesetzt. Am Anfang der Therapie wird jeder Patient einem Bezugstherapeuten zugeordnet, bei dem in der Regel ein bis zwei Einzelgespräche pro Woche stattfinden.

5.2.1 Kognitive Verhaltenstherapie (nach Beck, Hautzinger)

Die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) wurde als strukturierte, gegenwartsorientierte Kurzzeit-Psychotherapie für Depressionen, Angststörungen und andere psychische Erkrankungen entwickelt. Ziel ist es, eingefahrene negative Denkmuster in fünf Schritten gemeinsam mit dem Patienten zu verändern. Zum Teil erfolgt die Therapie in Gruppen, um durch gemeinsame Arbeitsschritte und -erfolge den Ansporn bei den Betroffenen zu erhöhen und den Teilnehmern zu zeigen, dass sie nicht allein mit ihren Beschwerden sind.

Schritt 1: Patient und Therapeut definieren die Schlüsselprobleme, der Patient wird in seiner negativen Sichtweise akzeptiert. Einhergehend mit dem Aufbau der therapeutischen Beziehung wird zwischen Patient und Therapeut ein Arbeitsbündnis geschlossen.

Schritt 2: Patient und Therapeut besprechen den Aufbau von angenehmen, positiven Aktivitäten und den Abbau von belastenden, negativen Aktivitäten. Gemeinsam entwickeln sie Ideen, wie dies im Alltag umgesetzt werden kann (z.B. sich Pausen gönnen, Entspannungsübungen, kleine Belohnungen, Ablehnung von überfordernden Arbeitsgängen etc.).

Schritt 3: Die Wiederaufnahme von Kontakten zu Freunden und Bekannten, aber auch das eigene Verhalten in alltäglichen Situationen stehen im Mittelpunkt dieser Phase. Die Gestaltung eines sozialen Netzwerks sowie der Aufbau von sozialen Fertigkeiten werden besprochen. In Rollenspielen übt der Patient mit spezifischen alltäglichen Problemen umzugehen, die eigenen Interessen wahrzunehmen und seine Kontaktfähigkeit wiederherzustellen bzw. aufzubauen. Der Patient erkennt seine eigenen Denkweisen als "hausgemachtes Problem", nicht als unumstößliche Realität. Er lernt den Automatismus eingefahrener negativer Denkmuster zu erkennen, zu überprüfen und gegebenenfalls durch alternative Sichtweisen zu ersetzen. So lassen sich etwa Grundannahmen wie "Alle sind gegen mich; keiner findet das, was ich mache, gut" verändern in "Alle sind mir gegenüber positiv eingestellt; es liegt an mir, was ich daraus mache". Der Patient lernt auch in schwierigeren Situationen die Kontrolle zu behalten und erlernt und festigt soziale Kompetenzen.

Schritt 4: Die "Erfolg-Vergnügen-Technik" als alternatives Denk- und Wahrnehmungsmodell wird vorgestellt. Hierzu planen Therapeut und Patient praktische Aktivitäten und deren Umsetzung (z.B. Wochenplanung mit abgestuften Aktivitäten). Ziel ist es, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen unangenehmen Pflichten und angenehmen Tätigkeiten im Tagesablauf herzustellen.

Schritt 5: In dieser letzten Phase geht es vor allem um Erhaltung und Stabilisierung des Therapieerfolgs, den Umgang mit Rückschlägen sowie um vorbeugende Interventionen.

5.2.2 Interpersonelle Therapie (nach Klermann & Weissmann, Schramm)

Die Interpersonelle Therapie (IPT) ist ein Kurzzeittherapieverfahren, wurde Mitte der 70er Jahre von Klermann und Weissman in den USA entwickelt. Im Mittelpunkt der therapeutischen Gespräche stehen die Beeinträchtigungen der zwischenmenschlichen Beziehungen und sozialen Rollen. Konflikte mit Partnern oder Angehörigen können depressive Entwicklungen verstärken, umgekehrt können die Beziehungen des Patienten ebenfalls durch die Krankheit stark belastet werden. Basis der Interpersonellen Therapie bilden wissenschaftliche Untersuchungen, die gezeigt haben, dass Depressionen mit folgenden vier Bereichen in Verbindung stehen:

- (1) Trauerprozesse/ Verlust von geliebten Menschen
- (2) Zwischenmenschliche Konflikte,
- (3) Rollenwechsel bzw. - übergänge,
- (4) Soziale Defizite

In der Therapie werden aus diesen vier Bereichen zwei Themen ausgewählt, die für den jeweiligen Patienten am wichtigsten sind. Ist Trauer ein zentrales Thema, weil z.B. der Lebenspartner verstorben ist oder ein anderes unglückliches Ereignis eingetreten ist, wird der Ausdruck von Trauer gefördert, Interessen und neue Beziehungen werden aufgebaut. Stehen interpersonelle Konflikte im Mittelpunkt, sollen diese zunächst erkannt und mit dem Partner diskutiert werden. Beim Übergang von einem Lebensabschnitt in einen anderen, z.B. von der Berufstätigkeit in die Berentung, ist es von Bedeutung, den Verlust der alten Rolle anzunehmen und zu betrauern, die neue Rolle als Chance zu sehen und das Selbstwertgefühl zu stärken. Leidet ein Patient unter Sozialer Vereinsamung, wird er beim Aufbau sozialer Kontakte unterstützt. Der Therapieprozess (ca. 25 Therapieeinheiten) wird in 3 Phasen untergliedert:

