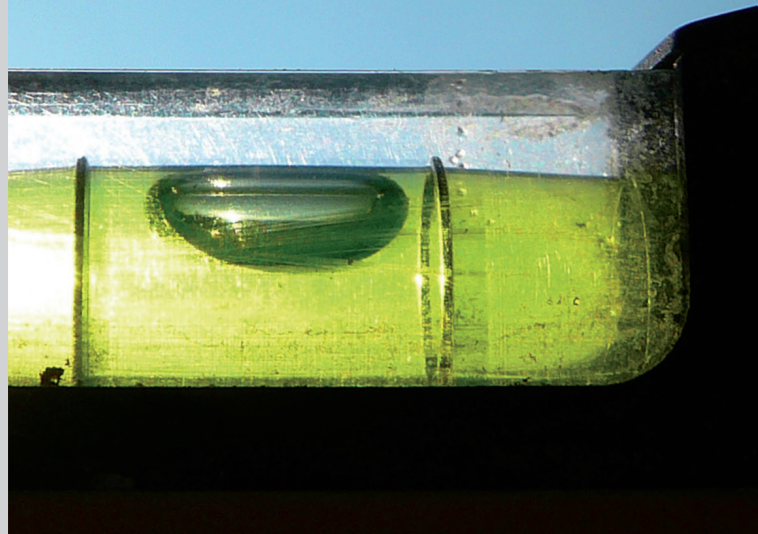


Irre verständlich

Menschen mit psychischer Erkrankung
wirksam unterstützen

Matthias Hammer
Irmgard Plözl

inklusive
Download-
material



Matthias Hammer, Irmgard PlöbI
Irre verständlich
Menschen mit psychischer
Erkrankung wirksam unterstützen

Psychiatrie
Verlag 



Dr. Matthias Hammer arbeitet als Psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis in Stuttgart nach langjähriger Tätigkeit in den Bereichen Psychiatrie, Rehabilitation psychisch kranker Menschen und Psychotherapie als Abteilungsleiter des Rudolf-Sophien-Stifts.



Dr. Irmgard Plöbl ist Psychologin und Psychotherapeutin. Sie leitet die Abteilung für Berufliche Teilhabe und Rehabilitation des Rudolf-Sophien-Stifts in Stuttgart.

Die beiden geben seit Jahren Seminare und Weiterbildungen.

Matthias Hammer, Irmgard Plößl

Irre verständlich

Menschen mit psychischer
Erkrankung wirksam unterstützen

Psychiatrie
Verlag 

Matthias Hammer, Irmgard Plöbßl

Irre verständlich

Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen

3. Auflage 2015, Reprint 2019

ISBN-Print: 978-3-88414-533-3

ISBN (PDF): 978-3-88414-913-3

ISBN (ePub): 978-3-88414-923-2

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation

in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten

sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Weitere Informationen zum Buch und den Autoren sowie Materialien zum

Herunterladen finden Sie unter www.irre-verstaendlich.de und

www.matthias-hammer.de.

Das Passwort für die Downloadmaterialien lautet verstehen30.

Psychiatrie Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

© Psychiatrie Verlag GmbH, Köln 2012, 2015

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung
des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung: GRAFIKSCHMITZ, Köln unter Verwendung eines Fotos
von Helgi/ photocase.com

Typografiekonzeption: Iga Bielejec, Nierstein

Satz: Psychiatrie Verlag GmbH, Köln

Illustrationen: Claus Ast, Nierstein

Druck und Bindung: Westermann Druck Zwickau

Einleitung 9**TEIL 1****Warum werden Menschen psychisch krank?** 14

Das Verletzlichkeits-Stress-Modell 15

Die Rolle der Stressbelastung 18

Die Funktion von Frühwarnzeichen 21

Wie verlaufen psychische Erkrankungen? 22

Wie können Selbsthilfe und Gesundung gefördert werden? 25

Empowerment und Recovery 26

Wie findet man Lösungen in komplexen beruflichen Alltagssituationen? 33

Das Klärungskarussell 34

Das Klärungskarussell – Anwendungsbeispiele 37

Wirkungsbewusstes Handeln 41

TEIL 2**Psychosen** 46

Erleben einer Betroffenen 46

Was wir alle kennen 48

Informationen zu Psychosen 50

Was hilft im Alltag? 63

Depressionen 80

Bericht einer Betroffenen 80

Was wir alle kennen 81

Informationen zur depressiven Störung 83

Was hilft im Alltag? 90

Bipolare Erkrankungen	102
Erleben eines Betroffenen	102
Was wir alle kennen	103
Informationen zu Bipolaren Störungen	104
Was hilft im Alltag?	112
Persönlichkeitsstörungen	122
Erleben von Betroffenen	122
Was wir alle kennen	123
Informationen zu Persönlichkeitsstörungen	126
Was hilft im Alltag?	146
Borderline-Persönlichkeitsstörung	162
Bericht einer Betroffenen	162
Was wir alle kennen	162
Informationen zur Borderline-Persönlichkeitsstörung	164
Was hilft im Alltag?	174
Angststörungen	188
Berichte von Betroffenen	188
Was wir alle kennen	189
Informationen zu Angststörungen	194
Was hilft im Alltag?	200
Zwangsstörungen	206
Erleben eines Betroffenen	206
Was wir alle kennen	206
Informationen zu Zwangsstörungen	208
Was hilft im Alltag?	215

Traumasensibilität	220
Erleben eines Betroffenen	220
Was wir alle kennen	221
Informationen zu Trauma und traumaassoziierten Störungen	223
Was hilft im Alltag?	230
Umgang mit suizidalen Krisen	236
Erleben einer Betroffenen	236
Was wir alle kennen	237
Informationen über Suizidgefährdung	239
Was hilft?	244
Leitfaden für Gespräche mit suizidgefährdeten Menschen	251
Mit zwei Augen sieht man besser	254
Anhang	257
Literaturtipps	257
Literaturverzeichnis	262

Einleitung

Wir hatten gerade unsere erste Stelle im psychologischen Dienst einer psychiatrischen Einrichtung angetreten, als eine junge Klientin wutentbrannt und Türen knallend aus unserem Büro stürmte. Während wir uns noch ratlos ansahen, riss sie die Tür schon wieder auf und präsentierte uns frische, blutende Schnittwunden an ihrem Unterarm. Kurz darauf kamen zwei andere Klienten vorbei, um sich zu beschweren, dass sie unter den Eskapaden dieser Klientin leiden würden und außerdem den Eindruck hätten, dass man ihnen viel weniger Beachtung schenken würde als ihr. Zuletzt meldete sich noch die Kollegin aus der Ergotherapie und meinte, so ginge es nicht mehr weiter, die junge Klientin müsse ihre Gruppe verlassen.

Vergeblich suchten wir in unseren psychologischen Fachbüchern nach Ratschlägen, was nun zu tun sei. Solche Alltagssituationen kamen dort schlicht nicht vor. Im Laufe der Jahre stellten wir dann immer wieder fest, dass wir nicht die einzigen waren, die im Alltag ihre Probleme mit solchen schwierigen, überraschenden Situationen haben. Im Rahmen von Fortbildungen tauchten immer wieder Fragen von Fachkräften auf, die sich auf den Umgang mit schwierigen Alltagssituationen bezogen: Was mache ich, wenn jemand ausgeprägte Zwänge hat? Wie gehe ich damit um, wenn sich jemand für den Geschäftsführer von Apple hält? Was muss ich tun bei Selbstverletzungen? Wie bringe ich jemanden dazu, morgens aufzustehen? Woher weiß ich, ob jemand krank oder einfach nur unmotiviert ist?

Wir haben es selbst als hilfreich erlebt, einen verstehenden Zugang zu solchen schwierigen Alltagssituationen zu entwickeln. Hintergrundwissen über die Borderline-Persönlichkeitsstörung, über Zwänge oder über Psychosen führt dazu, dass viele Verhaltensweisen der Klienten nachvollziehbarer und verständlicher erscheinen. Wir entwickelten einen forschenden, fragenden Zugang: Wie können wir noch mehr über ein bestimmtes Krankheitsbild erfahren, um die Klienten besser verstehen und gezielter unterstützen zu können? Rückblickend wurde uns klar, dass wir manchmal übereilt oder zu häufig mit einer Klinikeinweisung reagiert hatten, weil es uns an Verständnis für die Verhaltensweisen eines Klienten und an Kenntnis spezifischer Bewältigungsmöglichkeiten für die jeweilige Störung

fehlte. Störungsspezifisches Hintergrundwissen zu haben erleben wir heute als Entlastung, da es den Umgang mit den Klienten im Alltag deutlich erleichtert.

Es gibt grundlegendes Wissen über psychische Erkrankungen, das unabhängig von der Art der Diagnose störungsübergreifend anwendbar und hilfreich ist. Dazu gehört das Wissen über die Entstehung psychischer Erkrankungen ebenso wie Informationen darüber, wie diese Erkrankungen bewältigt werden können und welche Faktoren den Verlauf günstig beeinflussen. Klärungsstrategien verhelfen zu Orientierung und Überblick in unübersichtlichen, komplexen Situationen und führen zu einer reflektierten Beziehungsgestaltung und zu wirkungsbewusstem Handeln, unabhängig von der Diagnose oder Art der psychischen Erkrankung. Solche störungsübergreifenden Strategien und Hintergrundinformationen, die im Alltag immer hilfreich sind, haben wir im ersten Teil dieses Buches dargestellt. Daneben ist aber spezifisches Wissen über die verschiedenen Krankheitsbilder erforderlich. Im zweiten Teil dieses Buches haben wir störungsspezifisches Wissen für verschiedene Erkrankungen dargestellt, sodass daraus Strategien für einen verstehenden, störungsspezifischen Umgang und hilfreiche Unterstützungsmöglichkeiten abgeleitet werden können.

