

DR. MED. SAMUEL PFEIFER



DEPRESSION

VERSTEHEN – BERATEN – BEWÄLTIGEN

PSYCHIATRIE *&* SEELSORGE
SEMINARHEFT



DER AUTOR:

Dr. med. Samuel Pfeifer ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und war 25 Jahre lang Chefarzt der Klinik Sonnenhalde in Riehen bei Basel. Er ist seit 2015 in eigener Praxis tätig (www.samuelpfeifer.com) und lehrt als Professor an der Evangelischen Hochschule in Marburg (www.studium-religion-psychotherapie.de).

BEZUGSQUELLE FÜR SEMINARHEFTE:

Psychiatrische Klinik Sonnenhalde
Gänshaldenweg 28
CH-4125 Riehen
Schweiz
Tel. (+41) 061 645 46 46
Fax (+41) 061 645 46 00
ONLINE-Bestellung: www.seminare-ps.net
E-Mail: empfang@sonnenhalde.ch

in Deutschland:
Alpha Buchhandlung
Marktplatz 9
D-79539 Lörrach
Tel. 07621 10303
Fax 07821 82150



DEPRESSION

Verstehen, Beraten, Bewältigen

Inhaltsverzeichnis

Grundsymptome der Depression	2
Schlüsselfragen	3
Kriterien der Depression	4
Die Entstehung der Depression.....	5
Bipolare Störungen, Manie	6
Die Formen der Depression	8
Depression und Lebensphase.....	9
Depressive Persönlichkeit und Dysthymie	11
Verlaufsformen der Depression	12
Rückfallgefahr.....	13
Depressionen bei Frauen	14
Depressionen bei Männern.....	15
Depressionen bei Kindern.....	16
Depression und Kultur	17
Depressionen im Alter.....	18
Chronische Müdigkeit / Fibromyalgie	22
Depression und Schmerz	23
Depressive Denkmuster.....	24
Suizidgefahr erkennen	26
Burnout	28
Umfassende Therapiekonzepte.....	29
Interpersonelle Therapie der Depression	30
Hilfen zum Gespräch mit Depressiven	31
Aktivitätsaufbau	32
Biochemie und Medikamente	33
Depression und Glaube.....	38
Hilfen für die Helfenden	41
Weiterführende Literatur und Internetadressen.....	42

Zum Geleit

Depressionen sind die Krankheit unserer Zeitschlechthin geworden. Immermehr Menschen klagen über Energielosigkeit, mangelndes Selbstwertgefühl, Niedergeschlagenheit und Hoffnungslosigkeit.

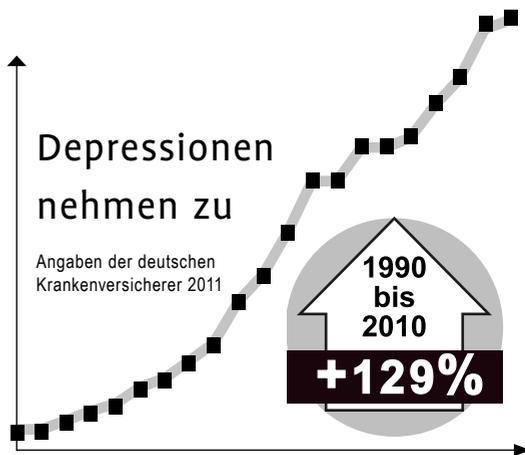
Prof. Paul Kielholz, einer der Pioniere der Depressionsforschung schreibt dazu: «Diese Zunahme ist einerseits auf die Verbesserung der Diagnostik und der Therapien der depressiven Zustände zurückzuführen, andererseits liegen deren Ursachen in der Beziehungslosigkeit und Vereinsamung der Menschen in unserer Konsum- und Wegwerfgesellschaft.»

Der Theologe Paul Schütz bezeichnete die Schwermut als Massenerkrankung. «Die Schwermut quillt in einer Blutung, die unstillbar ist, aus jeder mit sich selbst und mit der Welt uneinen Seele.»

In der Tat zeigen die Statistiken: Jede vierte Frau unter 30 war schon einmal wegen depressiver Beschwerden in Behandlung. Die WHO (Weltgesundheitsorganisation) bezeichnet Depressionen weltweit als grösstes Problem, das die Lebensqualität einschränkt.

In unserer Zeit gibt es so manches neue Wort, von «Burnout» bis zum «Chronic Fatigue Syndrome». Und doch ist Depression ein altes Phänomen, gleichsam eine Grundbefindlichkeit des Menschen in Einengungs- und Belastungssituationen. Schon in den Psalmen werden in eindringlicher Sprache depressive Symptome geschildert. Der Glaube kann in der Depression verdunkelt werden, trotz aller Gebete und Anstrengungen. Aber der Glaube kann auch eine wichtige Stütze sein.

Dieses Heft soll einen Überblick über den heutigen Stand der Depressionsforschung und damit Hilfe für ein besseres Verständnis geben



DUNKLER, ENDLOSER WEG

Ich ging einen dunklen, endlosen Weg.
Ich gehe auf diesem dunklen, endlosen Weg,
und ich werde diesen dunklen, endlosen Weg
noch tausendmal gehen . . .

Ich habe das Gefühl,
mich ständig im Kreis zu drehen.
All diese hellen, schönen Nebenstrassen,
auf denen sich's gut gehen lässt,
führen auf kurz oder lang wieder zurück,
zurück auf jenen dunklen, endlosen Weg.

Ich dreh mich nicht nur im Kreis,
nein, ich bin gefangen in einem
endlosen, sinnlosen Labyrinth.

Nimm meine Hand,
zeig mir den richtigen Weg,
führe mich auf die richtige Strasse.
Führe Du mich heraus aus
diesem endlosen Labyrinth.
Nur Du kannst es, ich brauche Dich . . .

Debby, in Teens Mag

Depression – ein Überblick

HÄUFIGKEIT DER DEPRESSION

- 15 - 20 % fühlen sich an einem beliebigen Stichtag depressiv.
- 3 % erkranken im Verlauf eines Jahres an einer schweren Depression.
- 0,6 % erkranken im Verlauf ihres Lebens an einer manisch-depressiven (bipolaren) Psychose.



ÜBUNG

Frauen werden vier Mal häufiger wegen einer Depression behandelt als Männer. Was könnten die Gründe sein?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hinweise auf S. 14

Basis-Symptome

1. DEPRESSIVE VERSTIMMUNG

Freudlosigkeit, tiefe «vitale» Traurigkeit, innere Unruhe und Angst, Reizbarkeit, Gefühl der Leere, Entmutigung, Schuldgefühle, Hoffnungslosigkeit, Gefühl der Gefühlslosigkeit und Abstumpfung.

2. STÖRUNGEN DES DENKENS

Verlangsamung, depressive Gedankeninhalte (negative Sicht von sich selbst, der Umwelt und der Zukunft), «Kognitive Denkfehler», Grübeln, Entschlussunfähigkeit, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme, in schweren Fällen depressive Wahnideen (groteske Vorstellungen der Verarmung, der Versündigung und des Versagens).

3. PSYCHOMOTORISCHE HEMMUNG ODER ERREGUNG

Bewegungsarmut, Maskengesicht, Verlangsamung oder aber: äußere Unruhe, Getriebenheit, leerer Beschäftigungsdrang.

4. SOMATISCHE / VEGETATIVE STÖRUNGEN (nicht immer vorhanden)

Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Mundtrockenheit, Druck- und Engegefühl im Hals und über der Brust, Schweißausbrüche, Herzklopfen, Herzbeklemmung, inneres Beben. - Gewichtsabnahme, Magenschmerzen, Magendruck, Blähungen, Verstopfung, chronischer Durchfall, Harndrang, Unterleibsschmerzen, rheuma-ähnliche chronische Schmerzzustände, gestörte Sexualfunktion, allgemeine Kraftlosigkeit und fehlende Frische, rasche Erschöpfbarkeit.

Schlüsselfragen

JA	NEIN	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Können Sie sich noch freuen?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wie steht es mit Ihrem Interesse, ist es noch wie früher?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Sie weniger initiativ als noch vor Wochen oder Monaten? Vernachlässigen Sie Dinge, die Ihnen früher wichtig waren?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fühlen Sie sich tagsüber erschöpft, ohne Schwung?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Sie körperlich erschöpft, ohne dass sich ein medizinischer Grund findet? Werden Sie vermehrt von Schmerzen geplagt?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fühlen Sie sich nervös, innerlich gespannt, ängstlich?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fällt es Ihnen schwer, Entscheidungen zu treffen?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Leiden Sie an Schlafstörungen?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie Schmerzen, verspüren Sie einen Druck auf der Brust?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie wenig Appetit, haben Sie an Gewicht verloren?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verspüren Sie eine sexuelle Lustlosigkeit?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Neigen Sie in letzter Zeit vermehrt zum Grübeln?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Plagt Sie das Gefühl, Ihr Leben sei sinnlos geworden?

Diagnostische Fragebogen

Zur Messung der Depression und zur Überprüfung des Therapiefortschrittes werden verschiedene Fragebogen verwendet.

BECK'SCHES DEPRESSIONS-INVENTAR (BDI)

Dieser Selbstbeurteilungsbogen wurde vom Begründer der Kognitiven Therapie der Depression (Aaron T. Beck) entwickelt. Die 21 Themen werden jeweils in vier Aussagen aufgeteilt, die unterschiedliche Schweregrade beschreiben. Ein Beispiel:

0 = Ich fühle mich nicht als Versager

1 = ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt

2 = Wenn ich auf mein Leben zurückblicke,

sehe ich bloss eine Menge Fehlschläge.
3 = Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.

Hinweis: Der Gesamt-Fragebogen ist abgedruckt in dem Buch von A.T. Beck: «Kognitive Therapie der Depression.» (Beltz).

HAMILTON DEPRESSIONS-SKALA

Fremdbeurteilungsbogen für Ärzte und Therapeuten. Dabei werden die oben genannten Schlüsselfragen systematisch erfasst.

Hinweis: Der Gesamt-Fragebogen ist abgedruckt in dem Buch von Andreasen & Black, «Lehrbuch Psychiatrie» (Beltz).

Kriterien einer depressiven Episode

NACH DSM-V *

A. Fünf oder mehr der folgenden Kriterien über einen Zeitraum von 2 Wochen, darunter mindestens diese beiden: (1) traurige Verstimmung oder (2) Verlust von Interesse und Freude

1. Depressive Verstimmung über beinahe den ganzen Tag: traurig, trübsinnig, leer, hoffnungslos (eigener Bericht oder Beobachtung durch andere). Beachte: Bei Kindern kann auch Reizbarkeit auftreten. Rasche Gefühlsschwankungen sind hingegen nicht typisch für eine Depression.

2. Deutlicher Verlust von Interesse und Freude an allen oder fast allen Aktivitäten und Zerstreuungen.

3. Deutlicher Gewichtsverlust oder Appetitverlust.

4. Schlaflosigkeit oder übermässiges Schlafbedürfnis.

5. Unruhe und Rastlosigkeit

6. Erschöpfung und Energieverlust fast jeden Tag.

7. Gefühle der Wertlosigkeit oder von übermässiger / unangebrachter Schuld

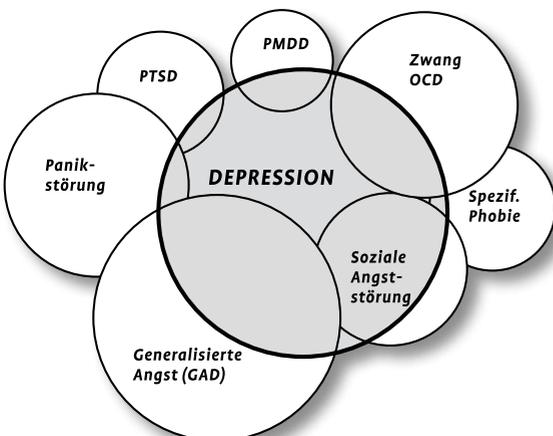
8. Verminderte Denkfähigkeit, Konzentrationsschwäche, Unentschlossenheit.

9. Wiederkehrende Todesgedanken, Suizidgedanken oder Suizidversuch / konkreter Plan sich das Leben zu nehmen.

B. Die Symptome führen zu deutlichen Einschränkungen in Beziehungen, Beruf oder anderen Bereichen.

C. An eine andere Krankheit muss gedacht werden, wenn nichtdepressive Wahnideen und bizarres Verhalten auftreten oder wenn die Depression sich an eine vorausgegangene Psychose anschliesst.