- (1) Initialphase: Entlastung, Symptombewältigung, Informationsgewinn
- (2) Mittlere Phase: Entwicklung angemessener Bewältigungsstrategien, Ausbildung alternativer Verhaltensmöglichkeiten,
- (3) Schlussphase: Bearbeitung des Behandlungsabschlusses als eigener Abschiedsprozess, Resümee, Frühwarnsignale und Rückfallprophylaxe

5.2.3 CBASP-Psychotherapie (nach James Mc Cullough)

CBASP (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy) ist ein Psychotherapieverfahren nach James Mc Cullough, welches speziell für chronisch depressive Patienten konzipiert wurde. Es ist ein eklektisches Verfahren, das behaviorale, kognitive, psychodynamische und interpersonelle Strategien integriert. CBASP setzt auf drei Ebenen an, die für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression relevante Rollen spielen:

1. Ebene: die traumatisierenden Beziehungserfahrungen in der Kindheit
2. Ebene: die daraus entstandene überdauernden Denk-Schemata (=Prägungen)
3. Ebene: die heutigen zwischenmenschlichen Probleme.

Zu Beginn der Therapie werden im therapeutischen Einzelgespräch die frühen traumatisierenden Beziehungserfahrungen in der Kindheit einbezogen (1. Ebene), indem durch die Liste prägender Bezugspersonen individuelle Prägungen erarbeitet (2.Ebene) und deren heutiger Einfluss auf die eigene Lebensweise und Persönlichkeit besprochen werden. Darauf aufbauend werden transparente Übertragungshypothesen gebildet, d.h. Befürchtungen des Patienten gegenüber dem Behandlungsteam aufgrund früherer Prägungen herausgearbeitet. Schwerpunktmäßig werden anschließend konkrete interpersonell schwierige Situationen aus der Gegenwart durch Situationsanalysen und Rollenspiele bearbeitet (3. Ebene). Ziel ist das

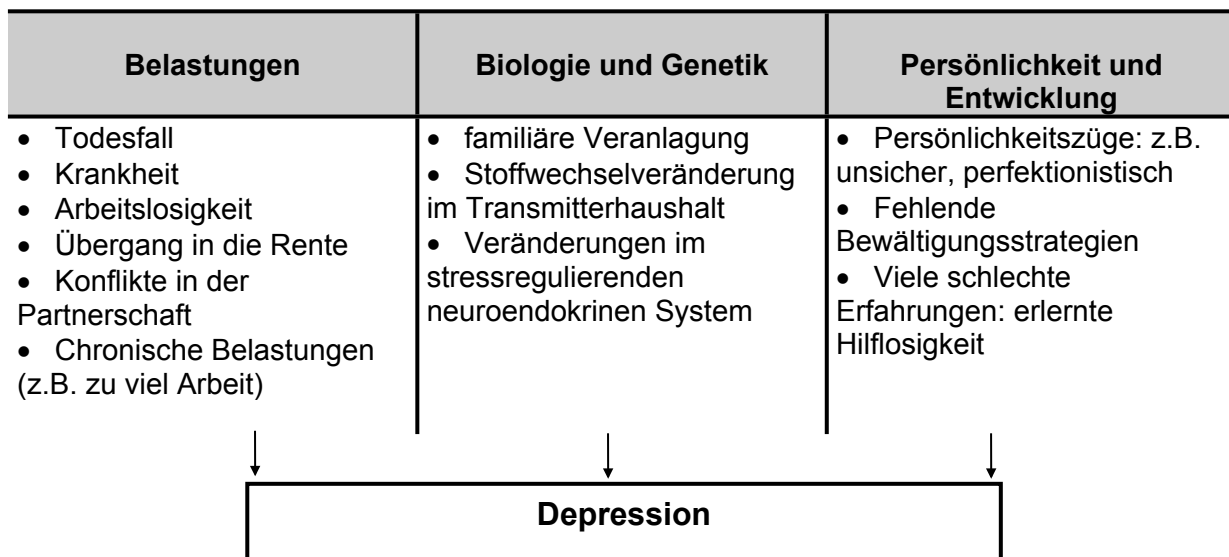
Verstehen der kausalen Beziehung zwischen eigenen Denk- und Verhaltensmustern und den jeweiligen Konsequenzen. Der Kiesler-Kreis als Modell für Verhaltensmuster in zwischenmenschlichen Situationen wird unterstützend zum Verstehen der eigenen Wirkung auf andere herangezogen. Im Rahmen von interpersonellen Strategien nimmt der Therapeut durch Rückmeldung eigener Gefühle – ausgelöst durch Verhaltensweisen des Patienten – eine sehr persönliche Rolle im therapeutischen Prozess ein (disciplined personal involvement). Nach diesen spezifisch gestalteten Situationen kann durch eine interpersonelle Diskriminationsübung der Vergleich zwischen altvertrauten dysfunktionalen Beziehungsmustern und dem Verhalten des Therapeuten erfolgen um heilsame Beziehungserfahrungen zu ermöglichen und die Prägungen zu entkräften.

