

Ambulante Ergotherapie mit depressiv erkrankten Menschen – Ergebnisse einer Pilotstudie 2023/24

Autoren: Dr. Eckhard Dannegger, Facharzt für Psychiatrie
J. Huegin, M.Jäger, J.Kuhn, Ergotherapeuten Rhenus Praxis Lörrach

Finanzielle Förderung: GLS Treuhand und Maaßen-Stiftungs-gGmbH

Ergotherapie, *im Folgenden ET genannt*, ist eine Form der „psychosozialen Therapien“ (PST), wie sie bei vielen psychischen Störungen empfohlen wird. Ziel der PST sind vor allem die Stärkung verschiedener alltagsrelevanter Funktionen und Fähigkeiten, damit Menschen mit psychischen Erkrankungen ein möglichst unabhängiges und selbständiges Leben führen können. Die „PST“ sollen zur besseren Teilhabe an den diversen Lebensbereichen wie Wohnen, Familie, Arbeit, Bildung und Freizeit führen. Zudem sind oft psycho- und soziotherapeutische Maßnahmen in Kombination erforderlich, je nach Bedarf der Betroffenen. Zu den PST gehören solche Therapieformen wie „Psychoedukation“, das „Training sozialer Fertigkeiten“ und „Ergotherapie“. Diese haben -vor allem in Kliniken- eine lange Tradition als supportive Maßnahme in der Behandlung psychischer Erkrankungen.

Ergotherapie ist in psychiatrischen Kliniken *die am häufigsten angebotene nicht-medikamentöse Therapie* bei depressiven Erkrankungen. ET kann zwar ambulant als „Heilmittel“ verordnet werden; sie unterliegt aber der durch den GBA (Gemeinsamer Bundesausschuss) vorgegebenen Begrenzung: Die Dauer von ambulanter ET ist in der Regel auf 20 Stunden begrenzt. Eine Dauertherapie wäre oft sinnvoll, diese wird durch die Krankenkassen aber selten vergütet.

Die Methodenvielfalt der Ergotherapie ist zugleich ihre Stärke für die Praxis, wie auch ein Hemmnis für die wissenschaftliche Bewertung: es finden sich kaum Studien zu deren Wirksamkeit, randomisierten Studien liegen nicht vor. Effekte lassen sich

aufgrund der hohen Varianz in den Studien zudem nicht verallgemeinern. Die wissenschaftliche Basis der ET ist deshalb schlecht (2,3): die S3-Leitlinien zur Behandlung unipolarer Depressionen (1) sehen bei mittleren bis schweren depressiven Episoden eine kombinierte pharmakologisch-psychotherapeutische Behandlung vor. Die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“ führt zu ET aus: „systematische Reviews liegen nicht vor, als Evidenzgrundlage wurden 7 Einzelfallstudien identifiziert“, es sei „auf Basis vorliegender Evidenz festzustellen, dass größere aussagekräftige, kontrollierte Studien zur Wirksamkeit psychiatrischer Ergotherapie und ihrer Behandlungsverfahren bislang nicht vorhanden sind“. Studien zu den Effekten einer ergänzenden ET während einer Klinikbehandlung erbrachten keine Vorteile bezüglich Psychopathologie, sozialem Funktionsniveau oder Arbeitsfähigkeit (6).

Diese Mangel an Evidenz verhindert nicht, dass ET in psychiatrischen Kliniken zu einer Standard-Therapieform (5,11) gehört. Dabei kann angenommen werden, dass ET in den meisten Fällen nicht nach fundierten Konzepten erfolgt, die dem „3-Phasen-Modell“ entsprechen.

Sinnvoll wäre, dass depressive Patienten direkt nach einer Klinikbehandlung eine ambulante Therapie beginnen. Dies ist durch die lange Wartezeit auf einen Psychotherapieplatz (ca. 6-9 Monate) fast nie -wie empfohlen- möglich. Diese „Lücke“ führt zu vermehrten Rückfällen nach einer Klinikbehandlung und so zu erneuten, oft vermeidbaren stationären Therapien (9).

ERGO-Therapie (ET) könnte in vielen Fällen zu einer Stabilisierung im Alltag beitragen und damit den „Therapienotstand“ partiell kompensieren. Durch die Fokussierung auf konkrete Schritte zu einer Verbesserung der psychosozialen Situation ist sie ähnlich hilfreich wie Soziotherapie. Allerdings wird Ergotherapie aufgrund der Vorgaben des GBA (s.o.) nicht längerfristig für die Behandlung von Depressiven gewährt.

Verlängerungsanträge werden durch die Kostenträger meist abgelehnt. Dies ist auf einen schlechten Empfehlungsgrad in den *Leitlinien für uni- und bipolare Störungen* zurückzuführen und diese wiederum auf die mangelhafte Datenlage zu Wirksamkeit von ET.

Ambulante Ergotherapie unterscheidet sich von klinischer ET vor allem durch eine individuelle und ergänzend zur Pharmakotherapie hilfreiche *handlungsorientierte* Behandlung von depressiven Patienten.

Diese basiert auf dem „3-Phasen-Modell“, das von Leschnik (3) beschrieben wird. Es sollte dabei auf die Konzepte, die Kontinuität der „menschlichen Funktionen“, die Bereiche der Befunderhebung und den Schweregrad der Störung sowie auf bewährte praktische Modelle geachtet werden. Dieses Modell sieht in Phase 1 die „Erhebung“, in Phase 2 die „Intervention“ und in Phase 3 die „Evaluation“ vor.

Gemäß diesem Modell wurde in der hier vorliegenden Studie systematisch erhoben 1. die Anamnese und der psychopathologische Befund, 2. die aktuelle Medikation, 3. die

psychosoziale Situation der Klienten, 4. der aktuelle Schweregrad der Depression (BDI-II) und das Ausmaß des defizitären Selbstwertes (SES-Werte).

Alle Therapieverläufe wurden durch die Ergo-Therapeuten beschrieben und es wurden in der Regel 20 ET-Sitzungen als Therapiestandard festgelegt und durchgeführt.

Die Evaluation erfolgte durch eine zweite Erhebung der Schwere der Depression (BDI-II) und der Veränderung des Selbstwertes (SES) nach Beendigung der ET.

Das Ziel dieser Pilotstudie war es, systematisch Daten zum Effekt von ET bei depressiven Menschen zu erheben. Dazu wurden depressive Patienten ausgewählt, die aufgrund einer „mittleren oder schweren Depression“ (ICD F32.1/2 oder F33.1/2) behandelt wurden und zudem unter einem geringen „Selbstwertgefühl“ litten. Die Annahme war, dass durch die verschiedenen Methoden und Ansätze der ET diese Subgruppe der Klienten besonders gut von ET profitieren würden.

Studienkonzept:

Alle Patienten, die mit der Diagnose „mittel-/schwere Depression“ in einer psychiatrischen Klinik behandelt worden waren oder Akutpatienten, die trotz Gabe einer Standard-Medikation unter fortbestehender mittlerer oder schwerer depressiver Symptomatik (gemessen mit dem BDI-II, s.u.) litten, erhielten die Empfehlung, eine ET durchzuführen. Der übliche Standard einer fachärztlich-pharmakologischen Behandlung (treatment as usual), sollte in dieser Zeit *ohne Veränderung der Medikation und ohne ambulante Psychotherapie* gewährleistet sein.

Kriterien für Studienteilnehmer: Es wurden akut depressive Patienten mit den ICD-10 Diagnosen (F32.1/2+ F33.1/2) und einem entsprechenden Ausprägungsgrad der Depression - gemessen mit dem „Beck Depression Inventory rev. Version II“ - behandelt und dies dokumentiert werden. Ein Grad der Depression im BDI größer als 20 Punkte zu Beginn der Therapie war Bedingung für eine Teilnahme.

Die Patienten wünschten ET, diese wurde durch den behandelnden Facharzt als indiziert angesehen. Der Facharzt „verordnet“ diesen Patienten 20 Stunden ET als „Heilmittel“.