Uns ist es ein Anliegen, die innere Logik von verschiedenen psychischen Erkrankungen mitfühlender verstehen zu lernen und mit einem wertschätzenden Blick den Umgang im Alltag zu gestalten. Die Informationen, die wir verwendet haben, stammen überwiegend aus psychotherapeutischen Fachbüchern. Wir empfanden es als Herausforderung, dieses Wissen nutzbar und fruchtbar zu machen für den Umgang im Alltag. Unser Anliegen war es nicht, den alltäglichen Umgang mit psychisch kranken Menschen psychotherapeutisch zu überfrachten oder jeden Alltagskontakt im betreuten Wohnen, am Arbeitsplatz oder im stationären Bereich als therapeutischen Kontext zu definieren. Im Gegenteil: Unser Ziel ist es, dass die Berufsgruppen, für die dieses Buch geschrieben worden ist, mehr Klarheit in ihren jeweiligen beruflichen Rollen und in ihrem beruflichen Handeln erhalten, indem sie Beispiele aus ihrer alltäglichen Berufspraxis hier wiederfinden und Anregungen erhalten. Das Buch richtet sich ganz bewusst nicht an eine bestimmte Berufsgruppe oder einen konkreten Kontext, sondern an alle Fachkräfte, die psychisch kranke Menschen beruflich in Alltagssituationen begleiten. Das können Sozialpädagogen sein, Heilerziehungspfleger, Ergotherapeuten oder Arbeitserzieher,

Pflegekräfte, Gruppenleiter aus Werkstätten, aber auch ehrenamtlich Tätige. Wir haben uns bemüht, sowohl den stationären, klinischen, als auch den gemeindepsychiatrischen, ambulanten oder rehabilitativen Kontext im Blick zu haben und dabei jeweils die Bereiche Wohnen, Arbeit und Unterstützung bei der Alltagsbewältigung und in der Freizeit zu berücksichtigen.

Unser Ziel ist es, psychologisches Wissen über die Entstehung von Störungen nutzbar zu machen für den Umgang mit Betroffenen im Alltag. Störungsspezifisches Wissen soll beispielsweise der Pflegekraft helfen, ihre Arbeit störungssensibler zu verrichten oder der Ergotherapeutin als hilfreiches Werkzeug dienen, um ihre Angebote an die Bedürfnisse und Schwierigkeiten der Klienten anzupassen. Im Vorfeld haben wir die Gefahr gesehen, dass dabei ein »Kochbuch mit Patentrezepten« herauskommt. Aber genau das war nicht unsere Absicht. Es geht nicht darum, alle Menschen mit einer bestimmten Diagnose in der immer gleichen Weise zu behandeln, sondern im Gegenteil jeden Einzelfall aufmerksam, achtsam und um Verständnis bemüht zu betrachten.

Die Kapitel im zweiten Teil des Buches sind deshalb alle so aufgebaut, dass sie zunächst einen Zugang zum Erleben der Betroffenen aus ihrer subjektiven Sicht ermöglichen. Daran schließt sich ein Bezug zum eigenen Erleben der Fachkräfte an. Denn psychische Erkrankungen sind nicht etwas völlig Fremdes, zu dem psychisch gesunde Menschen keinerlei Zugang hätten. Viele Symptome psychischer Erkrankungen sind nur extreme Ausprägungen von Erlebens- und Verhaltensweisen, die jeder Mensch aus seinem Leben kennt. Manches erleben wir nur in extremen Situationen, beispielsweise wenn wir mit Schicksalsschlägen konfrontiert sind. Anderes kennen wir auch aus unserem Alltag. Alles hat im Grunde seinen Sinn und seine Berechtigung und führt erst in extremer Ausprägung zu einer psychischen Erkrankung. Psychisch kranke Menschen zu verstehen ist daher auch durch den Bezug zum eigenen Erleben möglich. Aufbauend auf diesem Selbsterfahrungsbezug werden dann die verschiedenen psychischen Erkrankungen erläutert. Dabei gehen wir sowohl auf das vordergründige Erscheinungsbild ein, das Fachkräften im Alltag zunächst begegnet, als auch auf Erklärungsmodelle, die die Entstehung und den Hintergrund psychischer Erkrankungen beleuchten. Diese Informationen bereiten den Boden für einen verstehenden Zugang, der Grundlage dafür ist, wie man seinen Umgang mit Betroffenen so gestalten kann, dass er als hilfreich erlebt wird. Es werden Anregungen für

Verhaltensweisen und Strategien für Fachkräfte im alltäglichen Umgang dargestellt. Dort wo die medikamentöse Behandlung eine zentrale Rolle spielt, kommt auch die Hilfe durch Medikamente zur Sprache. Wir gehen ebenfalls auf Hilfe zur Selbsthilfe ein, obwohl dieses Buch kein Selbsthilfebuch ist und sich nicht in erster Linie an Betroffene richtet. Es ist aber unserer Einschätzung nach eine wichtige Aufgabe von Fachkräften, Kenntnisse über störungsspezifische Selbsthilfestrategien zu haben, sie bei den Betroffenen anzuregen und Klienten bei der Einübung und Anwendung von Selbsthilfestrategien zu unterstützen.

Einige Materialien, die Sie für die Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen nutzen können, finden Sie auf den Internetseiten www.irre-verstaendlich.de oder auf www.matthias-hammer.de. Die Materialien sind im Text mit einem solchen Verweis ↩ gekennzeichnet. Das Passwort lautet verstehen30.

↪ Download von
verschiedenen Materialien

Während unserer langjährigen Tätigkeit in der Sozialpsychiatrie und der psychiatrischen Rehabilitation wurde uns immer wieder deutlich, welch enorm hohen Stellenwert die alltägliche Begleitung durch kontinuierliche Bezugspersonen für psychisch kranke Menschen hat. Zu Psychotherapeuten und Ärzten besteht meist nur ein sehr punktueller, oft auch nur kurzzeitiger Kontakt. Langfristige, tragfähige Beziehungen und Unterstützungsmöglichkeiten entstehen durch die alltägliche Begleitung durch Fachkräfte der ambulanten Dienste, durch Gruppenleiter in Werkstätten, durch Integrationscoaches, Pflegekräfte oder Ansprechpartnerinnen beim Sozialpsychiatrischen Dienst, durch Wohngruppenbetreuungen oder Mitarbeitende ambulanter Dienste. Unser Anliegen ist es, diese wichtige Arbeit zu unterstützen, indem wir psychotherapeutisches Fachwissen kompakt und verständlich darstellen mit dem Schwerpunkt der Anwendung und Umsetzung in der alltäglichen Zusammenarbeit mit psychisch kranken Menschen. Wir möchten Handwerkszeug liefern, das die Logik psychischer Erkrankungen verständlich macht und im Alltag hilfreich ist. Wir wünschen allen Fachkräften viel Inspiration bei der Lektüre dieses Buches und viel Freude bei ihrer Arbeit.

Depressionen

Eine der häufigsten und bekanntesten psychischen Störungen ist die Depression. Fast jeder Fünfte – jede vierte Frau und jeder achte Mann – ist mindestens einmal im Leben davon betroffen. Depressionen zählen zu den affektiven Störungen. Dies bedeutet, dass in erster Linie das Gefühlsleben betroffen ist.

Depressionen nehmen zu, deshalb sprechen viele bereits von einer Volkskrankheit. Die Mehrzahl der Depressionen wird von den Betroffenen und den Ärzten gar nicht erkannt. Die Depressionen, die erkannt werden, werden dann häufig nicht bzw. unzureichend behandelt. Oft verbirgt sich die Krankheit hinter körperlichen Beschwerden, beispielsweise Schmerzen, Erschöpfung und Herz-Kreislauf-Problemen, was dazu verleitet, wegen dieser Störungen zum Arzt zu gehen. Hinzu kommt, dass es weniger stigmatisierend und in der Gesellschaft eher akzeptiert ist, wegen Schmerzen oder Burn-out in Behandlung zu sein als wegen einer Depression.

Bericht einer Betroffenen

BEISPIEL

Julia sitzt nach vorne gebeugt und in sich zusammengesunken auf dem Stuhl. Ihr Gesicht wirkt wie versteinert. Mit schwacher Stimme sagt sie. »Das hat alles keinen Sinn mehr. ... Ich will nicht mehr leben.« Die Wohnheimmitarbeiterin fragt nach: »Was ist denn passiert? Gestern sprachen wir doch noch über das Praktikum, das Sie heute beginnen wollten?«

Julia klingt verzweifelt: »Ich bin heute Morgen wieder nicht aus dem Bett gekommen. Ich habe es einfach nicht geschafft, mich aufzuraffen. Aber wenn nicht mal das Aufstehen gelingt, wie soll ich dann je wieder arbeiten können? Dann kann ich ja gleich im Bett bleiben. Und wenn ich nicht mehr arbeiten kann, werde ich irgendwann auf der Straße landen. Wenn ich so oder so auf der Straße lande, dann kann ich mir ja gleich die Kugel geben.« ✕

So kann der Einstieg in eine Depressionsspirale aussehen. Ein Misserfolgsereignis kann der Auslöser sein für eine Kette von negativen

Gedanken, Versagensgefühlen und einem Rückzugsverhalten, das noch mehr Zeit und Raum gibt für Grübeleien. Wenn man sich wie Julia in dieser negativen gedanklichen Abwärtsspirale befindet, sieht man die Zukunft immer düsterer. Man hat das Gefühl, nichts daran ändern zu können, und die Welt ist dann ein Platz an dem man hilflos alleingelassen und ausgeliefert ist. Dieses Erleben kann dazu führen, dass der letzte Ausweg darin gesehen wird, sich das Leben zu nehmen. Man fühlt sich in einem Teufelskreis gefangen, aus dem es scheinbar keinen Ausweg mehr gibt.