Komorbidität von Depression und Angst



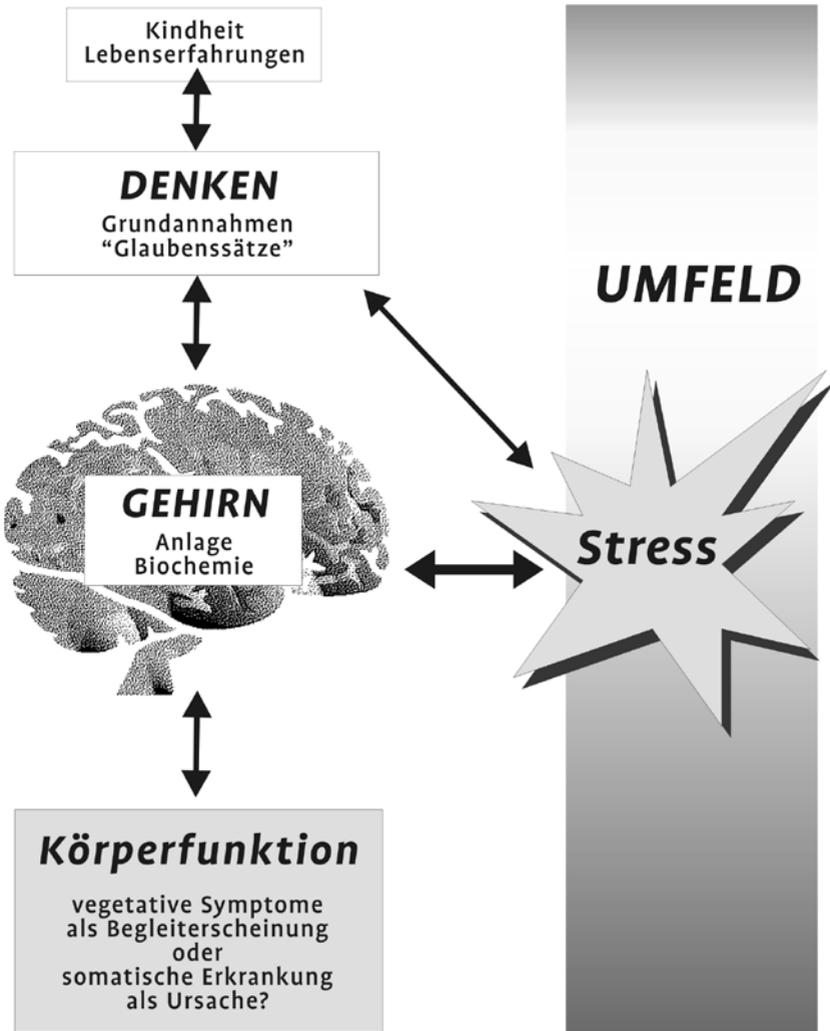
* DSM-V = Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 5. Auflage.

DEPRESSION UND ANGST haben viele gemeinsame Symptome, so etwa

- Anspannung und Erregung
- Herzklopfen, Verdauungsbeschwerden
- Sorgen
- Schlafstörungen
- Energiemangel, Erschöpfung
- Konzentrationsschwierigkeiten
- chronische Schmerzen

Das gemeinsame Auftreten von Angst und Depression geht einher mit einem schwereren Verlauf, vermehrter Inanspruchnahme medizinischer Dienste und grösserer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Die Entstehung der Depression



ANMERKUNG: Diese Abbildung stützt sich auf das «Bio-Psycho-soziale Modell» der Psychiatrie. **Biologie:** Gehirn, Genetik, Körper - **Psyche:** Denken, Fühlen - **Soziales:** Umfeld, Belastungen, neg. Erfahrungen.

Bipolare Störungen



Copyright piswiss.ch, mit freundlicher Genehmigung

Bei der Bipolaren (oder manisch-depressiven) Erkrankung kommt es nicht nur zu depressiven Phasen, sondern auch zu Zuständen von übermässiger Aktivität, gehobener Stimmung und allgemeiner Antriebenheit, manchmal auch Gereiztheit. Etwa 1,5 Prozent der Bevölkerung leiden an bipolaren Störungen. Hier sind die wesentlichen Symptome eines solchen Zustandes:

1. STIMMUNG:

- Unangepasst gehoben, zwischen sorgloser Heiterkeit und fast unkontrollierbarer Erregung.
- Unangepasst scherzhaft, humorvoll
- Stimmungsschwankungen.
- Manchmal auch gereizt-misstrauisch, ja aggressiv.
- Dysphorie ist häufiger als allgemein angenommen, d.h. in die gehobene Stimmung mischen sich depressive Stimmung, Angst, Schuldgefühle, Stimmungsschwankungen, Suizidgeanken.

2. ANTRIEB:

- Allgemein gesteigert
- Überaktivität
- Impulsivität

- Rededrang
- Vermindertes Schlafbedürfnis
- Verlust von sozialen Hemmungen (z.B. Distanzlosigkeit, übermässige Kauflust, sexuelle Enthemmung, Rücksichtslosigkeit auf Bedürfnisse anderer).

3. DENKEN UND WAHRNEHMUNG:

- Beschleunigtes Denken oder gestörte Konzentration
- Starke Ablenkbarkeit, Ideenflucht
- Gedrängte, beschleunigte Sprache
- Überhöhte Selbsteinschätzung bis zum Grössenwahn.

FÜR DIE ANGEHÖRIGEN ist oft eine Manie sehr viel schwerer erträglich als eine Depression. Nicht selten zerbricht eine Ehe nicht an der Depression, sondern am störenden Verhalten der Manie.

BIOCHEMISCHE URSACHEN:

- wenig bekannt, viele Modelle
- Instabile Reizleitung
- «Defekte Bremsen»
- Gestörte Zeitgeber

FORMEN DER BIPOLAREN STÖRUNG

(vgl. S. 12)

Bipolar-I-Störungen

Depressive Episoden wechseln sich mit eindeutig manischen Episoden ab. Dazwischen gibt es längere oder kürzere Phasen einer ausgewogenen Stimmung.

Bipolar-II-Störungen

Depressive Episoden wechseln sich ab mit Phasen einer gehobenen Stimmungslage, die aber nicht das Ausmass einer vollen Manie erreicht.

Rapid Cycling

Mindestens vier Phasen einer Depression oder Manie innerhalb eines Jahres. Ca. 15–20% aller bipolar Patienten leiden unter rapid cycling. F:M = 2:1

Bipolares Spektrum

Beobachtungen haben gezeigt, dass sich atypische Symptome der Manie (wie Impulsivität oder panische Angst) oft ähnlich wie andere Störungen auswirken können, etwa Bulimie oder Borderlinestörungen. Ohne genaue Anamnese werden sie oft nicht richtig behandelt. (nach Perugi & Akiskal 2002)

GRUNDZÜGE DER BEHANDLUNG

Gespräch: Verständnis, Problem klären, Diagnose, Therapiemotivation.

Aktuellen Stress abbauen: Beruhigen – mit Worten und Medikamenten.

Therapieziele besprechen: Welches Problem steht im Vordergrund?

Langzeitmedikation auswählen und über Wirkungen und Nebenwirkungen informieren; vgl. S 34 – 35.

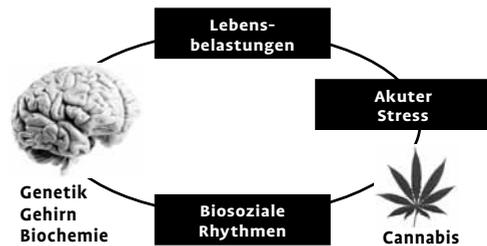
Soziale Rhythmen besprechen und geregeltes Leben einüben.

Rückfallprophylaxe: Symptome eines Rückfalls erkennen und reagieren.

DIE LASTEN DER ERKRANKUNG

Gesundes Leben	➔	um 12 Jahre verkürzt
Arbeitsleben	➔	um 14 Jahre verkürzt
Lebenserwartung	➔	um 9 Jahre verkürzt
Arbeitsprobleme	➔	zweimal häufiger
Scheidung / Trennung	➔	zweimal häufiger

ENTSTEHUNGSMODELL



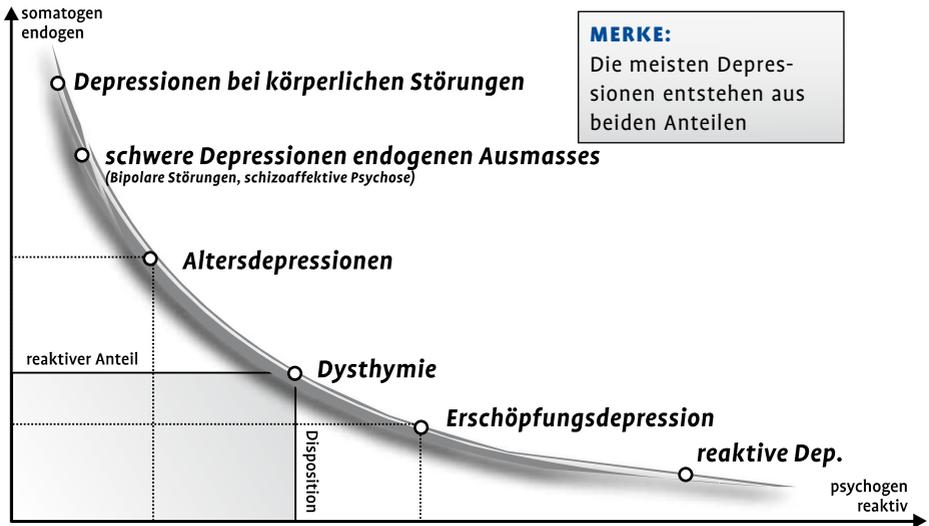
BEISPIEL

PLÖTZLICH AKTIV UND AUFGEKRATZT

Robert (29) brach mit 18 die Matura ab – depressiv, Suizidversuch („Adoleszentenkrise“). Er versuchte sich mit Cannabis zu beruhigen – bis zu zehn Joints pro Tag. Er wurde antriebslos, und hatte keine Energie. Doch dann wurde er plötzlich aktiv und aufgekratzt. Er macht schnelles Geld als Verkäufer von Mobiltelefon-Abos. Eine Berufsausbildung hat er nicht.

Aktuell: redet schnell, fährt schnell, übersteigertes Selbstwertgefühl, Macho und Frauenheld, weiss alles besser, hat unbegrenzte Energie, braucht kaum Schlaf, hat neuen Audi geleast – ABER: Er hat die Stelle verloren, wird von Freunden gemieden, trägt abenteuerliche Kleidung, redet wie ein Wasserfall, hat ständig neue Ideen, ist sehr fordernd. Er möchte Hilfe, hat aber wenig Einsicht.

Formen der Depression



Endogen oder reaktiv?

In der heutigen Diagnostik der Depression unterscheidet man nicht mehr scharf zwischen endogen und reaktiv. Fast immer sind nämlich beide Anteile zu beobachten. Dies erklärt, warum der eine beim Tod eines lieben Angehörigen in eine Depression verfällt, während der andere davon verschont bleibt und den Verlust bewältigt. Wir gehen also von einer endogenen Disposition (oder «Vulnerabilität») für die Entstehung einer Depression aus.

So unterscheidet man heute:

- a) **Depressive Episoden leichten bis schweren Grades (einmalig oder wiederholt)**
- b) **Bipolare Störungen**
- c) **depressive Anpassungsstörungen leichten Grades (kurz oder lang)**

HINWEISE AUF «ENDOGENITÄT»

fast immer vorhanden:

- erbliche Belastung
- Entstehung ohne ausreichenden Grund
- frühes Erwachen
- Morgentief, abendliche Besserung

manchmal vorhanden:

- psychogene oder körperliche Auslösung
- von Anfang an tiefe, «vitale» Traurigkeit
- schwere Selbstbeschuldigungen
- abnorme Krankheitsangst, Verarmungs- und Versündigungswahn
- plötzliche Aufhellung der Depression innert kurzer Zeit ohne ausreichenden Grund

Depression und Lebensphase

Wie aus der Abbildung auf Seite 8 ersichtlich ist, spielen neben der Anlage und der Biochemie des Gehirns das **Umfeld** und die **aktuellen Belastungssituationen** (Stress) eine wichtige Rolle in der Entstehung einer Depression. Verschiedene Lebensphasen bringen unterschiedliche Belastungen mit sich. Tragen Sie zusammen:

Kindheit

Adoleszenz

frühes Erwachsenenalter

Lebensmitte

Pensionsalter

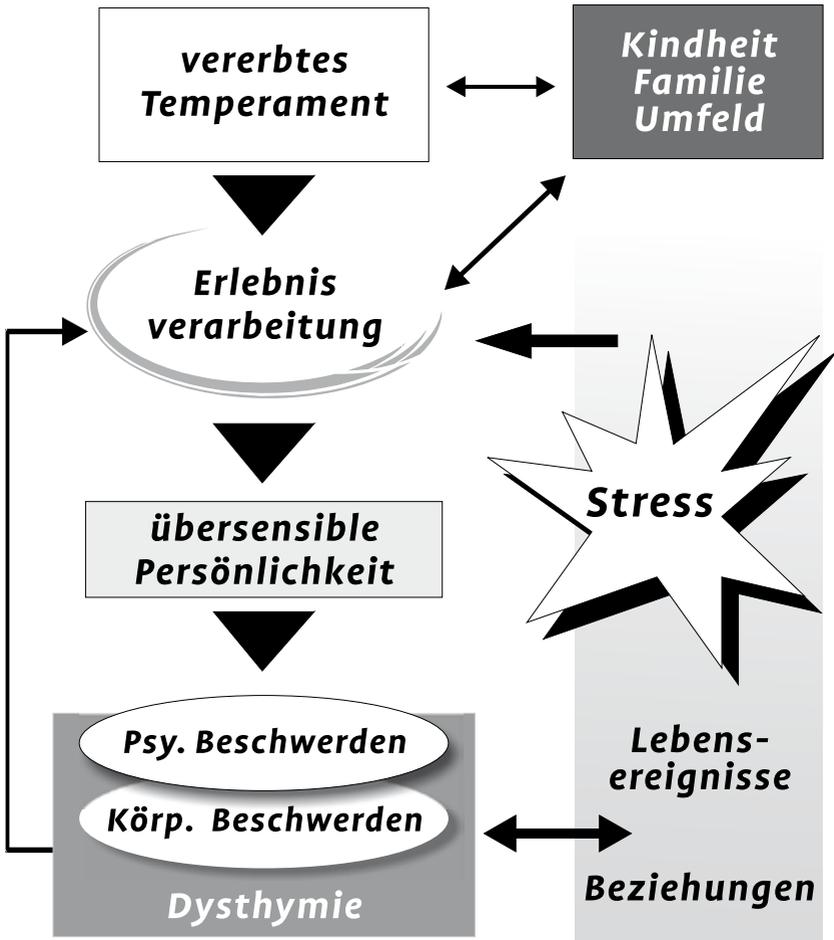


ÜBUNG

TRAGEN SIE IN GRUPPEN ZUSAMMEN:

Welche Rolle spielen Beziehungen, Beruf, Geld, Ehe und Familie in den verschiedenen Lebensaltern? Welche Unterschiede ergeben sich zwischen Mann und Frau, zwischen Ledigen und Verheirateten?