Die Patienten erhielten vor und nach ET den Fragebogen SES („self esteem scale“) in welchem Sie für die Teilnahme einen „pathologischen Wert“ von unter 15 aufweisen mussten.

Ein- und Ausschluss- Kriterien für die Teilnahme an der Studie:

- ✓ BDI-Wert größer 20 Punkte, d.h. mindestens mittelschwere Depression
- ✓ Alter 20-70 Jahre. Gute deutsche Sprachkenntnisse.
- ✓ keine akute Suizidalität. Keine Komorbidität mit Sucht (clean seit > 1 Jahr)
- ✓ Keine Persönlichkeitsstörung, keine Posttraumatische Belastungs- Störung,
- ✓ Keine Rehabilitation psychisch Kranker oder Behandlung in einer PIA indiziert.
- ✓ Es liegt kein Rentenbegehren oder eine Kündigung an der letzten Arbeitsstelle vor.

Effizienz und Wirksamkeitsmessung

Alle Interessenten werden durch den Studienarzt über die Inhalte, Methoden und Chancen von Ergotherapie aufgeklärt. Der behandelnde Facharzt für Psychiatrie stellte eine Diagnose der Depressiven Störung nach ICD-10.

Die Teilnehmer verpflichten sich zur Durchführung der testpsychologischen Diagnostik. Es wurden *vor und nach der ET jeweils zwei Tests* durchgeführt:

1. Beck-Depression-Inventory II

Das Beck-Depressions-Inventar in der revidierten Form dient der Erfassung der Schwere einer Depression im Sinne einer Zustandsdiagnostik. Die häufigsten Beschwerden einer Depression sind zu 21 Items komprimiert:

Traurigkeit, Pessimismus, Versagensgefühle, Verlust von Freude, Schuldgefühle, Bestrafungsgefühle, Selbstablehnung, Selbstvorwürfe, Selbstmordgedanken, Weinen, Unruhe, Interessenverlust, Entschlussunfähigkeit, Wertlosigkeit, Energieverlust, Schlafstörungen, Reizbarkeit, Appetitveränderung, Konzentrationsstörungen, Ermüdung/Erschöpfung, mangelndes sexuelles Interesse.

Für jedes Item sind vier verschiedene Ausprägungen formuliert, die von null bis drei Punkten bewertet werden. Die Gesamtwerte reichen daher von 0 bis 63 Punkten.

Aufgrund der gesamten Werte kann folgende Zuordnung getroffen werden:

keine Depression: < 12 Punkte,
schwache Depression: 12-19 Punkte,
mittlere Depression: 20-29 Punkte,
schwere Depression: >29 Punkte

2. Rosenberg self esteem scale (SES-Scale)

Die Rosenberg self esteem scale dient der Erfassung des Selbstwertgefühls. Sie umfasst 10 Fragen, die 4-stufig skaliert sind:

O trifft völlig zu/ O trifft größtenteils zu/ O trifft eher zu / O trifft gar nicht zu

Beispiele sind: „Alles in allem bin ich zufrieden mit mir selbst“ oder „Ich besitze eine Reihe guter Eigenschaften“. Negativ skaliert sind fünf Items, wie: „Ich fürchte, es gibt nicht viel, worauf ich stolz sein kann“ oder „Ich fühle mich von Zeit zu Zeit richtig nutzlos“.

Die Auswertung des Tests ergibt Werte von 0 bis maximal 30 Punkten. Dabei gelten 16 Punkte oder weniger als Indikator für niedriges, 17-25 Punkte als durchschnittlich und 26 oder mehr als Ausdruck für hohes Selbstwertgefühl.

Stichprobenmerkmale

Achtzehn Klienten, die alle zu Beginn einen BDI-II größer 20 Punkte aufwiesen, nahmen an der Studie teil. Alle wurden zu Beginn bereits gemäß Leitlinien mit einem

SSRI oder SNRI oder Johanniskraut-Präparaten behandelt, so dass von einer Gruppe medikamentös erfolglos behandelter Patienten auszugehen war.

Der Anteil der chronisch Depressiven betrug 14/18 und lag damit bei 78 Prozent.

Nur wenige TN waren direkt nach einem stationären Aufenthalt in die Studie aufgenommen worden (3/18), wenige Klienten wünschten keine Medikation (2/18), die meisten hatten nach einer medikamentösen Standard-Therapie keine Response erfahren (16/18), es handelte sich also bei den meisten Studienteilnehmern um chronische und damit schwer zu behandelnde depressive Patienten.

Die Altersverteilung entsprach einer üblichen Verteilung einer psychiatrischen Praxis (20 - 71 Jahre, Mittelwert: 45,1 Jahre). Es nahmen 10 Frauen und 8 Männer an dieser Studie teil. Den größten Teil stellten ledige Patienten (10/18), sieben lebten in Ehe oder fester Partnerschaft, ein Teilnehmer war geschieden.

Von den 25 geeigneten und dazu eingeladenen Patienten wollten 18 (72%) an der Studie teilnehmen; die übrigen wünschten keine ergänzende Ergotherapie oder „nur Psychotherapie“. Die Gründe für die Nichtteilnahme lagen in der generellen Ablehnung einer zur pharmakologischen Behandlung ergänzenden Therapieform, mangelnder zeitlicher Kapazitäten, aber auch an der Ablehnung von ET aufgrund schlechter Vorerfahrungen in Kliniken („kein Malen oder Speckstein mehr“).

Grundlagen der Ergotherapie

Die Ergotherapie stellt eine rehabilitative Disziplin dar, die darauf abzielt, Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen zu befähigen, ihre alltäglichen Aktivitäten trotz dieser Limitierungen erfolgreich zu bewältigen. Ein fundamentaler Grundsatz, der dieser Therapieform zugrunde liegt, ist die Betätigungszentrierung. Hierbei wird das individuelle Handeln der Klienten in den Vordergrund gerückt und eine besondere Aufmerksamkeit auf deren Betätigungen gelegt, die im täglichen Leben von Bedeutung sind.

Insbesondere im Kontext der psychiatrischen Ergotherapie ist es von zentraler Bedeutung, die Klienten aktiv in den Prozess der Alltagsbewältigung zu involvieren und ihre Handlungsfähigkeit zu stärken. Dies geschieht durch eine detaillierte Analyse verschiedener Aktivitäten des täglichen Lebens, produktiver Tätigkeiten und Freizeitaktivitäten. Basierend auf diesen Analysen werden dann individuelle Therapieziele formuliert, die darauf abzielen, die Fähigkeiten und Ressourcen des Einzelnen zu stärken und eine größtmögliche Selbstständigkeit im Alltag zu erreichen. Eine Schlüsselkomponente der ergotherapeutischen Arbeit ist die therapeutische Beziehung zwischen dem Ergotherapeuten und dem Klienten. Durch den Aufbau einer vertrauensvollen und respektvollen Partnerschaft wird eine Atmosphäre geschaffen, die es dem Klienten ermöglicht, sich aktiv in den Therapieprozess einzubringen und gemeinsam mit dem Therapeuten Entscheidungen zu treffen. Darüber hinaus legt die Ergotherapie großen Wert auf die Förderung von Selbstmanagement und Selbstwirksamkeit. Hierbei wird der Fokus daraufgelegt, die Autonomie und Selbstbestimmung des Klienten zu stärken und ihm die notwendigen Fähigkeiten zu

vermitteln, um Herausforderungen im Alltag eigenständig zu bewältigen. Umweltfaktoren werden ebenfalls sorgfältig berücksichtigt, indem Ergotherapeuten Umgebungs- und Kontextfaktoren identifizieren und modifizieren, um die Durchführung von Aktivitäten zu erleichtern und die Teilhabe am täglichen Leben zu fördern. Zudem wird die soziale Unterstützung durch Familie und das soziale Umfeld als wichtige Ressource in den Therapieprozess integriert.