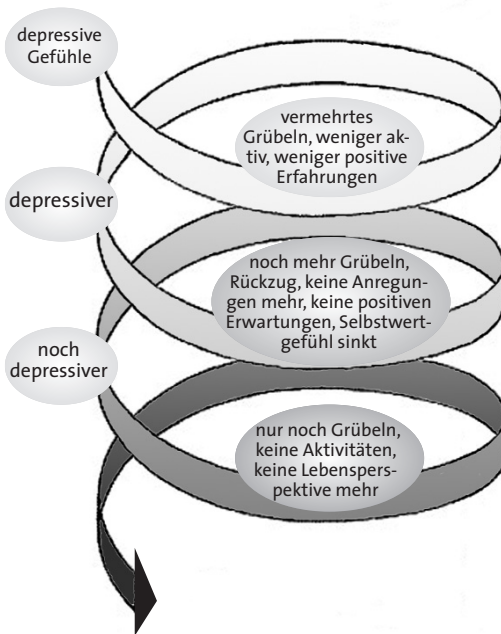


ABBILDUNG 11

Die Depressionsspirale
(nach PITSCHEL-WALZ
2003)

Was wir alle kennen

- » Auch Depressionen erscheinen zunächst einmal als Schutzmechanismus: die Seele entwickelt eine Art Totstellreflex – vergleichbar einem Fluchttier, das sich duckt bis die Gefahr vorbeirauscht. Wenn etwas Schlimmes passiert, das unser Fassungsvermögen übersteigt, wenn Gefühle widersprüchlich werden und nicht mehr zu sortieren sind, wenn wir uns lange anhaltend überfordern/überfordert fühlen, wenn Entscheidungen anstehen, die nicht zu fällen sind, dann kann es notwendig sein, vorübergehend auf Durchzug zu stellen. Wir entwickeln depressive Züge, um uns zu schützen, und brauchen dann Zeit, Ruhe, Geduld, Besinnung, Trost, Hilfe,

Zuspruch ... Problem ist allerdings, dass solche Phasen eine psychische, soziale und auch somatische Eigendynamik entwickeln können. « (BOCK 2010, S. 51)

Ist es nicht normal, nach einem Streit niedergeschlagen zu sein oder wenn man herbe Kritik einstecken musste? Kennen nicht alle Traurigkeit und Schwermut nach einer Trennung oder dem Verlust eines wichtigen Menschen? Fast jede und jeder durchlebte schon einmal Zeiten, in denen man zweifelt, melancholischer die Welt betrachtet und sich schwer tut mit Entscheidungen. Man sieht nur noch Schwierigkeiten und weiß nicht mehr weiter. Man zieht sich ratlos zurück und resigniert.

Gleichzeitig kann der Blick auf die Risiken und Schwierigkeiten zu vorsichtigeren Entscheidungen und weniger Fehlern führen. Wir sehen manche Dinge klarer und realistischer. So verarbeiten wir manche Enttäuschung, die wir vorher nicht wahrnehmen und wahrhaben wollten. Das Gefühl von Trauer hat die Funktion, uns darauf vorzubereiten, uns von wichtigen Dingen oder Menschen zu lösen oder zu verabschieden. Es ist durchaus wahrscheinlich, dass in Zeiten der Neuorientierung auch Phasen der Niedergeschlagenheit und leichtere Formen der Depression auftreten.

Erich KÄSTNER (1988) drückt dies in seinem Gedicht »Traurigkeit, die jeder kennt« so aus:

»Die Trauer kommt und geht ganz ohne Grund und angefüllt ist man mit nichts als Leere.

Man ist nicht krank und ist auch nicht gesund. Es ist als ob der Seele unwohl wäre. «

Wenn wir von einer Depression im Sinne einer Störung sprechen, handelt es sich um ganz ähnliche Gefühle. Allein der Ausprägungsgrad ist intensiver und die Dauer ist länger. Man kann das Erleben von Trauer und Niedergeschlagenheit bis hin zur depressiven Symptomatik auf einer Skala von 1 bis 10 darstellen:

1. Melancholisch, leicht bedrückt.
2. Pessimistischer Blick in die Zukunft.
3. Traurig für einige Stunden.
4. Morgens hat man Anlaufschwierigkeiten.
5. Morgens fällt es einem schwer, aufzustehen. Schlafstörungen, Gedanken und Sorgen führen zu einer gedrückten Stimmung.
6. Traurig für wenige Tage, Rückzug, antriebslos, Alltagsleistungen fallen schwer.
7. Man kann sich schwer an etwas freuen, es fällt schwer, etwas zu unternehmen. Gedankenkreisen und Grübeleien nehmen zu.



Trauer ist eine natürliche Reaktion auf Verlust.



Wo hört Traurigkeit auf und wo beginnt die Depression?

8. Der Zeitraum der Trauer ist länger als eine Woche, Grübeln und Freudlosigkeit nehmen zu.
9. Traurigkeit und Verzweiflung beherrschen den Alltag. Morgens fällt es sehr schwer, den Tag zu beginnen. Es fällt schwer, sich an etwas zu freuen. Das Interesse an den Dingen wird weniger. Frühmorgendliches Erwachen.
10. Klinisch relevantes Erleben einer depressiven Störung

Informationen zur depressiven Störung

Vordergrund

Gestern ist Bernd noch ins Büro gegangen und hat die fällige Lohnabrechnung fertiggestellt. Heute geht nichts mehr. Er beschreibt es so: »Das ist, wie wenn dir jemand den Saft abdreht. Du hast keine Energie mehr, alles ist sinnlos. Du kannst dich zu nichts mehr aufraffen. Alles ist leer und langweilig. Dir ist alles egal.« ✕

Julia hat viele Behandlungsversuche hinter sich. Seit Jahren leidet sie unter Kopf- und Rückenschmerzen, die bis heute nicht besser sind. Sie fühlt sich vor allem morgens wie gerädert. Das Aufstehen fällt ihr schwer, auch wenn sie mehr als zehn Stunden tief geschlafen hat. Appetit hat sie kaum noch. Sie hat in den letzten zwei Jahren fünf Kilo abgenommen. Vieles, woran Julia einmal Freude hatte, ist für sie jetzt gleichgültig und fade. Mit ihrem Freund läuft es auch schon länger schlecht. Sexualität spielt in ihrer Partnerschaft kaum mehr eine Rolle. ✕

Depressive Symptome können sehr vielfältig sein. Sehr häufig kommen körperliche und psychische Symptome gemeinsam vor. Das Gefühl von Niedergeschlagenheit und Hilflosigkeit steht oft im Vordergrund. Vielfach empfinden die Betroffenen eine unendliche Trauer, sind ständig dem Weinen nahe. Andere empfinden gar nichts außer einem Gefühl der Leere. Sie beschreiben sich als innerlich tot und abgestumpft. Einige Menschen in einer Depression haben starke Schuldgefühle, erleben übermächtige Einsamkeit oder eine große Distanz zur Welt um sie herum.

Viele negative Gedanken über die eigene Person kreisen im Kopf (»Ich bin ein Versager«, »Ich werde nie etwas auf die Reihe bekommen«). Depressive Menschen sehen die Zukunft extrem pessimistisch (»Das wird sich nie ändern«, »Alles geht den Bach run-

BEISPIELE



Negative Gefühle



Negative Gedanken

ter«). Sie erachten sich selbst häufig als fehlerhaft, unzulänglich oder krank. Auch positive Erfahrungen interpretieren sie negativ. Überall sind Niederlagen und Enttäuschungen zu verkraften. Alltägliche Probleme werden zu riesigen, unüberwindlichen Bergen und wahrscheinlichen Katastrophen.

Das Denken ist verlangsamt, die Konzentration beeinträchtigt durch Grübeleien. Ideen der Ausweglosigkeit und Sinnlosigkeit des eigenen Lebens gipfeln nicht selten in Suizidgedanken.



Körperliche Symptome

Häufig empfinden Betroffene eine innere Unruhe, sind angespannt und reizbar. Sie fühlen sich erschöpft, müde und energielos. Menschen in einer Depression können extrem wetterfühliger sein und dann unter Kopf- und Gliederschmerzen leiden. Trotz großer Müdigkeit treten Schlafstörungen auf. Zudem kann es mitunter zu vegetativen Beschwerden, wie Druckgefühle im Kopf, Magenbeschwerden oder Verdauungsstörungen kommen. Bei manchen Menschen stehen die körperlichen Beschwerden bei einer Depression im Vordergrund. Dann kann es schwierig sein, die Depression als solche zu erkennen.



Motivation und Verhalten

Folge der bislang beschriebenen Beschwerden kann eine Lähmung des Willens sein. Depressive Menschen gehen davon aus, dass alles schief geht und dass sie die Anforderungen nicht bewältigen können. Statt darauf zu hoffen, dass eine Sache gelingt, überwiegt die Angst vor dem Scheitern. Betroffene können sich nur sehr schwer zu Dingen aufraffen. Sie ziehen sich zurück, vermeiden jegliche Konfrontation mit dem Leben und fühlen sich überfordert. Alltägliche Aufgaben – dies kann schon die morgendliche Dusche sein – werden immer weiter aufgeschoben.