Entstehungsmuster einer Dysthymie



WEITERE INFORMATIONEN:

S. Pfeifer: DER SENSIBLE MENSCH. Leben zwischen Begabung und Verletzlichkeit. SCM Hänssler.

Depressive Persönlichkeit

Oftmals erreicht eine Depression nicht den Schweregrad, der einer depressiven Erkrankung im engeren Sinne entspricht. Dennoch fühlen sich die betroffenen Menschen häufig niedergeschlagen, sind schwernehmerisch, grüblerisch und pessimistisch, bei weitgehend erhaltener Arbeitsfähigkeit.

In solchen Fällen kann man auch von einer depressiven oder melancholischen Persönlichkeit sprechen.

KRITERIEN DER DEPRESSIVEN PERSÖNLICHKEIT (nach Akiskal) :

1. still, introvertiert, passiv und zurückhaltend.
2. trübsinnig, pessimistisch, ernsthaft, humorlos.
3. selbstkritisch, Selbstvorwürfe und Selbstabwertung.
4. skeptisch, kritisch gegen andere, schwer zu zufrieden zu stellen.
5. gewissenhaft, verantwortungsbewusst, selbstdiszipliniert.
6. grüblerisch und sorgenvoll.
7. beschäftigt mit negativen Ereignissen, Insuffizienzgefühle, Versagensgefühle.

Dysthymie – «Neurotische» Depression

A) Depressive Verstimmung, die die meiste Zeit des Tages, mehr als die Hälfte aller Tage, entweder vom Patienten selbst berichtet oder von anderen beobachtet, mindestens zwei Jahre lang andauert.

B) Während der depressiven Verstimmung bestehen mindestens zwei der folgenden Symptome:

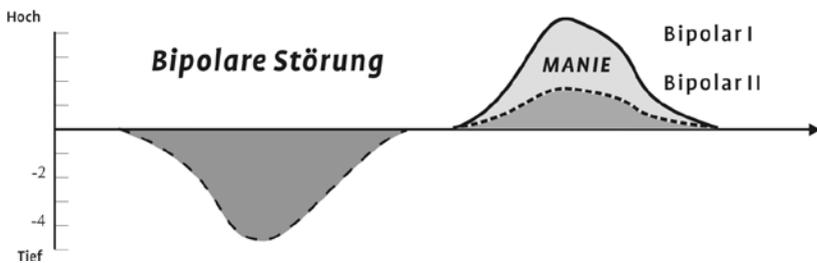
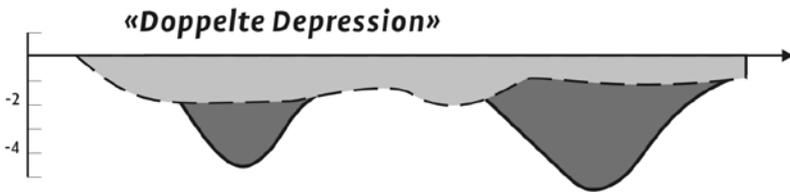
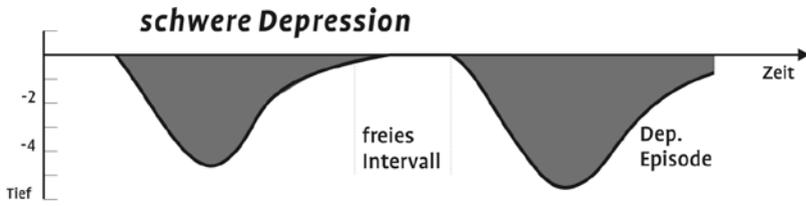
- Appetitlosigkeit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen;
- Schlaflosigkeit oder übermäßiges Schlafbedürfnis;
- Wenig Energie oder Erschöpfung
- Niedriges Selbstwertgefühl
- Geringe Konzentrationsfähigkeit oder Entscheidungsschwierigkeiten;
- Gefühl der Hoffnungslosigkeit

C) Während einer Zweijahresperiode der Störung gab es keinen Zeitraum von mehr als zwei Monaten ohne die obgenannten Symptome.

D) Oftmals werden im Vorfeld einer depressiven Neurose andere Störungen beobachtet, wie z.B. Anorexia Nervosa, Somatisierungsstörung (vermehrte körperliche Beschwerden ohne organischen Befund), Medikamentenabhängigkeit, Angststörungen oder rheumatoide Arthritis.

(Kriterien nach DSM-V)

Verlaufsformen der Depression

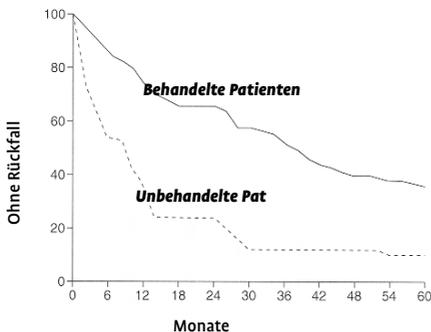
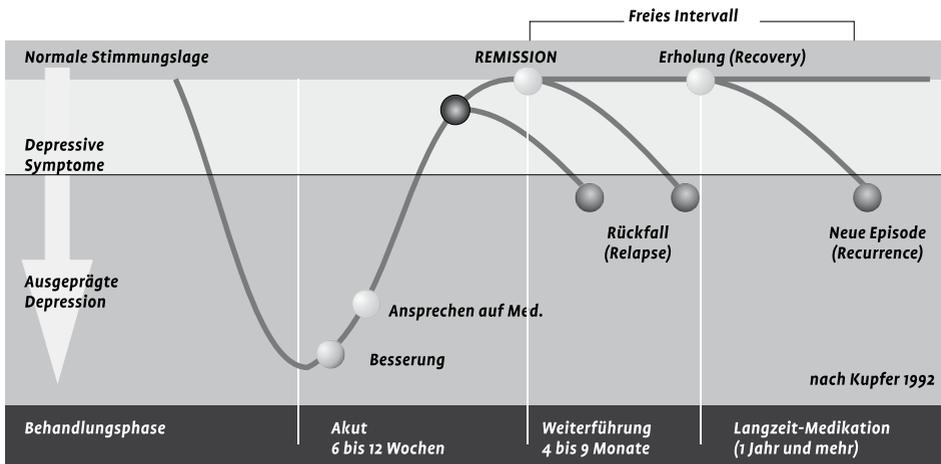


Rückfallgefahr mit und ohne Therapie

Depressionen haben insgesamt eine gute Prognose: innerhalb von 3 Jahren kommt es bei mehr als 80 Prozent schwerer Episoden zu einer Remission (keine Symptome mehr). Leider ist aber auch die Gefahr von Rückfällen hoch: Innerhalb von 10 Jahren kommt

es bei ca. 75 % zu einer neuen depressiven Episode (Recurrence).

Die untenstehende Abbildung zeigt die verschiedenen Begriffe, die im Verlauf einer Depression verwendet werden.



Die Abbildung entstammt einer Arbeit aus Italien. Sie zeigt die Wahrscheinlichkeit, nach einer ersten depressiven Episode ohne Rückfall zu bleiben. Beachten Sie den Unterschied zwischen denjenigen Patienten, die vorbeugend medikamentös behandelt werden und denjenigen, die keine vorbeugende Medikation einnehmen.

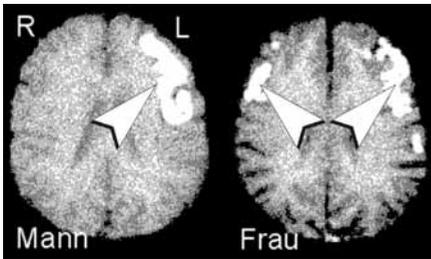
SCHLUSSFOLGERUNGEN

Bei wiederkehrenden (rezidivierenden) Depressionen ist es sinnvoll, eine langfristige Medikation einzusetzen, um einem Rückfall vorzubeugen oder wenigstens den Schweregrad einer erneuten Phase zu mildern.

Quelle: Maj M. et al. (1992). American Journal of Psychiatry 149:795–800.

Depression bei Frauen ...

Frauen erkranken deutlich häufiger an Depressionen als Männer. Dafür gibt es verschiedene Gründe:



GEHIRNFUNKTION

Untersuchungen der Gedankenaktivität im Gehirn haben gezeigt, dass bei Männern nur die rationale Hirnhälfte (links) aktiviert wird. Bei Frauen wird immer auch die rechte (emotionale) Hirnhälfte einbezogen. Stimmungen haben also bei Frauen einen grösseren Einfluss auf das Denken.

VERMEHRTE SENSIBILITÄT

Frauen leiden unter einer grösseren Verletzlichkeit im emotionalen Bereich. Dazu gehört eine erhöhte Ängstlichkeit und eine Neigung sich selbst abzuwerten und sich abhängig zu machen («Wenn Frauen zu sehr lieben»). Diese psychologische Konstitution ist nur zum Teil durch gesellschaftliche Faktoren bedingt.

ZYKLUS UND HORMONE

Die typischen Hormonschwankungen der Frau machen sie verletzlicher für Stimmungsschwankungen und für depressive Phasen. Ca. 25 % aller Frauen leiden an einem prämenstruellen Syndrom (PMS). Die Symptome sprechen auf Antidepressiva an.

SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

Während die Schwangerschaft meist eine Zeit von psychischer Stabilität ist, kommt es nach einer Geburt häufig zu «Baby Blues» (depressive Verstimmung im Wochenbett), in seltenen Fällen sogar zu ausgeprägten Depressionen und Psychosen.

MEHRFACH-BELASTUNG

Viele Frauen haben eine Mehrfachbelastung von Haushalt, Kindern, Ehemann und Beruf zu bewältigen. Der Wunsch, es in allen Bereichen «wirklich gut» zu machen, erhöht die Erwartungen, die eine Frau an sich selbst stellt. Doch oft stösst man an Grenzen der Leistungsfähigkeit. Der zusätzliche Stress führt zu vermehrten Depressionen.

ÄLTERWERDEN UND FAMILIENDYNAMIK

Wenn sich die Kinder ablösen, so ist dies ein Verlust, den eine Frau viel intensiver erlebt als ein Mann. Das Älterwerden führt auch zu einem Verlust von Schönheit und Attraktivität, nicht selten auch zu einem Nachlassen des sexuellen Verlangens. Dies kann das Eheleben belasten.

«FRAUEN REDEN – MÄNNER TRINKEN»

Frauen neigen viel eher dazu, ihre depressive Verstimmung zuzugeben und ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Deshalb sehen Ärzte vermehrt Frauen mit Depressionen.

Männer hingegen neigen dazu, ihre Sorgen durch Arbeit zu verdrängen oder sie durch Alkohol zu ertränken. Auf der nächsten Seite werden die Besonderheiten der Depression bei Männern näher beschrieben.

... und bei Männern

Eigentlich sollte ein Mann stark, tüchtig, sportlich und attraktiv sein – so vermittelt es uns das Stereotyp unserer Gesellschaft. Aber viele Jungs und Männer fühlen sich diesem Anspruch nicht gewachsen. Unter ihrer harten und selbstsicheren Schale lauert das Gefühl, nicht genügen zu können. Seelische Verletzungen, Selbstzweifel und eine angeborene Sensibilität geben ihnen das Gefühl, keine rechten Männer zu sein. ABER darüber SPRICHT MAN NICHT.