Die Ergotherapie orientiert sich an einem evidenzbasierten Ansatz, der sicherstellt, dass die therapeutische Praxis auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und Forschungsergebnissen basiert. Die kontinuierliche Überprüfung und Anpassung der Interventionen, basierend auf den individuellen Bedürfnissen und Fortschritten des Klienten, gewährleistet eine effektive und effiziente Behandlung. Zusammenfassend strebt die Ergotherapie danach, Menschen trotz gesundheitlicher Einschränkungen eine größtmögliche Selbstständigkeit und Lebensqualität zu ermöglichen. Durch die Betätigungszentrierung und die ganzheitliche, patientenzentrierte Herangehensweise wird eine individuell angepasste und effektive Behandlung gewährleistet, die darauf abzielt, die Teilhabe am täglichen Leben zu verbessern.

Grundprinzipien der Ergotherapie:

Ganzheitlicher Ansatz: Ergotherapie betrachtet den Menschen als Ganzes, indem physische, psychische, soziale und Umweltaspekte einbezogen werden.

Partizipation: Das Ziel ist es, die Teilnahme an bedeutungsvollen Aktivitäten im täglichen Leben zu fördern.

Aktivitätsanalyse:

Funktionelle Beurteilung: Ergotherapeuten analysieren die Fähigkeiten und Einschränkungen des Patienten, um individuelle Ziele und Interventionen zu planen.

Alltagsaktivitäten: Der Fokus liegt auf Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), produktiven Aktivitäten und Freizeitaktivitäten.

Individualisierung der Intervention:

Zielsetzung: Formulierung von klaren, realistischen und individuellen Therapiezielen in Zusammenarbeit mit dem Patienten.

Interventionstechniken: Anwendung verschiedener therapeutischer Techniken und Ansätze, die auf die spezifischen Bedürfnisse des Einzelnen zugeschnitten sind.

Beziehung zwischen Therapeuten und Patient:

Therapeutische Beziehung: Aufbau einer vertrauensvollen und respektvollen Beziehung, die die Zusammenarbeit und den Therapieerfolg fördert.

Partnerschaftliches Vorgehen: Einbeziehung des Patienten in den Therapieprozess und gemeinsame Entscheidungsfindung.

Förderung von Selbstmanagement und Selbstwirksamkeit:

Selbstbestimmung: Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung des Patienten.

Selbstmanagementfähigkeiten: Vermittlung von Fähigkeiten zur selbstständigen Bewältigung von Herausforderungen im Alltag.

Berücksichtigung der Umweltfaktoren:

Anpassung der Umgebung: Identifikation und Modifikation von Umweltfaktoren, die die Durchführung von Aktivitäten beeinflussen.

Soziale Unterstützung: Einbeziehung von Familie und sozialem Umfeld als Ressourcen in den Therapieprozess.

Evidenzbasierte Praxis:

Forschungsbezug: Integration aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und Forschungsergebnisse in die therapeutische Praxis.

Evaluierung der Wirksamkeit: Kontinuierliche Überprüfung und Anpassung der Interventionen basierend auf den Ergebnissen und Fortschritten des Patienten.

Ambulante Ergotherapie mit psychisch erkrankten Menschen

Die Ergotherapie mit psychisch erkrankten Menschen soll den Betroffenen helfen, ihre Potentiale zu entdecken und durch die Erkrankung verlorengegangene Fähigkeiten und Fertigkeiten wiederzuerlangen. Sie arbeitet dabei ganzheitlich und bezieht das Umfeld des Patienten mit ein. Im Folgenden werden die vier Methoden der ergotherapeutischen Arbeit aufgegliedert.

Kompetenz-zentrierte alltagsrelevante Methode

Im Fokus steht die Entwicklung der Handlungsfähigkeiten und Fertigkeiten für den Alltag. Es werden Tätigkeiten und Aktivitäten eingesetzt, die den Patienten darin unterstützen, verlorengegangene oder beeinträchtigte sensomotorische, emotionale, kognitive und soziale Fähigkeiten und Fertigkeiten (wieder) zu erwerben oder zu festigen. Hierzu zählen Aktivitäten aus dem Bereich der Selbstversorgung und Freizeitgestaltung oder die Förderung der kognitiven Fähigkeiten wie z. B. Gedächtnisleistung, Konzentration und Aufmerksamkeit. Patienten können durch beratende Gespräche in ihrer Alltagsbewältigung gestärkt werden. So können Strategien entwickelt werden, wie sie selbstständig ihre Fähigkeiten im Alltag entwickeln, Hindernisse zu überwinden und Probleme lösen können.

Interaktionelle Methode

Bei dieser Therapieform liegt das Hauptaugenmerk auf der Interaktion. Das Ziel dieser Methode ist, die Kommunikations- und Kontaktfähigkeit aufzubauen und zu stärken. Bei vielen depressiven Menschen ist das Selbstwertgefühl gering und dies kann dazu führen, dass soziale Kontakte reduziert oder abgebrochen werden.

Ausdruckszentrierte Methode

Bei der ausdruckszentrierten Methode werden die Patienten über kreativ-gestalterische Angebote, Materialien und Techniken zur Auseinandersetzung mit sich selbst und ihren Gefühlen angeregt. So kann auch die Kontaktfähigkeit gefördert und die Selbstreflexion verbessert werden. In der Ergotherapie wird häufig mit Materialien wie Holz oder Ton, therapeutisches Malen, Korbflechten, Collagen und plastisches Gestalten gearbeitet.

Wahrnehmungszentrierte Methode

Ein weiteres wichtiges Ziel der Ergotherapie ist die Verbesserung der eigenen Körper- und Sinneswahrnehmung. Der Patient lernt, eigene Bedürfnisse und Wünsche zu erkennen und zu äußern. Eine realistische Selbstwahrnehmung wird angestrebt und die Betroffenen können lernen, Nähe zuzulassen und Grenzen abzustecken. Bei Bedarf können Übungen und Methoden zur Entspannung vermittelt werden.

Im ambulanten Setting arbeiten Ergotherapeuten integrativ mit den vorhandenen Methoden. In allen Bereichen geht es darum, ein Bewusstsein zu schaffen, wie der Betroffene im alltäglichen Umfeld agiert und reagiert.

Mit den Patienten wird die Tagesstruktur und -gestaltung bei Bedarf analysiert, um diese in individueller Art anzupassen und zu verändern. Ein Hauptaugenmerk liegt dabei auch auf einer ausgewogenen Balance oder Lebensweise, z.B. im Bereich des Stressmanagements. Ein ausgewogenes Körpergefühl geht oft einher mit der psychischen Gesundheit jedes Einzelnen. In der Ergotherapie kann darauf eingegangen werden, indem Entspannungsmethoden und -übungen angeleitet und so adaptiert werden, dass diese auch im Alltag direkt umsetzbar sind. So kann in stressigen Situationen und Zeiten darauf zurückgegriffen werden.

Kooperation mit Angehörigen und Netzwerk

Ein wichtiger Anteil in der ambulanten Behandlung in der Praxis ist die bessere Vernetzung ins soziale Umfeld. Dabei wird die Zusammenarbeit und Vermittlung an Anlaufstellen und Hilfsangeboten angestrebt.

Mit dem bestehenden Hilfe-Netzwerk wie Psychiatern, Psychotherapeuten, Selbsthilfegruppen, ambulanter Wohnbegleitung und Betreuung (z.B. vom Sozialpsychiatrischen Dienst) findet ein enger Austausch statt.

Testinstrumente in der Ergotherapie:

1. COPM

Das Canadian Occupational Performance Measure (COPM) fungiert als Befunderhebungsmessinstrument, das auf den Prinzipien der Betätigungs- und Klienten Zentrierung basiert. Innerhalb des kanadischen Assessments wird eine halbstrukturierte Interviewmethode angewandt, um die alltäglichen Betätigungsprobleme der Klienten zu ermitteln.

Das COPM gliedert sich in die Lebensbereiche Selbstfürsorge, Freizeit und Produktivität.