5.2.3 Therapeutische Gruppenangebote

Gruppe 1: Psychoedukation

Regelmäßig findet für Patienten eine psychoedukative Gruppentherapie statt, in der den Patienten das Krankheitsbild der Depression, deren Ursachen und insbesondere die medikamentöse Behandlung erläutert wird. Konkret geht es dabei um Fragen wie „Was ist eine Depression?“, „Wie entsteht sie?“, „Wie kann sie behandelt werden?“ und „Welche Medikamente sind sinnvoll?“. Unterstützt wird die Beantwortung dieser Fragen durch den Einsatz von themenbezogenen Informationsvideos. Zusätzlich wird für die Gruppe 1 die Maltherapie angeboten.

Abbildung: Entstehung der Depression



Gruppe 2: Soziales Kompetenztraining (nach Hinsch & Pfingsten)

Das soziale Kompetenztraining richtet sich an Patienten, die Schwierigkeiten haben, ihre eigenen Forderungen, Wünsche und Bedürfnissen in die Beziehungen zu ihren Mitmenschen

einzubringen. Depressive Personen zeigen häufig ein Defizit im Einsatz von sozialen Kompetenzen, was zur Entstehung und Aufrechterhaltung von depressiven Episoden beitragen kann. Der Aufbau bzw. die Stärkung der eigenen sozialen Kompetenzen ist daher ein wichtiger Schritt zur Krankheitsbewältigung. Beim sozialen Kompetenztraining in der Gruppe gibt es für die Teilnehmer die Möglichkeit, den Umgang mit Situationen, die persönlich als besonders schwierig erlebt werden, wie z.B. Umgang mit Arbeitskollegen, Vorgesetzten oder der Familie, individuell im Rollenspiel einzuüben. Ziel ist die spätere selbständige Bewältigung derselben Situation in der Realität. Das soziale Kompetenztraining unter Leitung eines Psychotherapeuten wird einmal pro Woche angeboten. Zusätzlich nimmt die Gruppe 2 gemeinsam an der Entspannungstherapie und der Kunsttherapie teil.

Gruppe 3: Konfliktzentrierte Gesprächsgruppe

Die Gruppe 3 ist eine stationsübergreifende, halboffene Gruppe, d.h. die Gruppenteilnehmer durchlaufen das gesamte Gruppenprogramm, in der Regel 4 Wochen, gemeinsam. Im Rahmen der Gruppe werden individuelle kritische Lebensereignisse unter Berücksichtigung der eigenen Persönlichkeitsanteile besprochen. Es wird der Austausch von Erfahrungen im Umgang mit Herausforderungen und Problemen des Alltags sowie die gemeinsame Erarbeitung von Lösungsansätzen angeregt. Eigene Verhaltens- und Interaktionsmuster, die im Gruppenkontext erkennbar sind, werden bewusst gemacht und bearbeitet. Übertragungs- und Identifikationsmöglichkeiten sowie unmittelbares Lernen in der Gruppe leisten dabei einen wichtigen Beitrag zur Bewältigung der depressiven Symptome. Durch die Gesprächsbeteiligung werden Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen gestärkt und die Alltagsbewältigung wird gefördert. Der therapeutische Ansatz ist konfrontativ, sodass die Patienten zur Reflektion angeregt werden und im Umgang mit Kritik geschult werden. Die konfliktzentrierte Gruppengespräche finden zweimal pro Woche statt, zusätzlich nehmen die Teilnehmer einmal pro Woche am Sozialen Kompetenztraining teil.

Weitere spezielle Therapieelemente für Gruppe 3 sind die Kommunikative Bewegungstherapie (KBT), die Maltherapie und die Kunsttherapie.

Gruppe 4: CBASP-Gruppentherapie

Voraussetzungen für die Teilnahme an der CBASP-Gruppe sind das erstmalige Auftreten der Depression vor mindestens zwei Jahren, ein rezidivierender Verlauf der Depression und auch in den Phasen der Besserung ist kein vollständiger Rückgang der depressiven Symptomatik erkennbar. Zunächst werden im Einzelsetting die frühen Prägungen anhand der wichtigsten Bezugspersonen des Patienten erarbeitet. Im zweiten Schritt werden im Gruppenkontext interpersonell schwierige Situationen anhand von konkreten Situationsanalysen erarbeitet und neue, zielführende Verhaltensweisen in Rollenspielen eingeübt. Durch die klare Gegenüberstellung der automatisierten dysfunktionalen Denk- und Verhaltensmuster aufgrund früh erlernter Erfahrungen und den neuen proaktiven Interaktionstechniken soll ein Lerneffekt

(„Mein Verhalten hat Konsequenzen.“) erzielt werden. Das Hauptziel von unserem CBASP-Gruppenprogramm besteht darin, die erlernte Hilflosigkeit zu überwinden, das soziale Empathie-Defizit zu beheben sowie die traumatisierenden Beziehungserfahrungen durch korrigierende neue Erfahrungen zu heilen.

Die Gruppe 4 beinhaltet 2 Gruppengespräche wöchentlich, zusätzlich die Kommunikative Bewegungstherapie (KBT), Kunsttherapie sowie Aktivierungsangebote (Walking) und Entspannungstechniken.