SYMPTOME DER MÄNNERDEPRESSION

- Sie haben das Gefühl, dass die Welt sie im Stich lässt und zum Versager macht.
- Sie berichten eher über Konzentrationsprobleme, Verlust von Interesse an Arbeit und sozialen Aktivitäten als über Gefühle tiefer Traurigkeit, Schuld und Wertlosigkeit, die von Frauen geäußert werden.
- Angst vor Versagen.
- Ärger und Wut, Gewalttätigkeit.
- Riskantes Verhalten und Aktionismus, z.B. beim Autofahren.
- Sie schämen sich wegen ihres Zustands.
- Sie sind frustriert, wenn sie nicht genug Lob und Anerkennung erhalten.
- Sie sprechen nicht über Schwächen und Zweifel.
- Sie geben ihrer Ehe die Schuld, anstatt die Depression als Grundproblem zu sehen.
- Alkohol, TV, Sport und Sex werden als Selbstmedikation gebraucht.
- Klagen über körperliche Beschwerden und Schmerzen.
- Suizid wird als Ausweg gesehen, den Problemen «ehrentoll» zu entfliehen (vier Mal häufiger als bei Frauen).



«Es ist für Männer eine tragische Tatsache, dass Einstellungen und Verhaltensmuster, die einen Menschen zerstören, als ausgesprochen männlich gelten, während das, was menschlich und persönlich wichtig ist, weiblich genannt wird.»

Herb Goldberg

BEISPIEL

AUTOCRASH NACH ENTÄUSCHUNG

Marc (39) kommt in Therapie, nachdem er nachts nach einem Streit mit seiner Frau unter Alkoholeinfluss aus dem Haus gestürzt ist und seinen Sportwagen zu Schrott gefahren hat.

Marc hatte eine schwierige Kindheit bei einer allein erziehenden Mutter auf einem alternativen Bauernhof. Er machte Karriere zuerst im Militär, dann als höchst erfolgreicher Ingenieur und Manager.

Er arbeitet so viel, dass er kaum Zeit für Beziehungen hat. Das ändert sich auch wenig nach seiner Heirat. Die Karriere ist sein Lebensinhalt, doch dann wird ein anderer befördert. Angelika hält seinen gereizten Ton nicht mehr aus – er fühlt sich abgelehnt.

Depression bei Kindern

SYMPTOME

Psychische Erscheinungen, verbunden mit psychosomatischen Erscheinungen.

Kleinkinder: still und schüchtern, manchmal auch agitiert und aggressiv, spielschwach, depressiv; verbunden mit häufigem Weinen; essen und schlafen schlecht, zeigen Verhaltens-Stereotypen.

Schulkinder: unsicher, kontaktgestört, leicht reizbar, unkonzentriert, leistungsschwach, depressiv; Schulverweigerung; Rückzug, Weinen, Bettnässen, Nägelknabern, oft nächtliches Aufschrecken (Pavor nocturnus).

Jugendliche: ernst und bedrückt, grüblerisch und stimmungslabil, suizidgefährdet, depressiv; verbunden mit Appetitstörungen und Kopfschmerzen.

WAS UNTERSCHIEDET KINDLICHE DEPRESSIONEN VON ERWACHSENEN FORMEN?

weniger Schlafstörungen und Kopfschmerzen; Magendarmbeschwerden etwa gleich häufig; Sein körperliches Unbehagen projiziert das Kind meist diffus auf den Bauch; **dafür kinderspezifisch:** Bettnässen, Mutismus, Daumenlutschen und Nägelkauen. Schuldgefühle und Verarmungsangst kommen bei Kindern noch kaum vor.

URSACHEN BZW. AUSLÖSER

- Genetische Disposition (familiär) mit
- Sensibler Grundpersönlichkeit
- Verlust eines Elternteils
- Traumatische Erfahrungen (einmalig oder länger andauernd)
- Spannungen der Eltern (z.B. Scheidung)
- Überforderung

«Unaufmerksame Eltern und Lehrer merken oft lange nicht, dass das Kind krank ist. Sie machen ihm Vorwürfe, es wird bestraft, bis ein plötzlicher Gefühlsausbruch mit Klagen über seinen Zustand die Situation enthüllt. Dann kommt das Forschen nach Ursachen, das kaum je Erfolg hat. Klagen über körperliches Unbehagen und Schmerzen führen oft auf eine falsche Fährte.»

(Prof. R. Kuhn)

«Die grossen Leute verstehen nie etwas von selbst, und für die Kinder ist es zu anstrengend, ihnen immer und immer wieder erklären zu müssen.»

(Der kleine Prinz, A. Saint-Exupéry)

VERLAUF UND PROGNOSE

Eine Studie in New York (1999) untersuchte 83 junge Erwachsene, die erstmals als Kinder eine depressive Phase durchgemacht hatten. Verglichen mit normalen Kindern hatten sie eine höhere Rate von Suizidversuchen, von Drogen- und Alkoholmissbrauch, vermehrte soziale Probleme (z.B. Berufsentwicklung) und vermehrte Inanspruchnahme medizinischer Dienste. 37 von 83 (45 %) erlebten auch im Erwachsenenalter eine depressive Störung. Doch auch das Umgekehrte kann gesagt werden: Bei ca. 55 % kam es zu einer guten Stabilisierung.

Kufungisisa – Depression und Kultur

IN ANDEREN KULTUREN wird Depression ganz unterschiedlich erlebt und beschrieben. In Indien werden psychische Probleme oft als Makel empfunden, den man dem Arzt und den Angehörigen nicht mitteilen kann. Hingegen sind körperliche Symptome besser verstehbar und akzeptiert. Oft melden sich die Patienten deshalb mit körperlichen Symptomen beim Arzt, für die sich dann aber keine medizinischen Erklärungen finden. Beispiele aus einem Fragebogen für die Beschreibung der Depression in der Dritten Welt (Mumford 1996):

Fühlten Sie in letzter Zeit einen Energiemangel? – Spürten Sie Schmerzen im ganzen Körper? – Hatten Sie Schmerzen auf der Brust oder tat Ihnen das Herz weh? – Spürten Sie häufig Herzklopfen? – Haben Sie oft Kopfweh? – Hatten Sie ein Erstickengefühl oder einen Kloss im Hals? – Mussten Sie häufiger Wasser lösen? – Litten Sie unter vermehrtem Schwitzen?



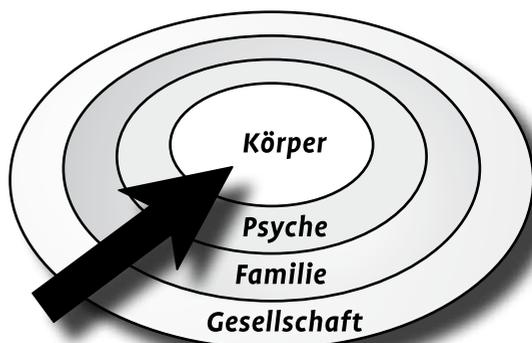
In Zimbabwe wird Depression oft als «**KUFUNGISISA**» umschrieben, was soviel wie «zu viel denken müssen» bedeutet.

In Korea gibt es das «Syndrom des aufgestauten Feuers» («Hua Byung»). Hauptsymptome sind Hitzegefühl, Bauchweh, Seufzen, impulsives Herumwandern, Gefühlsausbrüche, Klagen, allgemeine Angst und depressive Zustände.

Depression als Entfremdung

In vielen Kulturen ist die Einbettung in die Gesellschaft und die Familie der wichtigste und höchste Wert des Lebens. Depression ist damit nicht nur ein individuelles Leiden, sondern verläuft in vier Stufen: Zuerst erfolgt der Rückzug von der Gesellschaft (von Freunden, vom Dorf etc.), dann als weitere Verschlimmerung auch der Rückzug von der Familie.

Der depressive Mensch ist dann in seiner Psyche gefangen (Grübeln, Selbstvorwürfe, Todeswunsch). Und schliesslich kann er auch nicht mehr denken, sondern drückt seine Depression nur noch in körperlichen Beschwerden aus.



nach Estevao

Depression im Alter

Im Alter zeigt sich besonders gut das Zusammenspiel der verschiedenen Faktoren. Während jüngere Menschen mit Depressionen meist körperlich gesund sind, machen sich im Alter vermehrt das Nachlassen der Körperfunktionen (Herz, Kreislauf, Gehirnfunktion etc.) sowie chronische Schmerzen und körperliche Behinderungen bemerkbar. Dazu kommen weitere soziale Veränderungen, die im Folgenden aufgelistet werden.

ZEITLICHKEIT ALS EINENGUNG DES LEBENS

- Keine Umkehr möglich (Irreversibilität)
- «Nicht mehr» contra «Noch nicht»
- Sinnerfüllung aus der Vergangenheit, nicht aus der Zukunft
- in der Depression wird die Vergangenheit schuldhaft verzerrt gesehen und negativ bilanziert
- dadurch werden auch die noch vorhandenen Zukunftsperspektiven verkürzt und verschlossen.

SECHS HÄUFIGE GRÜNDE

1. Vereinsamung: Soziale Isolation, Kontaktmangel durch Verlust von Ehepartner, Freunden, echten menschlichen Beziehungen, Verlust religiöser Bindungen.
2. Verlust der Selbständigkeit durch somatische Krankheiten, körperliche Behinderungen und psychische Störungen.
3. Inaktivität infolge Pflichtleere, Mangel an neuen Zielsetzungen, Fehlen von Aufgaben.
4. Entwurzelung durch Umzug in kleinere Wohnung, in fremde Umgebung, Eintritt in Alters- und Pflegeheime.
5. Verlust von Ansehen und Macht, finanzielle Sorgen, Missachtung des Alters
6. Hartnäckige Schlafstörungen

Vorbeugung von Altersdepressionen



- ▶ Vermeiden der Vereinsamung und Selbstisolation.
- ▶ Erhaltung der Selbständigkeit und der Gesundheit durch ärztliche Betreuung und Behandlung.
- ▶ Aktivierung und Stimulation der intellektuellen, affektiven und körperlichen Funktionen durch neue Zielsetzungen.
- ▶ Vermeiden von Umzug mit Milieuwechsel durch Altersfürsorge, Hauspflege und Mahlzeitendienste.

Hilfreiches Gespräch mit älteren Menschen

VERGANGENHEIT

1. Aufgabe: Integration des Lebensganzen.
2. «Erinnerungstherapie»: Abschied und Neubeginn.
3. Annahme einer negativ besetzten Vergangenheit (Entlastung und Bereinigung von echter oder vermeintlicher Schuld).

GEGENWART

1. personenbezogene Ansätze: z.B. Tagesstruktur, Aktivitäts- und Kontakt-Aufbau, Wiedererlangung von mehr Selbstständigkeit.
2. interpersonelle Ansätze: Familie und Angehörige miteinbeziehen
 - stärkere Einbindung der Angehörigen oder aber Entflechtung und Entlastung– Schaffung eines neuen sozialen Umfeldes.

3. Soziotherapeutische Ansätze: Selbständigkeit aufrechterhalten durch ambulante Hilfsangebote (Essen auf Rädern, Tagesheim).

ZUKUNFT

1. Neue Sichtweise der Zukunft (kognitive Umstrukturierung).
2. Praktische Wiederentdeckung und Entwicklung von Fähigkeiten.
3. Realistische Auseinandersetzung mit den bestehenden Grenzen.

nach Fuchs T., Kurz A. und Lauter H. (1991): Die Zeitperspektive in der Behandlung depressiver älterer Patienten. Der Nervenarzt 62:313–317.

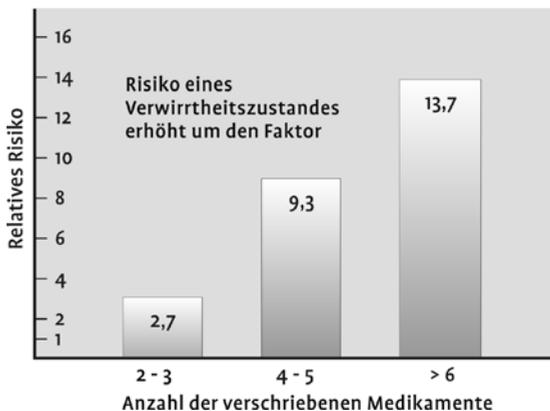
Medikamente im Alter

Grundsätzlich können im Alter die gleichen antidepressiven Medikamente angewendet werden wie bei jüngeren Patienten. Allerdings wählt man eher Medikamente vom Typ SSRI und SNRI, weil sie weniger Nebenwirkungen haben. Zudem empfiehlt es sich, niedriger zu dosieren.

GEFAHREN DER MEDIKAMENTE IM ALTER

Je mehr Medikamente bei älteren Menschen verschrieben werden, desto grösser ist das Risiko für einen medikamentös verursachten Verwirrheitszustand.

Quelle: Larson E.B. (1987) Annals of Internal Medicine 107:169–173.



Demenz oder depressive Denkhemmung?

Häufig klagen depressive Patienten über die Abnahme der geistigen Leistungskraft, Gedächtnisschwund und gedankliche Verarmung. Doch dies bedeutet nicht unbedingt eine echte Demenz. Vielmehr handelt es sich um eine depressive Denkhemmung. Wie diese von einer echten Demenz abgegrenzt werden kann, wird in der folgenden Tabelle dargestellt.

Die Gründe für die Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit, der Aufnahme- und Merkfähigkeit liegt in der allgemeinen Verlangsamung, die bei einer Depression vorliegt. Zudem werden die Betroffenen derart durch ihre grüblerischen Sorgen blockiert, dass es ihnen nicht gelingt, ihre Gedanken genügend auf Neues einzustellen.

