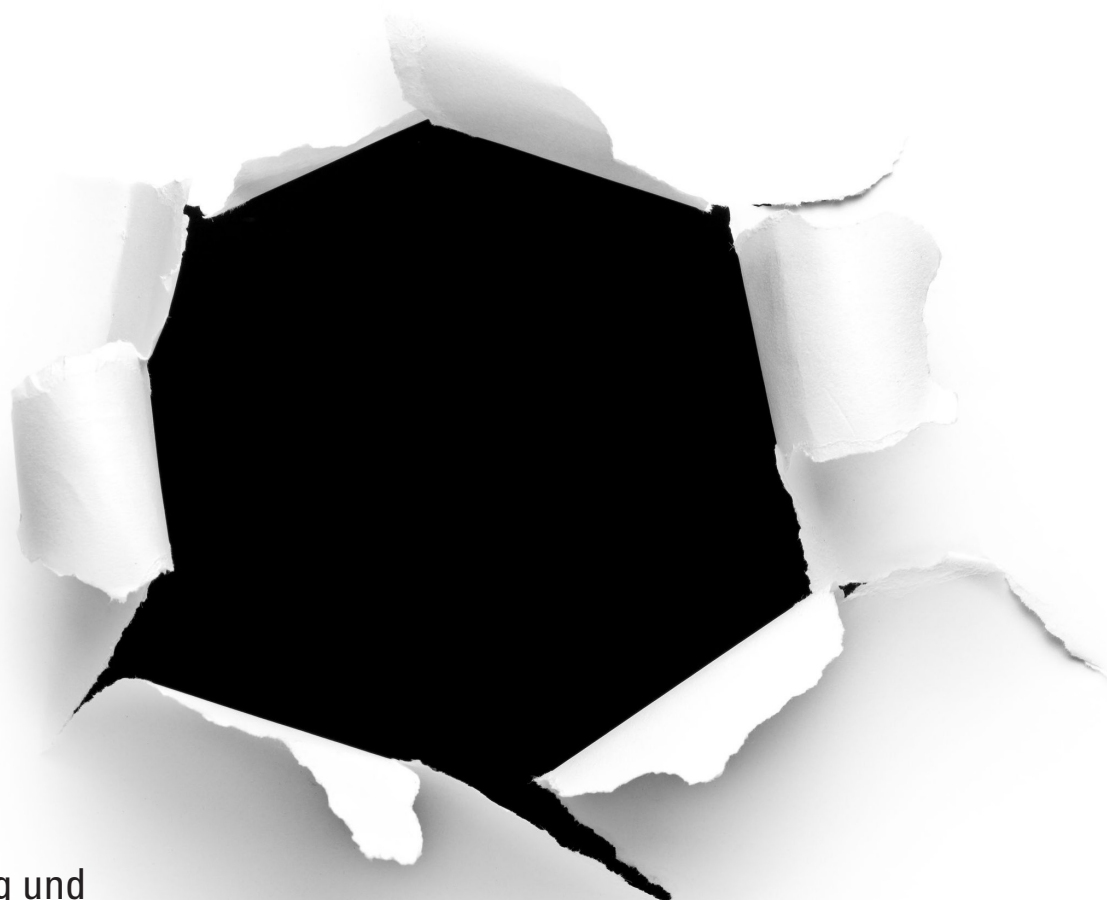


FACETTEN

Das Magazin des ZfP Südwürttemberg

Wie in einem schwarzen Loch Depressive Erkrankungen



Entstehung und
Krankheitsbild

Wann muss ich
zum Arzt?

Therapie und
Behandlung

Wie in einem schwarzen Loch

Ansichten

4 – Wann fühlen Sie sich depressiv?

Titelthema

6 – Entstehung und Krankheitsbild: Der Druck auf die Seele

12 – Wann muss ich zum Arzt?

18 – Behandlung im Gesamtüberblick

Einblick

14 – Vom Dach mit Volldampf in die Depression

16 – Mutterglück Fehlanzeige

23 – Die Männerdepression

24 – Depression im Alter

28 – Strom gegen Depression

34 – Das Pferd als Therapiepartner

36 – Psychosomatische Rehabilitation

Klartext

11 – Zahlen, Daten, Fakten

26 – Wenn Menschen sich das Leben nehmen – wollen

41 – Psychiatrie und Psychosomatik gehören zusammen

Hintergrund

40 – Erste Spezialstation in Deutschland

Zugabe

29 – Was kann ich vorbeugend tun

38 – Kontakt, Information, Beratung

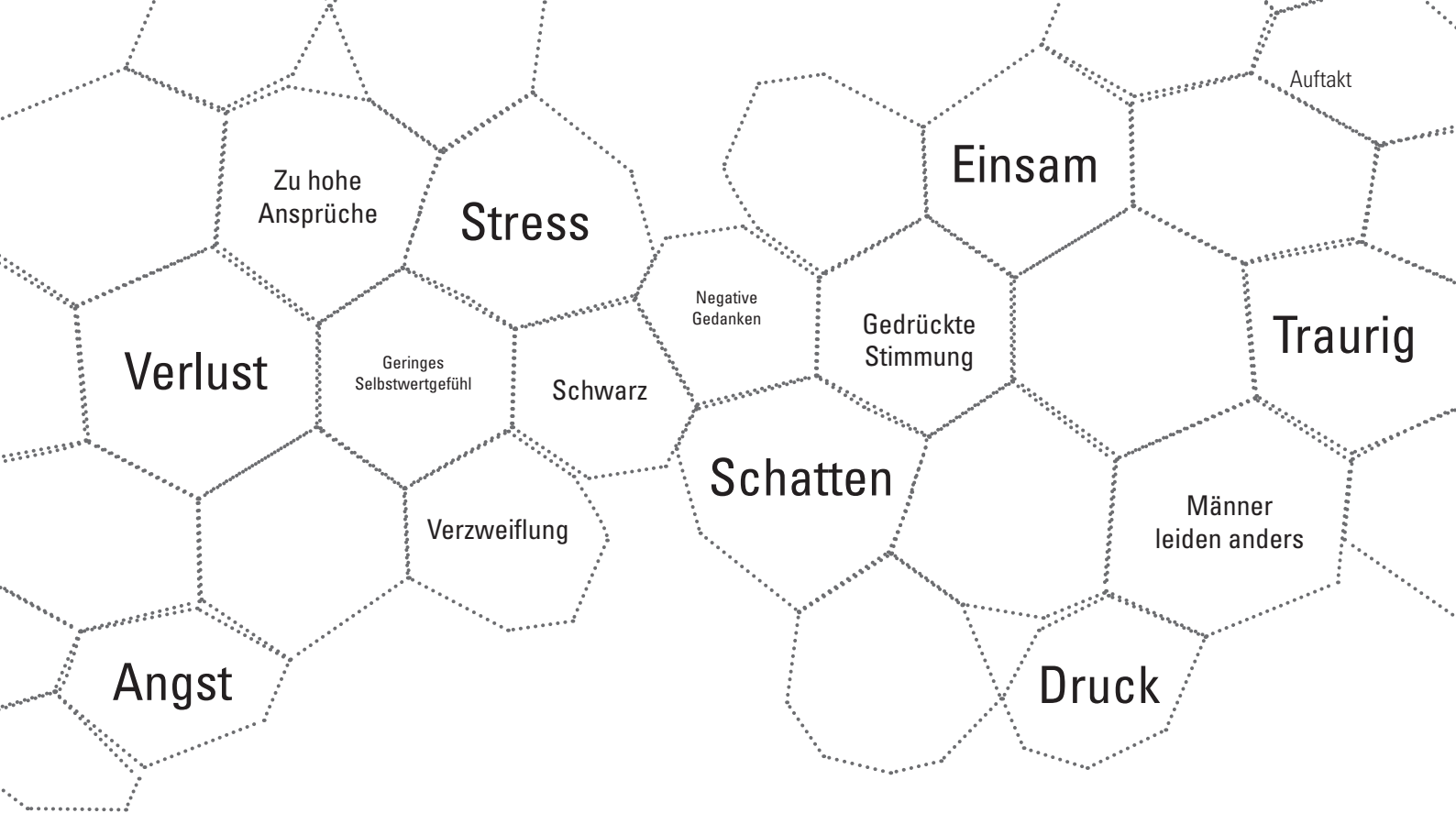
Kostprobe

32 – Literatur- und Filmempfehlungen

Schlusslicht

42 – Rätsel, Übrigens

43 – Ausblick, Impressum



„So stehe ich, wenn ich deprimiert bin“, sagt die Comic-Figur Charlie Brown mit hängendem Kopf. Und tatsächlich denken wir bei Depressionen sofort an einen Menschen mit traurigen Augen und gesenktem Kopf, der womöglich allein zu Hause sitzt, in gekrümmter Haltung, vielleicht noch den Kopf vor Verzweiflung in den verschränkten Armen vergraben. Dieses Bild trifft aber nicht auf alle Betroffenen zu. Männer zum Beispiel leiden anders unter einer Depression. Wie viel wissen wir wirklich über diese Krankheit, die nach wie vor unterschätzt wird? Wann handelt es sich um eine Depression, wann um eine normale Verarbeitungsreaktion? Wie entsteht sie, was können wir vorbeugend tun? Und wie gefährlich ist sie?

Es gibt unzählig viele Bücher über Depressionen, die aber oft sehr fachlich und ausführlich sind. In dieser Ausgabe geben wir einen Überblick über das Krankheitsbild, die Ursachen, Symptome, Behandlung und vieles mehr. Wir haben Experten gefragt, wie man eine Depression abgrenzen kann, Fachbücher gewälzt, um die Krankheit zu beschreiben, und wir haben die Erkrankung im gesellschaftlichen Kontext hinterfragt. Mit Betroffenen haben wir darüber gesprochen, wie es ihnen geht. Letztendlich haben wir festgestellt: Die eine Depression gibt es nicht.

Ihr Redaktionsteam

„Wenn ich alleine bin.“
Christian H. (31)

„Wenn ich schlechte Laune habe.“
Jagoda S. (20)

„Wenn mir das, was ich zu erledigen habe,
über den Kopf wächst.“ Birgit B. (56)

„Als meine Katze gestorben ist.“
Nina M. (34)

„Wenn ich mal wieder lange auf Geschäfts-
reise bin und ich meine Frau und meine Kin-
der lange nicht sehe. Oft ist Telefonieren
auch gar nicht möglich, dann fällt es mir
besonders schwer.“ Michael K. (33)

Wann fühlen Sie

„Wenn ich mich unnütz fühle.“
Christine A. (50)

„Wenn ich mir überlege,
was gerade in der Welt los ist.“
Arne K. (23)

„Wenn ich verliebte Pärchen sehe.“
Sarah L. (32)

„Ich habe kaum Kontakt zu meiner Mutter.
Wir streiten uns zwar nur, wenn wir uns
sehen, aber es belastet mich trotzdem oft.“
Claudia M. (45)

„Manchmal, wenn ich zu viel getrunken habe.“
Hans J. (59)

sich depressiv?

„Wenn ich mir Sorgen mache.“
Dagmar S. (49)

„Wenn ich die Sonne über Wochen nicht sehe.“
Katja L. (26)

„Wenn ich die von mir gesteckten
Ziele nicht erreiche.“
Susanne G. (25)

„Wenn ich meine unfähigen Vorgesetzten sehe.“
Peter B. (48)

„Wenn ich vom Jobcenter komme.“
Edna P. (29)

„Wenn ich alleine bin.“
Alexander G. (35)

„Als ich erfahren habe, dass mein Mann
eine Affäre hat. Er hat mir auch noch die
Schuld an allem gegeben. Nach einem lan-
gen und heftigen Streit haben wir uns dann
scheiden lassen.“
Maria G. (70)

„In der dunklen Jahreszeit.“
Elke B. (67)

„Wenn ich mich den Anforderungen
nicht gewachsen fühle.“
Karin N. (38)

Der Druck auf die Seele

Ein selbstgemachtes Phänomen

Niederdrücken – so lautet die wörtliche Übersetzung des lateinischen Wortes *depressio*, von dem die Bezeichnung Depression abgeleitet ist. Kein Begriff könnte diese Krankheit treffender in nur einem Wort beschreiben: Depressive Menschen fühlen sich nicht nur von außen niedergedrückt, sondern häufig auch durch sich selbst. Durch zu hohe Erwartungen, zu hohe Leistungsansprüche, zu viele Sorgen, zu viel Angst, negative Gedanken. Nicht selten nehmen sie sogar eine gebeugte Körperhaltung an, als trügen sie die Last der Welt auf ihren Schultern.

Die Depression ist eine der bekanntesten Erkrankungen unserer Zeit. Auf Anheb können wir vier bis fünf typische Symptome aufzählen. Und sie ist weit verbreitet. Nach Atemwegserkrankungen ist sie die zweithäufigste Ursache für Fehlzeiten am Arbeitsplatz. Dennoch bestehen viele Vorurteile. Die Depression wird nach wie vor oft als Krankheit der Schwachen angesehen. Wer depressiv ist, kommt mit dem Leben und sich selbst nicht klar, so wird vorschnell geurteilt. Experten machen aber immer wieder darauf aufmerksam, dass eine Depression jeden treffen kann. Es heißt, dass jede vierte Frau und jeder achte Mann mindestens einmal im Leben eine depressive Phase erlebt. Oft wird die Erkrankung chronisch und führt zu einer Erwerbsunfähigkeit. Eine Depression kann außerdem lebensgefährlich werden. 10 bis 15 Prozent der Betroffenen versuchen, sich das Leben zu nehmen. Andere ertränken ihren Kummer in Alkohol oder nehmen Drogen und rutschen in eine Sucht. Umso wichtiger ist es, sich mit dieser Krankheit auseinanderzusetzen.

Gene, Unsicherheit, Stress

„Eine Depression entsteht aus einem Zusammenwirken verschiedener Faktoren“, erklärt Dr. Berthold Müller, Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie im ZfP Südwürttemberg. „Zum einen sind dies biologische Faktoren.“ Bei Kindern mit einem depressiven Elternteil zum Beispiel liegt die Wahrscheinlichkeit, selbst an einer Depression zu erkranken, bei 10 bis 15 Prozent. Die Erkrankung hat also einen erblichen Anteil. „Allerdings nur die Veranlagung, das heißt noch nicht, dass die Kinder tatsächlich eine Depression entwickeln. Kommen weitere Belastungsfaktoren hinzu, kann eine Depression entstehen“, so der Experte.

Auch sogenannte Botenstoffe, die als Informationsträger zwischen den Nervenzellen im Gehirn fungieren, spielen eine Rolle. Vor allem die Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin. Serotonin beeinflusst die Stimmung, das Wohlbefinden und den Schlaf, Noradrenalin den Schlaf-Wach-Rhythmus, die Aufmerksamkeit und die Gedächtnis- und Konzentrationsleistungen. Wenn das Gleichgewicht dieser Botenstoffe durcheinander gerät, kann dies eine Depression auslösen. Ein ähnliches Phänomen ist über Stresshormone wie Cortisol bekannt. Wenn das körpereigene Kontrollsystem nicht mehr funktioniert, also zu viele Hormone ausgeschüttet werden oder diese nicht mehr abgebaut werden können, kann dies anhaltenden Stress auslösen. Unruhe und Anspannung sind die Folge.

„Zum anderen spielen das soziale Umfeld und die Persönlichkeit eine Rolle“, so Müller. Ein unterstützendes Elternhaus oder die Pflege von Freundschaften können die Wahrscheinlichkeit einer Depression senken. Wer Stress gut bewältigt, meistert auch Belastungen gut. „So hat jeder Mensch seine persönlichen Grenzen“, fasst Müller zusammen. Werden diese überschritten, kann eine Depression entstehen. „Auslöser können chronische Belastungen, zum Beispiel Mobbing am Arbeitsplatz, oder plötzlich eintretende Ereignisse wie der Tod eines Angehörigen oder der Verlust des Arbeitsplatzes sein, aber auch zu hohe Erwartungen an sich selbst“, beschreibt der Experte.