Genusstraining

Durch ein spezielles, von einer qualifizierten Pflegeperson begleitetes Training soll die bei depressiven Patienten verlorengegangene Erlebnis- und Genussfähigkeit wiederentdeckt werden. Nach der Erarbeitung von speziellen Genussregeln (z.B. „Genuss braucht Zeit.“) werden die 5 Sinnesmodalitäten Hören, Sehen, Riechen, Schmecken und Tasten durch verschiedene praxisnahe Übungen und Beispiele sensibilisiert. Dadurch können die Patienten wieder lernen, sich mehr Zeit für das Genießen einfacher, alltäglicher Dinge zu nehmen und ihre Aufmerksamkeit und Sinne auf vielfältige Genussmöglichkeiten zu konzentrieren. Das Gruppenprogramm umfasst 6 Sitzungen, die innerhalb von 3 Wochen stattfinden.

Konzentrations- und Gedächtnistraining

Ziel des wöchentlich angebotenen Konzentrations- und Gedächtnistrainings ist es, die depressionsbedingt oft beeinträchtigte Konzentration, Merkfähigkeit und geistige Beweglichkeit zu trainieren. Die Gruppenstunde findet in spielerischer Weise statt. Es werden z.B. Kreuzworträtsel und Lückentexte bearbeitet, Merk- und Denkspielen angewandt und Zeitungsartikeln gelesen und diskutiert.

BELA-Gruppe (Bewegung – Ernährung – Lernen – Akzeptieren)

Wir bieten unseren Patienten bei Bedarf ein psychoedukatives Trainingsprogramm zur Vorbeugung gegen bzw. Reduktion von Gewichtszunahmen im Laufe der Therapie oder bei schon bestehendem Übergewicht. Folgende Therapiebausteine werden im Gruppenkontext erarbeitet:

- Bewusstwerden, dass eine Verbesserung der Ernährungsweise und regelmäßige Bewegung einen Teil der Stabilisierung im individuellen Krankheitsverlauf darstellt.
- Aufspüren/ Entdecken ungünstiger Lebens- und Essgewohnheiten
- Implementierung vorteilhafter Lebens- und Essgewohnheiten
- Konkretisierung eigener Bedürfnisse

Gruppenangebot „Stimme und Ausdruck“

In dieser körpertherapeutischen Gruppe geht es darum, durch Nutzung der Stimme und Bewegung Zugang zu sich selbst und seinem Körper zu finden.

Entspannungsverfahren

Allgemeiner Unruhe, Angespanntheit und Ängsten, wie sie bei Depressionen häufig auftreten, kann durch das Erlernen einer Entspannungsmethode entgegengewirkt werden. Im Rahmen des Gruppentherapieangebots „Entspannung“ werden unterschiedliche Entspannungstechniken vermittelt und gemeinsam eingeübt. Folgende Verfahren werden angewandt:

- *Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen (PMR)*, bei der über das systematische An- und Entspannen einzelner Muskelgruppen eine differenzierte Wahrnehmung von Spannungszuständen gefördert und somit eine aktive Tonuskontrolle ermöglicht wird.
- *Autogenes Training*, bei dem über formelvermittelte innere Vorstellungsbilder Einfluss auf den Körper im Sinne einer Entspannung genommen wird.
- *Atementspannung*, bei der über ein bewusstes, entspannungsförderndes Atmen ein gelöster Zustand erreicht werden kann.

Zusätzlich steht als Methode zur Einzelentspannung ein *Atem-Biofeedback* zur Verfügung. Hierbei wird die Tiefe der Atmung erfasst und dem Patienten mittels eines Licht- und Tonsignals zurückgemeldet. Damit kann dieser seine Atmung besser steuern und über eine bewusste und tiefere Atmung eine aktive Entspannung herbeiführen.

5.3 Pflegerische Behandlung

5.3.1 Die Bezugspflege

Eine stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik ist häufig mit Ängsten verbunden. Eine pflegerische Begleitung kann helfen, Ängste abzubauen und das Eingewöhnen und Wohlfühlen auf der Station erleichtern. Um dies bestmöglich zu gewährleisten, wird im Haus 2 das Prinzip der „Bezugspflege“ umgesetzt. Dabei wird jedem neu aufgenommenen Patienten sobald wie möglich eine Bezugspflegeperson (sowie ein Bezugstherapeut) zur Seite gestellt. Die Bezugsschwester soll für den Patienten während des stationären Aufenthalts eine Vertrauensperson und ein Ansprechpartner sein, an den sich der Patient mit allen Fragen und Problemen wenden kann. Er soll dem Patienten Sicherheit vermitteln. Dies ist vor allem in der ersten Therapiephase wichtig, wenn der Patient durch seine Depressionssymptomatik noch schwer belastet ist und sich auf der Station noch fremd fühlt. Gerade bei der Arbeit mit depressiven Patienten, die meist Schwierigkeiten in der Gestaltung von Beziehungen haben, kommt dem Aufbau einer tragfähigen Beziehung mit einem angemessenen Maß an Zuwendung, Wertschätzung und Akzeptanz eine besondere Bedeutung zu. Die Bezugspflegeperson begleitet den Patienten durch den Stationsalltag und durch die verschiedenen Behandlungsphasen während seines Aufenthalts. Sie hilft dem Patienten außerdem, Therapieziele zu erarbeiten und gibt Unterstützung bei deren praktischer

Umsetzung. Durch das dabei entstehende besondere Vertrauensverhältnis können Krisen besser wahrgenommen und bearbeitet werden. Ebenso können Behandlungsfortschritte durch die Bezugsperson schnell erkannt und gezielt positiv verstärkt werden. Bezugspflege soll dem Erkrankten das Gefühl vermitteln, als Individuum wahrgenommen zu werden. Außerdem werden die Patienten im Wechseldienst betreut, das heißt, dass jederzeit ein Ansprechpartner zur Verfügung steht.