	DEMENZ	DEPRESSIVE DENKHEMMUNG
Beginn	Einschränkung der geistigen Kräfte vor Beginn der Depression.	Depressive Symptome gehen der Einschränkung des Denk- und Merkmögens voraus.
Symptome	Die Betroffenen spielen ihr Defizit herunter oder verneinen es, versuchen es umständlich zu vertuschen (z.B. durch Wechsel des Gesprächsthemas oder durch Verharren bei einem Thema, in dem sie sich sicher fühlen).	Die Betroffenen klagen offen über Gedächtnisschwund und intellektuelle Leistungsschwäche, übertreiben dabei und beharren darauf.
Erscheinung und Verhalten	Oft vernachlässigt, unordentlich; witzelnd oder apathisch und gleichgültig; der Gefühlsausdruck ist oft labil und oberflächlich.	Trauriger Gesichtsausdruck, besorgt; gehemmtes oder unruhiges Verhalten; niemals lustig oder euphorisch; Wehklagen oder abwertender Spott über die eigene Leistungsschwäche.
Antwort auf Fragen	Oft ausweichend, ängstlich oder sarkastisch, wenn Antworten gefordert werden, oder Bemühen, korrekt zu antworten, ohne dass dies gelingt.	Oft langsam, «Ich weiss nicht»-Typ der Antwort.
Intellektuelle Leistung	Gewöhnlich gesamthaft beeinträchtigt und gleichmässig schwach.	Oft eingeschränktes Gedächtnis; unbeständig; wenn gesamthaft eingeschränkt, dann deswegen, weil der Patient sich nicht anstrengt.

(modifiziert nach Lipowski)

Erwartungen älterer Patienten

ERWARTUNGEN DES PATIENTEN	PROBLEM FÜR ARZT UND BETREUENDE
Körperliche Besserung, längeres Leben.	Erwartungsdruck des Patienten.
Abwendung von Leiden und Tod.	Falsche Hoffnungen.
Aufmerksame Zuwendung, geduldiges Zuhören, gründliche Untersuchung.	Zeitbedarf und Geduld, vor allem bei Vergesslichkeit und Umständlichkeit des Patienten.
«Er wird mir helfen!»	Verhinderung von zu starker Abhängigkeit.
Sicherheit durch regelmässige Kontakte: «Er lässt mich nicht im Stich!»	Zeitpunkt der nächsten Kontaktnahme auch auf längere Zeit hinaus festlegen.
Zuversicht, Aufmunterung	Eigener psychischer Zustand und Kraftreserven von Arzt und Betreuenden.
ERWARTUNGEN DER BETREUENDEN	PROBLEM FÜR DIE PATIENTEN
«Der Patient wird sein Anliegen konzis und geordnet vorbringen.»	Vergesslichkeit, Angst, Umständlichkeit und Langsamkeit.
«Der Patient wird mich nach angemessener Zeit wieder loslassen.»	«Ich klammere mich an die Betreuenden, weil ich Angst habe, sie nähmen mich sonst nicht ernst genug.»
«Der Patient wird meine Anweisungen genau befolgen.»	Vergesslichkeit oder mangelndes Vertrauen beeinträchtigt die Zuverlässigkeit (Compliance)
«Der Patient wird offen zu mir sprechen, wenn ich ihn dazu auffordere.»	Nicht alle älteren Patienten haben je gelernt, über ihr Seelenleben offen zu sprechen. Sie haben oft Mühe, ihre Bedürfnisse und Probleme auszudrücken.
(nach Irniger)	



Vorbereitung auf das Alter

DISKUTIEREN SIE IN GRUPPEN, WAS DIESE PUNKTE IM EINZELN BEDEUTEN KÖNNTEN!

- ▶ Realistische Beurteilung der eigenen Möglichkeiten und Grenzen.
- ▶ Anpassung von Lebensform und Lebensstil.
- ▶ Bewusste Auseinandersetzung mit der persönlichen Zukunft im Alter.
- ▶ Bildung und Wissenserwerb im Alter.
- ▶ Vorbereitung auf Alter in Schule und Erwerbsleben.
- ▶ Umgang mit Endlichkeit und Vergänglichkeit.

Chronische Müdigkeit / Fibromyalgie

Chronic Fatigue Syndrom (CFS) ist die Bezeichnung für eine Erkrankung, die sich durch lähmende Müdigkeit, ungewöhnliche Erschöpfbarkeit und eine Reihe körperlicher Beschwerden auszeichnet. Aus der medizinischen Literatur der letzten 200 Jahre geht hervor, dass dieses kein neues Syndrom ist.

ANDERE BEGRIFFE

Neurasthenie, nervöse Erschöpfung, myalgische Neuromyasthenie, epidemische myalgische Enzephalomyelitis, allgemeines Allergiesyndrom, postvirales Müdigkeitssyndrom.

KEINE KLARE URSACHE

Bis heute konnte keine eindeutige Ursache für das CFS gefunden werden. Während einige Wissenschaftler ein Virus dahinter annehmen, betonen andere die starke Überlappung mit depressiven Störungen.

Weitere Theorien vermuten einen Mangel an Vitaminen oder Mineralstoffen, eine Allergie auf künstliche Farbstoffe in der Nahrung oder auf Süßigkeiten. Alle diese Vermutungen konnten aber nicht erhärtet werden.

FIBROMYALGIE

Chronische, generalisierte Schmerzen im Bereich des Achsenskeletts sowie an den Extremitäten, ober- und unterhalb der Taille, in beiden Körperhälften.

Klinische Untersuchung: reproduzierbare Druckschmerzhaftigkeit klar definierter «tender points» (min. 11 von 18 nachweisbar), keine Zeichen objektiver Schwäche der Muskulatur, keine neurologischen Ausfälle.

DIAGNOSTISCHE KRITERIEN CFS

- Die Müdigkeit beginnt zu einem klaren Zeitpunkt und dauert nicht lebenslang
- Die Müdigkeit ist schwerwiegend, beruflich einschränkend und beeinträchtigt die körperliche und psychische Funktion
- Die Müdigkeit dauert mindestens 6 Monate während mindestens der Hälfte des Tages

EINSCHLUSSKRITERIEN:

Klinisch abgeklärte, medizinisch nicht erklärbare andauernde oder häufig wiederkehrende Müdigkeit während mindestens 6 Monaten Dauer, die

- neu aufgetreten ist (nicht lebenslang)
- nicht Resultat einer dauernden Anstrengung
- nicht durch Erholung und Ruhe erleichtert wird
- zu einer deutlichen Reduktion der früheren Aktivitäten führt.

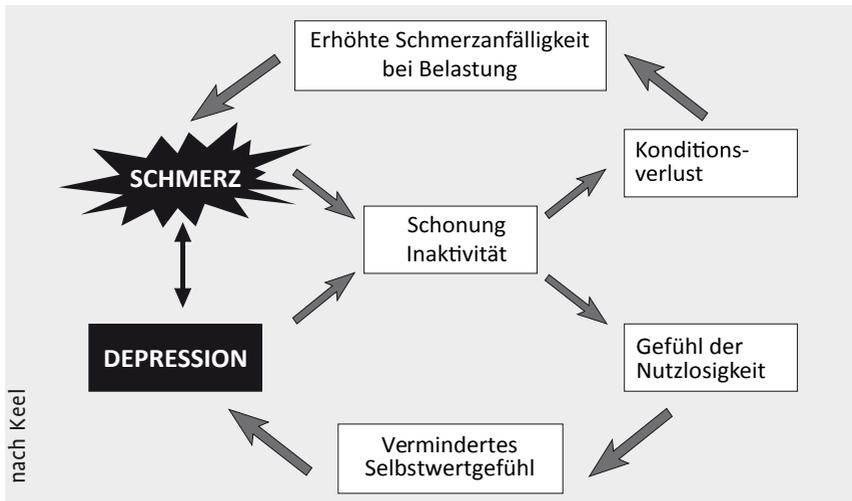
Das Auftreten von vier oder mehr der folgenden Symptome: – subjektive Klagen über Vergesslichkeit – Halsschmerzen – schmerzende Lymphknoten – Muskelschmerzen – Gelenkschmerzen – Kopfschmerzen – nicht erfrischender Schlaf – Schwächegefühl nach körperlicher Anstrengung, das länger als 24 Stunden anhält.

AUSZUSCHLIESSEN SIND

Patienten mit medizinischen Grunderkrankungen (wie etwa schwere Blutarmut) oder psychiatrischen Erkrankungen (wie chronische Depression oder organische Gehirnerkrankungen), die chronische Müdigkeit erzeugen können

(nach Fukuda et al. 1994)

Depression und Schmerz



Ungünstige Reaktionen (Dysfunktionale Denkmuster)

Es sind schreckliche Schmerzen im Nacken!

Ich bin in einem schrecklichen Loch
Ob ein Nerv eingeklemmt ist?

Ich gerate in eine furchtbare Depression.

Es wird immer schlimmer

Ich rutsche immer tiefer
in die Depression.

Ich muss zum Arzt

Ich muss wieder Antidepressiva nehmen.

Ich muss mich schonen.

Ich bin ein Versager, nichts wert.

Günstige Reaktionen (Aktive Bewältigung)

Ich habe wieder diese Nackenschmerzen, es spannt.

Ich bin bedrückt, wie ab und zu.

Ich bin verspannt wegen dieser Reise.
Ich habe Angst, etwas könnte schief gehen.

Ich bin enttäuscht, weil ich diesen Fehler gemacht habe.

Wenn es mir gelingt, mich zu entspannen, wird der Schmerz erträglicher werden.

Wenn ich es nicht so tragisch nehme, wird es besser.

Ein warmes Bad und ein paar Entspannungsübungen werden helfen.

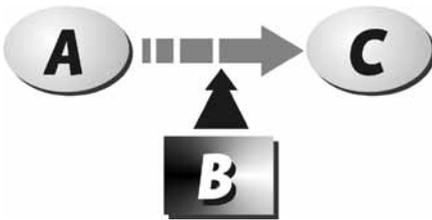
Am besten erledige ich etwas und verschaffe mir einen kleinen Erfolg.

Ich sollte wieder regelmässig schwimmen gehen.

Fehler machen alle, ist nicht schlimm.
Ich habe sonst viel Positives erreicht.

nach Prof. Dr. Peter Keel, Basel

Depressive Denkmuster



A = AUSLÖSENDES EREIGNIS
B = BEWERTUNG
C = RESULTIERENDES GEFÜHL

Aus einem auslösenden Ereignis (A) folgt nicht automatisch eine emotionale Konsequenz (C). Ob ein Ereignis ein bestimmtes Gefühl auslöst, hängt davon ab, wie ein Mensch das Ereignis bewertet (B).

DIE KOGNITIVE TRIADE

Depressive Menschen zeigen typische Veränderungen ihres Denkens. Diese werden auch als die «kognitive Triade» bezeichnet.

1. NEGATIVES SELBSTBILD

«Ich bin untauglich und wertlos!» – «Ich bin ein jämmerlicher Versager, der seine Familie schmachlich im Stich gelassen hat.»

2. NEG. SICHT DER UMWELT

«Die anderen sind gegen mich. Alles ist grau.» – «Gott ist weit weg. Ich spüre seine Nähe nicht mehr wie früher.»

3. NEG. ZUKUNFTSERWARTUNG

«Ich kann nie mehr glücklich werden. Für mich gibt es keine Hoffnung.» – «Die aufmunternden Worte der Schwester gelten für mich nicht. Sie will mich nur beruhigen.»

Diese negativen Gedanken sind einerseits Teil der Depression, andererseits verdunkeln sie das Befinden zusätzlich.

WIDERSPRÜCHE zwischen der Alltags-Erfahrung und den negativen Grundannahmen werden durch depressive Denkfehler aufgehoben. Nur so ist es möglich, dass beispielsweise Menschen mit durchschnittlicher oder guter beruflicher Leistung dennoch fest davon überzeugt bleiben können, alle anderen seien besser als sie.

BEISPIEL

WIE KLÄFFENDE HUNDE

«Meine Gedanken sind wie kläffende Hunde,» erklärt mir ein 25-jähriger Mann. «Sie kommen ganz unerwartet aus der Ecke und verbeissen sich an meinen Hosenbeinen. Obwohl ich weiss, dass ich keine Angst vor ihnen haben müsste, lassen sie mich doch nicht los. Ich probiere sie abzuschütteln, aber sie springen immer wieder an mir hoch und machen mir das Leben schwer.»

WEITERE INFORMATIONEN

A.T. Beck et al.: Die kognitive Therapie der Depression, Beltz.
 M. Hautzinger: Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Beltz.

Beispiele für depressive Denkfehler

KURZSCHLUSS-DENKEN: «Das Essen ist angebrannt. Ich kann nicht mehr kochen.»

VERALLGEMEINERUNG: «Mich mag niemand mehr.» (Nur weil die kleine Tochter eine gehässige Bemerkung gemacht hat).

TUNNELBLICK: «Frau Müller mag mich auch nicht.» (Obwohl gerade erst drei andere Frauen sie gelobt haben.) «Ich bin ein ungetreues Chormitglied.» (Weil sie nicht alle Proben besucht.)