Formen der Depression

Mittlerweile gibt es viele Begriffe für verschiedene Formen der Depression, wie Schwangerschaftsdepression oder Winterdepression, auch saisonale Depression genannt. Dies sind letztendlich aber eher Bezeichnungen für Depressionen in verschiedenen Lebenslagen. In den offiziellen Diagnosekatalogen wird nicht nach möglichen Ursachen unterschieden. Die Diagnose erfolgt anhand internationaler Klassifikationssysteme. Die gängigsten sind die International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, kurz ICD, sowie das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, kurz DSM. Nach dem in Deutschland gängigen Diagnose-Schema ICD-10 wird zwischen depressiven Episoden, also einzelnen Phasen, und einer rezidivierenden depressiven Störung mit wiederkehrenden Phasen unterschieden. Der Schweregrad wird in leicht, mittel und schwer unterteilt. Dysthymia ist der Fachbegriff für eine chronische Depression mit mäßigen Symptomen über mindestens zwei Jahre.

Die Symptome der Depression sind in Haupt- und Nebensymptome gegliedert. Zu den Hauptsymptomen zählen: depressive Stimmung die meiste Zeit des Tages fast jeden Tag, Verlust von Interesse und Freude an Aktivitäten, die normalerweise als angenehm erlebt wurden, sowie verminderter Antrieb oder erhöhte Ermüdbarkeit. Zu den Nebensymptomen zählen ein vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit, Suizidgedanken und -absichten, Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen, Appetitverlust oder gesteigerter Appetit und negative Zukunftsperspektiven. Je nach Anzahl an Haupt- und Nebensymptomen wird eine leichte, mittlere oder schwere Depression diagnostiziert. Es gibt aber auch sogenannte atypische Depressionen, besonders in jüngeren Jahren. Betroffene haben meist ein erhöhtes Schlafbedürfnis, einen gesteigerten Appetit, oft eher ein Abend- statt ein Morgentief und einen reduzierten Antrieb. Die Fähigkeit, Freude zu empfinden, ist aber noch erhalten.

Behandlung aus dem Baukasten

So unterschiedlich wie die Ausprägungen ist auch die Behandlung der Erkrankung. „Man kann die Behandlung in zwei Hauptgruppen unterteilen: die Standardmaßnahmen und die flankierenden Maßnahmen“, erklärt Dr. Juan Valdes-Stauber, ebenfalls Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie im ZfP Südwestfalen. „Innerhalb dieser Gruppen gibt es verschiedene Bausteine, zu den Standardmaßnahmen gehören zum Beispiel die medikamentöse Behandlung und die Psychotherapie. Je nach Krankheitsursache, Schwere und Verlauf wird für die Betroffenen ein jeweils eigenes Therapiekonzept, bestehend aus verschiedenen Bausteinen, entwickelt“.

Die Behandlung erfolgt – entsprechend den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen – stationär, tagesklinisch oder ambulant. Das Besondere an einer Tagesklinik ist, dass die Patienten tagsüber in eine entsprechende Einrichtung kommen und dort verschiedene Angebote wahrnehmen. Die Abende und Wochenenden verbringen sie zu Hause. Somit können die Betroffenen ausreichend Zeit für sich gewinnen, gleichzeitig aber in ihrem gewohnten Umfeld und bei ihrer Familie bleiben. Bei der ambulanten Behandlung kommen die Betroffenen für einzelne Angebote, meist eine Gesprächstherapie, aber auch zur Kontrolle der Medikation oder zur Klärung sozialrechtlicher Fragen zum Facharzt oder in eine Psychiatrische Institutsambulanz.

Die Angst vor der Diagnose

Obwohl die Depression mittlerweile weitreichend bekannt ist, scheuen viele noch davor zurück, sich Hilfe zu suchen. Vermutlich liegt das am negativen Image. Lange Zeit wurde die Depression als Zeichen von Schwäche abgetan. Wer müde, antriebs- und lustlos war, wurde sogar als faul oder willensschwach abgestempelt. Allerdings zeichnet sich langsam ein Wandel ab: „Durch die Mode-Diagnose Burnout ist die Depression als Krankheit der Leistungsträger gesellschaftsfähig geworden“, sagt Valdes-Stauber. Und weil die Schicksale berühmter Betroffener für Aufmerksamkeit sorgten – zum Beispiel das des Fußballers Robert Enke oder des Schauspielers Robbin Williams. Es wird zwar nach wie vor diskutiert, ob Burnout eine eigene Diagnose oder eine Form der Depression ist. Aber dies beeinflusst zumindest die Wahrnehmung. „Die Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen scheinen zu sinken und auch das Verständnis für Depressionen scheint sich zu ändern“, ist Valdes-Stauber überzeugt. Studien zeigen, dass die Zahl der Burnout-Diagnosen sinkt, während die Zahl der Depressions-Diagnosen steigt.

Mehr Krankheitsfälle oder mehr Diagnosen?

Aber haben tatsächlich immer mehr Menschen Probleme oder wird die Diagnose Depression heute einfach schneller gestellt? Letztendlich ist es vermutlich eine Kombination aus beidem. Zum einen ist die Beschreibung der Symptomatik mittlerweile sehr differenziert. Die Beschreibungen in den Klassifikationssystemen werden ständig weiterentwickelt. Ein Beispiel aus der Auflage 5 des DSM veranschaulicht dies: Demnach könne eine Trauerreaktion, die nach dem Todesfall eines Angehörigen länger als 14 Tage anhalte, bereits als Depression gelten. Dies führt derzeit in Fachkreisen zu kontroversen Diskussionen.

Zum anderen verändern sich die Anforderungen an die heutige Gesellschaft. Schon in der Schule wird mehr Wissen früher in kürzerer Zeit vermittelt, das Studium wird kompakter, mehr Arbeit wird aus Kostengründen auf weniger Köpfe verteilt. Junge Mütter, die wieder in den Beruf einsteigen wollen, finden sich oft in einem Rollenkonflikt wieder. Viele entwickeln Schuldgefühle, wenn sie durch ihre Arbeit weniger Zeit für ihr Kind haben.

Eine Frage der Definition

Ist die Depression demnach eine Erkrankung des modernen Zeitalters? „Nein. Bereits vor Christus haben Hippokrates, Teophrast oder Galen Krankheiten beschrieben, die Ähnlichkeit mit heutigen Persönlichkeitsstörungen aufweisen“, stellt Valdes-Stauber fest. „Im Lauf der Geschichte hat sich das Verständnis der Depression jedoch immer wieder verändert. Dabei spielten immer die sich wandelnden Auffassungen von Krankheit, die Natur der Seele, Eigenverantwortung, Moralisierung oder therapeutische Möglichkeiten eine Rolle.“ Im ersten Weltkrieg zum Beispiel galt die Depression als Krankheit der Kriegsverweigerer, als Symptome wurden Zuckungen oder eine starre Körperhaltung beschrieben. Nach dem zweiten Weltkrieg bis in die 1980er Jahre beherrschten Symptome wie Kopfschmerzen und Kreislaufbeschwerden die Vorstellung einer Depression. Auch aus anderen Kulturen ist sie bekannt und sie kommt in allen Gesellschaftsschichten vor. Die Hintergründe sind dabei gleich: Stress, Überlastung, seelische Verletzungen, tiefe Konflikte. Das Einzige, was sich unterscheidet, sind die Bezeichnung und das Erscheinungsbild. Die Krankheit Depression wird es demnach immer geben, wie sie allerdings beschrieben und diagnostiziert wird, ist eine Frage der Kultur und des Zeitgeistes. ■

Text: Melanie Gottlob — Illustration: zambrino

Die Depression aus anderer Sicht

Einzelne Symptome einer Depression erkennen wir oft oder regelmäßig bei uns selbst. Nicht immer steckt wirklich eine Depression dahinter. Aber wie kann man das erkennen? Wie fühlt sich eine Depression an? Dr. Juan Valdes-Stauber schildert einen Ansatz aus der Anthropologie, der etwas philosophisch anmutet, aber sehr anschaulich ist:

„In der Anthropologie gibt es fünf Dimensionen, die auf die Beschreibung von Depressionen anwendbar sind: Die Leiblichkeit, die Zeitlichkeit, die Räumlichkeit, die Kommunikation und die Interpersonalität“, erklärt Valdes-Stauber.

Mit Depersonalisation ist das Fremdheitsgefühl des eigenen Körpers und somit eine Störung der Leiblichkeit gemeint. Depressive Menschen haben das Gefühl, als wäre der gesamte Körper zwar der eigene, aber eigenartig, merkwürdig, die Selbstverständlichkeit der Meinigkeit geht verloren. Dies kann bis zum körperbezogenen Wahn gehen und sich auch nur auf einzelne Teile ohne neurologische Zuordnung beziehen.

Die Dimension der Zeitlichkeit bezieht sich darauf, wie sich die Zeit beziehungsweise der Zeitfluss für Depressionskranke anfühlt. Viele sprechen von einer unerträglichen Dehnung der Zeit bis zum Stillstand und Erstarren dabei. Die Erstarrung der Zeit wird als lähmend und erdrückend erlebt und führt nicht selten zu einer Verzweiflung.

Mit Räumlichkeit ist nicht der geometrische Raum gemeint, sondern der „gerichtete“ Raum. Den unterschiedlichen Richtungen, den Perspektiven und Raumverhältnissen wird eine Bedeutung zugeschrieben. Das, was unter mir liegt, ist dunkel. Das, was hinter mir liegt, macht mir Angst. Was vor mir liegt, ist in die Zukunft gerichtet, was oben ist, ist das Erstrebenswerte oder das lähmende Gewissen. Menschen mit einer Depression beschäftigen

sich vor allem mit der Vergangenheit, also mit dem, was hinter ihnen liegt, was schuldbeladen, voller eigener Unzulänglichkeiten und negativen Erinnerungen ist. Außerdem blicken sie eher nach unten, in die Dunkelheit. Der Blick nach vorne und nach oben ist erdrückend eng.

Die Dimension der Kommunikation beschreibt die Beziehung des Menschen zu sich selbst. Betroffene kämpfen häufig mit Schuldgefühlen, mit einem defizitären Selbstbild voller Schuldzuweisungen und verzerrten negativen Selbstattributionen. Das Selbst, das hier entsteht, ist geprägt von Hoffungslosigkeit und Unzulänglichkeit, der Depressive steht permanent hinter den eigenen Erwartungen und Ansprüchen und kommuniziert sich selbst Versagensbotschaften.

Bei der fünften Dimension, der Interpersonalität, geht es um die Kommunikation mit dem Umfeld, vor allem zu Menschen, zu denen eine emotionale Beziehung besteht. Depressiv Kranke können durch ihre kaum beeinflussbare negative Bewertung von sich, von der Welt und von der Zukunft ihr Umfeld entmutigen und Hilflosigkeit auslösen. Die Folge ist ein sogenannter depressiver Sog.

„Letztendlich verlieren depressive Menschen für eine begrenzte Zeit den Bezug zu sich selbst, die Selbstverständlichkeit geht verloren. Der betroffene Mensch befindet sich im Ungleichgewicht mit sich selbst“, fasst Valdes-Stauber zusammen. ■

Text: Melanie Gottlob — Illustration: zambrino

Zahlen, Daten, Fakten

Bei Frauen wird **doppelt so häufig** eine Depression diagnostiziert als bei Männern.

Mehr als 60 Prozent der depressiv erkrankten Menschen leiden noch an einer weiteren psychischen Erkrankung.

3 bis 10 Prozent aller Jugendlichen zwischen 13 und 17 Jahren leiden an Depressionen.

Die Dauer einer depressiven Erkrankung kann durch eine Behandlung deutlich verkürzt werden – auf

durchschnittlich 16 Wochen.

Depressive Patienten haben im Vergleich zu gesunden Menschen in ihrer Kindheit

zwei bis dreimal so häufig wichtige Menschen verloren.

Unbehandelt dauert eine depressive Episode durchschnittlich etwa **sechs bis acht Monate.**

Bei **mehr als der Hälfte** der Patienten kommt es nach einer ersten Erkrankung zu einer weiteren depressiven Episode.

Mit steigendem Schweregrad der Depression nimmt die Erkennungsrate zu.

Bis zu 80 Prozent der schweren Depressionen werden korrekt identifiziert.

Fast jeder Fünfte erkrankt mindestens einmal im Leben an einer Depression. Das sind **18 Prozent** der Bevölkerung.

In den letzten zehn Jahren sind Fehlzeiten wegen Depressionen um **70 Prozent** angestiegen.

Mehr als die Hälfte aller jungen Mütter erlebt kurz nach der Geburt ihres Kindes eine milde Form der Depression, den sogenannten „Babyblues“. Etwa **fünf bis zehn** Prozent leiden an einer Wochenbettdepression.

Depressionen in Deutschland verteilen sich nach einem Nord-Süd-Gefälle. In Hamburg fehlt jeder Erwerbstätige im Schnitt

1,4 Tage aufgrund einer Depression.

Baden-Württemberg hat mit **0,84** **Fehltagen** die geringsten Fehlzeiten.

Das Risiko, eine Depression zu entwickeln, hängt auch mit dem Beruf zusammen. Mitarbeiter von Callcentern, in der Altenpflege, Erzieher und Menschen in Sicherheitsberufen sind

besonders häufig betroffen.

Suizidgedanken sind ein sehr häufiges Symptom der Depression.

Etwa 15 Prozent der Menschen mit schweren Depressionen nehmen sich das Leben.

Wann muss ich zum Arzt?

Trauer ist Entwicklung, Depression ist Stillstand

Der Verlust eines Elternteils, ein schwerer Unfall, eine gescheiterte Liebesbeziehung. Jeder Mensch durchlebt Phasen der Traurigkeit. Doch wie viel Trauer ist „normal“ und ab wann handelt es sich um eine ernstzunehmende Erkrankung? Dr. Frank Schwärzler, Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Reutlingen (PP.rt), erläutert die Unterschiede.

Facetten: Jeder Mensch ist mal traurig. Ist es wichtig und gesund, dieser Trauer Raum zu geben?

Facetten: Wie läuft ein gesunder Trauerprozess ab?

Dr. Frank Schwärzler: Ganz klar: ja. Wir brauchen Trauer, um uns mit einem Verlusterlebnis auseinanderzusetzen, uns neu zu ordnen und schließlich wieder zu stabilisieren. Leider wird Trauer heutzutage oft vorschnell mit dem Etikett einer Depression versehen und mit Medikamenten behandelt. Das halte ich für falsch und fatal.

Schwärzler: Ein gesunder Trauerprozess ist die natürliche Reaktion auf ein schweres Verlusterlebnis oder einen schlimmen Schicksalsschlag. Was ihn auszeichnet ist immer eine erkennbare Entwicklung, die dann auch nach wenigen Wochen wieder abgeschlossen ist. Diese Entwicklung hängt zum einem mit dem vorangegangenen Ereignis zusammen, zum anderen mit dem persönlichen Bewältigungsstil des Trauernden. Hilfreich ist es, wenn man mit seiner Trauer nicht alleine bleibt, sondern sich, wenn möglich, Unterstützung bei anderen sucht und seinen Kummer teilt.



Grübeln ohne Sinn und Ziel und starke Selbstzweifel können Anzeichen einer Depression sein. Das vorherrschende Gefühl ist nicht Trauer, sondern Gefühllosigkeit.

„Ein gesunder Trauerprozess ist die natürliche Reaktion auf ein schweres Verlusterlebnis oder einen schlimmen Schicksalsschlag.“



Facetten: Woran erkenne ich als Laie, ob es sich um eine Depression oder um Trauer handelt?