Nachfolgend bewertet der Klient die Bedeutsamkeit ihrer Performanz Probleme anhand einer Skala von 1 bis 10. In Bezug auf die fünf als besonders relevant erachteten Performanz Probleme analysiert der Klient sowohl die Ausführung als auch die Zufriedenheit mit dieser. (*Anwendung Des COPM in Der Ergotherapeutischen Praxis*, 2021, Lexi Mannes)

Basierend auf den erhobenen Informationen werden im Anschluss an die Befunderhebungsphase spezifische, überprüfbare Therapieziele formuliert. Die Messung und Überprüfung der Therapieergebnisse erfolgen durch weitere COPM-Kontrollen.

2. WHO -5 Fragebogen zum Wohlbefinden

Der Fünf-Punkte-Wohlfühlindex der Weltgesundheitsorganisation (WHO-5) fungiert als standardisiertes Erhebungsinstrument zur Bewertung des subjektiven allgemeinen Wohlbefindens und der psychischen Gesundheit eines Individuums. (Topp et al., 2015) Dieser Fragebogen setzt sich aus fünf Fragen zusammen, die sich auf die vergangenen zwei Wochen beziehen und vom Klienten nach eigenem Ermessen beantwortet werden. Die Skala für die Antworten erstreckt sich über sechs Optionen, denen jeweils ein Punktwert zugeordnet ist, beginnend bei 5 für "die ganze Zeit" bis hin zu 0 für "zu keinem Zeitpunkt". Die Summe der Punktwerte ergibt die Gesamtpunktzahl des Fragebogens, wobei ein maximaler Punktwert von 25 auf ein optimales Wohlbefinden hinweist. Zur Messung und Überprüfung der Therapieergebnisse werden zusätzliche Erhebungen durchgeführt.

Kasuistiken der Studie

Fallstudie 1 Frau B. 70 Jahre: Lernen, Nein-zu Sagen

Anamnese: seit über 20 Jahren rezidiv. depressive Episoden, bisher eine stationäre Therapie 2001, danach keine Weiterbehandlung. Medikation mit Escitalopram 10mg ohne deutlichen Effekt. Angst vor Gewichtszunahme, daher keine Dosissteigerung. Frau B. kommt regelmäßig wöchentlich zur Ergotherapie. Sie ist in ihrem Alltag sehr stark eingespannt durch die Erkrankungen Ihres Mannes. Durch erlernte Verhaltensweisen und Prägungen in der frühen Kindheit hat Frau B. ein sehr ausgeprägtes Pflichtbewusstsein anderen gegenüber. Sie kann sich nur schwer abgrenzen. Der mangelnde Selbstwert verstärkt dies. Frau B. kommt dadurch immer wieder im Alltag an Grenzen der Belastbarkeit und spürt dann eine Abnahme des Energiehaushaltes.

Zu Beginn wird mittels eines Wochenplans und einer täglichen Skalierung Ihres Energiehaushaltes auf diese Problematik eingegangen. Es bleibt für sie dauerhaft schwierig, sich Pausen einzuplanen und Aufgaben abzugeben. Gemeinsam werden Alltagssituationen angeschaut, die aus reinem Pflichtbewusstsein anderen gegenüber gemacht werden. Sie nimmt dabei gut wahr, was eigentlich ihr Bedürfnis ist und ob sie Dinge annehmen/ umsetzen möchte.

Der weitergehende Schritt, in diesen Momenten für sich und ihre Bedürfnisse einzustehen, fällt ihr aber sehr schwer. Sie komme nicht ins Handeln, um Ihre Interessen und Bedürfnisse umzusetzen. Immer wieder werden in der Ergotherapie

Ereignisse aus der letzten Woche aufgegriffen und mithilfe der 3 Komponenten 1. Wahrnehmen, 2. für sich einstehen und 3. ins Handeln kommen bearbeitet. Frau B. schafft es, dies in vorbesprochenen Situationen umzusetzen und erzielt bald Erfolge im Ausdrücken ihrer Bedürfnisse, um dann auch danach zu handeln. Sie ist sichtlich erfreut darüber.

Frau B. hat ein sehr gutes Verhältnis zu Ihren Töchtern, weshalb auch diese mit einer Ressourcenliste für ihre Mutter bei der Erarbeitung zur Steigerung Ihres Selbstwertes hinzugezogen wird. Frau B. spricht sehr gut auf körperzentrierte Anteile in der Ergotherapie an. Sie kennt sich und ihren Körper meist unter Anspannung, weshalb ihr die PMR (Progressive Muskelentspannung nach Jacobson) sehr gut tut.

BDI-II zu Beginn: 44 Punkte / nach Ende 28 Punkte

SES zu Beginn: 13 Punkte / nach Ende 18 Punkte → guter Erfolg

Fallstudie 2 Frau D.-A. 43 Jahre: Steigerung des Selbstwertgefühls

Anamnese: Ist in Polen aufgewachsen, lebt seit über 12 Jahren in D. Seit dem 17. LJ depressive Episoden, bisher 3 stationäre Therapien, 2012-2023 Medikation mit Escitalopram 20mg ohne deutlichen Effekt. Weitere Diagnosen: Generalisierte Angsterkrankung, Asthma

Frau D.-A. begibt sich in ergotherapeutische Behandlung, um ihr Selbstwertgefühl zu stärken und mit emotionalen Herausforderungen umzugehen. Die bei ihr angewandte Ergotherapie integrierte handwerkliche Techniken, kreatives Gestalten, Entspannungstechniken, Achtsamkeitstraining, Elemente aus MKT (Metakognitives Training) und der Motivierenden Gesprächsführung (MI).

Kognitive Ebene: Frau D.-A. hatte Schwierigkeiten, die Inhalte des MKT nachzuvollziehen. Sie wirkte oft abwesend und durch eine sprachliche Barriere beeinträchtigt. Ihr Arbeitstempo, obwohl ordentlich, löste bei ihr Sorgen bezüglich der beruflichen Zukunft aus, insbesondere wenn sie unter Zeitdruck geriet.

Emotionale Ebene: Das niedrige Selbstwertgefühl von Frau D.-A. führte zu starken Selbstzweifeln und beeinflusste negativ ihre Fähigkeit, ihre eigenen Kompetenzen anzuerkennen. Frühere belastende Erfahrungen, insbesondere Mobbing-Erfahrungen, führten zu Frustration und Aggression. Im Verlauf der Therapie konnte sie jedoch ihre Wut besser verstehen und einige Bewältigungsstrategien entwickeln.

Soziale Ebene: Die Problematik des Selbstwerts spiegelte sich auch auf der sozialen Ebene wider. Frau D.-A. vermied häufig soziale Kontakte außerhalb ihrer Familie und ihres Partners. Ihre negative Wahrnehmung anderer Menschen führte zu Wutausbrüchen in Alltagssituationen. Dadurch gerät sie schnell in Konflikte mit anderen.

Ressourcen: Frau D.-A. verfügte über einige Ressourcen wie Nähen, Wandern/Spazieren, unregelmäßige sportliche Aktivitäten sowie ihre Beziehung zu ihrem Partner und ihrem Sohn. Insbesondere im kreativ-gestalterischen Bereich erlebte sie positive Erfahrungen und Stärke, was auch durch die positive Resonanz ihrer Angehörigen bestätigt wurde.

Chancen und Grenzen:

Chancen: Frau D.-A. konnte durch die Integration von Ressourcen in ihren Alltag etwas innere Stabilität gewinnen und teilweise gestärkt mit Herausforderungen umgehen. Die kreative Leidenschaft des Nähens diente als bedeutende Ressource und brachte ihr Zuspruch und Begeisterung ein. Durch die Wahrnehmung und Akzeptanz ihrer eigenen Fähigkeiten konnte Frau D.-A. ihr Selbstwertgefühl steigern. Hier besteht die Chance diesen Prozess weiter zu vertiefen, mehr Selbstsicherheit und Stabilität zu gewinnen um zunehmend mit inneren Spannungen adäquater umzugehen.

Wenn es ihr gelingt, Kritik von außen zunehmend sinnvoll zu integrieren und sowohl innerlich als auch in ihren Reaktionen angemessen zu reagieren, könnte es für sie im Kontakt mit anderen leichter werden.