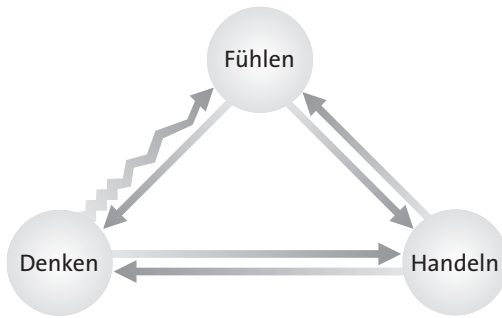
↳ Depressionsspirale
siehe S. 81

Gefühle, Gedanken und Verhalten können sich gegenseitig verstärken und negativ beeinflussen. Diese Dynamik führt zu einem Teufelskreis ↻, den man sich so vorstellen kann: Durch meine negative Sicht der Dinge ziehe ich mich eher zurück. Wenn ich nur noch zu Hause bleibe, habe ich keine Gelegenheit, Erfolge zu erleben oder positive Erfahrungen zu machen. Daraufhin fühle ich mich noch schlechter (siehe auch Abbildung 12).

Diagnostik und Häufigkeit

Die Depression ist ein emotionaler Zustand, der sich in einer niedergeschlagenen Stimmung, Antriebsschwäche oder dem Verlust von Freude und Interesse äußert. Nach ICD-10 ↻ werden depressive Episoden unterteilt in leichte, mittelgradige und schwere For-

↳ ICD-10
siehe S. 57

**ABBILDUNG 12**

Fühlen, Denken und Handeln beeinflussen sich gegenseitig (nach PITSCHSEL-WALZ 2003)

men. Bei den schweren Episoden werden jene mit zusätzlichen psychotischen Symptomen noch einmal gesondert betrachtet.

Bei allen Formen sollten die Symptome mindestens zwei Wochen andauern. Zusätzlich muss man ausschließen können, dass sie sich auf psychotrope Substanzen wie Drogen oder Medikamente oder eine organische Erkrankung zurückführen lassen. Darüber hinaus darf keine manische \leftrightarrow oder hypomanische \leftrightarrow Episode der Depression vorausgegangen sein.

Nach ICD-10 liegen bei leichter und mittelgradiger Depression mindestens zwei und bei schweren Episoden alle drei der folgenden Symptome vor:

- ungewöhnlich depressive Stimmung über die meiste Zeit des Tages und fast täglich, unabhängig von äußeren Umständen;
- Verlust von Freude oder Interesse an angenehmen Aktivitäten;
- Antriebsminderung oder erhöhte Ermüdbarkeit.

Zusätzlich müssen bei einer leichten Episode ein bis vier, bei einer mittelgradigen bis zu sechs und bei einer schweren Episode alle der folgenden Symptome vorkommen:

- Verlust von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl;
- unbegründete Selbstvorwürfe und unangebrachte Schuldgefühle;
- wiederholte Gedanken an den Tod oder an Suizid;
- Denk- und Konzentrationsstörungen oder Unentschlossenheit;
- psychomotorische Unruhe oder Hemmung;
- Schlafstörungen;
- Verlust oder Steigerung des Appetits, was zu Gewichtsveränderungen führt.

Weltweit erkranken pro Jahr zwischen 5 und 7 Prozent der Bevölkerung an einer Depression. In Zeiten wirtschaftlicher Krisen erkranken sogar noch mehr Menschen. Im Durchschnitt durchleben 16 Prozent aller Menschen einmal im Laufe ihres Lebens eine



Die Symptome müssen mindestens zwei Wochen anhalten.

\rightarrow Manie siehe S. 102 ff.

\rightarrow Hypomanie siehe S. 108



Die Depression gehört zu den häufigsten psychischen Störungen.

depressive Episode. Bei Frauen tritt die Depression etwa zwei- bis dreimal so häufig auf wie bei Männern. Außerdem findet sich die Störung öfter in niedrigen sozialen Schichten. Die meisten Menschen erkranken im Alter von 25 bis 30 Jahren zum ersten Mal. Bei etwa 80 Prozent der Betroffenen bleibt es nicht bei einer einzigen depressiven Episode, sie erkranken wiederholt. Depressive Episoden gehen zwar auch unbehandelt vorüber, aber sie können mehr als ein halbes Jahr andauern und die Betroffenen schwer beeinträchtigen. Zudem ist die Suizidgefahr \llcorner in depressiven Phasen erhöht. Als Begleiterkrankungen finden sich häufig Angststörungen, Substanzmissbrauch, sexuelle Funktionsstörungen und Persönlichkeitsstörungen.

\llcorner Umgang mit suizidalen Krisen siehe S. 236

Innerhalb eines Jahres lässt sich nur circa die Hälfte aller depressiv erkrankten Menschen in Deutschland wegen ihrer Symptomatik behandeln (JACOBI u. a. 2004). Wenn in den ersten Wochen nach der Entbindung bei Frauen eine Depression auftritt, spricht man von einer postpartalen Depression. Treten depressive Symptome saisonabhängig, vor allem im Winter auf, hängt das häufig mit den kürzeren Tageslichtphasen zusammen. Dies führt zu einer Verringerung der Serotoninaktivität \llcorner .

\llcorner Biologische Erklärungsansätze siehe S. 87f.



Chronische Depressionen sind sehr belastend für die Betroffenen und nur schwer behandelbar.

Ungefähr 5 bis 20 Prozent der Erkrankungen (HOLMA u. a. 2008) nehmen einen chronischen Verlauf. Als chronisch bezeichnet man eine Depression, wenn die Symptome länger als zwei Jahre anhalten. Wenn Patienten an einer sehr schweren Depression erkranken oder wenn sie zusätzlich eine Persönlichkeitsstörung haben, ist es wahrscheinlicher, dass die Depression chronisch wird. Man geht auch davon aus, dass es bei Menschen mit einer chronischen Depression bestimmte Besonderheiten gibt – im Denken und in der Art zu Kommunizieren (nach AROLT & KERSTING 2010):

Sie denken häufig in Schubladen, Zwischentöne gibt es nicht. Dinge sind entweder gut oder schlecht und niemals beides zugleich. Ihre Ansichten lassen sich kaum durch Argumente anderer beeinflussen. Darum werden Menschen mit einer chronischen Depression häufig als engstirnig oder rechthaberisch wahrgenommen.

Im Gespräch mit anderen neigen sie zu Monologen und begleiten ihre Aussage nur wenig durch Mimik und Gestik. Sich in andere hineinzusetzen, fällt ihnen sehr schwer. Wenn sie in Stress geraten, haben sie häufig nur wenig Kontrolle über ihre Gefühle.

Hintergründe

Warum manche Menschen depressive Störungen entwickeln und andere nicht, erklärt das Verletzlichkeits-Stress-Modell \Leftarrow .

Depressive Phasen werden häufig durch belastende Lebensereignisse (z. B. Trennung, Verlust, Tod eines Angehörigen) oder durch Stress und Überforderung am Arbeitsplatz oder in der Familie ausgelöst. Das Gefühl, hilflos und überfordert zu sein, kann vorübergehend sein und wieder abklingen. Es kann aber auch andauern und in eine depressive Krise münden. Dies ist vor allem bei Menschen der Fall, die über eine Verletzlichkeit für eine depressive Erkrankung verfügen. Bei manchen Menschen genügt bereits eine geringe äußere Belastung, um depressive Symptome hervorzurufen.

Das heißt, das Zusammentreffen einer spezifischen Verletzlichkeit mit Stress führt zu depressiven Symptomen.

\Leftarrow siehe S. 15 ff.



Belastende Lebensereignisse und Stress spielen eine Rolle.

Biologische Erklärungsansätze

Aus Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien weiß man, dass Angehörige von depressiven Menschen ein etwa doppelt so hohes Erkrankungsrisiko haben wie Menschen ohne betroffene Verwandte. Etwa 15 bis 20 Prozent von ihnen erkranken selbst. Dies bedeutet, dass Depressionen - wie die meisten psychischen Störungen - nicht direkt vererbt, aber durch Gene mitbeeinflusst werden.

Während bei der Psychose von einer erhöhten Neurotransmitterkonzentration \Leftarrow ausgegangen wird, nimmt man bei Depressionen einen zu niedrigen Spiegel an. Allerdings sind bei der Depression zwei ganz andere Neurotransmitter betroffen. Die Annahme ist zum einen, dass der Neurotransmitter Noradrenalin in zu geringer Konzentration im synaptischen Spalt vorhanden ist, zum anderen weiß man von einem Zusammenhang zwischen niedrigem Serotoninspiegel und depressiven Symptomen.

Entsprechend wirken sich Antidepressiva besonders auf die Neurotransmitter Serotonin und Noradrenalin aus. Man nennt sie deshalb selektive Serotonin- bzw. Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer.

Ein weiterer biologischer Erklärungsansatz geht davon aus, dass eine chronische Stressreaktion abläuft. Dafür spricht, dass von Depression Betroffene eine erhöhte Konzentration des Hormons Kortisol im Blut haben. Kortisol wird bei jedem Menschen, der unter Stress steht, ausgeschüttet. Aber nur bei dauerhaft Gestress-

\Leftarrow Gehirnstoffwechsel
siehe auch S. 61



Depressionen als Reaktion auf chronischen Stress.