Schwärzler: Um es in einem Satz zu sagen: Trauer ist Entwicklung, Depression ist Stillstand. Das bedeutet, dass ein Trauernder sich immer neu, aber auch zielführend mit dem Ereignis auseinandersetzt. Der Depressive grübelt hingegen ohne Sinn und Ziel. Das vorherrschende Gefühl ist nicht Trauer, sondern Gefühllosigkeit. Während man mit einem Trauernden darüber sprechen kann, dass die Trauer irgendwann wieder vorbei sein wird, ist das mit einem depressiven Menschen oft nicht möglich. Ihm fehlt die Perspektive für eine positive Entwicklung in der Zukunft. Das führt häufig in eine Selbstwertkrise bis hin zur völligen Selbstentwertung. Hinzukommt, was in Fachkreisen als „Depressive Handlungshemmung“ bezeichnet wird: Betroffene schaffen es nicht mehr, alltägliche Dinge zu bewältigen, beispielsweise aufzustehen oder zur Arbeit zu gehen.

Facetten: Ab wann ist es ratsam, einen Experten aufzusuchen?

Schwärzler: Das lässt sich schwer an einem Punkt festmachen. Es gibt aber ein Zeitkriterium. Wenn die Trauer mehr als zwei Wochen anhält, ohne dass eine Entwicklung erkennbar ist, oder wenn die Arbeitsfähigkeit oder gar die Fähigkeit zur Selbstversorgung beeinträchtigt ist, ist professionelle Hilfe angezeigt. Und selbstverständlich auch immer dann, wenn Suizidgedanken im Spiel sind.

Facetten: Kann ich als Angehöriger etwas tun?

Schwärzler: Die Entscheidungsunfähigkeit und Antriebslosigkeit hindern Betroffene oft, aus eigener Kraft Hilfe in Anspruch zu nehmen. Deshalb ist es als Angehöriger oder Freund wichtig, die Betroffenen zu ermuntern, sich Hilfe zu suchen.

Aufgezeichnet von Heike Amann-Störk — Foto: (links) pixabay.com, (rechts) Ernst Fessler

Dr. Frank Schwärzler

Dr. Frank Schwärzler ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Nach langjähriger Erfahrung auf einer Depressionsstation der Universitätsklinik Tübingen war er fünf Jahre lang Chefarzt des Bühlhofs, eine Station des ZfP Südwürttemberg, die sich auf die Behandlung älterer depressiver Menschen spezialisiert hat. Seit 2005 ist er Chefarzt und zuletzt Ärztlicher Direktor der Reutlinger Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (PP.rt).

Vom Dach mit Volldampf in die Depression

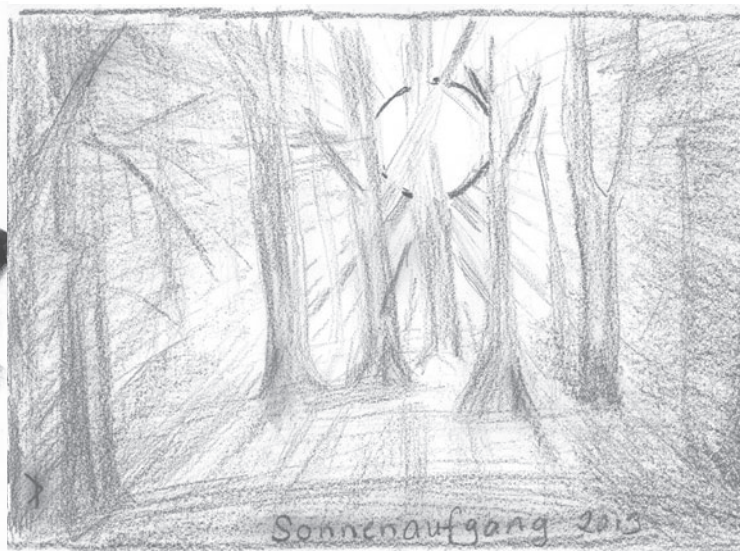
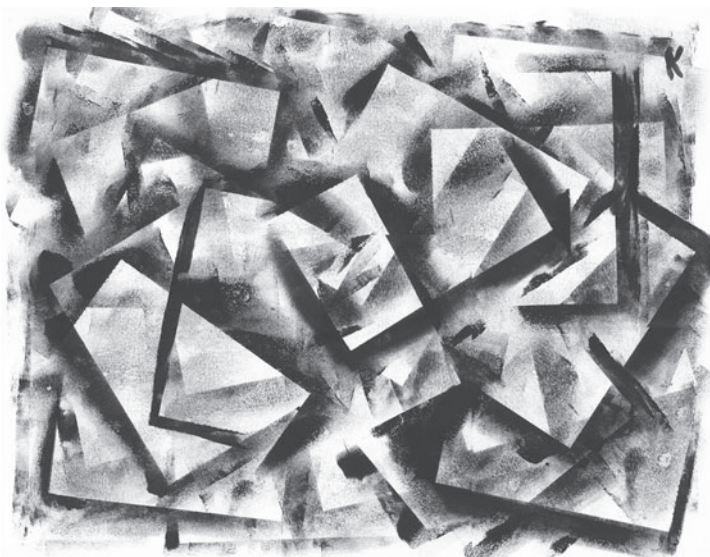
Seinen Weg durch die Depression beschreibt Karl Staib als eine Zeit „vom Dunklen zum Hellen“. Der 57-jährige Handwerker aus dem Remstal hat Tiefen erlebt und hatte Suizidgedanken. Nach mehreren Monaten stationärer Therapie hat er realistische Ziele für sein Leben entwickelt.



Ein Dachsturz aus vier Metern Höhe hat Karl Staib buchstäblich aus der Bahn geworfen. Nach dem Unfall hat er sich zwar körperlich wieder erholt und ins Berufsleben zurückgekämpft, aber der Elektromechaniker begann immer mehr zu grübeln. Es machte ihm zu schaffen, dass er, die Nummer Eins an der Dampfheizung mit dem größten Fachwissen, plötzlich nach unten durchgereicht wurde und auf Platz acht landete. „Ich fühlte mich wie das fünfte Rad am Wagen“, schildert er seine Lage. Die Betriebsärztin bei seinem Arbeitgeber empfahl ihm eine psychosomatische Rehabilitationsbehandlung, die er in der Aulendorfer Schussental-Klinik antrat. Dort lebte der von schweren Selbstzweifeln geplagte 57-jährige zunehmend auf: „Alles hat gepasst, ich war ganz positiv gestimmt.“ Er verstand sich dort gut mit den Psychologen.

Den schwarzen Deckel geöffnet

Und trotzdem machte er eines Sonntagmorgens „den schwarzen Deckel auf“. Er lief weg aus der Klinik, fuhr mit seinem Rad nach Süden. „Ich wollte mich verkriechen, alleine sein, nachdenken, mich mit Bier volllaufen lassen und im Bodensee ertrinken“, erinnert er sich. Er schlief im Freien, versteckte sich im Gebüsch, Werbeplakate



Dunkelheit und unsichere Kurven in Karl Staibs Zeichnungen zeigen die Befindlichkeit zu Beginn seiner schweren Depression. Aus dunklem Chaos in der Tiefe dringt Helligkeit hervor. Trotz der schwarzen Ränder entwickelt sich ein positiveres Bild. Zuversicht zeichnet sich wie ein Silberstreif am Horizont ab. Der Sonnenaufgang zeigt Karl Staib den Weg aus dem Dickicht im Wald.

dienten ihm als Unterlage. Völlig durchgefroren wandte er sich zwei Tage später an die Polizei in Weingarten und bat um Hilfe. Er habe Suizidgedanken, sagte er den Beamten. Die riefen den Rettungsdienst, der Karl Staib in das Zentrum für Psychiatrie nach Weissenau brachte.

Gut geschützt vor sich selbst

Auf der Kriseninterventionsstation fühlte er sich gut geschützt vor sich selbst. Er erlebte Geborgenheit, traf auf Verständnis. Niemand machte ihm Vorwürfe. Trotzdem kam er aus seinem Tief nicht mehr heraus. Dass er auf die Depressionsstation verlegt werden sollte, machte dem Patienten schwer zu schaffen, er empfand diese Situation „als Rauschmiss“. Zwei Wochen später hatte er sich akklimatisiert. Der Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen sowie Einzel- und Gruppentherapie stabilisierten den Handwerker, der nun lernen musste, sich Zeit zu nehmen. Er begann zu malen. Dunkle, düstere, abstrakte Bilder, die im Laufe der Zeit helleren, hoffnungsvolleren Motiven wichen. Seine Bezugstherapeutin und auch die anderen Mitarbeitenden auf der Station erlebte Staib als gute und wichtige Wegbegleiter.

„Ich hätte schon viel früher in Therapie gehen müssen“, blickt er seufzend zurück. Denn da waren so viele Verletzungen, die er in seinem Leben nicht verarbeitet hatte. Ein Missbrauch als Schulfuge in einem Erholungsheim, die angespannte Situation im landwirtschaftlich geprägten Elternhaus, Nachbarschaftsstreitigkeiten bis hin zu Morddrohungen gegen ihn, der Unfall, in der Folge Mobbing am Arbeitsplatz und zunehmende Spannungen in der Familie, die schließlich im Suizidversuch des mittleren Sohnes gipfelten. All das trug Karl Staib mit sich herum. Lange wusste er nicht, wo sein Platz war. In der Therapie hat er erkannt, dass es darum geht, sich im Heute und Jetzt anzunehmen. Er hat wieder Ziele entwickelt und bezeichnet sich als „fröhlich depressiv“. Er hat seinen Humor wiederentdeckt. Möchte nach Hause gehen zu seiner Frau. Die besuchte ihn auf der Station immer wieder, führte auch Gespräche mit der Psychologin. „Heute bin ich dankbar für die Auszeit hier auf der Station und für die Geduld, die die Leute auf der Station mit mir hatten.“ ■

Text: Heike Engelhardt — Zeichnungen: Karl Staib

Mutterglück Fehlanzeige

Depressionen während und nach der Schwangerschaft

Mutter werden gehört zu den schönsten Dingen, die einem im Leben passieren können. So zumindest die landläufige Meinung. Doch für Mutterglück gibt es keine Garantie. 13 Prozent aller Frauen leiden bereits während der Schwangerschaft unter Depressionen.

Verzweiflung statt Vorfreude, Selbstvorwürfe statt Stolz – für manche Frauen ist die Zeit vor und nach der Geburt eine äußerst belastende Erfahrung. Mehr als jede Zehnte entwickelt in der Schwangerschaft depressive Symptome. Und auch nach der Geburt fallen manche in ein schweres Stimmungstief. „Schwangerschaft und Geburt sind ein völlig neuer Lebensabschnitt und bringen viele Veränderungen mit sich“, erklärt Dr. Susanne Bachthaler, Ärztliche Leitung der Abteilung für Psychosomatische Medizin in der SINOVA Klinik des ZfP Südwürttemberg. „Wenn Frauen sich diesen Anforderungen nicht gewachsen fühlen, kann es zu einer Depression kommen“.

In Fachkreisen spricht man bei Depressionen während und bis zu einem Jahr nach der Schwangerschaft von peripartalen Depressionen. Kennzeichnend für dieses Krankheitsbild ist, dass zu den für eine klassische Depression typischen Symptomen weitere hinzukommen: Stillprobleme, fehlende Muttergefühle, Versagensängste im Bezug auf die Mutterrolle oder ein extrem überfürsorgliches Verhalten. Auch Gedanken wie „ich bin eine schlechte Mutter“ oder „ich bin nicht gut genug für mein Kind“ sind charakteristisch.

Die Ursachen für peripartale Störungen sind vielfältig und lassen sich nicht immer eindeutig benennen. Neben Hormonschwankungen gibt es jedoch einige äußere Faktoren, die das Risiko für eine Depression während oder nach der Schwangerschaft erhöhen. Zum Beispiel, wenn die Schwangerschaft ungeplant war, es Probleme im sozialen Umfeld gibt, die Partnerschaft in einer Krise steckt oder wenn die Frau schon vor der Schwangerschaft an einer psychischen Störung litt. Auch Frauen, die ein belastendes Ereignis wie sexuellen Missbrauch erlebt haben, sind besonders gefährdet. Häufig kommt solch ein Trauma mit der Geburt oder Schwangerschaft dann wieder zum Vorschein. „Meist gibt es aber nicht

eine einzige Ursache, sondern es wirken mehrere Faktoren zusammen“, erklärt Susanne Bachthaler.

In der Sinova-Klinik am Standort Ravensburg gibt es ein stationäres und ambulantes Behandlungsangebot für Frauen mit peripartalen Störungen. „Doch die Hemmschwelle, sich in Behandlung zu begeben, ist leider oft sehr groß“, weiß die Fachärztin. „Es handelt sich immer noch um ein Tabuthema. Dabei wäre eine frühzeitige Behandlung besonders wichtig.“ Denn es leiden nicht nur die Mütter, sondern auch die Kinder. Da es depressiven Müttern oft schwer fällt, eine tragfähige Beziehung zu ihren Kindern aufzubauen, werden diese häufig emotional vernachlässigt. Studien belegen, dass Kinder von depressiven Müttern ein deutlich höheres Risiko haben, später selbst an einer Depression zu erkranken.

Ist der Schritt in die Behandlung erst getan, stellt sich in vielen Fällen nach wenigen Wochen eine deutliche Besserung ein. Bei der Therapie steht die Beziehungsarbeit im Vordergrund. Anfangs geht es meist zunächst darum, die Mutter bei der Interaktion mit dem Kind zu beobachten. Wird es unverhältnismäßig verhätschelt oder überbehütet? Wird es eher ignoriert? Wann fühlt sich die Mutter überfordert? Wie reagiert sie, wenn das Kind weint? „Es geht jedoch nicht darum, auf die Defizite zu schauen, sondern vielmehr das, was gut läuft, zu fördern“, betont Susanne Bachthaler. Wenn möglich, werden der Partner und andere enge Bezugspersonen in die Therapie mit eingebunden. „Wir schauen uns die Familienverhältnisse und die Partnerschaft an und versuchen, mögliche Probleme aufzuarbeiten.“

Die Väter mit ins Gespräch einzubeziehen hält sie für besonders wichtig. Denn wenn es um Depressionen während und nach der Schwangerschaft geht, bleiben Männer häufig außen vor. Meist wird vergessen, dass eine



Nicht allen Frauen gelingt es, zu ihrem neugeborenen Kind eine enge und liebevolle Beziehung aufzubauen. Solch eine fehlende Mutter-Kind-Bindung kann Anzeichen einer Wochenbettdepression sein.

Schwangerschaft auch die Väter in eine völlig neue Situation bringt, weil beispielsweise die Verantwortung zunimmt und aus einer Zweier- eine Dreierbeziehung wird. Eine Studie kam 2010 sogar zu dem Ergebnis, dass etwa zehn Prozent der Väter während der Schwangerschaft und des ersten Lebensjahres ihres Kindes depressive Symptome erlebten. Damit treten in dieser Zeit depressive Beschwerden etwa doppelt so oft auf wie in anderen Lebensphasen.

Zusätzlich zur Beziehungsarbeit gibt es Behandlungsmethoden, die sich vorrangig auf die Mütter und ihre

Depression konzentrieren. Mit Hilfe von Psychotherapie lernen Betroffene, mit negativen Gefühlen umzugehen oder sich mit ihrer Mutterrolle auseinander zu setzen. Ein weiteres Ziel der Therapie ist es, gemeinsam mit den Eltern ein Netz aus unterschiedlichen Akteuren aufzubauen. Sei es Kontakt zu Hebammen, Beratungsstellen oder eine Krabbelgruppe, wo sie mit anderen Eltern ins Gespräch kommen können. Viele schaffen es auf diesem Wege, die Depression zu überwinden. ■

Text: Heike Amann-Störk — Foto: Nadine Grosch

Wochenbettdepression, peripartale Störung, Babyblues — was ist was?

Für Geschehnisse rund um den Geburtszeitraum, also Ereignisse, die kurz vor oder nach der Geburt stattfinden, verwendet man den Begriff peripartal (partus = lateinisch für Geburt). Depressionen während der Schwangerschaft werden daher als präpartale Störungen bezeichnet. Kommt es nach der Geburt zu depressiven Symptomen, unterscheidet man zwischen einem postpartalen Stimmungstief und postpartalen Depressionen. Das postpartale Stimmungstief ist auch als Babyblues oder Heultage bekannt und verschwindet nach einigen Tagen. Postpartale Depressionen hingegen, die häufig als Wochenbettdepressionen bezeichnet werden, sind eine ernstzunehmende Erkrankung und sollten behandelt werden.