Grenzen: Die tiefgreifenden Verletzungen aus der Vergangenheit könnten langfristig eine Belastung bleiben. Zudem neigte Frau D.-A. dazu, Kränkungen schnell stark negativ zu erleben und auf sich zu beziehen, was auf ihren schwachen Selbstwert und geringes Selbstvertrauen zurückzuführen ist. Es könnte sein, dass Frau D.-A. auch im beruflichen Setting weiterhin in Konflikte und schwierige Situationen mit anderen gerät.

Zusätzlich wird es voraussichtlich eine Herausforderung für sie darstellen, den Anforderungen eines Arbeitsplatzes bezüglich des Arbeitstempos gerecht zu werden. Bisher konnte sie nur begrenzt Strategien entwickeln, um mit zeitlichem Druck umzugehen. Unter enormem Druck gerät sie in einen überwältigenden Zustand von Gefühlen, der bis zu Wut und Aggression reicht.

BDI-II zu Beginn: 28 Punkte / nach Ende 25 Punkte

SES zu Beginn: 07 Punkte / nach Ende 10 Punkte → mäßiger Erfolg

Fallstudie 3 Herr E. 34 Jahre: soziale Kontakte intensivieren

Anamnese: seit 12 Jahren rezidiv. depressive Episoden, bisher eine stationäre Therapie, 2019 danach nur psychotherapeutische Weiterbehandlung. Medikation mit Escitalopram 15mg mit geringem Effekt.

Kognitive Ebene: Herr E. zeigt keine Schwierigkeiten in der kognitiven Auffassung. Er besitzt einen Studienabschluss und kann Zusammenhänge zwischen Erkrankung und

Auswirkung aufs Denken verstehen. Er zeigt eine hohe Compliance und bemühte sich, Therapieinhalte anzuwenden. Es zeigen sich typisch depressive, kognitive Dysfunktionen wie ein überhöhter Anspruch an sich selbst und ein reduziertes Selbstwertgefühl.

Emotionale Ebene: Herr E. wirkte während der Akutphase der Depression dysphorisch, gereizt, seine Stimmung wirkte gedrückt. Im Kontakt war er wenig schwingungsfähig.

Soziale Ebene: Herr E. besucht wöchentlich seinen Fußballverein zum gemeinsamen Spielen. Zudem hat er verschiedene Freunde und Bekanntschaften, die allerdings weiter weg wohnen und daher nur selten besucht werden können. Seine Familie wohnt ebenfalls weiter weg, allerdings habe er zu dieser auch ein eher schwieriges Verhältnis. Zu den meisten Arbeitskollegen hat er ein gutes Verhältnis.

Ressourcen: Herr E. ist gut ausgebildet, er hat einen Masterabschluss. Zudem ist er sehr sportlich und in dieser Hinsicht vielseitig interessiert. Er lebt mit einer Katze zusammen. Er geht gerne aus und beschäftigt sich gelegentlich gerne mit Gaming.

Chancen: Durch seinen Intellekt kann er einige Inhalte aus dem MKT auf sich übertragen und sein Verhalten anpassen. Er erkannte im Laufe der Sitzungen, wie hart und abwertend er mit sich umgeht und konnte im Verlauf einen hilfreicherer Umgang mit sich selbst schaffen. Sport treiben als große Ressource und wirksames Mittel bei Depressionen konnte verstärkt und das Pensum erhöht werden.

Er suchte jetzt vermehrt Kontakt zu alten Freunden und nutzt auch Gelegenheiten, um z.B. mit Arbeitskollegen in der Freizeit sozialen Kontakt zu haben. In der Abklingphase begann er, Frauen zu daten.

Grenzen: Es fiel ihm zu schwer, während der Akutphase neue soziale Kontakte aufzubauen. Stattdessen suchte er den Kontakt zu alten Freunden, allerdings gab es wiederholt Phasen, in denen er während seiner Freizeit kaum sozialen Kontakt hatte. Dies lag unter anderem daran, dass z.B. seine Teamkameraden vom Fußball in der Freizeit gerne Alkohol trinken und Cannabis konsumieren, während Herr E. sich von Cannabis fernhalten und auch nicht zu viel Alkohol konsumieren möchte.

BDI-II zu Beginn: 42 Punkte / nach Ende 28 Punkte

SES zu Beginn: 05 Punkte / nach Ende 10 Punkte → guter Erfolg

Fallstudie 4 Frau K., 33 Jahre: Selbstwert und Ressourcen

Anamnese: seit dem 18 Lj. chronisch depressiv (Dysthymie), bisher eine stationäre Therapie in KJP, seither nur Medikation mit Citalopram 20mg mit geringem Effekt.

Weitere Diagnosen: soziale Phobie, atypische Essstörung

Kognitive Ebene: Frau K. zeigt eine sehr gute kognitive Aufnahme und Umsetzung der Therapieinhalte, insbesondere aus dem MKT, ACT (Akzeptanz- und Commitment Therapie) und MI. Sie versteht die Konzepte gut und setzt sie nahezu mechanisch um.

Emotionale Ebene: Ihr Selbstwert ist stark beeinträchtigt, was zu geringem Selbstvertrauen und Schwierigkeiten bei der Wahrnehmung ihrer Fähigkeiten führt.

Trotzdem konnte sie in einem klärenden Gespräch mit ihrer Schwägerin und ihrem Bruder ihre Stärke spüren, obwohl sie dazu neigte, diese schnell als unwichtig abzutun.

Soziale Ebene: Die Selbstwertproblematik zeigt sich auch sozial, da sie sich nicht zutraut, in Vereinen beizutreten oder zu reisen. Dennoch zeigt Frau K. gute zwischenmenschliche Fähigkeiten im beruflichen Umfeld, obwohl sie diese nicht wirklich als Fähigkeiten von ihr selbst erachtet und sich hier oft unsicher fühlt.

Ressourcen: Frau K. hat verschiedene Ressourcen wie Spaziergänge mit ihrem Hund, Bücher lesen, Treffen mit zwei Freundinnen, Kontakt zu ihrer Mutter, Musik hören, Mountainbike fahren, Wandern (meist alleine) und Fotografie. Die Integration dieser Ressourcen in den Alltag wurde erarbeitet, indem Frau K. wöchentlich 2-3 Aktivitäten plant und umsetzt.

Angehörigenarbeit wurde vermieden, da Frau K. den Sinn von Gesprächen mit ihrer Mutter oder ihrem Bruder nicht erkennt.

Chancen: Durch die Integration von Ressourcen kann Frau K. innere Stabilität gewinnen und gestärkt mit schwierigen Situationen umgehen. Nach einem belastenden Ereignis ließ Frau K. die erarbeitete Struktur vorübergehend los. Es besteht die Möglichkeit, ihre Ressourcen wieder zu aktivieren, besonders nachdem sie die Stabilität, die diese bieten, erfahren hat.

Durch Wahrnehmung und Akzeptanz eigener Fähigkeiten und Entwicklungsschritte kann Frau K. ihr Selbstwertgefühl steigern. Es besteht die Möglichkeit, ihre inneren Blockaden durch Selbstsicherheit, Achtsamkeit und positive Erfahrungen zu lösen. Frau K. zeigt zudem Interesse an mehr sozialen Kontakten. Die Nutzung von ACT, um Ängste zu bewältigen könnten Eigeninitiative fördern. Kreative Gestaltung, Stressabbau- und Emotionsregulationstechniken könnten hier sinnvoll sein.

Grenzen: Die Umsetzung erfordert anfangs viel Motivation und Durchhaltevermögen. Die Arbeit mit MKT und ACT zeigt sich als hilfreich, obwohl die Umsetzung noch eher auf der kognitiven Ebene erfolgt.

BDI-II zu Beginn: 31 Punkte / nach Ende 19 Punkte

SES zu Beginn: 08 Punkte / nach Ende 18 Punkte → sehr guter Erfolg

Fallstudie 5 Frau M. 59 Jahre – Umgang mit einer chronischen Erkrankung

Anamnese: seit dem 18 Lj. chronisch depressiv (Dysthymie), bisher 4 stationäre Therapien und eine tiefenpsychologische Langzeittherapie, Medikation mit Escitalopram 10mg mit geringem Effekt. Weitere Diagnosen: Posttraumatische Belastungsstörung, atypische Essstörung, Alkoholabusus

Frau M. erhält regelmäßig einmal wöchentlich eine ergotherapeutische Behandlung bei uns in der Praxis, die sie kontinuierlich wahrnimmt.