5.3.2 Aktivierende Angebote des Pflegeteams

Da Aktivitäten die Stimmung deutlich beeinflussen können, wird auf Station versucht, durch eine detaillierte Planung von Tätigkeiten und durch eine angemessene Steigerung des Aktivitätslevels, den depressiven Kreislauf zu durchbrechen. Konkret wird dies umgesetzt in Form folgender Angebote:

Frühspport

Durch kreislauf- und stoffwechselaktivierende einfache gymnastische Übungen kurz nach dem Aufstehen sollen die Patienten aus dem Morgentief herausgeführt werden und ein positiver Effekt auf Stimmung und Antrieb soll bewirkt werden. Die Patienten werden angeregt, die Übungen auch nach dem stationären Aufenthalt eigenständig zu Hause durchzuführen.

Aktivierungsgruppe

Die einmal wöchentlich stattfindende Aktivierungsgruppe ist ein spezielles Therapieangebot für antriebsgeminderte Patienten. In Kleingruppen werden hier, unterstützt vom Pflegepersonal mit dem Ziel der Förderung kommunikativer Aspekte gemeinsame Aktivitäten wie Spaziergänge, Stadtbummel etc. geplant und anschließend umgesetzt. Dadurch werden auch soziale Beziehungen unter den Patienten und eine Integration in die Stationsgemeinschaft gefördert, was ebenfalls zur Besserung der depressiven Symptomatik beitragen kann.

Darüber hinaus werden eine Nordic Walking-Gruppe und andere sportliche Angebote vorgehalten angeboten.

Kompetenztraining für den Alltag

In der Depression fallen oft auch einfache alltägliche Verrichtungen sehr schwer. Eine der Aufgaben der Pflegekräfte ist es daher, anhand der Selbsteinschätzung der Patienten deren Fähigkeiten oder Schwierigkeiten bei Alltagstätigkeiten zu erkennen und alltagsnah Hilfe zur Selbsthilfe anzubieten. Beispielsweise werden durch die Verteilung hauswirtschaftlicher Aufgaben in Form eines wöchentlich wechselnden Küchen-, Blumen- und Rauchereckendienstes Verantwortlichkeiten von den Patienten übernommen und dadurch die Rolle des Einzelnen in der Gruppe erfahrbar gemacht.

Gemeinsame Wochenplanung und Wochenendgestaltung

Nach dem Frühstück findet täglich unter Anleitung des Pflegepersonals und der Co-Therapeuten und eine individuelle Tagesplanung im Einzelkontakt statt. Hier besteht für jeden Patienten Gelegenheit, den vergangenen Tag Revue passieren zu lassen, Organisatorisches zu besprechen, Informationen auszutauschen und den bevorstehenden Tag durchzusprechen. Dabei wird vor allem auf Schwierigkeiten bei der Tagesgestaltung eingegangen und gemeinsam werden Möglichkeiten zur Verbesserung und Unterstützung entwickelt. Hier erfolgt auch die Anmeldung der Patienten zu bestimmten therapeutischen Veranstaltungen. Jeden Freitagvormittag findet eine Hausversammlung statt, um Organisatorisches und gemeinsame Aktivitäten für die am Wochenende auf Station verbleibenden Patienten zu besprechen.

Abendgestaltung

An einem Abend der Woche findet ein gemeinsames Treffen zum Singen bekannter Lieder statt, was Freude und Abwechslung in den Stationsalltag bringen soll. Neben diesem feststehenden Angebot besteht die Möglichkeit, mit Unterstützung des Pflegepersonals besondere Abendaktivitäten wie Kreativabende, Sport- und Tanzaktivitäten, Grillabende, Tischtennisturniere, Videovorführung und Ähnliches zu organisieren.

Aufbau von Freizeitaktivitäten außerhalb der Station

Durch das gemeinsame Kegeln in Begleitung einer Pflegekraft und durch Unterstützung der Patienten bei der Planung und Organisation von gemeinschaftlichen Wochenendaktivitäten jeglicher Art außerhalb der Station (z.B. Ausflüge, Wanderungen, Kinobesuche, Minigolfspielen) wird versucht, Interesse an einer sinnvollen Freizeitgestaltung zu wecken. In einem „außerklinischen“ Umfeld können hier soziale Kompetenzen noch realitätsnäher gefördert und in lockerer Atmosphäre Kontakte untereinander vertieft werden. Zusätzlich werden im Sozialzentrum der Klinik regelmäßig Filmabende, Feiern und andere Aktivitäten angeboten. Gleichzeitig soll eine Übertragung des Gelernten in den Alltag der Patienten gefördert werden, mittels einer detaillierten Tagesplanung der Belastungserprobungen im häuslichen Umfeld, unter Anleitung des Pflegepersonals, mit dem Ziel einer gesunden Balance zwischen Be- und Entlastungsphasen.