Behandlung im Gesamtüberblick

Ob eine vorübergehende Episode oder nach der Schwangerschaft, chronisch oder doch auf die dunkle Jahreszeit beschränkt? Es gibt sie nicht – die eine Depression. Genauso vielfältig wie die Krankheit an sich sind auch ihre Behandlungsmethoden. Diese lassen sich in leitlinienorientierte Standardmaßnahmen und flankierende Maßnahmen unterteilen. Je nach Schwere der Depression und Wunsch des Patienten können einzelne Methoden kombiniert werden.

Standardmaßnahmen

Pharmakologische Therapie

Antidepressiva stellen vorwiegend das Gleichgewicht der Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin, die in Verbindung mit Stimmungen und Gefühlen stehen, wieder her. Sie wirken frühestens nach rund zwei Wochen und machen nicht abhängig. Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit, Übelkeit, Verdauungsprobleme und Unruhe treten oft sehr früh auf, bevor die eigentliche Wirkung einsetzt. In der Regel sind diese aber nicht gefährlich und lassen nach den ersten Wochen nach.

Lichttherapie

Im Herbst werden die Tage kürzer, oft kann man nur wenig Sonne tanken. Dies führt dazu, dass der Körper mehr Melatonin produziert. Dieses Hormon sorgt für unsere Müdigkeit. Ein erhöhter Melatoninspiegel kann auch zu

Wachtherapie

Bei der Wachtherapie wird zwischen zwei Formen von Schlafentzug unterschieden. Patienten bleiben entweder die ganze Nacht oder die zweite Nachthälfte lang wach. Dabei ist es wichtig, dass die Patienten sich klar an die Regel halten und auch tagsüber auf kurze Nickerchen verzichten. Die Therapie erfolgt meist ein bis zwei Mal pro Woche. Erleichternd ist die Behandlung in kleinen Gruppen. So können sich die Patienten und Patientinnen gemeinsam beim Wachbleiben unterstützen.

Depressionen führen. Bei einer saisonalen Depression ist die Lichttherapie daher besonders wirksam. Der Patient wird einer Lichtquelle mit künstlichem weißen Licht in einer Stärke von mindestens 2.500 bis 10.000 Lux ausgesetzt. Die Therapie erfolgt täglich für 30 bis 90 Minuten.

Psychotherapie

Ziel einer Psychotherapie ist es, depressionstypisches Denken und Verhalten des Betroffenen zu verändern. Er soll lernen, dysfunktionale Gedanken und damit zusammenhängende negative Gefühle zu erkennen und zu kontrollieren. Diese sollen durch positive Gedanken ersetzt werden und dem Betroffenen eine aktive

Haltung gegenüber Alltagsaufgaben ermöglichen. Soziale Kontakte und angemessene Aktivierung stellen ergänzende Behandlungssäulen dar. Damit der Patient ein solches Verständnis aufbauen kann, muss er auch über seine Erkrankung und deren Symptome informiert sein. Die sogenannte Psychoedukation ist daher Bestandteil jeder Therapie.

Etwa 80 Prozent der Patienten fühlen sich nach Abschluss einer Therapie wesentlich besser. Es sind deutlich weniger Rückfälle zu verzeichnen als bei einer alleinigen Behandlung mit Antidepressiva. Die beiden Behandlungsoptionen werden bei leichten bis mittleren Depressionen sogar als gleichwertig eingestuft. Bei schweren und chronischen Depressionen ist eine Kombination empfehlenswert.

Immer wieder werden neue psychotherapeutische Verfahren angeboten. Welche für den Einzelnen geeignet sind, lässt sich nicht pauschal sagen. In der Praxis werden verschiedene Therapieansätze häufig kombiniert und nach den Bedürfnissen des Patienten ausgerichtet.

Die Kognitive Verhaltenstherapie und die Interpersonelle Psychotherapie wurden speziell für die Behandlung von Depressionen entwickelt. Ihre Wirksamkeit ist am

besten belegt. Bei der **Kognitiven Verhaltenstherapie** soll der Betroffene nach jeder Sitzung „Hausaufgaben“ erledigen und so

bestätigende Erfahrungen machen. Diese sollen zu neuen Denkmustern führen. Die **Interpersonelle Psychotherapie** eignet sich insbesondere dann, wenn ein zwischenmenschliches Problem der Auslöser für die Depression ist. Hier stehen die Beziehungen des Patienten zu anderen Menschen und die Bewältigung des Alltags im Mittelpunkt. Bei **Tiefenpsychologisch-psychodynamischen Psychotherapien** werden unbewusste Konflikte, Selbstwert- und Beziehungskonflikte des Patienten anschaulich gemacht. Der Therapeut versteht sich dabei als wohlwollender Spiegel, Chronist und Interpret. Ziel ist es, den biographischen Bezug der Erkrankung nach-

zuvollziehen. Die **Cognitive-behavioral-analysis-system of psychotherapy** hat sich vor allem bei der Behandlung von chronifizierten Depressionen bewährt. Sie integriert verhaltenstherapeutische, kognitive, psychodynamische und interpersonelle Strategien.

Eine Depression zu „überwinden“ dauert oft lange und bedarf großer Geduld von beiden Seiten – Therapeut und Patient. Bestandteil einer jeden Therapie sollte daher auch sein, eine realistische Durchhaltestrategie mit dem Patienten zu entwickeln. Das Durchhaltevermögen bewerten viele Betroffene nach ihrer Genesung als die hilfreichste Eigenschaft des Therapeuten.

Elektrokrampftherapie (EKT)

Anwendung findet die Elektrokrampftherapie bei Betroffenen mit schweren Depressionen, oft mit psychotischen Merkmalen, oder bei einer Neigung zur Therapieresistenz. Bei einer Kurzzeitleitnarkose wird das Gehirn einem Stromstoß ausgesetzt. !Seite 28

Soziotherapie

Häufig sind psychisch erkrankte Menschen nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbständig wahrzunehmen. Beratung, Kontaktaufnahme mit Behörden oder Arbeitgebern, Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen sollen zu der Inanspruchnahme ärztlicher, sozialer und therapeutischer Angebote befähigen und diese fördern. Eine geordnete Wiedereingliederung und angemessene Nachbetreuung werden immer wichtiger in einer modernen, sozialpsychiatrisch geprägten Psychiatrie und Psychosomatik.

Milieutherapie

Unter Milieutherapie werden alle therapeutisch eingesetzten Veränderungen von Umweltfaktoren verstanden. Veränderungen der menschlichen Umgangsformen betreffen zum Beispiel das ärztliche und das Pflegepersonal, aber auch den Umgang unter den Patienten selbst. Auch die spezifische Form der Tagesstrukturierung ist der Milieutherapie zuzuordnen.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt ist die räumliche Gestaltung einer Depressi-

onsstation. Rückzugsmöglichkeiten, die Vermeidung von räumlichen Hürden und Gemeinschaftsräume mit Kontaktmöglichkeiten sollten gegeben sein. Allgemein gilt es, eine angenehme Wohnatmosphäre zu schaffen, die beruhigende und anregende Elemente enthält – helle Räume, viel Licht, ein Mobiliar in warmen Tönen, Pflanzen und Bilder. Zu viel Dekoration könnte allerdings den Patienten im Sinne von Reizüberflutung überfordern.

Arbeitstherapie

Arbeit wird hier als aktivierende und tagesstrukturierende Maßnahme verstanden. Dabei wird für den Patienten ein individuelles Übungsfeld geschaffen. Ziel ist das Ermitteln und Trainieren der Arbeitsfähigkeit hinsichtlich einer beruflichen Wiedereingliederung.

Beschäftigungstherapie

Die Beschäftigungstherapie – auch als Gestaltungstherapie bekannt – setzt eine Vielzahl kreativer und handwerklicher Tätigkeiten ein, um die geistigen Fähigkeiten und das seelische Befinden des Patienten zu stärken. Die Übungen sollen – frei von Leistungsdruck – motivierend wirken. Hierzu zählen Angebote wie zum Beispiel die Ergotherapie.

Flankierende Maßnahmen

Genuss- und Sinnestraining

Sinnestraining fördert das Wahrnehmen und Erleben des Patienten und lenkt den Blick auf die positiven, „farbigen“ Aspekte des Lebens. Es geht um den Zugang zum Seelenerleben über die Sinne als Genussspender. Sehr verbreitet ist beispielsweise das gemeinsame, bewusste, genussvolle Kochen.

Achtsamkeit ist eine Haltung, Begabung und Übung zugleich – sein Tun mit einer wohlwollenden und akzeptierenden Selbstwahrnehmung begleiten. Man betrachtet und vergegenwärtigt den Prozess des Tuns, wodurch dieser eine bestimmte Qualität erlangt. So soll auch das Gefühl der eigenen Zugehörigkeit bewusst werden.

Bei der **Aromapflege** werden Düfte zur Stärkung des körperlichen und seelischen Befindens eingesetzt. Aromen beeinflussen Körperfunktionen auf positive Weise und mobilisieren Selbstheilungskräfte. Hierfür werden häufig ätherische Öle verwendet. Einige von ihnen eignen sich speziell, um depressive Verstimmungen zu lindern – unter anderem Orangenblüte und Sandelholz.

Bewegungstherapie

Ausdauertraining wirkt nicht nur äußerst positiv auf Herz und Kreislauf, sondern auch angstmindernd und antidepressiv. Den besten Effekt haben sportliche Aktivitäten wie Wandern, ausdauerndes Laufen, Radfahren und Walken. Sportliche Aktivitäten sollten jeden zweiten Tag mindestens für eine halbe Stunde erfolgen.

Kreativtherapien

Kreativtherapien ermöglichen einen nonverbalen, psychotherapeutisch orientierten Zugang zum Patienten. Hier kann die innere Welt des Patienten auf kreative Weise ausgedrückt werden. Mit den verwendeten Materialien soll ein Zugang zur eigenen Persönlichkeit geschaffen werden. Zu den Kreativtherapien zählen vor allem die Kunst- und die Musiktherapie. Die Therapien erfolgen einzeln oder interaktiv in der Gruppe. Bei der Musiktherapie werden Töne, Klänge und die eigene Stimme verwendet, um das aktuelle Befinden auszudrücken. Bei der musikalischen Improvisation in der Gruppe müssen sich die Teilnehmenden abstimmen. Der Patient bekommt so ein Gefühl für das Wahrnehmen der eigenen Person in der Interaktion mit anderen.

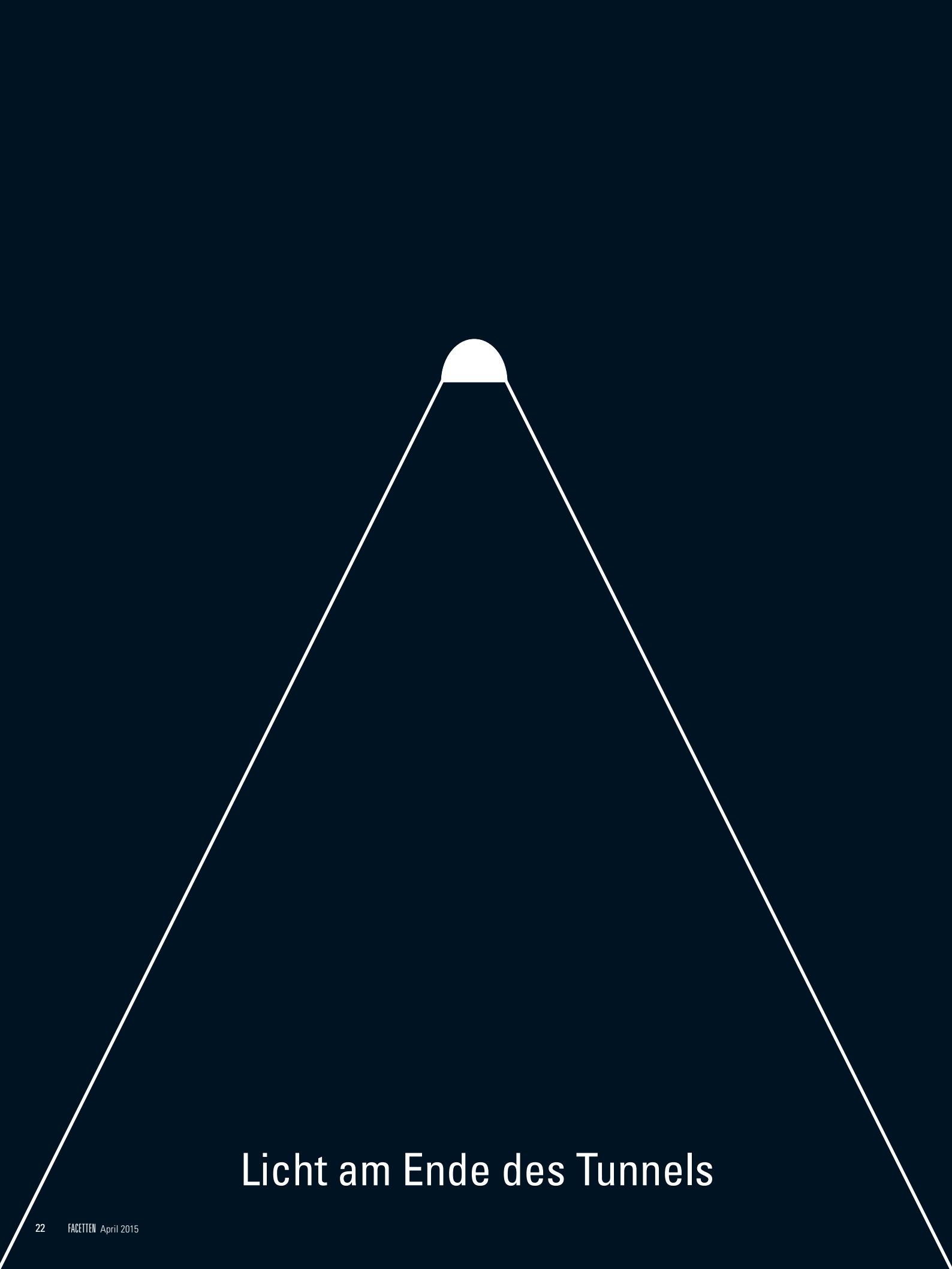
Tiergestützte Therapie

Bei einer tiergestützten Therapie geht man davon aus, dass Tiere das emotionale Wohlbefinden durch Beziehung und Berührung stärken. Die Beziehung zu Tieren ist weniger angstbesetzt als zwischenmenschliche Interaktionen. Der Patient fühlt sich in seiner Individualität mit sämtlichen Stärken und Schwächen norm- und wertfrei angenommen. ! Seite 34

Entspannungstherapie

Bei Depressionen hat sich vor allem die Muskelentspannung bewährt. Die „Progressive Muskelrelaxation“ nach Edmund Jacobson ist ein spezielles Entspannungs- und Konzentrationsverfahren. Stresssymptome sollen durch das Lösen innerer Verspannungen abgebaut werden. Nach definierter Reihenfolge werden Muskelgruppen bewusst ange- und wieder entspannt. Daneben gibt es noch das Autogene Training.

Text: Rieke Mitrenga — Illustration: zambrino



Licht am Ende des Tunnels

Die Männerdepression

Aggression statt Schneckenhaus

Frauen erkranken deutlich häufiger an Depressionen als Männer – so heißt es. Dieses Ergebnis ist zum Teil darauf zurückzuführen, dass Männer wegen Depressionen seltener zum Arzt gehen. Vielleicht liegt es aber auch daran, dass die Betroffenen selbst, zum Teil aber auch die Ärzte, gar nicht auf die Idee kommen, es könnte sich um eine Depression handeln.