Im WHO5 Wellbeing Index erreicht sie zu Beginn der Therapie einen Wert von 28%,

Ihr Wohlbefinden ist deutlich eingeschränkt. Im weiteren Verlauf bessert sich der Wert auf 60%. Es gehe ihr nicht uneingeschränkt gut und es seien 2 besonders positive Wochen vor dem Test gewesen, sie sehe aber insgesamt auch eine spürbare Verbesserung.

Zu Beginn der Therapie beschreibt sie verschiedene Symptome wie Antriebsmangel, gedrückte Stimmung, Ängste und ein erhöhtes Schlafbedürfnis. Die depressiven Symptome bessern sich signifikant. Ihr Psychiater testet sie mithilfe der BDI-Skala und stellt diese deutlichen Veränderungen ebenfalls fest.

Sie räumt ein, oft zu viel Alkohol zu trinken. Sie gibt an, dass sie sich bereit fühle, das zu ändern und möchte deshalb gerne die Therapie fortsetzen. In der Therapie erscheint sie stets nüchtern.

Nach dem Konzept des Motivational Interviewing (MI) analysieren wir gemeinsam ihren Alltag nach ergotherapeutischem Konzept. Sie leide unter verschiedenen Krankheitssymptomen wie z.B. einem reduzierten Selbstwert, zudem beschreibt sie weitere, verschiedene Denkverzerrungen, die wir in der Therapie mithilfe des Metakognitiven Trainings behandeln.

Ich vermittele Kontakt zwischen Frau M und dem Sozialpsychiatrischen Dienst (SPDI). Mithilfe von MI erörtern wir das Besuchen des Haus Sonnenschein, eine Tagesbegegnungsstätte für Menschen mit seelischer Erkrankung. Sie beginnt, diesen Ort regelmäßig aufzusuchen und gibt an, dass es ihr dort gefalle und sie Anschluss finde. Die Anbindung an den SPDI gebe ihr die Sicherheit, im Notfall Ansprechpartner zu haben.

Während der Behandlung entsteht eine tragfähige Beziehung, von der sie sehr profitiere. Es helfe ihr, sich selbst besser zu akzeptieren und milder mit sich umzugehen. Ihr Selbstwertgefühl bessert sich nach eigener Angabe. Der Besuch der Tagesstätte sowie ihre privaten Beziehungen tragen ebenfalls dazu bei. So steigert sich ihr Wohlbefinden und ihre Handlungsfähigkeit im Alltag.

Um Frau M in der Bewältigung ihres Alltages zu unterstützen, die bisherigen Erfolge zu manifestieren und den Alkoholkonsum zu reduzieren, halte ich eine Fortsetzung der Therapie für sehr sinnvoll.

BDI-II zu Beginn: 24 Punkte / nach Ende 08 Punkte

SES zu Beginn: 10 Punkte / nach Ende 18 Punkte → guter Erfolg

Fallstudie 6 Herr M. 34 Jahre: Umgang mit Verlusterlebnissen

Anamnese: seit 3 Jahren rezidiv. depressive Episoden, keine stationäre Therapie bisher, tiefenpsychologische Psychotherapie ohne Erfolg. Medikation mit Venlafaxin 150ret mit geringem Effekt.

Hintergrund: Herr M. hat sich nach dem Verlust seines Bruders und der zunehmenden Depressivität sozial isoliert. Lediglich kurze Kontakte zur Familie sowie Online-

Bekanntschaften seien zu Beginn der Behandlung möglich. Er möchte sich beruflich und sozial stabilisieren und sein Leben wieder nach seinen Vorstellungen und Werten leben.

Kognitive Ebene: Im sozialen Kontakt mit anderen Menschen habe er Mühe, präsent zu bleiben und nicht ins Grübeln zu fallen.

Emotionale Ebene: Grübeln sowie ein reduziertes Selbstwertgefühl drücken seine Stimmung besonders. Hinzu kommt Unzufriedenheit mit seiner momentanen Lebenssituation, in der er eine deutlich eingeschränkte Handlungsfähigkeit bzw. Selbstständigkeit sieht.

Soziale Ebene: Herr M. ist in seinem Dorf sozial anerkannt und habe neben seiner Familie verschiedene soziale Kontakte, online und im realen Leben. Er leidet darunter, diese Beziehungen nicht adäquat ausleben zu können.

Ressourcen: Er nennt seine sozialen Beziehungen, sein Vergnügen an Online Aktivitäten, seinen Beruf und sein Wohnmobil, das er gerne ausbauen und nutzen möchte.

Chancen: Er hat einen Beruf, in dem er sich wohl fühlt und den er gerne ausübt. Er ist motiviert, wieder an seinen Arbeitsplatz zurückzukehren. Hinzu kommt sein soziales Umfeld, in dem er sich ebenfalls wohl fühle, wenn er sich seelisch besser fühlt.

Grenzen: Die depressive Symptomatik war zum Ende seiner Behandlung noch nicht ganz abgeklungen. Der Antriebsmangel erschwerte ihm die Umsetzung seiner Vorhaben.

BDI-II zu Beginn: 29 Punkte / nach Ende 17 Punkte

SES zu Beginn: 12 Punkte / nach Ende 23 Punkte → guter Erfolg

Fallstudie 7 Frau P. 30 Jahre: Selbstwert und Selbstvertrauen

Anamnese: akute depressive Episode, Medikation mit Venlafaxin 187,5 ret ohne Erfolg.

Ziel: Selbstwert steigern / Tagesstrukturierung/ Freizeitgestaltung

Frau P. berichtet, dass ihr Selbstwert sehr gering sei und sie sich mehr Selbstbewusstsein im Umgang mit Freunden und der Familie wünsche, um sich mehr abgrenzen zu können.

Im Arbeitsumfeld gelinge ihr dies besser. Der Wellbeing Index liegt zu Beginn der Behandlung im Dezember bei 32% und wird gesteigert auf 48% zum Ende der Therapie im Februar.

Mittels eines Wochenplans, der differenziert wird in unterschiedliche Kategorien (Pflicht, Anstrengend, Entspannend, wird gerne gemacht) wird ermittelt, wie die Tagesgestaltung ist. Anhand dessen wird die Tagesgestaltung an sehr anstrengenden Zeiten genauer angeschaut und adaptiert, dass sie dort nicht einen so hohen Stresslevel hat.

Frau P. hat an sich und ihre Rollen eine hohe Selbsterwartung. In der Bearbeitung Ihrer Rollen und der Eigenschaften, die diese beinhalten, kommt dies sehr stark zum Ausdruck. Sie gebe sehr viel im Umfeld, ist sehr pflichtbewusst und im Gegenzug empfangt sie wenig Kraft Gebendes. Sie möchte sich aus dem Grund mehr abgrenzen und nicht gleich allem zusagen. Zur Veranschaulichung und zum Bewusstwerden dieser Problematik erarbeitet sie mit Ton ein Stoppschild, dass sie im Alltag daran erinnern soll.

Sie gibt an, dass es ihr bewusster geworden ist und es ihr teils auch gelinge sich mehr abzugrenzen.

Ihr Ziel bzgl. des Selbstwertes wird mit der Zieldefinition nach der SMART Methode konkretisiert, um es im Alltag einfacher umsetzen und implementieren zu können.

Da Frau P. nur wenig Zugang zu Ihren Gefühlen und Emotionen hat, wird dies in der Ergotherapie vertieft. Mittels eines Gefühls- Tagesplans werden Emotionen und Gefühle notiert, um diese greifbarer und spürbarer zu machen.

Die Ziele der SMART Methode werden weiterhin bearbeitet, besprochen und evaluiert.