PERSONALISIERUNG: «Wenn mein Mann schlecht gelaunt ist, bin ich schuld.» (Obwohl er vielleicht Probleme im Geschäft hat.)

SOLLTE-TYRANNEI: «Ich sollte doch eine blitzsaubere Wohnung haben.» - «Ich sollte doch bei den Weltereignissen auf dem Laufenden sein.» - «Ich sollte mich nicht so gehen lassen.»

SCHWARZ/WEISS-DENKEN: «Entweder bin ich von allen akzeptiert oder ich bin nichts wert!» - «Entweder habe ich meinem Beruf das beste Verkaufsergebnis oder ich bin ein Versager.»

EMOTIONALE BEGRÜNDUNG: «Ich fühle mich in unserem Kaffee-Kränzchen so unsicher und weiss gar nicht, was ich sagen soll. Sicher lehnen mich die anderen ab und verachten mich!

DEPRESSIVE WAHNIDEEN

Depressive Wahnideen umschreiben Überzeugungen, die keinen Bezug zur Realität haben, z.B. «Ich habe keine Kleider mehr», obwohl der Kasten voll ist mit gut passenden Kleidern. Solche Ideen treten bei schweren, endogenen Depressionen auf und lassen sich im Gespräch nicht korrigieren. Sie sprechen aber gut auf Neuroleptika an und verschwinden mit dem Abklingen der Depression.

Häufige Themen:

1. Hypochondrischer Wahn
2. Selbstvorwürfe wahnhaften Ausmasses
3. Wahnhaftige Versagensideen
4. Verarmungswahn
5. Wahnhafter Versündigungswahn

Kognitive Therapie

IN DER KOGNITIVEN VERHALTENS-THERAPIE (KVT) werden die Gedanken besprochen, die in der Depression entstehen und die zur Depression beitragen (vgl. nebenstehende Beispiele). Ratsuchende und Therapeut suchen dann miteinander bessere Antworten, die es der betroffenen Person ermöglichen, ihren Zustand zu bewältigen und aus den destruktiven Mustern auszu-steigen. Die Kognitive Therapie ist heute neben der Interpersonellen Therapie der Depression (vgl. Seite 28) die am besten bewährte Psychotherapie der Depression.

Suizidgefahr erkennen

Eine Selbsttötung ist die schwerste Auswirkung einer Depression. Suizidgedanken sind häufig und es ist daher wichtig, diese anzusprechen. Hier einige Hinweise:

HINWEISE AUF SUIZIDGEFAHR

- Vorkommen von suizidalen Handlungen in der Familie oder in der näheren Umgebung, Suggestiv-Wirkung.
- Frühere Suizidversuche, direkte oder indirekte Suizidankündigungen.
- Äusserung konkreter Vorstellungen über die Art, die Durchführung und Vorbereitungshandlungen zu einem Suizid oder aber «unheimliche Ruhe».
- Selbstvernichtungs-, Sturz- und Katastrophenträume.
- Verlust jeglicher Zukunftsplanung.

KRANKHEITSGEPRÄGE

- Beginn oder Abklingen depressiver Phasen.
- Ängstlich-agitiertes Gepräge, affektive Einengung, Aggressionshemmung.

- Schwere Schuld- und Versagensgefühle, Krankheitswahn.
- Biologische Krisenzeiten (Pubertät, Wochenbett, Klimakterium).
- Langdauernde oder unheilbare Krankheiten.
- Alkoholismus oder Toxikomanie.

UMWELTBEZIEHUNGEN

- Zerrüttete Familienverhältnisse während der Kindheit, sexueller Missbrauch.
- Verlust oder primäres Fehlen mitmenschlicher Kontakte (Liebesenttäuschung, Vereinsamung, Ausgestossen sein).
- Verlust der Arbeit, Fehlen eines Aufgabenkreises.
- Fehlen religiöser oder weltanschaulicher Bindungen.

FRAGEN BEI SUIZIDGEFAHR

- ▶ **Suizidalität:** Haben Sie schon einmal daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?
- ▶ **Vorbereitung:** Wie würden Sie es tun? Haben Sie bereits Vorbereitungen getroffen? (Je konkreter, desto grösser das Risiko)
- ▶ **Zwangsgedanken:** Denken Sie bewusst daran? Oder drängen sich die Gedanken auf, auch wenn Sie es nicht wollen? (Sich passiv aufdrängende Gedanken sind gefährlicher)
- ▶ **Ankündigung:** Haben Sie über Ihre Absichten schon mit jemandem gesprochen? (Ankündigungen immer ernst nehmen)
- ▶ **Einengung:** Haben sich Ihre Interessen, Gedanken und zwischenmenschliche Kontakte gegenüber früher eingeschränkt, verringert?
- ▶ **Aggression:** Haben Sie gegen jemand Aggressionsgefühle, die Sie gewaltsam unterdrücken? (Diese werden gegen die eigene Person gerichtet)

Umgang mit Selbstmord-Gefährdeten

ANSPRECHEN VON SELBSTMORDDGEDANKEN

Suizidgedanken gehören häufig zum Erscheinungsbild einer schwereren Depression. Oft werden sie aber aus Scham verschwiegen. Das selbstverständliche Ansprechen der Suizidgedanken erleichtert es dem Patienten, über seine innersten Nöte und Ängste zu sprechen (vgl. Fragen auf Seite 16 unten). Die bedrohlichen Gedanken können dann mit dem Berater, Arzt oder Seelsorger distanziert gesehen werden. Die Last wird geteilt und Gegenmassnahmen können erörtert werden.

HINTERFRAGEN DER HOFFNUNGSLOSIGKEIT

Selbstmord wird dann erwogen, wenn ein Mensch keinen anderen Ausweg mehr sieht. Das Besprechen der Situation aus der Sicht des Betreuers kann zu der Frage führen: «Ist meine Lage wirklich so ausweglos?» Der kleinste Hoffnungsschimmer kann den Suizid-Gefährdeten dazu bewegen, den Selbstmord wenigstens aufzuschieben.

EINE FESTE BEZIEHUNG ANBIETEN

Das Gefühl, vom Gegenüber ernstgenommen und unterstützt zu werden, kann den Gedanken an Selbstmord schwächen. Man kann dem Depressiven das Versprechen abnehmen, wenigstens bis zum nächsten Gespräch keinen Selbstmordversuch zu unternehmen. Zudem soll man ihm anbieten, jederzeit beim Auftreten von Suizidgedanken zu telefonieren. Notfalls besteht über Tel. 143 in der Schweiz jederzeit die Möglichkeit zum Gespräch mit einem ausgebildeten Helfer (Telefon-Seelsorge).

HINZUZIEHEN VON ANGEHÖRIGEN

- nicht alleine lassen, vermehrte Zuwendung.

KURZFRISTIGE MASSNAHMEN

- möglichst bald einen neuen Termin geben.
- Einleitung einer medikamentösen Behandlung, die möglichst zur Wiederherstellung des Schlafes führt.

KLINIKEINWEISUNG

Wenn diese Bemühungen nicht ausreichen, ist eine Klinikeinweisung unumgänglich. Die Klinik offeriert in akuten Krisen auch denjenigen Patienten zusätzliche Therapiemöglichkeiten, die sonst eher skeptisch sind (Psychiatrie-Vorurteile, Glaubensgründe). Sie erhalten vermehrte Zuwendung, äussere Grenzen und damit Schutz und Zuflucht vor den als unerträglich empfundenen Lebensumständen und Ängsten.



Burnout

WAS IST BURNOUT?

Burnout ist eine körperliche und emotionale Erschöpfung aufgrund dauernder Anspannung, ständiger sozialer Begegnungen, täglichen Stresses. Burnout ist besonders tiefgreifend, wenn aufreibende Arbeit und dauernde Belastung von wenig Anerkennung und Unterstützung begleitet sind.

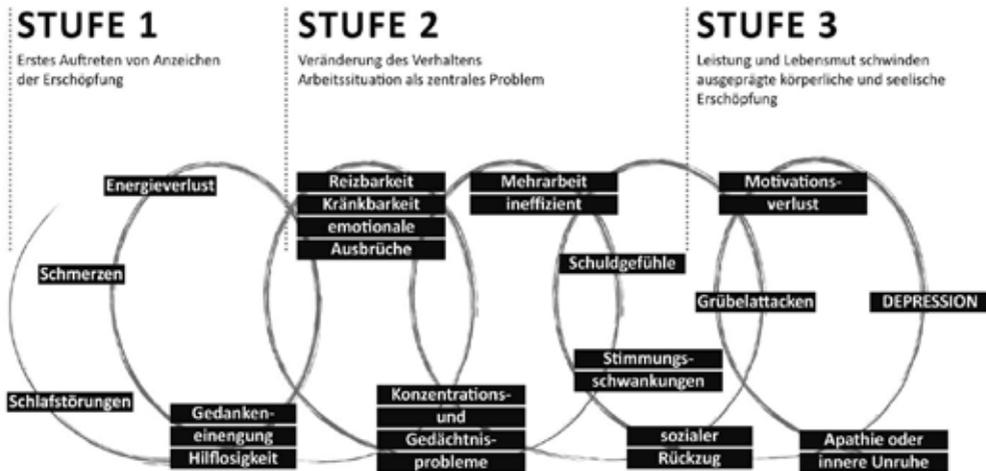
ANZEICHEN FÜR BURNOUT

- Klagen über Arbeitsunlust und Überforderung
- keine neuen Ideen und Projekte, die die Person früher auszeichneten
- Negative Grundeinstellung, Dienst nach Vorschrift

- Widerstand gegen Veränderungen
- weniger Kontakt mit Kollegen
- vermehrt krankheitsbedingte Absenzen
- «innere Kündigung»

BESONDERS GEFÄHRDET sind oft die besten Mitarbeiter, die sich engagieren, hohe Ansprüche an sich selbst haben, Sensibilität für Mitarbeiter und Situationen zeigen und sich schlecht abgrenzen können.

Burnout läuft über mehrere **Stufen** ab, die eine Abwärtsspirale bilden, die nur durch eine Unterbrechung des Kreislaufes gestoppt werden kann.

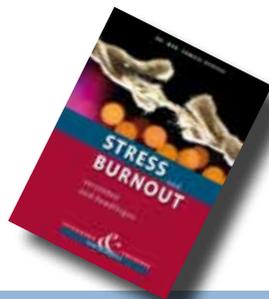


nach Mastlach und Leiter

WEITERE INFORMATIONEN:

Sie können Powerpoint-Präsentationen zum Thema auf dieser Homepage herunterladen: www.seminare-ps.net

Erhältlich ist auch ein eigenes Seminarheft zum Thema.



Umfassende Therapiekonzepte

Depressionen haben gesamthaft einen guten Verlauf. Die allermeisten Depressionen heilen wieder ab. Für die Behandlung ist es wichtig, zwischen leichteren und schweren Depressionen zu unterscheiden. Während bei leichteren Depressionen auf Medikamente verzichtet werden kann, sollte bei schweren Zustandsbildern (auf Schlafstörungen achten!) immer ein Arzt konsultiert werden. Die fünf Zugänge ergänzen sich gegenseitig: kein Weg sollte ohne die anderen beschränkt werden.

1. GESPRÄCH

Hinweise vgl. Seite 30 - 31

2. PRAKTISCHE HILFE

Unterstützung in praktischen Aufgaben: z.B. bei erschöpften Müttern Kinder abnehmen; z.B. bei älteren Menschen Mahlzeiten kochen, einkaufen.

3. SOMATISCHE THERAPIE

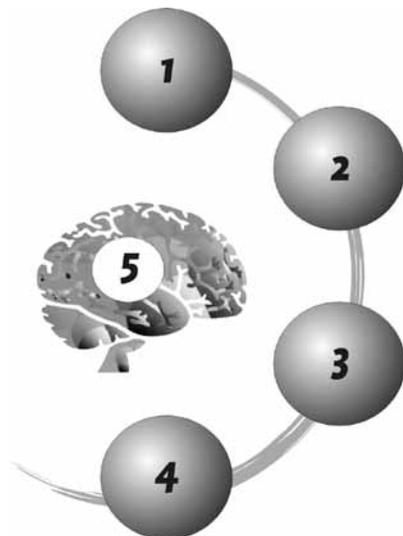
Speziell im Alter achten auf Herzinsuffizienz, Blutdruck, Schilddrüsenfunktion; Erkrankungen, die den Allgemeinzustand schwächen; Hör- und Sehprobleme.

4. AKTIVIERUNG

- körperliche Aktivierung: Bewegung, frische Luft, leichter Sport.
- Tagesplan, Menuplan
- Ergotherapie, praktische Tätigkeiten etc.
- Hilfe zur Selbständigkeit

5. MEDIKAMENTE

Mittel der Wahl sind Antidepressiva: Wirkung tritt erst nach einigen Tagen voll ein; deshalb bei agitierten Depressionen anfangs auch Beruhigungsmittel bzw. Schlafmittel einsetzen.



1. Gespräch
2. praktische Hilfe
3. Behandlung medizinischer Probleme
4. Aktivierung
5. Medikamente

Interpersonelle Therapie der Depression

Interpersonelle Therapie ist eine psychodynamisch orientierte Kurztherapie, die sich in der Depressionsbehandlung sehr bewährt hat und in idealer Weise die verschiedenen therapeutischen Zugänge miteinander verbindet.