Die häufigsten Beschwerden einer Depression sind in der Regel gedrückte Stimmung, Antriebslosigkeit, negative Gedanken und Schlafstörungen. In dieser Hinsicht unterscheiden sich Männer und Frauen kaum voneinander. Die Reaktionen sehen dagegen oft anders aus. Während Frauen dazu neigen, sich zurück zu ziehen, still und ängstlich zu sein, reagieren Männer eher aggressiv und gereizt. Sie übertreiben, rasten bei Kleinigkeiten aus und ärgern sich anschließend selbst über ihr Verhalten.

„Betroffene Männer empfinden diese Gereiztheit als äußerst unangenehm“, erklärt Dr. Berthold Müller, Facharzt für Psychotherapie und Psychosomatik im ZfP Südwürttemberg. „Vor allem weil ihnen eigentlich klar ist, dass sie gerade völlig überreagieren. Sie können dem aber auch nur wenig entgegen setzen. Im Gegenteil: Sie steigern sich immer weiter in die Situation rein.“ Dies könne letztendlich auch in körperliche Reaktionen münden: Schwindel, Schwitzen, schwerer Atem bis Atemnot, Herzrasen, Zittern, ein einengendes Gefühl in der Brust oder sogar Schmerzen in einzelnen Körperregionen.

Viele depressive Männer überspielen die innere Anspannung, ihre Ängste und Schuldgefühle durch eine erhöhte Risikobereitschaft. Durch exzessiven Sport versuchen sie Spannung abzubauen, durch übermäßige Arbeit im Büro lenken sie sich ab. Manche Betroffene leiden so sehr unter den Beschwerden, dass sie zur Flasche greifen und ihre Sorgen in Alkohol ertränken. Bei anhaltenden Beschwerden kann dies eine Sucht zur Folge haben. Irgendwann scheint ein Suizid der letzte Ausweg. Zwar sind Suizidversuche bei Männern und Frauen gleich häufig, die Rate der „erfolgreichen“ Suizide ist bei Männern allerdings doppelt so hoch wie bei Frauen.

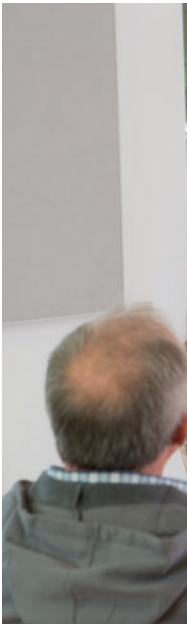
„Wer also erste Symptome bei sich wahrnimmt, sollte diese einem Facharzt schildern. Können körperliche Erkrankungen als Ursache ausgeschlossen werden, deutet alles auf eine Depression hin“, erläutert Müller. Männern fällt es allerdings wesentlich schwerer, über Depressionen zu sprechen. Sie fürchten, als schwach und verweicht zu gelten. Im Arztgespräch schildern sie deshalb oft eher Symptome wie Müdigkeit. „Umso wichtiger ist es, dass der Arzt mit gezielten Fragen versucht, den Grund für die Müdigkeit herauszufinden“, fordert Müller. ■



Vor allem Männer mit einer Depression verdrängen ihre Probleme oder ertränken ihre Sorgen in Alkohol.

Symptome einer Depression bei Männern

- Reizbarkeit
- niedrige Impulskontrolle
- Wutanfälle, Ärger
- Vorwürfe gegen andere
- nachtragendes Verhalten
- geringe Stresstoleranz
- hohe Risikobereitschaft
- hoher Gebrauch von Suchtmitteln
- Unzufriedenheit mit sich selbst und mit anderen
- andauernde Versagensängste
- Rückzug aus sozialen Kontakten



Ein idyllischer Rückzugsort: Auf dem Bühlfhof in Zwiefalten finden depressive Menschen im dritten Lebensabschnitt Ruhe und Erholung. Johannes Hänn, pflegerischer Leiter des Bühlfhofs, spricht mit den Betroffenen über ihre Sorgen und macht ihnen Mut.

Sich selbst und das Leben annehmen

Die Kinder werden erwachsen, sie studieren, ziehen aus. Der Renteneintritt steht bevor, die Konzentration in der Arbeit lässt nach. Und dann kommt auch noch ein junger Kollege ins Team, der alles besser weiß. Es gibt Zeiten im Leben, in denen sich viel verändert. In diesen sind wir besonders anfällig für eine Depression.

Der Übergang ins Rentenalter ist für viele ein schwerer Schritt, denn von einem Tag auf den anderen ändert sich der komplette Lebensrhythmus. Wenn die Kinder ausgezogen sind und sich die Wohnung plötzlich so ruhig und leer anfühlt oder wenn sich die ersten Alterserscheinungen wie Gebrechlichkeit oder Vergesslichkeit bemerkbar machen, kommen Gefühle wie Einsamkeit, Angst und Hilflosigkeit auf. Schon im Beruf kann das anfangen. Die Konzentration nimmt ab, neue Prozesse oder moderne Technik erscheinen kompliziert und unverständlich, man fühlt sich unfähig und wertlos.

Veränderung erhöht das Risiko

Lebensphasen, in denen sich viel verändert und die Handlungsmög-

lichkeiten reduziert sind oder reduziert erlebt werden, sind belastend. Dadurch steigt die Wahrscheinlichkeit, eine Depression zu entwickeln. So auch bei älteren Menschen. Aber nicht jeder Mensch, der am Übergang zur Rente steht, wird psychisch krank. Je nach bisherigen Erfahrungen und der eigenen Persönlichkeit sind manche Menschen anfälliger. „Wir sprechen hier von Vulnerabilität“, erklärt Johannes Hänn, pflegerischer Leiter des Bühlfhofs im ZfP Südwürttemberg in Zwiefalten. Auf dem Bühlfhof werden Menschen im dritten Lebensabschnitt mit einer Depression behandelt. „Menschen, die nie ein gesundes Selbstwertgefühl entwickelt haben oder ihren Selbstwert von anderen abhängig gemacht haben, tun sich schwer, wenn ihnen dies vorenthalten wird.“



Wer die Erkrankung und ihre Entstehung kennt, kann besser damit umgehen. Deshalb lernen die Betroffenen alles über Depressionen. Eigene Fähigkeiten und Interessen wiederzuentdecken ist ein wichtiger Bestandteil der Behandlung.

Überhöhte Ansprüche, die nicht selbst oder wie von anderen erwartet geleistet werden, werden dann als persönliches Versagen bilanziert“, beschreibt Hänn.

Angst vor der Zukunft nehmen

Eine Depression äußert sich bei älteren Menschen im Prinzip ähnlich wie bei jüngeren Betroffenen. Für die Behandlung spielen jedoch andere Themen eine Rolle, es braucht einen ganz anderen Ansatz. Junge Menschen haben ihr Leben noch vor sich, bei der Behandlung geht es also in erster Linie darum, Kraft zu schöpfen und in den Alltag, die Familie und den Beruf zurück zu finden. Bei älteren Menschen ist es dagegen wichtig, herauszufinden, was noch möglich ist, und vor allem Ängste zu nehmen. Zum Beispiel vor der Zukunft. Manche Eltern, deren Kinder weiter weg gezogen sind, fragen sich, wer sich im Krankheitsfall um sie kümmert. Oder vor ersten Alterserscheinungen. „Ein gewisses Maß an Vergesslichkeit ist normal, aber viele denken sofort an eine Demenz“, erklärt Hänn.

Auch Wut und Enttäuschung können beherrschende Gefühle sein. Eltern empfinden ihre Kinder oft als undankbar, weil sie alles für sie getan, ihnen vieles ermöglicht haben, die Kinder nun aber ihr eigenes Leben leben, womöglich noch weit weg. Und in Zeiten der Veränderungen beginnen viele ältere Menschen auch, über ihr bisheriges Leben nachzudenken. Wenn die Bilanz negativ ausfällt, ist dies ein weiterer Risikofaktor für eine Depression. Viele blicken zurück und erinnern sich an Träume aus ihrer Kindheit oder Jugend, die sie nie verwirklicht haben. Manche trauern verpassten Chancen nach oder überlegen, wie ihr Leben verlaufen wäre, wenn sie sich für einen anderen Beruf oder einen anderen Partner entschieden hätten.

Austausch mit Gleichgesinnten

Gefühle wie Angst, Einsamkeit, Hilflosigkeit und Wut gehören zum Älterwerden dazu und sind normal, wenn sich viel verändert. Wenn sie aber zu stark werden und den Alltag beeinträchtigen, ist eine Behandlung

sinnvoll. Im Gespräch mit Fachkräften können Betroffene ihre Gefühle verarbeiten. Sie können sich mit Gleichgesinnten unterhalten und feststellen, dass es auch anderen so geht. Und sie können in Kreativtherapien frühere Hobbys und Interessen wieder entdecken, für die sie vielleicht lange keine Zeit hatten.

„Es ist wichtig, diesen Menschen dabei zu helfen, sich selbst und ihr Leben so anzunehmen, wie sie sind. Wir unterstützen sie dabei, den Blick nach vorne zu richten und nach Möglichkeiten zu suchen, was sie noch für sich tun können“, fasst Johannes Hänn zusammen. ■

Text: Melanie Gottlob — Fotos: Ernst Fessler

An der Grenze

Wenn Menschen sich das Leben nehmen – wollen

Alle vier Minuten versucht in der Bundesrepublik jemand, sich das Leben zu nehmen, alle 53 Minuten begeht jemand einen Suizid. Wie erkennt man, dass ein Mensch an seine Grenzen gekommen ist und glaubt, nicht mehr weiterleben zu können? Privatdozent Dr. Juan Valdes-Stauber erklärt im Interview, wie Fachkräfte, Angehörige oder Menschen aus dem Umfeld helfen können.

Facetten: Warum nehmen sich Menschen das Leben?

PD Dr. Juan Valdes-Stauber: Suizide geschehen fast immer in einem Ausnahmezustand, in dem die Betroffenen in ihrem Erleben emotional und kognitiv so eingeeengt sind, dass sie keinen anderen Ausweg mehr sehen, als sich das Leben zu nehmen. Die Gründe, die einen einzelnen an seine Grenzen bringen, sind natürlich individuell und sehr vielfältig, aber auch im medizinischen Sinne krankhafter Natur.

Facetten: Gibt es eine Veranlagung zur Suizidalität?

Valdes-Stauber: In der Tat kennen wir eine genetische Komponente. Nehmen Sie zum Beispiel die Familie Hemingway, in der sich fünf Menschen das Leben genommen haben. Wir wissen heute, dass dies nicht nur mit Nachahmung zu tun hat, sondern dass es Menschen gibt, die genetisch so veranlagt sind, dass sie impulsiv ihre Aggressionen gegen sich selbst richten und zwar oft unabhängig von konkreten psychischen Erkrankungen.

Facetten: Ist also die generelle Sorge vor Nachahmungstaten unbegründet?

Valdes-Stauber: Im Gegenteil! Seit der Sendereihe „Tod eines Schülers“ ist eindeutig bewiesen, dass die Zahl der Selbsttötungen steigt, wenn über einen Suizid berichtet wird und dieser auf Grund irgendwelcher Merkmale ein Verhaltensmodell für bestimmte Personengruppen, Lebenssituationen oder Persönlichkeiten darstellt. Die Fachwelt spricht in Anlehnung an Goethes Protagonisten vom „Werther-Effekt“.

Facetten: Wann müssen denn beim Umfeld die Alarmglocken schrillen?

Valdes-Stauber: Grundsätzlich gilt es, Ankündigungen oder gar Drohungen als Signale ernst zu nehmen. Wir Fachkräfte unterscheiden mehrere Vorstufen der Suizidalität, mit steigender Bereitschaft, sich das Leben zu nehmen, bis es zum tatsächlichen, dann vollendeten Suizid kommt. Wir müssen dabei stets das Ausmaß der suizidalen Gefährdung vor dem Hintergrund individueller Lebens- und Krankheitsgeschichten sehen. Diese Basissuizidalität erhöht sich beispielsweise durch Suizidversuche in der Vorgeschichte, durch zunehmende Hilf- und Hoffnungslosigkeit oder bei bestimmten sowohl psychischen als auch körperlichen Erkrankungen.

Facetten: Sind Krankheiten generell ein Hinweis auf drohende Suizidgefahr?

Valdes-Stauber: Schwer entstellende, die motorische Selbständigkeit einschränkende, schmerzhaft und unheilbare Krankheiten können ein Risiko für Suizidalität sein. Alarmierend ist, wenn diese Patientinnen und Patienten konkrete Todes- oder auffällige Ruhewünsche äußern, gar Zeitpunkte und Rahmenbedingungen festlegen, unter denen für sie eine Selbsttötung denkbar ist. Von einer akuten Suizidgefahr sprechen wir, wenn eine entsprechende Handlung beispielsweise bereits geplant und vorbereitet ist oder Patienten autoaggressiv, nicht mehr steuerungsfähig und nicht mehr absprachefähig sind.

„Als Psychiater muss ich erkennen, wann ich eingreifen muss, auch gegen den Willen des Patienten. Und ich muss wissen, dass es ohne Beziehung langfristig keine Erfolgsgarantie gibt.“



Facetten: Wann greifen Sie ein?

Valdes-Stauber: Wir haben natürlich gewisse „Checklisten“ im Kopf. Grundsätzlich gilt: Je konkreter die Absicht geäußert wird, desto akuter ist die Gefahr. In der akuten suizidalen Krise ist eine Notfalltherapie unerlässlich. Diese reicht von Gedankenstopp-Techniken oder dem Anstoß eines inneren Dialoges, bei dem Alternativen und Konsequenzen erdacht werden, über Problemlösestrategien und Training emotionaler Regulation bis hin zu direkter Eins-zu-eins-Begleitung und bei entsprechendem hohem Risiko eine stationäre Behandlung, nicht selten mit unterschiedlichen Graden der fürsorglichen Überwachung.

Facetten: Gibt es Medikamente, die einen Suizid verhindern können?

Valdes-Stauber: Allgemein können wir Benzodiazepine zur Reduktion der inneren Anspannung, Angst und Einengung, sowie Neuroleptika bei psychotischer Symptomatik und bei starker gedanklicher Einengung einsetzen. Antidepressiva wirken erst mittelfristig, denn häufig liegt eine Depression als Grunderkrankung vor. Besondere Erwähnung sollen die Lithium-Präparate finden, denn Lithiumsalze reduzieren die Suizidalität auf jeden Fall, das heißt, unabhängig von einer psychischen Erkrankung, bei manchen psychischen Störungen sogar in dramatischer Form. Andererseits handelt es sich um ein schwer zu handhabendes Medikament.

Facetten: Der Tod durch eigene Hand lässt Hinterbliebene ratlos zurück und ist für diese häufig mit Schuldgefühlen verbunden ...

Valdes-Stauber: ... deshalb ist es um so wichtiger, Hinterbliebene zu unterstützen. Von jedem Suizid sind durchschnittlich 6 bis 23 Personen betroffen. Dazu gehören neben den engsten Angehörigen auch Freunde, Arbeitskollegen und nicht zu vergessen Mitarbeitende in Kliniken, wenn sich der Suizid während einer stationären Behandlung abspielt.

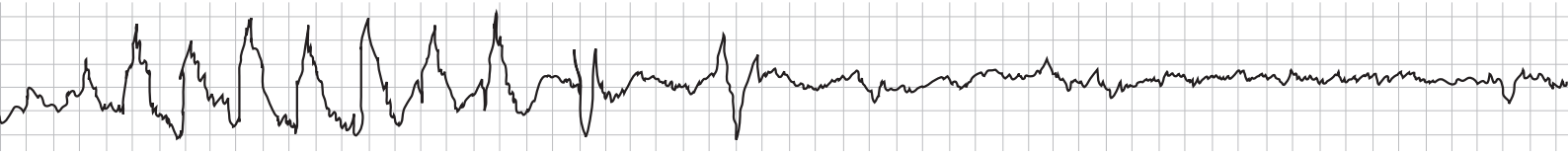
Facetten: Kommen Sie eigentlich auch mal an ihre Grenzen?