Veränderungen im Gehirn spielen eine Rolle.

ten kann der Körper das Kortisol nicht mehr schnell abbauen. Der erhöhte Kortisolspiegel hat zur Folge, dass weniger spezielle Rezeptoren für den Neurotransmitter Serotonin vorhanden sind und die Funktion der Noradrenalinrezeptoren beeinträchtigt ist.

Bei einer Reihe von depressiven Patienten wurden Veränderungen im Gehirn festgestellt.

Der Bereich des Gehirns, der direkt hinter der Stirn liegt, ist auf der linken Seite weniger aktiv. Dies führt zu einer Dominanz der rechten Hirnhälfte, wo negative Emotionen angesiedelt und damit überrepräsentiert sind.

Die Amygdala, ein Bereich im Gehirn, den man auch Mandelkern nennt, ist stärker aktiv und größer als bei nicht-depressiven Menschen. Dadurch werden negative Gefühle zum einen verstärkt und zum anderen leichter ausgelöst.

Der Hippocampus kann verkleinert sein – ein Bereich im Gehirn, der wichtig ist für Denken und Gedächtnis. Dies kann eine mögliche Erklärung für die verminderte Leistungsfähigkeit im Denken bei Menschen in einer Depression sein. Man spricht auch von einer depressiven Pseudodemenz, die sich nach Abklingen der Depression aber wieder zurückbildet.

Ob die Veränderungen im Gehirn eine Folge der Depression oder ob sie Ursache für Depressionen sind, konnte bislang noch nicht geklärt werden.

Psychologische und soziale Erklärungsansätze



Die kognitive Theorie von BECK: Menschen mit Depressionen haben eine negative Sicht von sich selbst, der Welt und der Zukunft.

Der Psychotherapeut und Forscher Aaron BECK (BECK u. a. 2001) geht davon aus, dass Betroffene in ihrer Kindheit und Jugend negative Lebenserfahrungen gemacht haben, wie z. B. den Verlust eines Elternteils oder die Zurückweisung durch Gleichaltrige. Diese negativen Erfahrungen führen zu negativen Grundüberzeugungen, die Beck Schemata nennt. Beispiele für negative Schemata sind die Überzeugung, immer perfekt sein zu müssen oder nicht liebenswert zu sein. Situationen in der Gegenwart, die an diese negativen Erfahrungen erinnern, aktivieren dann die negativen Grundüberzeugungen. Ein innerer Film läuft ab, sodass die Realität verzerrt wahrgenommen wird. Es kommt zu falschen Interpretationen und Fehlschlüssen. In der Regel führen die Fehlschlüsse zu einer Bestätigung und Verfestigung der negativen Überzeugungen.

Beck spricht von einer kognitiven Triade, die die Wahrnehmung von depressiven Menschen prägt. Die **kognitive Triade** umfasst

- eine negative Sicht von sich selbst, z. B. »Ich bin nichts wert«;
- eine negative Sicht der persönlichen Umwelt, z. B. »Keiner liebt mich und keiner unterstützt mich«;
- eine negative Sicht der Zukunft, z. B. »Das hat alles keinen Zweck, es wird sich so oder so nichts ändern«.

In vielen Untersuchungen zeigte sich, dass das Denken depressiver Menschen verzerrt ist. Menschen mit negativen Einstellungen bzw. Grundüberzeugungen neigen eher zu depressiven Symptomen, wenn sie negative Erfahrungen machen müssen.

SELIGMAN & ROCKSTROH (2000) entwickeln eine weitere Theorie zur Erklärung, wie Depressionen entstehen. Sie gehen davon aus, dass Menschen, wenn sie unangenehme Erfahrungen machen, die sie nicht kontrollieren können, eine Überzeugung der Hilflosigkeit entwickeln. Diese Überzeugung führt zu passivem Verhalten und längerfristig zu Depression. ABRAMSON u. a. (1989) erweitern diesen Ansatz um die Ursachenzuschreibungen, die sogenannten Attributionen. Menschen haben die Angewohnheit nach Ursachen für Ereignisse zu suchen. Dabei fanden ABRAMSON u. a. (1989) heraus, dass es einen »depressiven« Attributionstil gibt, der immer wieder zu einem Gefühl der Hilflosigkeit führt.

Nehmen wir an, jemand mit einem »depressiven« Attributionstil verliert einen Schlüssel. Die Person sucht die Schuld bei sich selbst (internal), hält sich vor, immer wieder Dinge zu verlieren (stabil) und sich selbst allgemein für zu dumm (global), um auf die eigenen Sachen aufzupassen. Diese Erklärungen machen sie hilflos, hoffnungslos und führen zu depressiven Gefühlen.

Nicht-depressive Menschen hingegen erklären sich den Verlust anders. Sie denken, dass ausgerechnet heute dieses Missgeschick passiert ist (instabil), weil man Ärger mit einem Kollegen hatte und somit eigentlich der Kollege mindestens genau so viel Schuld hat (external). Nur wegen des Streits mussten sie sich ja so aufregen, ansonsten sind sie gar nicht so unachtsam (spezifisch). Sie erklären sich Missgeschicke viel flexibler, abhängig von der jeweiligen Situation. Misserfolge werden deshalb auch eher äußeren Ursachen zugeschrieben und nicht der eigenen Person angelastet. Es kommt schon mal vor, dass nicht-depressive Menschen sich selbst die Schuld für Misserfolge geben, jedoch bei Weitem nicht immer.

Viele Studien haben gezeigt, dass Menschen, die sozial isoliert sind oder denen soziale Unterstützung fehlt, eine höhere Vulnerabilität für Depressionen aufweisen. Depressive Menschen haben kleinere und weniger unterstützende soziale Netzwerke, d. h. weniger Kon-



Unkontrollierbare negative Erfahrungen führen zu einem Gefühl der Hilf- und Hoffnungslosigkeit.



Wer sich selbst die Ursache für Misserfolge zuschreibt, fühlt sich schnell hilf- und hoffnungslos.



Depressive Menschen erleben weniger soziale Unterstützung und haben wenig Übung im Umgang mit anderen.

takte und weniger enge Freunde. Wiederholt wurde festgestellt, dass depressive Menschen über geringere soziale Fertigkeiten verfügen, also unsicher sind im Umgang mit anderen. In Kombination mit einem negativen Selbstbild kann das zu Irritationen bei anderen führen. Depressive Menschen klagen häufiger, sie hätten wegen ihrer schlechten Stimmung eine negative Ausstrahlung. Sie fühlen sich in sozialen Situationen unsicherer und verlangen, dass andere ihnen mit Sympathie begegnen und sie unterstützen. Dies kann zu Zurückweisungen führen, beispielsweise dazu, dass andere lieber nicht mit ihnen befreundet sein möchten.

Was hilft im Alltag?

Hilfreicher Umgang

Stellvertretende Hoffnung



Versuchen Sie an Ihre Klienten zu glauben!

Betroffene sehen häufig keine Perspektiven. Für sie erscheint vieles sinnlos und leer. Sie müssen das Leben erst wieder neu entdecken. So lange dies noch nicht geht, benötigen sie Menschen an ihrer Seite, die stellvertretend Hoffnung haben, die stellvertretend Sinn im Leben der Klienten sehen. Diese Hoffnung muss nicht immer verbal ausgedrückt werden, aber als professioneller Helfer sollte man sich diese positive Unterstellung der Hoffnung immer wieder aktiv in Erinnerung rufen. Viele Betroffene berichten nach einer schweren Krankheitsphase, dass ihnen geholfen hat, dass jemand an sie geglaubt hat, dass es Menschen in ihrer nächsten Nähe gab, die positive Erwartungen und Hoffnungen in sie gesetzt haben. Deshalb ist eine der wichtigsten therapeutischen Haltungen die der Hoffnung und der bewussten positiven Unterstellung, dass der Klient seinen eigenen Weg finden wird und dass es Auswege aus der Krise gibt.

Geduld

Depressive Menschen haben eine große Schwierigkeit: Sie haben »das Wollen verlernt«. Der Zugang zum eigenen Willen ist verschüttet, sodass einfachste Handlungen und die Bewältigung des Alltags massiv beeinträchtigt sind. Dies kann sogar so weit gehen, dass der Lebenswille gelähmt ist. Für das Umfeld der Betroffenen kann dies sehr frustrierend sein. Manchmal werden Menschen in

einer Depression heftige Vorwürfe gemacht. Dahinter steckt in der Regel die Frage: Kann der Betroffene nicht oder will er nicht? Handelt es sich um Krankheit oder Charakterschwäche? Das Nicht-Wollen-Können ist für Außenstehende nur schwer nachvollziehbar, da für uns eine willensgesteuerte Lebensgestaltung so selbstverständlich ist. Deshalb werden häufig von Familienangehörigen oder Fachkräften Forderungen formuliert, der Betroffene wird gedrängt, sich zu verändern. Insbesondere wenn akute Symptome vorliegen, ist es Menschen mit Depressionen nicht möglich, die Forderungen zu erfüllen. Im Gegenteil, das Nicht-Erfüllen-Können wird zu einem weiteren Misserfolg und kann so zu einer Verstärkung der Symptome führen.

Deshalb benötigen Mitarbeitende viel Geduld und eine hohe Sensibilität dafür, was für Betroffene zum jeweiligen Zeitpunkt möglich ist und was nicht. Für welche Themen und Aktivitäten sind Betroffene ansprechbar und aktivierbar?