5.4 Ergotherapie

5.4.1 Beschäftigungstherapie

Die bei depressiven Patienten typische starke Grübelneigung kann durch aktives Handeln und die gedankliche Ausrichtung auf eine Tätigkeit unterbrochen werden. Dies wird durch den Einsatz verschiedener handwerklicher, gestalterischer und künstlerischer Techniken im

Rahmen der Ergotherapie erreicht. Die Patienten wählen gemäß ihrer Neigung und ihrer Fähigkeit frei ihre Projekte aus und werden mit Anleitung und Hilfestellung der Ergotherapeuten unterstützt. Wichtige Ziele der Ergotherapie sind die Wiederherstellung und Förderung geistiger und körperlicher Fähigkeiten wie Konzentration, Ausdauer und allgemeine Belastbarkeit, die Stärkung von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, die Verbesserung der Antriebs- und Entscheidungsfähigkeit sowie der Selbsteinschätzung und Frustrationstoleranz. Dabei ist die Ergotherapie keinesfalls leistungsorientiert und soll nicht überfordern. Die Ergotherapie findet in Gruppen von ca. 8 Personen statt.

5.4.2 Arbeitstherapie

Um die zunehmend wieder gewonnene Belastbarkeit eines Patienten zu erproben und somit den Wiedereinstieg in das Berufs- oder Familienleben zu erleichtern, stehen im Klinikbereich eine Gärtnerei, ein Hauswirtschaftsbereich, eine Schlosserei und eine Holzwerkstatt zur Verfügung. In diesen Arbeitsbereichen kann unter Begleitung eines Arbeitstherapeuten ein individuell gestalteter Arbeitseinsatz durchgeführt werden.

Ein wichtiger Therapiebaustein sind externe Belastungserprobungen am eigenen Arbeitsplatz, bei relativer Ortsnähe zur Klinik, im Rahmen der (teil-) stationären Therapie zur Erleichterung der Wiedereingliederung beim Arbeitgeber.

5.5 Kunsttherapie und Malgruppe

Einmal pro Woche findet in Gruppen von ca. 6-8 Personen unter Anleitung einer speziell ausgebildeten Therapeutin die Kunsttherapie statt. Der Gestaltungsprozess mit Farbe und Form und die nachfolgende Beschäftigung damit in der Gruppe dienen als Weg zu einer besseren Selbstwahrnehmung, indem sie dem Patienten Einblicke in eigene Erlebnis- und Handlungsweisen geben. Durch den Umgang mit bildnerischen Themen und Materialien können die eigene Kreativität und neue individuelle Ausdrucksmöglichkeiten entdeckt und entfaltet werden. Im Gespräch über die Bilder stehen die eigenen Gefühle, Eindrücke und Assoziationen im Mittelpunkt. Depressive Patienten können sich in der Kunsttherapie wieder als handelnde Menschen erleben, ihre Selbst- und Fremdwahrnehmung korrigieren und ihr Selbstwertgefühl stärken. Für die Teilnahme an der Kunsttherapie sind keine bildnerischen Vorkenntnisse erforderlich. Voraussetzung zur Teilnahme ist lediglich die Bereitschaft, in einer geschützten Atmosphäre Neues an sich entdecken zu wollen und die Neugier darauf, was das Gestaltete mit einem Selbst zu tun hat.

Zusätzlich zur Kunsttherapie wird ebenfalls einmal pro Woche eine Malgruppe unter Anleitung einer Pflegekraft angeboten. Hier stehen verschiedenste Themen zur Auswahl, die individuell von jedem Patienten mit Farbe umgesetzt werden können. Die Bilder werden anschließend in der Gruppe ausgewertet.

5.6 Physiotherapie und physikalische Therapiemaßnahmen

5.6.1 Psychomotorische Gruppe / Kommunikative Bewegungstherapie (KBT)

Die Bewegungstherapie dient der körperlichen und geistigen Aktivierung. Eine besondere Form davon ist die Kommunikative Bewegungstherapie (KBT), die einmal pro Woche von einer Pflegekraft oder einer Physiotherapeutin angeboten wird. Unter Anwendung pädagogischer und psychosozialer Mittel sowie von Elementen aus Gymnastik und Sport sollen neben der körperlichen Aktivierung auch psychische und soziale Funktionen gefördert werden. Durch die Vermittlung von Erfolgserlebnissen können Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen gestärkt, durch den Abbau von Hemmungen und das Entstehen von Gruppengefühlen die Wahrnehmungs- und Kommunikationsfähigkeit unter Berücksichtigung vorhandener Ressourcen erweitert werden. Diese Therapie kann als körperorientierter Zugangsweg zum Abbau depressiver Verhaltensmuster verstanden werden. Die KBT wird je einmal wöchentlich für die Gruppe 3 und die Gruppe 4 angeboten, die Erfahrungen können auch in den Gruppentherapien ausführlicher besprochen werden. Bearbeitet werden die Themen „Kennenlernen“, „Vertrauen“, „Entscheidung“ und „Abschied“.