Valdes-Stauber: Damit dies nicht passiert, sind für Therapeutinnen und Therapeuten eine ausgewogene Lebensführung und berufliche Besonnenheit extrem wichtig. Als Psychiater muss ich erkennen, wann ich konsequent eingreifen muss, auch gegen den ausdrücklichen, von der Krankheit verformten Willen des Patienten. Und ich muss gleichzeitig wissen, dass es ohne eine vertrauensvolle (therapeutische) Beziehung keine Garantie für den Behandlungserfolg gibt.

Aufgezeichnet von Heike Engelhardt — Foto: Rieke Mitrenga

Privatdozent Dr. Juan Valdes-Stauber

PD Dr. Juan Valdes-Stauber leitet im ZFP Südwürttemberg die SINOVA Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in der Region Ravensburg-Bodensee. Der studierte Philosoph und Mediziner ist darüber hinaus in der Versorgungsforschung des ZFP tätig und lehrt an der Universität Ulm das Fach Philosophie der Medizin. Seine Schwerpunkte sind die Versorgungsforschung und die Anthropologie.



Strom gegen Depression

Depression mit Stromstößen zu behandeln – das galt lange Zeit als unmenschlich. Heutzutage ist die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) eine wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode. Gerade bei schweren Depressionen ist sie häufig die wirksamste und schnellste Therapie.

Wer kennt sie nicht, die Szene aus dem Film „Einer flog über das Kuckucksnest“? Darin erhält der Hauptdarsteller bei vollem Bewusstsein eine Zwangsbehandlung mit Elektroschocks. Brachiale Bilder wie diese führten mitunter dazu, dass die Elektrokonvulsionstherapie in Verruf geriet. Zu Unrecht, sind sich nationale und internationale Fachgesellschaften inzwischen einig. „Was früher ein Sinnbild für veraltete Psychiatrie war, ist heute ein modernes Verfahren“, erklärt Dr. Ingo Asshauer, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie.

Dass ein Zusammenhang zwischen Krampfanfällen und psychischen Erkrankungen besteht, stellten Ärzte bereits Anfang des 20. Jahrhunderts fest. Sie ließen die Patienten Kampfer einnehmen oder verabreichten ihnen Insulin. Die so hervorgerufenen Krämpfe führten besonders bei depressiven Patienten zur Besserung. In den späten 1930ern wurden die Krämpfe dann mit Hilfe von Strom ausgelöst. Da die Nebenwirkungen damals jedoch beträchtlich waren und die EKT zudem in den 70ern in das Visier der Antipsychiatriebewegung geriet, wurde diese Behandlungsmethode vor allem in Deutschland lange Zeit stiefmütterlich behandelt.

Erst seit den 80er Jahren kommt EKT wieder vermehrt zum Einsatz. „Heute gilt die Elektrokonvulsionstherapie als eine der wirksamsten Methoden zur Behandlung von Depressionen“, betont Ingo Asshauer und räumt gleichzeitig ein: „Allerdings ist sie nur einer von vielen Bausteinen der Depressionsbehandlung.“ Grundsätzlich sei EKT immer dann sinnvoll, wenn es sich um besonders schwere Formen der Erkrankung handle. Aber auch, wenn andere Maßnahmen wie Medikamente nicht in Frage kommen, beispielsweise in der Schwangerschaft oder im fortgeschrittenen Alter.

Vergleicht man die heutigen Behandlungsstandards der EKT mit den früheren Gegebenheiten, findet man wenige Gemeinsamkeiten. Die Anwendung erfolgt nach internationalen Leitlinien in speziellen Räumen mit einem qualifizierten Team aus Anästhesist, Psychiater und Fachpflegekräften und nur nach ausdrücklicher Einwilligung der Patienten. Diese werden zunächst in Kurznarkose versetzt und erhalten zusätzlich ein Mittel zur Muskelentspannung. Über am Kopf angebrachte Elektroden wird dann für 6 bis 8 Sekunden ein elektrischer Impuls an das Gehirn gesendet. Die Behandlung selbst ist vollkommen schmerzlos. „Das Verfahren wurde über die Jahre hinweg weiterentwickelt, so dass heute eine vergleichsweise kleine, genau dosierte Strommenge ausreichend ist“, erläutert Asshauer. „Die Risiken entsprechen daher ungefähr denen einer Narkose.“ Die Wirkung hingegen bezeichnet er als spektakulär.

70 bis 90 Prozent der Patienten zeigen nach der Behandlung mit Stromimpulsen eine deutliche Besserung. Bei der medikamentösen Behandlung liegt die Erfolgsquote bei lediglich 60 Prozent. Eine EKT-Serie besteht aus durchschnittlich acht bis zwölf Einzelanwendungen, pro Woche wird etwa zwei Mal behandelt. Die überwiegende Anzahl der Behandlungen verläuft nebenwirkungsfrei, bedrohliche Komplikationen sind extrem selten. In einigen Fällen klagten Patienten hinterher über Kopfschmerzen, vorübergehende Gedächtnisstörungen, Schwindel oder Übelkeit. Behauptungen, dass die Behandlung die Persönlichkeit verändert und zu bleibenden Schäden des Gehirns führt, sind wissenschaftlich widerlegt.

Dass EKT wirkt, ist zwar belegt – warum dies aber der Fall ist, lässt sich letzten Endes trotz intensiver Forschung nicht genau erklären. Unzählige Daten deuten darauf hin, dass die Stoffwechselforgänge im Gehirn angeregt werden und sich dadurch neue Nervenzellen und Synapsen bilden. Außerdem stimulieren die Stromimpulse wahrscheinlich Zentren im Mittelhirn, die sich positiv auf die Stimmung auswirken. Es wurde auch gezeigt, dass Scheinbehandlungen nicht wirken. Patienten, die nur in Narkose gelegt werden und ein Mittel zur Muskelentspannung erhalten, zeigen keinen Rückgang ihrer Depression. ■

Text: Heike Amann-Störk — Illustration: zambrino

Was kann ich vorbeugend tun?

– ein Ratgeber –



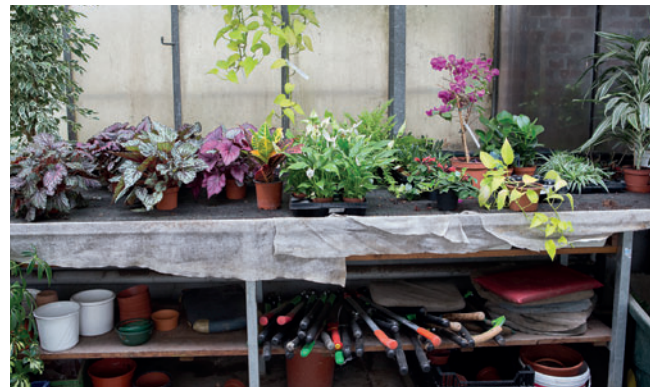
Zeit mit Freunden und der Familie zu verbringen ist mehr als ein angenehmer Zeitvertreib. Soziale Kontakte sind ein wichtiger Schutzfaktor für die psychische Gesundheit.

Eine Depression kann man nicht mit Sicherheit verhindern. So sind die genetische Veranlagung oder traumatische Erlebnisse wenig beeinflussbar. Dennoch kann eine ausgewogene Lebensführung die Chancen einer Erkrankung verringern oder den Krankheitsverlauf abmildern. Besonders nach der Genesung sollten Betroffene auf ihre Lebensweise achten, um einem Rückfall vorzubeugen.

Wir haben einige Tipps und Anregungen zusammengestellt, mit Unterstützung von Dr. Berthold Müller, ärztlicher und therapeutischer Leiter der SINOVA Kliniken des ZfP Südwürttemberg in der Region Alb-Neckar.



Bewusst eingeplante Pausen sorgen für Erholung und liefern Energie für den Tag. Die Arbeit im Garten ist eine von zahlreichen Möglichkeiten, seine Freizeit zu gestalten.



Sensibilität für Depression als Krankheit

Der erste Schritt ist getan – Sie beschäftigen sich mit dem Thema Depression. Diese als tatsächliche Krankheit anzuerkennen und Betroffenen nicht mit dem typischen „stell dich nicht so an“ zu begegnen, kann Ihnen und anderen helfen. Wer die Symptome wahrnimmt, kann auch erste Maßnahmen einleiten oder Hilfe in Anspruch nehmen – egal, ob man diese an sich selbst oder anderen bemerkt. Begegnen Sie dem Thema sensibel. Es gibt einen klaren Unterschied zwischen Aufmerksamkeit und Hypochondrie.

Ausreichend Schlaf

Seinen persönlichen biologischen Grundrhythmus zu erkennen und aufrecht zu erhalten ist wichtig. Ausreichender erholsamer Schlaf ist Voraussetzung, um gesund und leistungsfähig zu bleiben. Gönnen Sie Ihrem Körper also sein nächtliches Regenerationsprogramm. Hiervon profitieren nicht nur Konzentration und Gedächtnis. Schlaf sorgt auch für den Aufbau unseres Immunsystems und schützt somit vor Krankheiten. Zu wenig oder gestörter Schlaf kann im schlimmsten Fall krank machen und zum Auslöser von schweren, chronischen, insbesondere von psychischen Erkrankungen werden.

Aktivität versus Pausen

Regenerationsphasen sind auch am Tag wichtig. Wer durchgehend Höchstleistung bringt – sei es im Job oder in der Familie – muss mit Leistungseinbußen und Stress rechnen. Deshalb gilt: Pausen einplanen! Gemeint ist damit nicht, den ganzen Tag auf dem Sofa „abzulümmeln“. Pausen sind wirkungsvoller, wenn sie bewusst erfolgen und nicht zu lang ausfallen. Sich nach ein paar Stunden Arbeit auch mal hinzusetzen, einen Tee zu trinken und an nichts zu denken, kann beispielsweise sehr erholsam sein. Um effektiv zu pausieren, können auch Entspan-

nungsübungen wie Progressive Muskelentspannung oder Autogenes Training hilfreich sein.

Hobbys – beschäftigen Sie sich!

Ob man seine Kreativität im Malkurs auslebt, Gesellschaftstanz für Fortgeschrittene betreibt oder zum Doppelkopf in die nächste Eckkneipe geht. Hobbys bringen nicht nur Spaß – sie fordern und fördern uns auf den unterschiedlichsten Ebenen. So sind sie gleichermaßen Mittel zur Belohnung und zur Weiterentwicklung. Berücksichtigen Sie also angenehme Aktivitäten, wenn die Tagesplanung ansteht.

Freunde sind die beste Versicherung

Freunde sind für uns da – wir reden, lachen und weinen mit ihnen. Sich in einer menschlichen Beziehung zu wägen, lässt ein Gefühl des Halts entstehen. Im Idealfall fühlt man sich in schlechten Zeiten immer wieder aufgefangen. Manchmal ist man wegen Nichtigkeiten von sich enttäuscht oder interpretiert ein Vorkommnis über – Freunde können uns auf den Boden der Tatsachen zurückholen, wenn die eigene Wahrnehmung verzerrt ist. So helfen sie uns, sich in der Welt zu orientieren. Auch sind sie es, die bemerken, wenn es uns schlecht geht – nicht nur, wenn man es ihnen erzählt.

Selbsthilfegruppen

Nach einer Erkrankung kann es hilfreich sein, vorübergehend eine Selbsthilfegruppe aufzusuchen. Hier finden sich Gleichgesinnte. Im Gegensatz zu „gesunden“ Freunden trifft man auf eine andere Art des Verständnisses und der Unterstützung – mit seinem Leid ist man nicht alleine! Dadurch fällt es oft leichter, sich mitzuteilen, auch wenn es einem wieder schlechter geht. Betroffene werden häufig zu Experten ihres Leidens und können sachkundig über das Krankheitsbild informieren. Auch



*Frisches Obst steckt voller Vitamine — für eine ausgewogene Ernährung unabdingbar.
Ausdauernde Bewegung bringt den Kreislauf in Schwung und wirkt stimmungsaufhellend.*



kann man sich Tipps holen, um besser mit anstehenden Problemen umzugehen.

Ausgewogene Ernährung

In dem Spruch „du bist was du isst“ steckt viel Wahrheit. Bei zu einseitiger Ernährung fehlen dem Körper wichtige Nährstoffe, die wiederum für unser Wohlbefinden sorgen. Die richtige Ernährung kann dagegen stimmungstabilisierend wirken. Empfohlen werden insbesondere Lebensmittel mit einem hohen Gehalt an Omega-3- beziehungsweise ungesättigten Fettsäuren sowie Obst, Gemüse, Nüsse und Hülsenfrüchte.

Ob Schokolade, das Feierabendbier oder Omas leckerer Hackbraten – bei „ungesunden“ Lebensmitteln gilt immer die Devise: alles in Maßen. Muss es die fünfte Tasse Kaffee am Nachmittag sein – oder reicht auch eine effektiv geplante Pause?

Bewegung

Bewegung ist eines der effektivsten Mittel gegen depressive Verstimmungen. Sportliche Aktivitäten erzeugen chemische Veränderungen im Körper. Endorphine, die sogenannten Glückshormone, werden ausgeschüttet. Davon können gleich noch mehr gesammelt werden, wenn man die Bewegungseinheiten an sonnigen Tagen nach draußen verlagert. Ausdauertraining erzielt den besten antidepressiven Effekt. Allerdings nur bei regelmäßiger Anwendung – also drei- bis fünfmal wöchentlich etwa 30 bis 60 Minuten. Probieren Sie ein paar Sportarten aus. Bewegung sollte vor allem Spaß machen! Quälen Sie sich nicht mit einem zu steinernen Programm.

Realistische Ziele setzen

Ziele im Leben sind wichtig, sie haben eine starke Zugkraft, motivieren und fordern uns. Eigene Ziele so hoch

anzusetzen, dass man sie in keinem Fall erreichen kann, ist allerdings nicht sinnvoll. Ständig zu viel von sich zu erwarten führt nur zu regelmäßiger Enttäuschung. Oft machen Menschen, die ihre Depression überwunden haben, genau diesen Fehler. Sie wollen einem Rückfall mit noch mehr Perfektionismus vorbeugen – eine Sackgasse – niemand ist perfekt!

Ziele zu erreichen hängt immer von äußeren und inneren Bedingungen ab. Ob Sie den „inneren Schweinehund“ überwinden und motiviert auf ein Ziel hin arbeiten, können Sie beeinflussen. Anders ist es bei äußeren Einflüssen. Diese können nur bedingt gesteuert und eingeplant werden. Beziehen Sie sich in der Formulierung Ihrer Ziele eher auf das eigene Zutun. Sie können der ehrlichste und netteste Mensch der Welt sein. Doch wenn Ihr Ziel ist, dass jeder Mensch sie liebt, werden sie kläglich scheitern. Die Kunst des Lebens liegt darin, einen Sinn für das kleine Glück zu haben. Versäumen Sie dieses nicht. Erkennen Sie auch Ihre kleinen Erfolge und schönen Erlebnisse an.

Sensibilität für sich selbst

Sensibilität für das Thema Depression, die Erkrankung und Behandlung zu haben geht auch mit einer gewissen Sensibilität für sich selbst einher: achtsam mit sich umgehen und entdecken was glücklich macht. Dabei geht es um Selbstbildung. Das heißt auch, eigene Belastungsgrenzen wahrzunehmen und zu spüren, wann etwas zu viel wird. Auch für schon einmal erkrankte Menschen ist dieses Bewusstsein wichtig: Wie hat die Erkrankung damals angefangen? Was war mir zu viel und woran kann ich das erkennen? Nur so kann man rechtzeitig gegensteuern. ■

Text: Rieke Mitrenga — Fotos: Ernst Fessler



Naokos Lächeln
Haruki Murakami
 ISBN: 978-3-44273-050-6

Meisterwerk der Melancholie

Das Leben des jungen Japaners Toru Watanabe gerät in Aufruhr, als sich sein bester Freund Kizuki aus mysteriösen Gründen das Leben nimmt. Nachdem Toru den Wohnort gewechselt hat, trifft er zufällig Naoko, Kizukis Exfreundin. Die beiden kommen sich näher, Toru sieht in ihr eine Seelenverwandte. Bei Naoko hat der Tod ihres Geliebten jedoch eine schwere Depression ausgelöst. Als sie plötzlich verschwunden ist, erfährt Toru, dass sie in eine psychiatrische Klinik eingewiesen wurde. Weltklasse-Autor Haruki Murakami thematisiert in diesem Buch auf eine ihm eigene Art und Weise den Umgang mit Verlust und Schicksalsschlägen. Obwohl seine Worte schnörkellos sind, gelingt ihm die einfühlsame und facettenreiche Darstellung der Innenwelten der Protagonisten.