Im Gespräch: die Aufmerksamkeit auf Konkretes lenken

Viele Menschen mit Depressionen nehmen die Welt durch eine Negativ-Brille wahr, die guten Dinge zählen nicht. Das Glas ist nicht halb voll, sondern halb leer. Die Welt besteht nicht aus Chancen und Möglichkeiten, sondern aus Sorgen, Katastrophen und Gefahren. Alles erscheint mühselig und jede Alltagsanforderung wird zu einem unüberwindlichen Berg. Aus dieser Perspektive können wohlgemeinte, positiv formulierte Anregungen häufig nicht angenommen werden. Ratschläge werden dann von den Betroffenen eher als weitere Tiefschläge empfunden. Sie sehen sie als zusätzlichen Beleg dafür, dass niemand wirklich verstehen kann, wie schlecht es ihnen geht.

Häufig fällt es Menschen in einer Depression leichter, sich auf konkrete Aufgaben zu konzentrieren oder über eine bestimmte Aktivität zu berichten, als über die allgemeine Befindlichkeit zu sprechen. Die allgemeine Frage »Wie geht es Ihnen heute?« kann dazu verführen, dass der Klient zum wiederholten Male alle Gründe aufzählt, warum es ihm heute so schlecht geht.

Für Gespräche mit depressiven Klienten kann es hilfreich sein, eine Tagesordnung zu erstellen: »Welche Themen haben wir heute zu besprechen?« Die Themen werden gemeinsam gesammelt und für beide Gesprächspartner sichtbar auf einem Blatt notiert. Außer in akuten Krisensituationen kann eine Tagesordnung eine hilfreiche



Wollen und Wünschen werden wieder möglich, wenn die akuten Symptome zurückgetreten sind.



Versuchen Sie, Klienten für eine aktive Mitarbeit zu gewinnen, auch wenn es ihnen gerade schlecht geht.

Struktur für die Besprechungen sein. Sie lenkt das Gespräch auf konkrete Themen und möglicherweise konkrete Pläne, Handlungen oder Berichte von bestimmten Aktivitäten oder Erlebnisse. Dabei sollten möglichst konkrete Ziele und Tätigkeiten vereinbart werden. Das können Aufgaben zur Alltagsbewältigung oder für die Freizeitgestaltung sein. Allerdings sollte die Tagesordnung unbedingt die Bedürfnisse des Klienten berücksichtigen.

Es kann hilfreich sein, dass die Fachkraft ein kurzes Fazit zu jedem Thema zieht. Außerdem ist gut, wenn der Klient am Ende des Gespräches noch einmal die wesentlichen Ergebnisse kurz zusammenfasst.

Ziele und Hindernisse besprechen

Den Weg zum Ziel kann man vergleichen mit einem Bergwanderer, der sich vorgenommen hat, einen Gipfel zu besteigen. Wenn der Bergsteiger morgens hoch motiviert einfach los rennt, ist es eher unwahrscheinlich, dass er den Gipfel erreicht. Er hat das Ziel und das Erreichen des Gipfels vor Augen, aber der Bergwanderer hat mögliche Schwierigkeiten nicht berücksichtigt, z. B. dass er unterwegs hungrig oder durstig wird, dass er einen Sonnenschutz und die richtige Kleidung benötigt. Hat der Wanderer sich erkundigt, wie das Wetter an diesem Tag in den Bergen sein wird? Hat er eine Wanderkarte dabei? Wenn der Wanderer sein Ziel erreichen möchte, ist es sinnvoll, mögliche Hindernisse zu berücksichtigen und darauf vorbereitet zu sein, also einen Rucksack zu packen mit einem Vesper und einer Flasche Wasser. Sonnen-, Regenschutz, eine Wanderkarte etc. mitzunehmen.



Verlieren Sie das Ziel nicht aus den Augen, aber achten Sie auch auf die Hürden, die genommen werden müssen.

Depressive Klienten sind einerseits gut darin, Schwierigkeiten vorherzusehen, andererseits sehen sie oft nur noch Hürden und verlieren dann ihre Ziele aus den Augen. Dies hat zur Folge, dass sie gelähmt sind, sich überfordert fühlen und am liebsten untätig im Bett oder auf dem Sofa bleiben. Sie schaffen es dann nicht mehr, die Motivation aufzubringen, etwas zu unternehmen. Deshalb ist es besonders wichtig, Zugang zu den Zielen von Klienten zu finden und anschließend die Ziele in Verbindung mit möglichen Schwierigkeiten zu bringen. Wenn ein Klient beispielsweise das Ziel formuliert, dass er wieder selbständig in seiner Wohnung leben möchte, so besteht häufig die Schwierigkeit, dass die Miete finanziert, die Wäsche gewaschen, das Essen eingekauft, die Wohnung in Ordnung gehalten werden muss etc.

Durch attraktive und wertgeschätzte Ziele können Klienten gelockt werden, sich wieder Schritt für Schritt zu engagieren. Dabei ist es sinnvoll und vorausschauend, mögliche Schwierigkeiten zu benennen. Es ist aber problematisch, gedanklich bei den Schwierigkeiten haften zu bleiben.

Die Ziele können in den Bereichen Gesundheit, Arbeit, Wohnen, Freizeit, soziale Kontakte oder auch in einem ganz anderen Bereich liegen. Nachdem ein Klient konkrete Ziele in einem Bereich genannt hat, können Ideen und konkrete Schritte zur Zielerreichung besprochen werden. Erst danach werden mögliche auftretende Schwierigkeiten thematisiert.

Lenken Sie die Aufmerksamkeit auf das Hier und Jetzt

Bei den Gesprächen und Begegnungen mit Klienten ist häufig nicht entscheidend, was getan oder geredet wird. Entscheidend ist, wie der Betroffene beteiligt ist. Wenn er eher passiv und grüblerisch wirkt, wenig beteiligt ist, dann ist es sehr wahrscheinlich, dass er wenig von dem miterlebt, was gerade gesprochen oder getan wird. Deshalb ist es wichtig, die Aufmerksamkeit des Klienten zu wecken: »Wo sind Sie gerade in Gedanken? Interessiert Sie das, was wir gerade besprechen, nicht? Ist für Sie zurzeit etwas anderes wichtig?« Es geht darum, den Klienten zu ermutigen, sich zu beteiligen und wenn er ein Anliegen oder ein bestimmtes Interesse hat, dieses aktiv einzubringen. Das kennen wir alle: Am meisten engagieren wir uns, wenn wir ein persönliches Interesse haben. Dies gilt auch für Menschen in einer Depression.

Depressive Kommunikation: Umgang mit Klagen

Die Kommunikation von Menschen mit Depressionen ist häufig geprägt von anhaltendem Klagen.

»Ich bin abgeschoben an meinem Arbeitsplatz. Aber ich habe es ja auch nicht anders verdient. Mir geht es so schlecht dort, aber ich habe keine andere Chance. Daran wird sich nichts mehr ändern. Das ist alles so sinnlos, weil es so oder so zu nichts führt ...« ✕

Ganz oft hört man dieselben Klagen immer wieder. Die Betroffene stecken fest in der eigenen Hilflosigkeit. Als Fachkraft kann man sich von dieser Hoffnungslosigkeit leicht anstecken lassen, vor allem wenn man beginnt, Vorschläge zu machen und mögliche

BEISPIEL



Lassen Sie sich nicht von der Hoffnungslosigkeit anstecken.

Schritte empfiehlt. Depressive Klienten fühlen sich dann mitunter herausgefordert, bieten alles auf, um deutlich zu machen, dass wirklich nichts geht und alles sinnlos ist.

Für Fachkräfte kann hilfreich sein, sich daran zu erinnern, dass Klagen ein Ausdruck von Verzweiflung sein können. Es kann notwendig, entlastend und ein echtes Bedürfnis sein, über die Verzweiflung, die Sorgen und negativen Gefühle zu reden. Viele Klienten wollen in diesen Momenten gar keine professionellen Ratschläge oder »Besserwissereien« hören, sie wollen einfach ihr Leid, ihren Ärger und ihre Hilflosigkeit aussprechen. Gleichzeitig ist es sinnvoll, dies zu begrenzen und auf eigene Ressourcen zu verweisen.

BEISPIEL

»Wie ist es Ihnen in der Vergangenheit gelungen, wieder aktiv zu werden? Was haben Sie dann getan?« ✕



Vertrauen Sie
auf Veränderung.

Man kann fragen, welche Erwartung der Klient hat oder welche Unterstützung er sich von einem wünscht. Manche Klienten äußern dann, dass sie einfach ihre Sichtweise aussprechen und gehört werden wollen. In der Arbeit mit depressiven Klienten kann es Phasen geben, in denen tatsächlich kaum eine Veränderung möglich ist. Es fühlt sich so an, als ob man niemals weiter kommt – Stillstand – die Zeit bleibt stehen, nichts passiert. Menschen in einer Depression haben in diesen Phasen die Überzeugung, dass dies immer so bleiben wird und sie sich nicht verändern können. Wichtig für Fachkräfte ist, sich zu verdeutlichen, dass diese Überzeugung ein Teil der depressiven Perspektive ist. Phasen des Feststeckens lösen sich wieder auf und das Leben fließt weiter. Veränderungen geschehen allerdings nach den eigenen zeitlichen Rhythmen der Betroffenen.