BDI-II zu Beginn: 41 Punkte / nach Ende 33 Punkte

SES zu Beginn: 11 Punkte / nach Ende 15 Punkte → guter Erfolg

Fallstudie 8 Herr R. 51 Jahre: Berufliche Belastung handhaben und Freizeitgestaltung

Anamnese: seit mehreren Jahren rezidiv. depressive Episoden, keine stationäre Therapie bisher, keine Psychotherapie. Medikation mit Laif 900 mit geringem Effekt. Herr R erhält einmal wöchentlich eine ergotherapeutische Behandlung, die er regelmäßig wahrnimmt. Zu Beginn steht der Beziehungsaufbau und die Anamnese. Im WHO5 erreicht er 40%. Zum Ende der Verordnung weist er einen Wert von 60% auf, was eine Verbesserung von 20% darstellt. Er beschreibt zu Beginn gedrückte Stimmung, Schwierigkeiten mit dem Antrieb und dem Selbstwert, eine hohe Ambivalenz bzgl. Arbeit und Wohnort sowie dysfunktionale Denkmuster, unter denen er sehr leide. Es gebe Konflikte in der Partnerschaft, da er in einer schwer depressiven

Phase mit seiner Partnerin einen Hund angeschafft, aber auch schnell auf seinen Wunsch hin wieder abgegeben habe. Aufgrund der Depressivität habe er sich nicht auf das Tier einlassen können, sondern nur das Negative gesehen. Unter dieser Entscheidung habe die Beziehung sehr gelitten.

Wir beginnen die Behandlung mit der Anwendung des Metakognitiven Trainings. Er gibt dazu positives Feedback, er neige seitdem weniger zu Schuldzuweisungen gegenüber sich selbst. Im Anschluss widmen wir uns dem Thema Arbeit. Er fühle sich an seinem Arbeitsplatz sehr unwohl, die frühere Stelle in der gleichen Firma könne er aufgrund eines Bandscheibenvorfalles nicht mehr ausführen. Dennoch probiert er es zeitweise aus, an seinen alten Arbeitsplatz zurückzugehen, merkt aber schnell, dass es auf Dauer aufgrund der Rückenbeschwerden keine Option für ihn sei.

Gemeinsam explorieren wir nach dem Konzept des Motivational Interviewing (MI) neue Perspektiven. Ernüchtert kommt er zu dem Schluss, dass ein Wechsel als ungelernter Arbeiter entweder mit großen, finanziellen Einbußen oder körperlich deutlich mehr belastender Arbeit verbunden sei. So kommt er zu dem Schluss, dass es besser sei, dort zu bleiben, wo er jetzt ist. Insgesamt zeigt sich eine starke Ambivalenz mit Schwierigkeiten zur Entscheidungsfindung. Dies betrifft auch seinen Wohnort, aber er beschließt in unseren Gesprächen, momentan hier wohnhaft zu bleiben. Wir beginnen, Strategien zu erarbeiten, wie er die seelische Belastung durch seinen Alltag besser handhaben könnte, z.B. in Form von Akzeptanz und Stressbewältigung.

Wir beginnen mit der Anwendung der progressiven Muskelentspannung (PME) nach Jakobsson. Mithilfe von MI und der WOOP-Methode (MCII) erarbeiten wir Strategien zur Umsetzung im Alltag. Zudem suchen wir nach positiven Aktivitäten, die er im Alltag durchführen könne.

Zum Ende der Verordnung beschließt er, die Behandlung fortzuführen und erhält von seinem Hausarzt ein weiteres Rezept. Zur Bewältigung seines Alltages und seiner aktuellen Herausforderungen halte ich dies für sehr sinnvoll.

BDI-II zu Beginn: 39 Punkte / nach Ende 13 Punkte

SES zu Beginn: 13 Punkte / nach Ende 18 Punkte → sehr guter Erfolg

Fallstudie 9 Frau S. 53 Jahre – Selbstwert und Skills

Anamnese: seit über 20 Jahren rezidiv. depressive Episoden, keine stationäre Therapie bisher, keine Psychotherapie. Medikation mit Venlafaxin 150ret + Trazodon 100mg mit geringem Effekt. weitere Diagnosen: Dysthymie und Panikstörung

Frau S. kommt regelmäßig 1x pro Woche in die Ergotherapie. Zu Beginn der Behandlung zeigt sich eine starke Anspannung bei Frau S. Durch ihre Angststörung hat sie im Alltag sehr starke Einschränkungen in der Ausführung von Alltagsaktivitäten.

Der Weg zur Therapie mit dem Bus ist für sie schwer aushaltbar. Sie schaffe es kaum auf den Bus zu gehen und steige teilweise auch wieder aus dem Bus aus, wenn es zu viele Leute werden. Sie bekomme dann Panikattacken.

Die Bussituation wird angeschaut und für sie beruhigende Skills für die Busfahrt erarbeitet. Danach kann Frau Schilling die Busfahrt meist gut durchführen.

Eine weitere Thematik in der Therapie ist ihr enorm hoher Anspruch an sich selbst. Der hohe Anspruch an sich, und die wenige Selbstfürsorge erschwere ihr immer wieder die Qualität des Alltags. Sie nehme viele Aufgaben an und versuche vieles zu machen „was verlangt werde“.

So kommt sie auch eines Tages in die Therapiestunde mit Lungenentzündung, da sie meint, den Termin nicht absagen zu können und die Termine unbedingt einhalten zu müssen (!)

In den nächsten Therapiestunden gingen wir darauf ein. Sie erlebte durch körperzentrierte Übungen, wie zum Bsp. der progressiven Muskelentspannung, ihren Körper besser wahrzunehmen. Es falle ihr jedoch schwer, die Übungen zu Hause weiter umzusetzen.

Mittels Wochenplänen und Stimmungsprotokollen wird in der Therapie gezielt auf die Tagesstruktur eingegangen. Der Fokus liegt dabei auf der Bewertung und Klassifizierung der Tätigkeiten, um diese dann zu adaptieren.

Es konnte dabei z.B. erarbeitet werden, dass das Duschen am Morgen (für sie: Pflicht, nicht entspannend) auf den Abend verlegt wird. Sie erinnerte sich, dass sie früher das Duschen am Abend als entspannend und wohltuend empfunden hat. Bei der Umstellung nun, erlebe sie beim Duschen auch wieder eine Entspannung.

In die Wochenplänen werden auch neue Ziele eingearbeitet, so dass auch Wochenpläne im Voraus geschrieben werden, um Ihre neuen Ziele, wie Einkaufen, mit eingeplant werden. Wie Sie zu Ihrem Ziel bzgl. dem Einkaufen kommt, wird zurzeit mit der SMART Zielvereinbarung erarbeitet.

Ebenso nennt Frau S. als Ziel, dass sie wieder allein spazieren gehen möchte. Auch dieses Ziel geht in die Bearbeitung in den nächsten Ergotherapie Stunden.

BDI-II zu Beginn: 49 Punkte / nach Ende 42 Punkte

SES zu Beginn: 03 Punkte / nach Ende 03 Punkte → kein Erfolg

Ergebnisse:

Die Verteilung der BDI-II und SES--Werte zu Beginn zeigt die folgende Tabelle. Es wurden nach 20 ET-Stunden, die innerhalb von 6 Monaten von vier verschiedenen Ergotherapeutinnen durchgeführt wurden, die Testungen wiederholt und dabei waren folgende Ergebnisse erzielt worden:

Tabelle: Übersicht BDI-II-WERTE und SES—WERTE vor/nach ET

Pt.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
BDI prä	23	24	41	26	30	34	29	28	42	34	31	30	48	28	31	44	35	49
SES prä	14	10	11	15	10	10	12	15	5	9	13	15	2	7	8	13	14	3
BDI pos	30	8	33	20	35	10	17	ab	28	24	9	13	46	25	19	29	27	42
SES pos	15	18	15	15	10	21	23	ab	10	15	13	18	5	11	18	18	17	3
Diff BDI	-7	16	8	6	-5	24	12	-	14	10	26	-1	2	3	12	15	8	7
Diff SES	1	8	4	0	0	11	11	-	5	6	5	2	3	4	10	5	3	0

Es zeigte sich bei 3/18 eine Verschlechterung oder keine Änderung, ein Patient musste wegen eines Suizidversuches (kritischer life-event) erneut in eine Klinik eingewiesen werden.