Sie setzt sich zum Ziel, die Symptome (Depression, Angst) zu reduzieren und die zwischenmenschlichen Funktionen zu verbessern. Sie erhebt nicht den Anspruch, den Charakter der Person zu verändern.

IPT geht davon aus, dass Depressionen und Ängste unabhängig von der biologischen Verletzlichkeit, in einem psychosozialen und interpersonellen Kontext entstehen.

Sie verfolgt daher zwei Strategien:

1. Die Symptome lindern (Ernstnehmen, klare Diagnostik, Aufklärung über die Natur der Störung und die Behandlungsmöglichkeiten, Medikamente)
2. Dem Patienten helfen, bessere Strategien zu entwickeln, seine sozialen und zwischenmenschlichen Probleme zu bewältigen, die mit der jetzigen Phase der Erkrankung verbunden sind.

In der Therapie werden vier Bereiche angesprochen:

A) TRAUER ÜBER VERLUSTE

Verlust von lieben Menschen, aber auch z.B. Verlust einer Arbeitsstelle oder eines lieben Haustieres.

B) ROLLENKONFLIKTE

gegensätzliche Erwartungen zwischen zwei Personen, oftmals Partnerschaftskonflikte oder Eltern-Kind-Konflikte.

C) ROLLEN-ÜBERGÄNGE

von der Schülerin zur Studentin; von der

Lehre zum Militär, vom Ledigsein zur Partnerschaft, von der Mutterrolle zum beruflichen Wiedereinstieg, von der Arbeit zum Pensioniertendasein etc. – in diesen Übergängen kommt es zum Verlust oder zur Veränderung bisheriger Bindungen an die Familie, zu schwierigen Gefühlen, die mit dem Übergang verbunden sind; zur Anforderung, neue soziale Fähigkeiten zu lernen und möglicherweise zu vermindertem Selbstwertgefühl.

D) INTERPERSONELLE DEFIZITE:

Eine optimale soziale Funktion ist davon abhängig, mit der Familie enge Beziehungen zu pflegen, weniger intensiv aber doch befriedigende Beziehungen mit Freunden und Bekannten und bei der Arbeit gute Leistungen zu erbringen und mit den Mitarbeitern einigermaßen auszukommen. Depressive Verstimmungen und Ängste erschweren soziale Beziehungen. Minderwertigkeitsgefühle, Angst vor Versagen und Ablehnung, Abhängigkeit sowie innere Unsicherheit beeinträchtigen diese Beziehungen.

In der IPT bespricht der Therapeut mit dem Patienten seine Beziehungen und versucht ihm zu helfen, diese zu klären, Unsicherheiten abzubauen und neue Fertigkeiten im Umgang mit andern zu entwickeln.

Forschungen haben gezeigt, dass IPT eine sehr effektive Therapie der Depression darstellt.

WEITERE INFORMATIONEN:

E. Schramm: Interpersonelle Therapie der Depression. Schattauer Verlag.

Hilfen zum Gespräch mit Depressiven

1. GRUNDHALTUNG DER BEDINGUNGSLOSEN ANNAHME:

Den betroffenen Menschen in seiner Krankheit und innerlich empfundenen Not ernst nehmen.

2. ZUHÖREN: Ermutigung zur Besprechung auslösender Motive und der Lebensgeschichte. Besprechen zwischenmenschlicher Beziehungen und ihrer Auswirkungen auf die depressive Verstimmung.

3. HOFFUNG GEBEN: Den günstigen Verlauf des Leidens betonen: die allermeisten Depressionen klingen nach einer gewissen Zeit wieder ab.

4. BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

AUFZEIGEN: Erklären der therapeutischen Zugänge. Bei schweren Depressionen zum Arztbesuch und zur regelmässigen Einnahme von Medikamenten ermutigen.

5. DEPRESSIVE DENKMUSTER: (z.B. Selbstabwertung, überhöhte Ansprüche an sich selbst etc.): mit dem Patienten herausarbeiten und durch konstruktive Sichtweisen seiner Probleme ersetzen.

6. DEPRESSIVE WAHNIDEEN: lassen sich in der akuten Phase nicht korrigieren. Stehenlassen und verweisen auf die Wirklichkeit des Alltags.

7. STÜTZENDE ELEMENTE im Leben des Patienten herausarbeiten und fördern: hilfreiche Beziehungen, Tiere, Hobbies, Glaubenshilfe (Seelsorger mit einbeziehen!).

VERMEIDBARE FEHLER

- ▶ Aufforderung, sich zusammenzureissen oder sich nicht gehenzulassen.
- ▶ Empfehlungen, in Urlaub zu fahren und einfach alles hinter sich zu lassen. (Kontaktschwierigkeiten und Genussunfähigkeit können die Probleme verstärken!)
- ▶ Versuche, dem Patienten einzureden, es gehe ihm besser oder gut.
- ▶ Ratschläge, irgendwelche einschneidende Entscheidungen zu fällen, die sich nicht mehr rückgängig machen lassen (z.B. Kündigung wegen Unfähigkeit, Wohnungsaufgabe wegen finanzieller Schwierigkeiten, Beziehungsabbrüche).
- ▶ Anzweifeln von depressiven Wahnideen.
- ▶ Zu starkes Eingehen auf die depressive Befindlichkeit.
- ▶ Bei gläubigen Patienten: Überforderung durch geistliche Anstrengungen («Du musst mehr glauben, mehr beten etc.»).

8. Auf zeitweise **STIMMUNGSSCHWANKUNGEN** vorbereiten: «Der Weg zur Heilung ist mit Schlaglöchern versehen.»

9. EINBEZUG DER ANGEHÖRIGEN: Diese können oft eine hilfreiche Ko-Therapeuten-Funktion haben. Andererseits brauchen sie auch Unterstützung in der schwierigen Zeit des Tragens.

10. GEDULD HABEN: Ein Therapieziel nach dem anderen setzen, damit der Betroffene immer wieder kleine Erfolge erlebt. Nicht zuviel auf einmal verlangen!

Aktivitätsaufbau

Bei der Aktivierung eines depressiven Menschen muss sorgfältig darauf geachtet werden, den richtigen Ausgleich zwischen einer angepassten Tagesstruktur und einer möglichen Überforderung zu finden.

DER AKTIVITÄTSAUFBAU VERFOLGT ZWEI ZIELE:

1. Durch sinnvolle Gestaltung des Tages kann das depressive Befinden positiv verändert werden und der Patient eine Entlastung erleben.
2. Das Erlebnis, dass dieses Befinden veränderbar ist und dass der Patient selbst etwas beitragen kann, ermutigt ihn zu weiteren Schritten und vermindert die Hoffnungslosigkeit.



PRINZIPIEN

1. JEDE ÜBERFORDERUNG VERMEIDEN:

Das Anspruchsniveau des Patienten nicht übernehmen! Klein anfangen. Bewusst Schwächung und Erschöpfung zugestehen. Depression ist eine Krankheit, die eine Schonung erfordert.

2. ERSTELLEN VON AKTIVITÄTSLISTEN:

Was hat früher Spass gemacht? Was würden Sie zur Zeit gerne machen?

Was würden andere im Moment gerne machen? – Jeden Tag mindestens eine Stunde an die frische Luft (Spazieren, Radfahren, Gartenarbeit).

3. KONKRETE BESPRECHUNG:

Zeit, Ort und Art der Aktivität. Tagesplan erstellen, allmähliche Steigerung vornehmen. Oft beginnt der Patient selbst Vorschläge zu machen.

4. DEM DEPRESSIVEN PERFEKTIONISMUS ENTGEGENWIRKEN:

Es geht nicht darum, die Aufgabe perfekt zu erfüllen. Allein schon das Probieren ist ein Erfolg (Auflockern des Schwarz/Weiss-Denkens). Eventuell Angehörige zur Bewertung des Erfolgs mit einbeziehen.

5. ERMUTIGUNG UND POSITIVE RÜCKMELDUNG GEBEN:

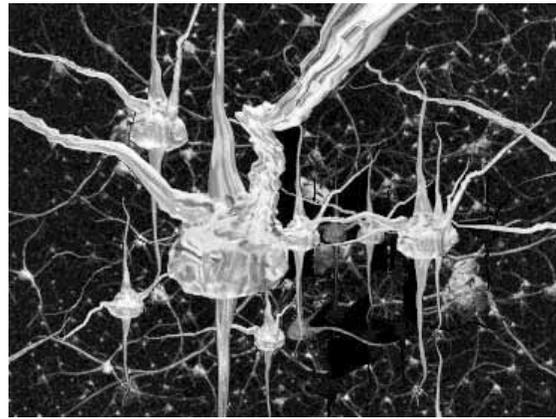
Dem Patienten helfen, selbst herauszufinden, dass es ihm mit diesen Aktivitäten besser oder «weniger schlecht» geht. Den Patienten ermutigen, sich selbst den Erfolg zuzuschreiben.

Die Biochemie der Depression

Die moderne Hirnforschung hat gezeigt, dass Gedanken und Handlungen im Gehirn in komplexer Weise gesteuert werden. Depression bedeutet eine Verlangsamung der gedanklichen Aktivität, eine Erhöhung der vegetativen Aktivität (via Stresshormone) und damit häufig auch eine verstärkte Angstneigung bei gleichzeitiger Verminderung der allgemeinen Lebensenergie.

URSACHE ist eine Verminderung der biochemischen Überträgerstoffe (Neurotransmitter) in den Synapsen, insbesondere **Noradrenalin und Serotonin**.

Die Forschung ist weiterhin stark im Fluss. So entdeckt man immer mehr Rezeptoren, allein für Serotonin sind es mindestens sechs. Die einfachen Rezeptorenmodelle weichen immer komplexeren Darstellungen und reflektieren etwas vom Wunder der Schöpfung. Gleichzeitig wird aber auch deutlich, wie komplex die Störungen im Rahmen einer Depression sein können.



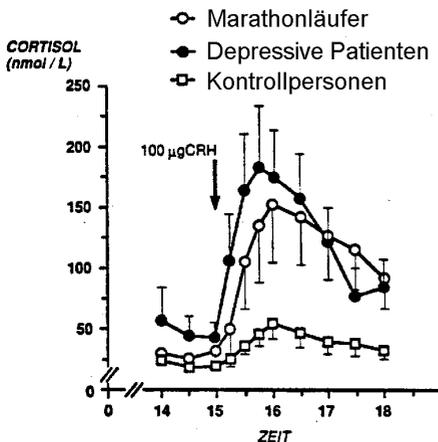
Unser Gehirn ist ein komplexes Netzwerk.

10 Milliarden Nervenzellen und hunderte von komplexen chemischen Botenstoffen wirken zusammen. Jede Nervenzelle hat ca. 100 Fortsätze, die mittels einer Synapse Signale an andere Zellen weitergeben. Der «Funkverkehr» in unserem Gehirn ist intensiver als das gesamte Telefonnetz der Welt.

DEPRESSIVE MENSCHEN STEHEN HORMONELL UNTER DAUERSTRESS.

Die Abbildung zeigt den Cortisolspiegel im sogenannten CRH-Stimulationstest bei Marathonläufern, depressiven Patienten und Kontrollpersonen.

Folgerung: Körperlicher und psychischer Stress erzeugen beide eine gesteigerte Ausschüttung von Stresshormonen, also bei Depressiven wie bei Marathonläufern. Dies erklärt die erhöhte Angstneigung, die innere Spannung und die vielfältigen vegetativen Symptome (nach F. Holsboer).



Antidepressive Medikamente

WIRKUNGEN

Antidepressiva bewirken eine Erhöhung der Überträgerstoffe an den Synapsen. Dadurch stabilisiert sich der psychische Zustand des Patienten: es kommt zu einer Stimmungsaufhellung, Angstlösung und zu einer vegetativen Beruhigung. Allerdings braucht der Wirkungseintritt Zeit (ca. 10 Tage). Leider zeigen sich zwischen verschiedenen Patienten grosse Unterschiede in Wirkung und Verträglichkeit. Antidepressiva sind kein Allheilmittel, aber sie können den Genesungsprozess doch entscheidend unterstützen.

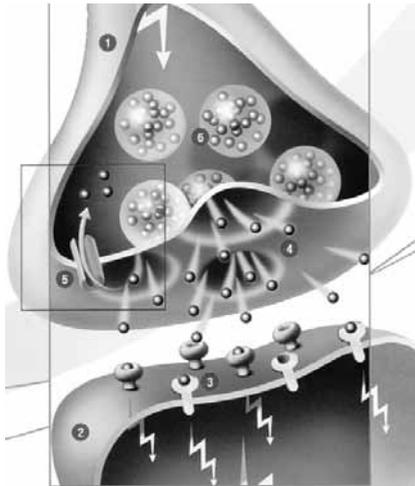


Abbildung aus einer Publikation der Firma Pfizer, mit freundlicher Genehmigung

Vorgänge in der Synapse: Die Botenstoffe werden in den synaptischen Spalt freigesetzt und erzeugen dort an den Rezeptoren ein Signal.