Wenn Klienten von Ihnen abhängig erscheinen

Manche Klienten idealisieren Mitarbeitende, sobald sie Vertrauen gefasst haben. Sie wollen dann von der Fachkraft Empfehlungen und Unterstützungsangebote, die sie jedoch wenig oder nur in deren Gegenwart umsetzen. Der Mitarbeitende kann sich dabei zunächst sehr wohlfühlen, weil er den Eindruck gewinnt, mit einem kooperativen Klienten zu arbeiten. Wenn jedoch deutlich wird, dass es dem Klienten vor allem um den Kontakt geht, der Kontakt eher bedrängend wird und das Unterstützungsangebot sich als wirkungslos erweist, nehmen Hilflosigkeit und Ärger seitens des Mitarbeiters zu.

Es ist wichtig, dieses Bindungsbedürfnis und die darüber hinausgehenden Abhängigkeitswünsche des Klienten zu erkennen und zunächst so anzunehmen. Gleichzeitig ist es wichtig, sie zu begrenzen und immer wieder die Verantwortung an die Klienten zurückzugeben.

- »Was glauben Sie, was jetzt für Sie richtig wäre?«
- »Was haben Sie in der Vergangenheit in solchen Situationen getan? Was hat Ihnen da gut getan oder geholfen?« ✕



Akzeptieren Sie
zunächst den Wunsch
nach Nähe.

BEISPIELE

Medikamentöse Therapie

Zur Behandlung von depressiven Störungen werden seit Jahrzehnten Antidepressiva eingesetzt. Deren Wirksamkeit konnte in verschiedenen Studien nachgewiesen werden. Antidepressiva unterstützen den Körper darin, mit dem Mangel an Botenstoffen besser klarzukommen. Sie helfen nicht nur dabei, die Stimmung aufzuhellen, sondern können alle im Kapitel Vordergrund (siehe S. 83 ff.) genannten Symptome beeinflussen: Durch die Einnahme kann es Betroffenen wieder leichterfallen, sich über Dinge zu freuen, oder sie schaffen es mitunter eher, sich zur Teilnahme am Leben um sie herum zu motivieren. Antidepressiva werden im Rahmen der fachärztlichen Behandlung verordnet. Es gibt verschiedene Wirkstoffe und Substanzklassen. Sie unterscheiden sich vor allem hinsichtlich der erwünschten Wirkungen und möglichen Nebenwirkungen. Je nach Schweregrad der Erkrankung, den vorrangigen Symptomen und der Verträglichkeit werden unterschiedliche Antidepressiva verordnet. Fachkräfte, die ihre Klienten bei der Medikamenteneinnahme unterstützen, finden in dem Ratgeber »Umgang mit Psychopharmaka« von GREVE u.a. (2012) leicht verständliche Informationen zur Handhabung, zu unerwünschten Nebenwirkungen und Wechselwirkungen und worauf bei der Einnahme geachtet werden sollte.

Antidepressiva sind nicht bei allen Betroffenen gleich gut wirksam. Die Einnahme von Antidepressiva sollte durch psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen oder eine Psychotherapie ergänzt werden. Für Betroffene kann der Hinweis nützlich sein, dass kein Antidepressivum süchtig macht. Wenn Antidepressiva neu ange setzt und eingenommen werden, ist außerdem wichtig zu wissen, dass deren Wirkung erst nach einigen Wochen eintritt.

Suizidprävention: Auf Anzeichen für Selbstmordpläne achten!

Suizid kommt besonders häufig bei Menschen vor, die an einer Depression leiden, etwa 15 bis 20 Prozent der Erkrankten töten sich selbst. Man könnte also sagen, dass eine Depression eine tödliche Erkrankung sein kann. Suizid ist eine ständige Gefahr bei depressiven Störungen. Daher sollten Suizidgedanken oder Suizidversuche kein Tabu sein und die Einschätzung der Suizidgefahr durch professionelle Helfer ist unerlässlich.

Wenn depressive Menschen ihre Suizidgedanken äußern, kann das auch als Hilferuf verstanden werden. Deshalb sollte ein offener Umgang mit Suizidgedanken \Leftrightarrow möglich sein. Die Äußerungen sollten als Frühwarnzeichen (PITSCHEL-WALZ u. a. 2003, S. 142) verstanden werden und machen eine Krisenintervention erforderlich.

\Rightarrow Umgang mit suizidalen Krisen siehe S. 236 ff.



Warnzeichen für
suizidale Krisen

Menschen, die nicht mehr leben möchten, sprechen vermehrt über ihre Hoffnungslosigkeit, ihren Lebensüberdruß und ihre Suizidgedanken oder -pläne.

Es kommt vor, dass sie sich plötzlich sehr riskant oder selbstzerstörerisch verhalten.

Manche verschenken wichtige persönliche Gegenstände oder beginnen urplötzlich wichtige Angelegenheiten zu regeln.

Bei einigen steigt der Alkohol- oder Drogenkonsum.

Andere ziehen sich von der Familie, Freunden und gewohnten Aktivitäten zurück oder ändern auf sonstige Art ganz unvermittelt ihr Verhalten.

Mitunter identifizieren sich Menschen in einer suizidalen Krise mit Personen, die Suizid begangen haben und sagen Dinge wie »Der hat es geschafft!« oder »Die ist ihre Sorgen los«.



Betroffene mit
konkreten Suizidplänen
benötigen unverzüglich
professionelle Hilfe.

Mitarbeiter sollten keinesfalls die Verantwortung für einen Betroffenen übernehmen und eine Art Überwachung vornehmen, damit er sich nichts antun kann. Sie sollten sich auch nicht scheuen, den Betroffenen in psychiatrische Behandlung bzw. in eine Klinik zu bringen. Mitunter muss vorübergehend eine sichere Situation, z. B. durch einen Klinikaufenthalt, hergestellt werden.

\Rightarrow Krisenplan
siehe S. 75 ff.

Auch depressive Klienten können Krisenpläne \Leftrightarrow nutzen. Frühwarnzeichen für eine depressive Episode sind in der Regel Grübeleien, Rückzug, Apathie, etc. Diese Symptome sind für Betroffene zum Teil schwer zu erkennen, da sie in mehr oder weniger schwe-

rer Ausprägung kontinuierlich unter diesen Symptomen leiden. Menschen mit Depressionen sollten vor allem lernen, sich schnell Unterstützung zu suchen, da es immer schwieriger wird, aktiv zu sein und Unterstützung einzufordern, je weiter die Depression voranschreitet.

Hilfe zur Selbsthilfe

Psychoedukation: Wissen über die eigene Erkrankung

Informationen darüber, wie depressive Störungen entstehen und wie man ihnen begegnen kann, können betroffenen Menschen helfen, sich von ihrem Gefühl der Ausweglosigkeit und Hilflosigkeit zu befreien und den depressiven Teufelskreis zu durchbrechen.

Die Informationen können in Einzel- oder Gruppengesprächen sowie durch Selbsthilfebücher \leftarrow erworben werden. Neben der Selbsthilfe sind Symptome, Erklärungsmodelle, medikamentöse und andere Therapieformen Inhalte der Psychoedukation \leftarrow .

\leftarrow Literaturtipps siehe S. 257 ff.

\leftarrow Psychoedukation siehe S. 78 f.

Positives Erleben fördern

Bei nahezu allen therapeutischen Ansätzen zur Bewältigung depressiver Symptome steht die Vermittlung positiver Erlebnisse und Gefühle im Vordergrund. Gefühle direkt zu beeinflussen und dann auch noch depressive Gefühle, ist ziemlich schwer. Leichter ist dagegen, dem Denken oder Verhalten eine neue Richtung zu geben und die Gefühle indirekt zu verändern. Betroffene können dadurch lernen, Einfluss auf ihre Gefühle zu nehmen. Hilfe zur Selbsthilfe setzt also häufig in den Bereichen Denken und Handeln an.

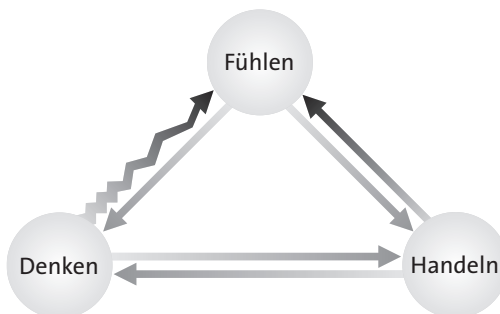


ABBILDUNG 13

Das Fühlen lässt sich leichter über Handeln und Denken beeinflussen



Gut für sich
sorgen lernen!

⇨ Download

Liste positiver Aktivitäten

Eine gute Möglichkeit für Klienten ist es, eine Liste positiver Aktivitäten zu erstellen, um sich bewusst zu machen, was ihnen guttut. Eine solche Liste ⇨ bieten wir Ihnen auch an. Die Aktivitäten können dann in einen Wochenplan eingetragen werden. Es sollten vor allem solche sein, die zu ersten Erfolgserlebnissen führen, bei denen leicht eine Stimmungsveränderung spürbar werden kann.

Depressiven Menschen fällt es häufig leichter, etwas mit anderen als Dinge alleine zu unternehmen. Die positiven, d.h. motivierenden Effekte einer Gruppe können in diesem Zusammenhang genutzt werden, beispielsweise indem in Einrichtungen Gruppenangebote depressiven Menschen gezielt vorgeschlagen werden. Im Rahmen stationärer Maßnahmen sind arbeits- oder bewegungstherapeutische Angebote wichtige Möglichkeiten, um depressiven Klienten Zugang zu Ressourcen, Erfolgserlebnissen und positiven Gefühlen zu vermitteln – sie ebnen einen Ausweg aus der Depressionsspirale.