Eine Remission (BDI-II von maximal 12 Punkten) erzielten 3/18, eine für die Klienten im Alltag relevante Verbesserung der Depressivität von mindestens 10 Punkten auf der BDI-II-Skala konnten wir bei 8/18 feststellen.

Auch wenn es bei dieser kleinen Stichprobe noch keine ausreichende Bewertung ermöglicht, dann ist doch eine Abnahme der Depressivität, gemessen mit dem BDI BDI-Wert

im Mittel von 33,7 Punkten vor Beginn der Ergotherapie im Vergleich mit einem Mittelwert von 25,6 Punkten nach der Ergotherapie ein Ergebnis, das bei größerer Stichprobe eine signifikante Prä-Post-Differenz annehmen lässt. Damit ist eine gute Basis für einer vergleichende Studie erzielt worden.

Auch die Verbesserung des Selbstwert-Erlebens war im Mittel durch eine Verbesserung des Durchschnitts SES—WERTE von 10,5 auf 15,3 eindeutig und lässt Signifikanz erwarten.

Zu erfassen, welche Wechselwirkung zwischen verbessertem Selbstwert und depressiver Symptomatik besteht, könnte auch wertvolle Hilfe für eine Therapieplanung vermitteln. Ergotherapie bietet durch kreative Medien vielfältige

Potentialen für Selbstvertrauen, -sicherheit und Kompetenz. Auch dies wäre mit weiteren Studien zu erfassen.

Diskussion der ERGO-Therapie Ergebnisse der Pilotstudie (Diskussion im Team)

Selektion /Differenzierung der Teilnehmer

An dieser Studie haben Patienten mit heterogenen Verläufen, verschiedenen Stadien der Chronifizierung und verschiedener Schwere der Depressivität teilgenommen.

Der größere Anteil der Patienten wurde bereits gemäß Leitlinien mit Antidepressiva behandelt, ohne dass es damit zu einer ausreichenden Verbesserung der depressiven Symptomatik gekommen wäre. Der Anteil der Patienten mit einer schweren Depression, die auch zu einer (weiteren) Klinikbehandlung hätte führen können, ist hoch.

Die Stichprobe ist daher als eine Gruppe von Patienten mit tendenziell ungünstigen Verläufen und unzureichendem Ansprechen auf Medikamente als schwer behandelbar einzuschätzen.

Die Fallstudien zeigen, mit welchen Methoden und welchen Schwerpunkten in den ERGO-THERAPIEN gearbeitet wurde. Sie weisen darauf hin, dass auch individuelle Unterschiede der Therapeutinnen keine übergeordnete Rolle für den Erfolg der Behandlungen gespielt haben. Es stellen sich nach dieser Übersicht viele Fragen, die für die weitere Entwicklung der ERGO-THERAPIE zu beantworten wären.

Welche Patienten haben am meisten profitiert? Wie sehr sind Strategien des Motivational Interviewing als Basis-Kompetenz von Bedeutung?

Oft wurden Elemente des Metakognitiven Trainings in die ERGO-THERAPIE integriert. Diese Therapiestrategien sind gut evaluiert und sind bei vielen Patienten eine Basis für die Veränderung ihres Denk-Musters und ihres Selbstbildes. Elemente der positiven Verläufe

waren oftmals die Nutzung der Strategien des MKT.

Es zeichnen sich auch schon Elemente für eher negative Verläufe ab: unsichere Sprachkenntnisse bei Patienten mit Migrationshintergrund erschweren die Kommunikation, eine eingeschränkte Motivation zur Verhaltensänderung und Ausführung von Vorschlägen ist auch in der ERGOTHERAPIE limitierend.

Es konnten keine grundlegende Abhängigkeit der Therapieerfolge von Alter oder Geschlecht oder vom Ausmaß der Depressivität beobachtet werden. Ein sehr geringes Selbstwertgefühl führt meist auch zu einem geringeren Therapieerfolg.

Inhalte und Methoden

Aus den Kasuistiken geht nicht ausreichend sicher hervor, wodurch die Therapieelemente bestimmt wurden. Was war für die Auswahl der Ziele wichtig? Wann und warum erfolgte MKT- wann nicht? Wie wurde die Vielfalt und die Komplexität der individuellen Probleme erfasst? Wurde dies berücksichtigt?

Bewertung und Procedere

ERGO-THERAPIE hat sich in dieser Pilotstudie bei vielen depressiven Patienten als hilfreich und wirksam erwiesen. Da in dem behandelten Patientenkollektiv überwiegend medikamentös nicht ausreichend gebesserte und damit eher schwer zu behandelnde Patienten waren, ist von einem spezifischen Erfolg durch die Ergotherapeutinnen und deren Methoden, Inhalte und ihre persönliches Engagement auszugehen.

Die Ergebnisse dieser Pilotstudie bieten ausreichenden Grund zur Annahme, dass auch im Vergleich mit einer anderen Therapieformen wie DIGAs oder Sporttherapie mit ERGO-THERAPIE gute Effekte zu erzielen wären. Es sollten daher weitere Studien zu ambulanten ERGOTHERAPIE durchgeführt werden.

Literatur:

1. S3-Leitlinien unipolare Depression
2. S3-Leitlinien „psychosoziale Therapien“
3. Ergotherapie in der akuten psychiatrischen Behandlungsphase bei Erwachsenen (A.Leschnik) Springer Vg. 2023
4. Praxis der Ergotherapie in der Behandlung von Depression (Ott U./Berding J.) in: Therapie der Depression, Springer 2016, 439-450
5. Psychosoziale Therapien bei schwer psychisch kranken Menschen (Gühne U./Riedel-Haller) Neurotransmitter 2021, 30
6. Die Rolle der Handlungs- und Sozialkompetenz in der stationären Ergotherapie depressiv Erkrankter: eine empirische Verlaufsstudie Krankenhauspsychiatrie (Schwegler et al.) 2003, 14-18
7. Ergotherapie in der Psychiatrie (S. Kersken), Tradition-Vg 2009
8. Antidepressive Wirksamkeit von Ergotherapie als Add-on bei der Behandlung der Depression (B.Blackwell) Dissertation Universität Bochum 2016
9. Probleme beim Übergang von der stationären zur ambulanten Depressionsbehandlung (H.Wiegand et al) , Dt. Ärzteblatt 2020, 472-9
10. Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen (F Potreck-Rose, G Jakob)Klett Cotta 2003
11. Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychotherapie (Deister A. et al.) Nervenarzt 2021, 92-457-467
12. Komplementäre und alternative Behandlungsverfahren für die Psychiatrie (Juckel G.) Nervenarzt 2019, 89-977-978

13. Die Behandlung psychischer Störungen mittels metakognitiver Intervention am Beispiel des Metakognitiven Trainings für Depression (D-MKT) (M. Dietrichkeit et al.) Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 2020, 160-170
14. Metakognitive Therapie (P.Fisher/A.Wells) Junfermann -Vg. 2015
15. Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167–176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
16. DocCheck, M. bei. (o. J.). *WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden*. DocCheck Flexikon. Abgerufen 22. Januar 2024, von https://flexikon.doccheck.com/de/WHO-5-Fragebogen_zum_Wohlbefinden
17. *Who5_german.pdf*. (o. J.). Abgerufen 21. Januar 2024, von https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/documents/who5_german.pdf
18. Kulzer, B., Hermanns, N., Krille, S., & Haak, T. (2008). Wie gut eignet sich der WHO 5 Fragebogen zum Wohlbefinden für ein Depressionsscreening? *Diabetologie und Stoffwechsel*, 3(S 1), A20. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1076167>

Lörrach im März 2024

Dr. Eckhard Dannegger

Judith Hügin, Leitung Rhenus Ergotherapie

Anette Maaßen-Boulton, Maaßen-Stiftungs-gGmbH