Fazit: Eine Liebesgeschichte, die auch ohne Happyend beeindruckt.



Cheyenne –
This must be the Place
 2011
 118 Minuten
 Regie: Paolo Sorrentino

Ungewöhnlicher Selbstfindungstrip

Bis auf die toupierten Haare und schwarzgeschminkten Augen ist von Cheyennes Rockstardasein (überragend gespielt von Sean Penn) nicht mehr viel übrig. Sein Leben wird von Tristesse und Langeweile bestimmt, meist schlurft er ziel- und antriebslos mit seinem Einkaufstrolley durch die Gegend. Das ändert sich abrupt, als er vom Tod seines Vaters erfährt und hinter dessen dunkles Geheimnis kommt. Durch das Erkunden der Vergangenheit fasst der abgehalfterte Rockstar nach und nach wieder im Leben Fuß. Regisseur Paolo Sorrentino ist mit Cheyenne ein skurriler, melancholischer und zugleich humorvoller Film voller Widersprüche und Überraschungsmomente gelungen, der vielleicht nicht jeden Geschmack trifft, aber dennoch nachhaltig beeindruckt.

Fazit: Rührend-schräger Roadmovie mit fantastischem Soundtrack.



Heike Amann-Störk
 Redaktion



D-Day
Gregor S.
 ISBN: 978-3-942166-98-0

Entscheidung für das Leben

Die Idee ist gut: Der Ich-Erzähler beschreibt in einem Stundenprotokoll seinen Weg durch die Depression. Er nennt Symptome wie Schlaf- und Antriebslosigkeit oder Gedankenkreisen und erklärt sie mit angelesenem Wissen aus der Fachliteratur. Aber er erzählt sprachlich inhomogen, stellenweise grübelt er sich mit fast missionarischem Eifer „die Seele blutig“ und weiß sich „im tränenlosen Tal absoluter Verzweigung“, gekrönt mit Volksweisheiten à la „Buchstäblich eine Leidenschaft, die Leiden schafft“. 24 Stunden und rund 250 Seiten später findet der „Psychopartisan“ die Lösung. Er wird sich seine Depression von der Seele schreiben und eine Klinik aufsuchen. Auf Seite 278 entscheidet er sich: „Das Leben ist schön!“

Fazit: Trivial und reißerisch mit pseudowissenschaftlichen Ansätzen.



Ich hatte einen schwarzen Hund
 2014
 4:18 Minuten
 WHO-Zeichentrickfilm
www.youtube.com

An die Leine legen

„Ich hatte einen schwarzen Hund.“ Als ständigen Begleiter, der an ihm zerrte, der sich in alle Bereiche des Lebens einschlich und ihn völlig lahmzulegen drohte, beschreibt der Ich-Erzähler seine Depression. Das feinfühliges Bilderbuch von Matthew Johnstone diente der Weltgesundheitsorganisation als Vorlage für ihren Aufklärungsfilm. In vier Minuten schildert der Erzähler, wie er langsam lernte, keine Angst mehr vor dem zotteligen Begleiter zu haben. Er erkennt ihn zunehmend als großartigen Lehrmeister, der ihm hilft, nicht vor seinen Problemen davonzulaufen, sich ihnen zu stellen und letztlich sich nicht zu scheuen, auch um Hilfe zu bitten. An die Leine gelegt, verliert der schwarze Hund so seine Macht.

Fazit: Anschauliche Aufklärung ohne erhobenen Zeigefinger, ernst aber humorvoll und wunderbar poetisch. Leider nur in Englisch.



Heike Engelhardt
 Redaktion



Die unerbittliche Brutalität des Erwachens

Pascale Kramer
ISBN: 978-3-85-869555-0

Wenn Träume platzen

Die französische Autorin Pascale Kramer ist Meisterin darin, die Illusionen des schönen, perfekten Lebens zu zerschlagen. In ihrem vierten Roman schildert sie das Leben einer jungen Mutter, die am Rande der Verzweiflung steht. Eigentlich könnte es für Alissa nicht besser laufen. Mit ihrem langjährigen Freund Richard und ihrem Baby wohnt sie in ihrer ersten eigenen Wohnung. Aber von ihrer Mutter fühlt sie sich wenig unterstützt und als ein Freund von Richard schwer verwundet aus dem Irakkrieg zurückkommt, bröckelt das Glück endgültig. Schonungslos, aber ehrlich entthront die Autorin das frühere College-Traumpaar und öffnet auch dem Leser die Augen.

Fazit: Das Buch ist so brutal wie das genannte Erwachen, regt aber dazu an, die eigenen Erwartungen zu hinterfragen.



Eine zweite Chance
1998
114 Minuten
Regie: Forest Whitaker

Typischer Liebeskitsch

Die typische Liebestragödie – ihr Mann betrügt sie mit ihrer besten Freundin, sie zieht zurück zu ihrer Mutter aufs Land, trifft alte Bekannte wieder und findet schließlich die große Liebe. Küchenkitsch mit Happy End. Die Hauptfigur Birdee Pruitt ist zugegebenermaßen bestens besetzt: Sandra Bullock spielt charmant und mitreißend. Und dass Birdee von der Affäre ihres Mannes in einer Talkshow erfährt und ausgelacht wird, schürt auch bei den weiblichen Zuschauern die Wut auf die Männer. Auf den anschließenden klischeehaften Selbstfindungstripp mit Country-Tanzabend, Alkoholexzessen und Verkopplungsversuchen könnte man aber gestrost verzichten. Das Drama mit dem immer gleichen Muster kennen wir doch schon.

Fazit: Nett für einen Filmabend mit der besten Freundin – mehr aber auch nicht.



Melanie Gottlob
Redaktion



Mängelexemplar
Sarah Kuttner
ISBN: 978-3-10-042205-7

Depression im Jugendjargon

Sarah Kuttner ist vor allem für ihr offenes Mundwerk bekannt. Das wird auch in ihrem Roman deutlich. Dieser ist aus der Perspektive der 18-jährigen Karo Hermann geschrieben. Nachdem sie ihren Job verloren, den Partner verlassen und falsche Freunde aussortiert hat, gerät sie in eine Angstspirale, die letztendlich in eine Depression mündet. In der Folge wird der Leser mit einer Mischung aus Begriffsdefinitionen zu Panikattacken, Psychiatern und Antidepressiva in einer durchgehend flapsigen Kuttnersprache aufgeklärt. So unterhaltsam einige der jugendlichen Sprüche sein mögen, lassen sie das Thema Depression oftmals zu einem oberflächlichen – wie der moderne Kuttner-Psychiater es ausdrückt – „fucking event“ werden.

Fazit: Für alle, die sich dem bedrückenden Thema Depression nur auf unterhaltsame Weise nähern möchten.



Eine Taube sitzt auf einem Zweig und denkt über das Leben nach
2014
110 Minuten
Regie: Roy Andersson

Groteske Episodenkomik in der Provinz

„Wir wollen den Menschen helfen, Spaß zu haben.“ Wenig überzeugend klingt die Aussage der Scherzartikelvertreter Sam und Jonathan, wenn sie den Klassiker, die Plastikvampirzähne, an die Kunden bringen wollen. Ihre Geschichte ist die einzige, die eine Handlung erkennen lässt. Die sonst tragisch-komischen Momentaufnahmen in der grau gedeckten Umgebung lassen den Zuschauer oft irritiert zurück. Wörtliche Erklärungen sucht man vergeblich. Die Gespräche sind inhaltslos und floskelhaft. Man kann sich einfach nicht entscheiden - möchte loslachen, bevor einen die Traurigkeit der Bilder wieder einfängt. Ein Film, bei dem man genau hinsehen muss. Definitiv nur für Freunde des lakonischen schwarzen Humors.

Fazit: Eine außergewöhnliche Verbindung aus Melancholie und untergründiger Komik.



Rieke Mitrenga
Redaktion

Das Pferd als Therapiepartner

Patientinnen und Patienten mit depressiven Störungen entwickeln oft Denkmuster, die durch negative Erfahrungen in Selbstentwertung oder Perspektivlosigkeit gipfeln. Ein Pferd als Therapiepartner kann wahre Wunder bewirken.

„Depressiv Erkrankte erleben sich oftmals eingeschränkt, unverstanden oder ausgegrenzt. In der pferdegestützten Therapie lernen sie, ihre Wahrnehmung zu stärken, eine Haltung zu sich und der Umwelt einzunehmen und eine Beziehung zum Gegenüber aufzubauen.“ Nicole Bürck arbeitet seit 20 Jahren auf dem Bühlhof oberhalb von Zwiefalten. Zu der Therapeutin, die sich selbst als „pferdegestützte transaktionsanalytisch orientierte Beraterin“ bezeichnet, kommen Patientinnen und Patienten mit verschiedenen Störungsbildern. Gerade in der Depressionsbehandlung aber hält sie „die pferdegestützte Beratung für prädestiniert“.

Bewusst vermeidet die Therapeutin den Begriff „Reittherapie“. Denn die Therapie mit Pferden ist viel mehr. Auf dem Bühlhof geht es darum, sich behutsam zu beschnuppern, sich aneinander heranzutasten. Das Pferd zu riechen, es zu berühren, zu fühlen. Kontakt aufzubauen. Ihm die Pferdedecke und den Sattel aufzulegen. Und immer wieder zu beobachten, wie das Tier auf die Person reagiert, die sich da mit ihm abgibt. Seine Stärke und Kraft zu spüren, Halt zu finden beim Anlehnen, Nähe und Zärtlichkeit zuzulassen beim sanften Streicheln der Nüstern oder Striegeln des Felles. Es geht auch darum, das Pferd zu führen, ihm klare Anweisungen zu vermitteln.

„Das Pferd als Beziehungspartner ermöglicht Erfahrungen, die bei Menschen nicht oder nicht mehr möglich wären“, betont Nicole Bürck. Dieser Therapiepartner reagiert immer aus der Situation heraus und tritt dem Menschen gegenüber wertneutral auf. „Das Tier ist direkt, es gibt keine versteckte Kommunikation“, erklärt die Therapeutin und fügt hinzu: „Menschen fühlen sich in der Kommunikation mit Pferden grundsätzlich angenommen. Sie wissen, dass sie nicht angelogen oder hintergangen werden und können so eine Beziehung aufnehmen.“ Diesen „vertrauensvollen Türöffner“ nennt Nicole Bürck ein wesentliches Element in ihrer Arbeit mit Depressionskranken. Die Beraterin nimmt diesen Impuls auf und gestaltet mit den Möglichkeiten, die das Pferd bietet, eine entwicklungsfördernde Situation.

Schon allein seiner Größe wegen flößt ein Pferd dem Menschen Respekt ein und wird als machtvoll erlebt. Wer sich dieser Herausforderung in der Therapie stellt, der wird Erfolgserlebnisse für sich verbuchen und mit gestärktem Selbstvertrauen daraus hervor gehen. Positive, verstärkende Gefühle zu erleben sind gerade für an Depressionen Leidende besonders wichtig. ■

Text: Heike Engelhardt –

Fotos: (links) Heike Engelhardt, (rechts) Ernst Fessler



Das Pferd ist ein vertrauensvoller Türöffner in der Therapie.



Kontaktaufnahme in der pferdegestützten Therapie: behutsam aneinander herantasten.

Ruhe, Entspannung und Erholung dürfen sein

Psychosomatische Rehabilitation ermöglicht Teilhabe

Die Symptome sind abgeklungen, die depressive Phase scheint überwunden. Manche Patientinnen und Patienten mit depressiven Störungen sind nach wie vor erschöpft, haben kaum Energie, bekommen einfache alltägliche Dinge nicht geregelt. Ihnen kann eine Psychosomatische Rehabilitation dabei helfen, wieder am gesellschaftlichen, sozialen und beruflichen Leben teilzuhaben.



Bewegung und Entspannung sind wichtige Bestandteile der Rehabilitation.

„Ich habe gerade nachgeschaut, bei mir steht jetzt auch Entspannung im Therapieplan: heute Nachmittag die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen und heute Abend Yoga. Ich glaube, danach bin ich wirklich tiefenentspannt.“ Lachend schließt sich ein etwa 40 Jahre alter Mann den zwei Frauen an, die auf dem Weg zu ihrer Therapiegruppe sind. „Wenn sie uns jetzt noch eine Massage anbieten, ist unser Glück perfekt“, sagt vergnügt die ältere der beiden Frauen. Alle drei sind sie nun schon die zweite Woche zur Rehabilitation in der Schussental-Klinik in Aulendorf und fühlen sich richtig wohl. „Wenn mir das jemand vor drei Wochen gesagt hätte, dass ich hier kichernd neben euch herlaufe“, deutet die Dritte im Bunde an.

„Das ist das Besondere an meiner Tätigkeit in der Psychosomatischen Rehabilitation“, sagt der Psychiater und Psychotherapeut Dr. Artur Hatzfeld. „Es macht so viel Freude, die Verwandlung der Leute mitzuverfolgen“, sagt Hatzfeld und fügt erklärend hinzu: „Sie kommen oftmals erschöpft, müde und kraftlos hier an. Wenn sie nach fünf Wochen entlassen werden, leuchten ihre Augen wieder und sie bekräftigen mit strahlendem Lächeln, wie gut ihnen der Aufenthalt getan hat.“ Hatzfeld fühlt sich mehr als Begleiter, Berater und Unterstützer der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden.

Tausende von stationären Behandlungsplätzen für Psychosomatische Medizin gibt es in der Bundesrepublik, nur einen Bruchteil davon allerdings in Akutkliniken. Die meisten Betroffenen finden in Rehabilitationskliniken die notwendigen Therapien. Denn oftmals sind zwar die akuten Krankheitssymptome abgeklungen. Dennoch schaffen es die Patientinnen und Patienten mit depressiven Störungen oft noch nicht, ihren Alltag zu organisieren, den Haushalt zu führen, sich um die Kinder zu kümmern oder gar an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren. Als Sozialmediziner und Experte im Rehabilitationswesen weiß Artur Hatzfeld, dass diese Klientel eine feinfühligste Begleitung braucht, bis der weitere Weg geebnet oder zumindest angebahnt ist. Nicht zuletzt geht es darum, ein individuelles Nachsorgeprogramm vorzubereiten und dafür beispielsweise eine stufenweise Wiedereingliederung am bisherigen Arbeitsplatz zu organisieren, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben anzuregen oder eine ambulante Psychotherapie zu empfehlen. „Dies ist ein wichtiges Element im Rehabilitationsverlauf“, betont der Chefarzt.