Falls sich Ihre Klienten nicht zu Unternehmungen überwinden können, die ihnen guttun, sollten sie ermutigt werden, ein Experiment zu machen. Sie sollen z.B. überprüfen, ob die Stimmung gleich bleibt, wenn sie das Schwimmbad besuchen, oder ob die Stimmung sich verändert. Diese Stimmungsveränderungen können auch in einem Stimmungstagebuch festgehalten werden.

Umgang mit negativen Gedanken

Negative Gedanken verschlechtern die Stimmung. Grüblerisches Denken ist häufig der Einstieg in eine Depressionsspirale. Es kann selbstabwertend, angstauslösend oder belastend wirken. Negatives Denken verhindert neue und vor allem positive Erfahrungen. Betroffene verschließen sich eher und ziehen sich zurück in ihr Schneckenhaus. Deshalb wurden Möglichkeiten entwickelt, dass Menschen lernen, mit ihrem negativen Denken besser umzugehen.

Der erste Schritt besteht darin, negatives Denken überhaupt bei sich zu bemerken (nach SEGAL u. a. 2002). Fachkräfte sollten ihre Klienten immer wieder zur Selbstbeobachtung anregen. Die folgenden Strategien haben sich als nützlich erwiesen:

Beobachten Sie Ihr Denken: »Aha, ich denke gerade.« Sie werden merken, Gedanken können kommen und gehen wie Wolken am Himmel.

Denken Sie daran: Gedanken, vor allem negative Gedanken über uns und die Welt, sind Ereignisse in unserem Kopf und keine realen Fakten.

Schreiben Sie Ihre Gedanken nieder. Dadurch kann man etwas Abstand gewinnen und sich besser mit den Inhalten auseinandersetzen. Dabei sollten Sie sich immer wieder darauf besinnen, was in einer Situation die Fakten sind und an welcher Stelle die eigenen Bewertungen, Meinungen und Interpretationen anfangen.

Der zweite Schritt kann darin bestehen, positive Alternativen oder eine andere Sichtweise zu finden. In der Psychotherapie nennt man das kognitive Umstrukturierung. Auch diese Methode können Sie bei Ihren Klienten anregen.

Zunächst sollten die Klienten den stressverstärkenden negativen Gedanken identifizieren und formulieren können. Er steht dann in der linken Spalte. In die rechte Spalte können alle gelassenheitsfördernden alternativen Gedanken geschrieben werden. Fachkräfte können dabei auch ihre Ideen und Vorschläge einbringen, falls Klienten keine gelassenheitsfördernden Gedanken einfallen. Dabei sollte keine Idee verworfen werden, alle sind zugelassen. Am Ende wird vom Klienten ausgewählt, welcher Gedanke am stimmigsten erscheint. Hier sehen sie ein Beispiel dafür, wie so ein Ergebnis der Zwei-Spalten-Technik aussehen kann.



Die Zweispalten-technik: Finden Sie positive Alternativen.

Stressverstärkende Gedanken	Gelassenheitsfördernde Gedanken
z. B. »Ich sollte immer perfekt und vollkommen sein. Deshalb darf ich keine Fehler machen.«	Fehler machen ist menschlich.
	Es ist okay, dass mal etwas schief geht. +
	Ich gebe mir Mühe und mache, was ich kann. +
	Es ist noch kein Meister vom Himmel gefallen.
	Mal sehen, was passiert, wenn ich einen Fehler mache.

TABELLE 2

Es gibt noch weitere Strategien, die Fachkräfte Ihren Klienten nahelegen können, mit denen sich anhaltendes Grübeln unterbrechen lässt:

Grübelkreisläufe können durch angenehme Aktivitäten unterbrochen werden, z.B. Musik hören, Gespräche mit Freunden oder Sport.

Klienten sollten versuchen, sich auf positive Aspekte des Lebens zu konzentrieren, z. B. auf schöne Erinnerungen oder auf angenehme Erlebnisse in der Gegenwart (siehe Seite 98).

Betroffene sollten versuchen, sowohl Über- als auch Unterforderung zu vermeiden. Es ist hilfreich, wenn sie eigene Ziele und Ideen verwirklichen, die sie interessieren und die ihnen Spaß machen (siehe WEG-Modell Seite 19 ff.).

Tagessstruktur

Menschen mit Depressionen haben häufig Schwierigkeiten mit freier, also unstrukturierter Zeit. Das kann ein Wochenende ohne einen Termin sein oder ein Kurzurlaub, in dem nichts geplant ist. Sie beginnen dann beispielsweise zu grübeln, es will ihnen keine Unternehmung einfallen und wenn doch, können sie sich nicht überwinden, sie auch anzupacken.

⇒ Anregungen finden
Sie in der Liste
positiver Aktivitäten

Um diesem Gefühl von Leere vorzubeugen, kann es hilfreich sein, einen Tages- oder Wochenplan ☞ zu erstellen. Der Plan sollte eine Mischung sein aus Aktivitäten zur Alltagsbewältigung (z. B. Zimmer aufräumen, Einkaufen), sozialen Aktivitäten (z. B. einem Telefonat mit einer Freundin, dem Besuch bei einem Bekannten) und positiven, genussvollen Aktivitäten (z. B. DVD ansehen).

Zusammenfassung

Nach PITSCHEL-WALZ (2003) gibt es so etwas wie goldene Regeln, mit deren Hilfe man als Betroffener einer weiteren Depression vorbeugen kann. Fachkräfte, die Menschen mit Depressionen beruflich unterstützen, sollten ihren Klienten bei der Umsetzung zur Seite stehen.



Goldene Regeln um
Rückfälle zu vermeiden

- angenehme Aktivitäten im Alltag einplanen;
- in Bewegung bleiben;
- sich selbst etwas Gutes tun;
- Entspannungsverfahren erlernen und in den Alltag einbauen;
- sich fordern, aber nicht überfordern;
- auf die eigenen Gefühle achten;
- Freundschaften pflegen;
- positive Lebenseinstellung gewinnen;
- Problemlösen statt Grübeln;
- auf Warnzeichen achten und rechtzeitig Hilfe in Anspruch nehmen;

- Medikamente regelmäßig einnehmen;
- die Hoffnung bewahren.

Wir kehren noch einmal zurück zu Julia, die wir Ihnen zu Beginn des Kapitels kurz vorgestellt haben.

Julia sieht nur noch die negativen Seiten des Lebens und ihre Schwierigkeiten. Sie gerät in einen depressiven Teufelskreis, hat keine Hoffnung mehr für die Zukunft, sodass sie sogar daran denkt, sich das Leben zu nehmen.

Erst durch das Gespräch mit einer Wohnheimmitarbeiterin kann sie ein wenig Hoffnung schöpfen. Julia fühlt sich in ihrer Not verstanden. Die beiden rekapitulieren, wie Julia immer mehr verzweifelte, immer weiter grübelte, nachdem sie an diesem Morgen das pünktliche Aufstehen nicht geschafft hat. Die Mitarbeiterin weist Julia darauf hin, dass es wenig Sinn hat, aus diesem einen Fehler den ganzen Rest ihres Lebens schwarzzumalen. »Es kann immer mal passieren, dass man verschläft oder krank ist und nicht zur Arbeit gehen kann. Wichtig ist nur, dass man anruft und sich frühzeitig entschuldigt.«

Die Mitarbeiterin möchte wissen, ob Julia sich nicht etwas Gutes tun könne und was dies wäre, sodass ihre Stimmung wieder etwas besser werden kann. Julia meint, dass ihr eine Zigarette und ein kleiner Spaziergang helfen könnten.

Die Mitarbeiterin erkundigt sich, ob Julia neben den Suizidgedanken auch konkrete Pläne habe, sich etwas anzutun. Julia verneint dies sehr deutlich und betont, dass es sich vor allem um Gedanken handle. Dennoch bietet ihr die Mitarbeiterin an, einen Termin bei einem Arzt zu vereinbaren. Julia nimmt sich vor, bis zum Nachmittag zu entscheiden, ob sie zum Arzt gehen will. Also verabreden die beiden, sich um 16 Uhr erneut zu treffen.

Julia fühlt sich deutlich besser, nachdem sie geduscht hat und spazieren war. Sie fühlt sich nun auch bereit, mit ihrer Praktikumsstelle zu telefonieren. Sie hat noch etwas mehr Hoffnung geschöpft. »Vielleicht kann ich das Praktikum ja doch noch machen, Lust dazu hätte ich ja schon«, denkt sie. ✕

BEISPIEL

Hintergrundwissen und Handwerkszeug

Wie gehe ich damit um, wenn jemand Stimmen hört?
Was muss ich tun bei Selbstverletzungen? Woher weiß ich, ob jemand krank oder einfach nur unmotiviert ist? Dieses Buch liefert die Antworten.

Wer mit psychisch kranken Menschen arbeitet, wird häufig mit Verhaltensweisen oder Symptomen konfrontiert, die fremd wirken und nur schwer zu verstehen sind. Das kann verunsichern und überfordern.

Die Autoren vermitteln Hintergrundwissen, das uns die Logik psychischer Krankheiten verstehen lässt. Sie erklären, wie psychische Störungen entstehen und welche Bedingungen ihre Genesung beeinflussen. Wir erhalten das Handwerkszeug, das für den Umgang im Alltag hilfreich ist und erfahren, welche Selbsthilfestrategien wirksam sind. Diese Krankheitsbilder werden u. a. behandelt:

- Psychosen
- Depressionen
- Bipolare Störungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Angst- und Zwangserkrankungen

Umfangreiches Download-Material hilft beim Lernen und unterstützt bei der praktischen Arbeit.



ISBN 978-3-88414-533-3