5.6.2 Sport, Wirbelsäulengymnastik, Bewegungsbecken

Die Teilnahme an einer zweimal pro Woche stattfindenden Sport- oder Gymnastikgruppe dient zum einen der Verbesserung der bei depressiven Menschen zumeist reduzierten körperlichen Leistungsfähigkeit und hat zum anderen einen anti-depressiven Effekt, da bei längerer sportlicher Betätigung körpereigene Stoffe freigesetzt werden, die entspannend und stimmungsaufhellend wirken. Das klinikeigene Schwimmbad kann nach ärztlicher Zustimmung zu festgelegten Zeiten benutzt werden. Zudem können die Patienten nach vorheriger Anmeldung an speziellen Wassergymnastikangeboten teilnehmen.

5.6.3 Hydrotherapie

Zum morgendlichen Start in den Tag können die Patienten Kaltwasseranwendungen als Bein- oder Armgüsse zur körperlichen und psychischen Aktivierung gegen Morgentief und Antriebsschwäche in Anspruch nehmen. Dies wirkt anregend auf Kreislauf, Stoffwechsel, Immun- und Nervensystem.

5.6.4 Zusätzliche physiotherapeutische Angebote

Weiterhin bietet die Physiotherapie in begrenzten Umfang Massagen, Fangopackungen, Reizstrombehandlungen und Vieles mehr an. Die Verordnung erfolgt durch den Stationsarzt bei vorliegender medizinischer Indikation.

5.7 Sozialdienst

Häufig ergeben sich im Verlauf der Erkrankung Schwierigkeiten in unterschiedlichen Lebens- und Arbeitsbereichen. Unsere erfahrene Sozialarbeiterin bietet den Patienten (falls erforderlich auch den Angehörigen) fachliche Hilfe bei Entscheidungen über die weitere Lebens-, Wohn-, und Arbeitssituation (einschließlich medizinischer, sozialer und beruflicher Rehabilitation) sowie bei sozialrechtlichen Fragen an. Im Rahmen der Einzelfallhilfe begleitet die Sozialarbeiterin die Patienten z.B. zu Amtsterminen und Besichtigungen von Wohnheimen und therapeutischen Wohngemeinschaften oder berät bei Fragen zur beruflichen Wiedereingliederung. Termine können individuell vereinbart werden, eine Kontaktaufnahme ist auch über das Pflegeteam möglich.

6. Organisatorisches für Patienten

6.1 Einzel- und Gruppensitzungen

Einmal pro Woche findet eine Einzelsitzung in Form einer Chefarztsitzung statt, in der die Patienten Gelegenheit bekommen, ihre Anliegen in einem persönlichen Gespräch mit dem Chefarzt bei Anwesenheit des Stationsarztes, der Psychologen und einer Vertretung des Pflegepersonals vorzubringen. Dabei stehen das aktuelle Befinden und wichtige Anliegen des Patienten im Vordergrund, es werden Therapieziele für die Woche erfragt und Möglichkeiten zur Optimierung der individuellen Therapie besprochen.

Zusätzlich zur Einzelsitzung findet einmal wöchentlich eine Gruppensitzung statt. Der Bezugstherapeut führt hier, unterstützt durch eine Pflegekraft, therapeutische Kurzgespräche im Beisein der anderen Teilnehmer einer festgelegten Therapiegruppe, stimmt gemeinsam mit dem Patienten die antidepressive Behandlung auf die Gegebenheiten ab und bespricht mit ihm die Wochenendplanung.

6.2 Hausversammlung

Ein wöchentliches Treffen aller Patienten unter Leitung eines vorab bestimmten Patienten und im Beisein des pflegerischen und therapeutischen Stationsteams bietet die Gelegenheit, Probleme zu besprechen, die im Zusammenleben auf der Station entstehen. Zudem werden an dieser Stelle die von den Patienten zu übernehmenden Dienste (s.o. Blumengießen etc.) verteilt, ein Patientensprecher wird bestimmt, neue Patienten werden vorgestellt und kurz vor der Entlassung stehende Patienten werden verabschiedet.

6.3 Belastungserprobungen („Wochenendbeurlaubungen“)

Wochenendurlaube (in der Regel von Samstag Morgen bis Sonntag Abend) sowie Tagesurlaube werden zur Erprobung und Festigung der wiedererlangten Alltagsbewältigungsfähigkeiten und der Erprobung von in der Therapie erarbeiteten neuen Verhaltensmustern nach Erreichen eines bestimmten Therapiestandes gewährt. Für gewöhnlich

kann jedes zweite Wochenende für eine Übernachtung zu Hause genutzt werden. Das erste Wochenende nach Aufnahme im Haus 2 wird jedoch auf Station verbracht.

6.4 Wochenplan

Das individuell zusammengestellte Behandlungsprogramm ist in einem Wochenplan für jeden Patienten übersichtlich aufgezeichnet und wird jede Woche aktualisiert. Dieses Therapieprogramm ist sowohl für das therapeutische Team als auch für die Patienten verbindlich. Der gegliederte Tagesablauf soll dem Patienten zudem dabei helfen, durch äußere Strukturen die innere Struktur zu festigen und die Anforderungen des Alltags wieder besser zu bewältigen.

7. Arbeit in einem multidisziplinären Team

Die Arbeit mit depressiv erkrankten Menschen im stationären Rahmen findet unter Beteiligung verschiedener Spezialisten statt. Hierfür bedarf es besondere Formen der Absprache. Um die Qualität der Arbeit immer wieder zu überprüfen und zu verbessern, werden regelmäßige Weiterbildungen sowie Supervisionen durchgeführt.