Noch mehr als in der Akutpsychiatrie schöpft die Rehabilitation aus inneren Quellen der Betroffenen, die während der oft Monate andauernden Erschöpfung ver-

siegt waren. Hatzfeld betont: „Rehabilitation heißt auch, dass wir hier die Folgen der Krankheit behandeln, beispielsweise der Depression, einer Angststörung, von Stress, Erschöpfung oder Fehlernährung.“

Inzwischen ist die Gruppenstunde zu Ende. Die beiden Frauen haben an einem kleinen Tisch Platz genommen. Eine checkt ihre E-Mails, die andere nimmt Anteil am Leben ihrer Therapeutenkollegin. Der erschöpfte Mann hat sich mit der Tageszeitung in den Lesesaal zurückgezogen. Andere Rehabilitanden trinken im Café



Auch der soziale Aspekt spielt eine große Rolle. Deshalb gehören Gruppentherapien mit Teamaufgaben zum Behandlungsplan.

ihren Cappuccino, einige gehen in den Park. Eine junge Frau freut sich schon aufs Nordic Walking und aufs Kochtraining. „Ich habe schon zwei Kilo abgenommen und meine Blutwerte sind besser geworden“, berichtet sie stolz ihrer neuen Freundin, die sie in der Klinik kennengelernt hat. „Das soziale Miteinander ist uns wichtig in der Rehabilitation“, erklärt Artur Hatzfeld. Genauso erfreut beobachtet er die übrigen Gruppenmitglieder, die sich einfach mal eine Pause gönnen. Der Chefarzt bekräftigt: „Ruhe, Entspannung und Erholung dürfen sein!“ ■

Text: Heike Engelhardt – Fotos: Ernst Fesseler

Information

*Psychosomatische Rehabilitation in der Schussental-Klinik Aulendorf:
Kontakt: Schussental-Klinik gGmbH, Safranmoosstraße 5, 88326 Aulendorf,
Telefon 07525 932-0, Telefax 07525 932-724,
E-Mail: info-sk@schussental-klinik.de, www.schussental-klinik.de*

Kontakt, Information, Beratung

für Betroffene, Angehörige und Interessierte



Erste Hilfe – Selbsttest und Vorsorge

Bin ich depressiv?

Das Deutsche Bündnis gegen Depression e.V. bietet auf seiner Webseite einen Selbsttest für einen ersten Hinweis. Bitte beachten Sie, dass dieser Test keine Diagnose darstellt. Hilfe und Unterstützung erhalten Sie bei Ihrem Arzt.

www.buendnis-depression.de/depression/selbsttest

Suizidgefahr: Was sollte man wissen?

Die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen (DGS) versteht sich als Fachverband mit spezifischer Ausrichtung im Bereich der Suizidologie und Suizidprävention, unter deren Dach sich Institutionen und Einzelpersonen aus den verschiedensten Disziplinen zusammengeschlossen haben.

www.suizidprophylaxe.de



Tipp – Sportgruppen

Ausdauersport hilft bei Depressionen. Besonders Laufen. Wer nicht alleine losziehen will, Motivation in der Gruppe sucht und neue Strecken kennen lernen möchte, kann sich einer der zahlreichen Laufgruppen anschließen. In vielen Gemeinden gibt es bereits Lauftreffs, die regelmäßig unterwegs sind. Das Bündnis gegen Depression organisiert außerdem regelmäßig Laufveranstaltungen und informiert auf seiner Webseite unter „Regionale Angebote“ über Gruppenaktionen. www.buendnis-depression.de/depression/regionale-angebote



Telefonische Beratung

Telefonseelsorge – rund um die Uhr

Sofortige Hilfe erhalten Sie rund um die Uhr bei der Telefonseelsorge. (gebührenfrei)

☎ 0800 - 111 0 111 oder

☎ 0800 - 111 0 222

www.telefonseelsorge.de



Angehörigengruppe

Erfahrungsaustausch, Information, Aufklärung
Biberach/Riß

Kontakt: Ute Villingner

☎ 07351 71541

Treffpunkt der Angehörigengruppe:

SpDi Biberach | Zeppelinring 26 | 88400 Biberach
jeden 2. Dienstag im Monat, 19.30 Uhr



Information und Anlaufstellen

Stiftung Deutsche Depressionshilfe

Die Stiftung Deutsche Depressionshilfe informiert über die Krankheit Depression und gibt Ratschläge für Angehörige:

- die Depression als Erkrankung akzeptieren
- geduldig bleiben
- sich selbst nicht überfordern
- gut gemeinte Ratschläge eher zurückhalten

Auf der Webseite der Stiftung Deutsche Depressionshilfe können sich Angehörige außerdem in einem Forum mit Gleichgesinnten sowie professionellen Beratern austauschen, Erfahrungsberichte lesen, Kontaktadressen suchen und vieles mehr.

www.deutsche-depressionshilfe.de

Deutsches Bündnis gegen Depression e.V.

Ziel des gemeinnützigen Vereins ist es,

- die gesundheitliche Situation depressiver Menschen zu verbessern,
- das Wissen über die Krankheit in der Bevölkerung zu erweitern sowie
- Suiziden vorzubeugen.

Auf der Webseite finden Betroffene, Angehörige, Experten und allgemein Interessierte Informationen, Angebote, einen Selbsttest, ein Forum zum gegenseitigen Austausch und vieles mehr.

www.buendnis-depression.de

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK)

Der Verband setzt sich als „Familien-Selbsthilfe“ für die Verbesserung der Situation psychisch Kranker und ihrer Familien ein. Auf der Webseite finden Angehörige Informationen, Angebote, Tipps zum Umgang mit einer psychischen Erkrankung und vieles mehr.

www.psychiatrie.de/bapk

Wichtige Tipps für Angehörige

Informieren

Sammeln Sie Informationen über die Krankheit. Über die Ursachen, Symptome, Verlauf. Das nimmt die Unsicherheit im Umgang mit der Krankheit.

Eigene Grenzen kennen

Für die Betroffenen ist Ihre Unterstützung wichtig, aber Sie können nur helfen, wenn Sie selbst gesund bleiben. Sie können für Ihren Angehörigen weder Therapeut sein noch immer alles richtig machen. Achten Sie auf sich selbst und gönnen Sie sich selbst Erholungspausen.

Erste Spezialstation für Depressionsbehandlung in Deutschland

Die Aufbruchsstimmung in der Psychiatrie der 1970er Jahre hat Professor Dr. Günter Hole genutzt. 1976 gründete er als Ärztlicher Direktor des damaligen Psychiatrischen Landeskrankenhauses in Weissenau zusammen mit interessierten Mitarbeitenden die erste Spezialstation für Depressionsbehandlung in Deutschland. Der Pionier der Psychiatriegeschichte erinnert sich.



In Vorlesungen und Vorträgen warb Professor Dr. Günter Hole für die Idee der Spezialstationen.

Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen wurden vor 40 Jahren noch gemeinsam behandelt: Alkoholranke, psychisch kranke Straftäter, Verwirrte, Erregte und depressiv Verstimmte. Ohne dass die Verantwortlichen ein wirksames Konzept hätten entwickeln können. Doch die Psychiatrie brauchte genauso wie die Körpermedizin eine Differenzierung sowie Spezialisten, die wussten, welche Behandlung für welches Störungsbild am besten geeignet ist.

Schon 1968 wurde in Basel die erste europäische Spezialstation für depressiv Erkrankte eingerichtet. Günter Hole war dort leitender Oberarzt. Er brachte die Schweizer Gedanken und Erfahrungen mit nach Weissenau, als er 1975 Ärztlicher Direktor des damaligen Psychiatrischen Landeskrankenhauses wurde. Seine Idee fiel auf fruchtbaren Boden. Es herrschte eine deutliche Aufbruchsstimmung unter den Mitarbeitenden, eine „richtige Pionierzeit“, erinnert sich der mittlerweile 86-jährige Professor. „Sie wollten Neues wagen und ausprobieren“. 1976 eröffnete Hole am Weissenauer Krankenhaus die erste deutsche Depressionsstation. Ausschließlich Ärzte und Pflegekräfte, die sich für die Arbeit mit Depressionskranken interessierten, wurden auf dieser neuen Station beschäftigt. Und es gab einen eigenen „Bereichsarzt“: Dr. Manfred Wolfersdorf, heute Ärztlicher Direktor des Bezirkskrankenhauses Bayreuth und Begründer der Arbeitsgemeinschaft Depressionsstationen.

Dass die Saat aufgehen würde, war sich Hole sicher. Zwar stieß er auch auf große Widerstände langjährig erfahrener Kollegen: Diese befürchteten, viele Depressionspatienten könnten sich gegenseitig negativ beeinflussen. Doch das Gegenteil war der Fall. Gesündere Patienten zogen kränkere in einer positiven Spirale nach oben, was auch mit dem speziell auf Depressionskranke ausgerichteten Konzept zusammenhing. Auch das Regierungspräsidium und das Sozialministerium ließen sich schließlich überzeugen. Anfang der 1980er Jahre genehmigten sie ihren Psychiatrischen Landeskrankenhäusern, jeweils einen Spezialbereich auszuweisen.

Die Weissenauer Station - ein Erfolgsmodell, dem zahlreiche weitere folgen sollten. Schneeballartig breitete es sich zunächst in Baden-Württemberg und Bayern, bald über die ganze Republik aus. Heute gibt es bundesweit 110 solcher Stationen. ■

Text: Heike Engelhardt – Archivfoto: Dr. Jochen Tentler

Psychiatrie und Psychotherapie gehören zusammen

Der Arbeitskreis Depressionsstationen wurde mit den ersten Spezialstationen in Deutschland mit dem Auftrag gegründet, den Austausch untereinander auf einem höheren, anspruchsvollen klinisch-wissenschaftlichen Niveau zu fördern. Nach nun 30 Jahren zieht Professor Dr. Manfred Wolfersdorf, Mitbegründer der ersten Depressionsstation und Gründer des Arbeitskreises, Bilanz.

Facetten: Sie haben vor 30 Jahren den Arbeitskreis der Depressionsstationen gegründet.

Professor Dr. Manfred Wolfersdorf: Richtig. Anfangs beschäftigten uns Fragen zur bedarfsgerechten Versorgung, wir mussten begründen, warum es diese Spezialstationen für schwer und schwerst depressiv Kranke nach Suizidversuch, mit psychotischen Depressionen, für chronisch kranke oder therapieresistente Patienten braucht.

Facetten: Das ist nun mehr als 30 Jahre her. Braucht es diesen Arbeitskreis immer noch?

Wolfersdorf: Ja, unbedingt! Heute geht es darum, dass wir uns gegenseitig stabilisieren, neue oder jüngere Mitglieder informieren und die Qualität der Behandlung sichern – kurz: um den Erhalt des Therapiekonzeptes.

Facetten: Wo sehen Sie besondere Schwerpunkte?

Wolfersdorf: Wir setzen heute auf vier Säulen. Auf Psychotherapie, biologische Ansätze wie Psychopharmakotherapie mit antidepressiven Medikamenten und körperbezogenen Maßnahmen, auf psychosoziale Anteile und natürlich auf Selbsthilfe – sowohl von Angehörigen als auch auf Patientenseite.

Facetten: Was war das bedeutendste Ereignis für die Behandlung Depressionskranker in den vergangenen 30 Jahren?

Wolfersdorf: Die Rückkehr der Psychotherapie in die Psychiatrie. Psychotherapie war während meiner Ausbildung bei den Klinikern fast tabu. Seit 1994 ist sie obligater Bestandteil der Facharztausbildung. In der Psychopharmakologie tut sich seit 15 Jahren nichts. Wir setzen immer noch auf Serotonin-Wiederaufnahmehemmer. Dass wir heute in einer Ära der Psychotherapie und psychosozialer Therapieformen leben, ist eine enorme Entwicklung.

Aufgezeichnet von Heike Engelhardt – Archivfoto: Nordbayrischer Kurier



Professor Dr. Manfred Wolfersdorf ist heute Sprecher des Arbeitskreises Depressionsstationen.

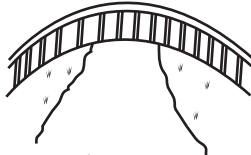
Professor Dr. med. Dr. h. c. (Stradiņš University Riga, Lettland) Manfred Wolfersdorf

Professor Dr. Manfred Wolfersdorf, 66, Mitbegründer der ersten Spezialstation in Weissenau. Seit 1997 ist Wolfersdorf Ärztlicher Direktor des Bezirkskrankenhauses Bayreuth und dort Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Als Sprecher des Arbeitskreises Depressionsstationen engagiert er sich für bedarfsgerechte Versorgung depressiv Erkrankter und für Forschung auf dem Gebiet der Depression und Suizidprävention sowie für Qualitätssicherung und klinische Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.

Rätsel



3



1, 6



3



3=i



1, 5

Mitmachen lohnt sich

Welcher Begriff verbirgt sich hinter den Bildern? Unter allen richtigen Einsendungen verlosen wir dieses Mal ein Aroma-Set – zur Entspannung und Erholung.

Senden Sie das Lösungswort per E-Mail an facetten@zfp-zentrum.de oder schicken Sie eine frankierte Postkarte an das ZfP Südwürttemberg, Abteilung Kommunikation, Pfarrer-Leube-Straße 29, 88427 Bad Schussenried.

Einsendeschluss ist der 12. Juni 2015. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen. Die Auflösung und wer gewonnen hat, lesen Sie in der nächsten Ausgabe.

Auflösung aus Heft 4/2014

Haben Sie's gewusst?

In der Oktober-Ausgabe haben wir den Ausdruck „Wie würden Sie entscheiden“ gesucht. Gewonnen hat Dorothea Bund. Das Facetten-Team gratuliert und wünscht viel Freude mit dem Insektenhotel.

Übrigens ...

... haben Wissenschaftler herausgefunden, dass viele Menschen bei Kummer traurige Musik hören. Vor allem auf Menschen mit hohem Einfühlungsvermögen wirken melancholische Klänge wohltuend, da sie helfen, Gefühle einzuordnen und zu verarbeiten. Laut der Studie sind diese Ergebnisse auch für die Musiktherapie interessant.

... greifen immer mehr Menschen zu Johanniskraut, um ihre Stimmung zu heben. Die rezeptfreien Präparate sind jedoch oft nur von geringer Qualität und weisen gefährliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten auf. Bei der pflanzlichen Alternative sollte also auch ärztliche Beratung in Anspruch genommen werden.

... wird die Winterdepression im Klassifikationssystem ICD-10 den rezidivierenden depressiven Störungen, also den wiederkehrenden Störungen zugeordnet. Als Symptome werden bedrückte Stimmung, ein niedrigeres Energieniveau, Ängstlichkeit, höherer Schlafbedarf und erhöhter Appetit genannt. Die Ursache wird in einer Störung des biologischen Rhythmus gesehen.



Ausblick Im nächsten Heft

Verlust der Freiheit?! Suchterkrankungen im Spannungsfeld zwischen Genuss und Abhängigkeit

Suchterkrankungen sind in der Bevölkerung weit verbreitet, gelten aber häufig noch als Tabuthema. Dabei sind Millionen von Menschen abhängig. Sei es von legalen Stoffen wie Alkohol oder Zigaretten, von illegalen Drogen oder auch von Handlungen, die sie in einen rauschhaften Zustand versetzen.

Sucht – Keine Frage des Alters

Totalverzicht als einziger Ausweg? Neue Ansätze in der Behandlung

Neue Drogen auf dem Vormarsch

Weitere Themen im nächsten Heft:
Suchtkranke Kinder und Jugendliche,
Motivierende Gesprächsführung,
Wie gelingt der erste Schritt in die
Behandlung?

Impressum

Facetten - Das Magazin des ZfP Südwürttemberg — Herausgeber ZfP Südwürttemberg, Pfarrer Leube-Straße 29, 88427 Bad Schussenried, www.zfp-web.de — Redaktionelle Verantwortung für diese Ausgabe Melanie Gottlob — Redaktion Heike Amann-Störk, Heike Engelhardt, Melanie Gottlob, Rieke Mitrenga, Dr. Berthold Müller, PD Dr. Juan Valdes-Stauber — Konzept und Gestaltung zambrino unternehmergesellschaft, ulm — Druck Druckerei der Weissenauer Werkstätten — Auflage 4.000 Exemplare — Gedruckt auf Arctic Volume FSC — Facetten erscheint drei Mal jährlich und kann kostenlos bei der Abteilung Kommunikation unter 07583 33-1504 oder per Mail an facetten@zfp-zentrum.de bestellt werden — Die nächste Ausgabe erscheint Mitte Juli 2015



Möchten Sie über weitere Themen aus dem ZfP Südwürttemberg aktuell und kompakt informiert werden?

Melden Sie sich unter www.zfp-web.de für unseren Newsletter an.