7.1 Übergabegespräche

Es finden täglich zu den Schichtwechselzeiten Übergaben zwischen den Pflegekräften statt, bei denen aktuelle Entwicklungen und Veränderungen bei der Behandlung der Patienten dem nachfolgenden Pflegepersonal übermittelt werden. Die Weiterleitung von Informationen innerhalb dieser Besprechung unterliegt selbstverständlich der Schweigepflicht und findet nur insoweit statt, wie es für den Umgang mit dem einzelnen Patienten erforderlich ist.

7.2 Patientenorientiertes Teamgespräch

Alle Ärzte, Psychologen, Pflegekräfte, der Sozialdienst und die Ergotherapeuten der Depressionsstation treffen sich einmal wöchentlich zur Teambesprechung. Besprochen werden Symptomatik und Fortschritte der Patienten, um auf die therapeutischen Belange optimal und individuell eingehen zu können und den Therapieplan entsprechend zu gestalten.

7.3 Kurvenvisite

Im multiprofessionellen Team findet einmal wöchentlich eine Kurvenvisite im Beisein des Chefarztes statt, mit dem Ziel einer fallbezogenen medikamentösen und psychotherapeutischen Planung des weiteren Behandlungsprozesses.

7.4 Fallbezogene Supervision

Einmal im Monat findet unter Leitung eines externen Supervisors eine an den Patientenkurven orientierte Besprechung der Behandlung eines Patienten statt. Dadurch soll das bisherige therapeutische Vorgehen kritisch reflektiert und ein koordiniertes, individuelles Vorgehen bei der Therapie des Patienten erarbeitet werden.

7.5 Stationsinterne Weiterbildung

Einmal im Monat findet für das Pflegepersonal eine interne Weiterbildung statt. Hier werden in der Regel Themen mit direktem Bezug zur Depressionsbehandlung besprochen. Zusätzlich nimmt das Team regelmäßig an den regionalen und deutschlandweiten Treffen der Depressionsstationen teil. Dort werden neue Erkenntnisse und therapeutische Behandlungsmethoden vorgestellt und vermittelt. So ist eine zeitgemäße Behandlung garantiert.

8. Angebote für Angehörige

8.1 Angehörigengespräche

Bei Bedarf und nach Vereinbarung finden individuelle therapeutische Gespräche mit dem Patienten und wichtigen Familienangehörigen statt. Sinnvoll kann dies z.B. sein, wenn Angehörige Informationen zum Umgang mit der Erkrankung erhalten möchten oder wenn Konflikte aus dem familiären oder partnerschaftlichen Umfeld die depressive Symptomatik aufrechterhalten.

8.2 Angehörigengruppe

Wenn ein Familienmitglied psychisch erkrankt ist, stellt dies für die ganze Familie eine besondere Belastung dar. Daher bieten wir für interessierte Angehörige regelmäßige Mittwochs um 17.00 Uhr in der Institutsambulanz des ÖHK Informationsveranstaltungen an. Im Rahmen dieser Gruppe stehen folgende Themen im Mittelpunkt:

- Aufklärung über Krankheit und Behandlung
- Aufgaben und Schwierigkeiten von Angehörigen
- Aufzeigen von Lösungsmöglichkeiten

Die Angehörigen erhalten die Möglichkeit, Fragen zu stellen und sich miteinander auszutauschen. Die Patienten selbst sind nicht anwesend. Auf verschiedene Ratgeber zum Thema Depression und andere psychische Erkrankungen wird hingewiesen.

9. Nachsorge

Um einen fließenden Übergang von der stationären Behandlung in den Alltag zu erleichtern, werden verschiedene Formen der Unterstützung in der ambulanten Nachsorge angeboten:

- Poststationäre Weiterbehandlung zur Verkürzung der stationären Behandlungszeit
- Depressionssprechstunde über die Institutsambulanz
- Selbsthilfegruppen z.B. Verein „Lebensbrücke“ in Mühlhausen
- Wöchentlich stattfindende Depressionsgruppe unter Leitung eines Therapeuten (Dienstags, 10.30 Uhr oder Donnerstags, 13.30 Uhr, Institutsambulanz)
- Kontaktaufnahme zu ambulant behandelnden Ärzten und Psychotherapeuten.

Gemäß Indikation können Patienten im Rahmen der ambulanten Nachsorge an bestimmten therapeutischen Veranstaltungen teilnehmen.

10. Kontaktaufnahme

Sie erreichen die Station telefonisch über Tel.: 03601 / 803213

Bei besonderen Fragen stehen Ihnen während der Dienstzeit

- Chefarzt Herr Dipl.-Med. K.-U. Preiß (Durchwahl: 03601/ 803146)
 - Oberarzt (Durchwahl: 03601/ 803385)
 - leitende Psychologin (Durchwahl: 03601/ 803332)
 - Stationsschwester (Durchwahl: 03601/ 803213)
 - Sozialarbeiterin (Durchwahl: 03601/ 803425)
- gern zur Verfügung.

Die Postanschrift lautet:

Ökumenisches Hainich Klinikum gGmbH

Pfafferode 102 –Haus 2

99974 Mühlhausen

Verkehrsanbindung