NEBENWIRKUNGEN

Bei den trizyklischen Antidepressiva kommt es vermehrt zu **anticholinergen Nebenwirkungen:** Mundtrockenheit, Schwitzen, verschwommenes Sehen, Erhöhung des Augeninnendruckes (Glaukom!), Harnverhaltung, Reizleitungsstörungen am Herzen, Blutdrucksenkung. Dazu kommen eine Vielzahl seltener Nebenwirkungen, die im jeweiligen Beipackzettel eines Medikaments aufgeführt sind.

Neuere Antidepressiva haben deutlich weniger anticholinerge Wirkungen, führen aber vermehrt zu **Übelkeit**, einige auch zu Schlafstörungen.

Toxizität: Niedrige Toxizität bei allen neueren Antidepressiva.

MEDIKAMENTE BEI BIPOLAREN STÖRUNGEN

In akuten Phasen der Manie gibt man heute **Neuroleptika** (Olanzapin, Quetiapin), evtl. ergänzt durch andere Beruhigungsmittel.

RÜCKFALLPROPHYLAXE

Bei schweren Depressionen und Manien hat sich die regelmässige Einnahme von **Lithium** (ein natürliches Mineralsalz) sehr bewährt. Oft kommt es jahrelang nicht mehr zum Rückfall, bis der Patient das Lithium absetzt. Beachten: zu Beginn regelmässige Blutspiegelkontrolle!

Als wirkungsvoll haben sich auch **Valproinsäure** (Depakine) und **Lamotrigin** erwiesen.

WEITERE INFORMATIONEN:
finden sich heute zahlreich im Internet

Antidepressiva – eine Übersicht

	AKTIVIEREND	STABILISIEREND	SEDIEREND
trizyklisch	Desipramin (Pertofran)	Imipramin (Tofranil) Clomipramin (Anafranil) Lofepramin (Gamonil)	Amitriptylin (Saroten) Trimipramin (Surmontil) Doxepin (Sinquan)
atypisch	Moclobemid (Aurorix) Reboxetin (Edronax)	Maprotilin (Ludiomil) Bupropion (Zyban)	Mianserin (Tolvon) Agomelatin (Valdoxan)
SNRI	SNRI = Serotonin und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer.	Venlafaxin (Efexor) Duloxetin (Cymbalta)	Mirtazapin (Remeron) Trazodon (Trittico)
SSRI	SSRI = Serotonin-Wiederaufnahmehemmer	Citalopram (Seropram) Es-Citalopram (Cipralex) Fluoxetin (Fluctine) Fluvoxamin (Floxyfral) Paroxetin (Deroxat) Sertralin (Zoloft)	
Mood Stabilizers	Mood Stabilizers = Mittel zur Stabilisierung und zur Rückfallverhütung speziell bei bipolaren Störungen	Lithium-Präparate (Quilonorm, Priadel, Lithiofor) Atypische Neuroleptika (Seroquel, Abilify, Zyprexa) Lamotrigin (Lamictal) Valproat (Depakine, Orfiril)	

ZUSÄTZLICHE WIRKUNGEN

Antidepressiva haben nicht nur eine positive Wirkung auf depressive Symptome, sondern auch auf folgende weiteren Störungen: **atypische Depression** (Dysthymie), **Angststörungen** (wie z.B. Generalisierte Angst oder Panikstörungen), **Schmerzsyndrome** (z.B. Fibro-myalgie oder Migräne), **Essstörungen** (speziell Bulimie) und **funktionelle psychosomatische Syndrome** (wie z.B. Reizdarmsyndrom, chronische Spannungskopfschmerzen).

WEITERE INFORMATIONEN:

Wegen der raschen Veränderungen im Pharmabereich kann die Tabelle nie ganz vollständig sein. Zudem wird in diesem kurzen Leitfaden bewusst auf genaue Dosierungsrichtlinien verzichtet, weil jede Person anders auf Medikamente anspricht. Besprechen Sie Medikamentenfragen direkt mit Ihrem Arzt, der Sie am besten kennt.

Praktisches Vorgehen

BEIM EINSETZEN VON ANTIDEPRESSIVA

- Welches Gepräge hat die Depression? (agitiert-angetrieben oder passiv-gehemmt?)
- Ist die Depression mit Schlafstörungen verbunden?
- Besteht ausgeprägte Angst oder gar Suizidalität?

AUFGRUND DIESER ANGABEN:

- Wählen des Antidepressivums (aktivierend, stabilisierend, sedierend)
- Allmähliche Dosissteigerung, im Alter niedrig dosieren!

- Bei Schlafstörungen, Ängsten und Suizidalität kombinieren mit einem Tranquilizer oder einem leichten Neuroleptikum.
- Über mögliche Nebenwirkungen orientieren und trotzdem zur Einnahme ermutigen, da die Nebenwirkungen nach wenigen Tagen nachlassen.
- Auf die verzögerte Wirkung aufmerksam machen.
- Regelmässige begleitende Gespräche anbieten!

Antidepressive Heilpflanzen



Das Extrakt von Johanniskraut (*Hypericum perforatum*) hat in den letzten Jahren grosse Bedeutung gewonnen. Die Pflanze hat offenbar eine Wirkung bei leichteren Depressionen und Verstimmungen.

Allerdings haben auch pflanzliche Heilmittel ihre eigenen Nebenwirkungen, in diesem Fall Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und Photosensibilisierung.

Bei schwereren Störungen reicht die Wirkung von Johanniskraut nicht aus, und es sollten unbedingt stärkere Mittel eingesetzt werden.

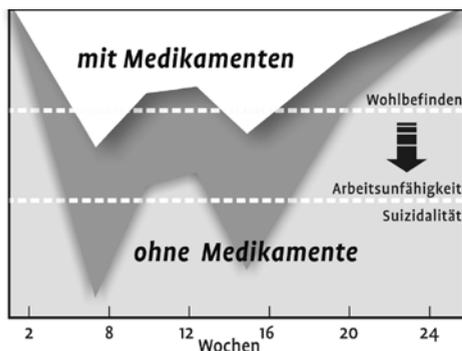
Möglichkeiten und Grenzen

Auch wenn die Wirkung von Antidepressiva begrenzt ist, so ist sie oft genau der Faktor, der für die Betroffenen einen wesentlichen Unterschied macht.

Mit einer medikamentösen Behandlung kann zwar die Länge einer Phase nicht abgekürzt werden. Aber es kann deutlich mehr Wohlbefinden erzielt und eine Arbeitsunfähigkeit vermieden werden.

Aus diesem Grund sollten bei ausgeprägten Depressionen wenn immer möglich Medikamente eingesetzt werden.

NEUE RICHLINIEN für die Behandlung einer Depression (S-3-Richtlinien der DGPPN) betonen, dass Medikamente kein Allheilmittel sind. Bei leichten bis mittelschweren Depressionen gilt heute eine Psy-



chotherapie als gleichwertiger Weg. Allerdings: Bei schweren und wiederholten sowie chronischen Depressionen, bei Dys-thymie und Double Depression sollte eine Kombination von Psychotherapie und Medikamenten erfolgen.

Chronische Depressionen

Leider gibt es depressive Störungen, die trotz umfassender Behandlung nicht mehr vollständig aufhellen. In solchen Fällen spricht man von einer «chronischen Depression». In Therapie und Seelsorge ist es wichtig, nicht zu hohe Erwartungen zu wecken.

Je schwerer ein depressives Zustandsbild, desto schwerer ist es nur durch Gespräch allein behandelbar.

GRÜNDE

- zunehmende Einengung
- zunehmende Unfähigkeit, Willenskontrolle auszuüben
- zunehmende Unmöglichkeit, Defizite in gesunde Weise zu kompensieren

UMFASSENDE BETREUUNG

- Entlastung von Aufgaben, im ungün-

stigen Fall Einleiten einer Berentung.

- Medikamente: auch wenn diese den Zustand nicht völlig beseitigen können, so tragen sie doch zu einer Verbesserung und Stabilisierung des Zustandsbildes bei.
- stützende, nicht aufdeckende Gespräche: Ziel ist die Bewältigung des Alltages und der täglichen Aufgaben.
- soziale Beratung und Betreuung
- Beratung der Angehörigen zum angemessenen Gleichgewicht von Engagement und Abgrenzung.

CBASP (COGNITIVE BEHAVIORAL ANALYSIS SYSTEM FOR PSYCHOTHERAPY)

- eine neue Methode bei chronischen Depressionen ist noch in Entwicklung. Aktuelle Infos kann man googeln.

Depression und Glaube

Wenn gläubige Menschen an einer Depression erkranken, so leiden sie nicht nur an den allgemeinen Symptomen, sondern besonders daran, dass auch der Glaube, der ihnen sonst Halt gab, durch die depressive Symptomatik verdunkelt wird. Oft bringen sie ihr Versagen in Zusammenhang mit ihrem Glaubensleben.

Gott, hilf mir!
Denn das Wasser geht mir
bis an die Kehle.
Ich versinke in tiefem Schlamm,
wo kein Grund ist.

aus Psalm 69

SCHULDGEFÜHLE

treten häufig in einer Depression auf, aber sie entsprechen nicht einer wirklichen Schuld. In einer Arbeit über «Depression und Glaube» von Prof. G. Hole ergaben sich folgende Antworten:

Vor wem fühlen sie sich schuldig?	
Ich fühle mich schuldig	
– vor Gott	16,4%
– Menschen allgemein	5,5%
– Familie	18,2%
– sonstige	5,5%
– «Selbst»	20,8%
– unbestimmt/unklar	6,3%
– vor niemand	27,3%

Schlussfolgerung: Schuldgefühle sind eine menschliche Grundreaktion. Sie treten immer dort auf, wo ein Mensch seine Ideale nicht erfüllt und dieses Versagen schuldhaft erlebt.

SYMPTOME, DIE DAS GLAUBENSLEBEN ERSCHWEREN

1. Die traurige Verstimmung, der Verlust von Freude und Interesse führt auch zum Verlust der Freude an Gott und seiner Schöpfung.
2. Grübeln und Zweifeln, innere Unruhe, sinnloses Gedankenkreisen können zum Verlust der Glaubensgewissheit führen.
3. Selbstvorwürfe, Schuldideen werden als Schuld vor Gott erlebt und können zur Angst vor dem Verlorensein führen.
4. Energiemangel, Entschlussunfähigkeit erschweren auch die christlichen Aktivitäten, die sonst selbstverständlich sind.
5. Angst und Rückzug vor anderen Menschen führt zum Verlust der Gemeinschaft mit anderen Christen, die sie so nötig brauchen würden.
6. Sorgen und Mangel an Perspektive nehmen die sonst vorhandene Zuversicht durch den Glauben.
7. Reizbarkeit und Überempfindlichkeit führen zu Verhalten, das der Betroffene und seine Umgebung nicht mehr als christlich empfinden.
8. Hoffnungslosigkeit und Todeswunsch werden manchmal durch Bibelverse unterstützt, die der Betroffene aus dem Zusammenhang reißt.

Positive Aspekte des Glaubens

1. GLAUBENSVERTIEFUNG DURCH DIE DEPRESSION

- vermehrte Abhängigkeit von Gott
- Vertiefung des persönlichen Glaubens
- reifere Haltung gegenüber dem Leiden
- reifere Haltung gegenüber Leidenden

2. GLAUBE ALS QUELLE DER KRAFT IN DER DEPRESSION

trotz Verzagtheit, Zweifel, Kraftlosigkeit

- Bibelstellen (Psalmen, Hiob, Losungen, Kalender) und Liederverse
- Ermutigung durch Mitchristen

SIEBEN HÄUFIGE KLAGEN GLÄUBIGER MENSCHEN, DIE AN EINER DEPRESSION LEIDEN

Im Grunde genommen werden die allgemeinen depressiven Klagen beim gläubigen Menschen in eine religiöse Sprache gefasst.

- ▶ 1. «Depression ist Sünde.» (Ein guter Christ ist nicht depressiv)
- ▶ 2. «Ich werde von Gott gestraft, weil ich mich versündigt habe.»
- ▶ 3. «Ich spüre Gottes Gegenwart nicht mehr.»
- ▶ 4. «Ich habe keine Kraft mehr für Bibellese und Gebet.»
- ▶ 5. «Ich habe so Angst vor anderen Menschen. Ich wage nicht mehr in die Kirche oder in einen Hauskreis zu gehen.»
- ▶ 6. «Ich tue ja nichts für Gott, verglichen mit anderen; ich bin ein nutzloses Werkzeug.»
- ▶ 7. «Für einen Menschen wie mich gibt es keine Hoffnung mehr.»

3. GLAUBE ALS SCHUTZ VOR VERZWEIFLUNG UND SUIZID

- Hoffnung wider die drängende Hoffnungslosigkeit
- Angst vor Strafe bei Suizid
- Todeswunsch wird zur Ewigkeits-Sehnsucht ohne suizidale Eigenhandlung

Du machst mich wieder lebendig und holst mich wieder herauf aus den Tiefen der Erde ...
Du tröstest mich wieder.

aus Psalm 71



Im Gespräch ist es wichtig, die Nöte des gläubigen Menschen in seiner Depression ernst zu nehmen und die stützenden Anteile seines Glaubens zu aktivieren. Die Zusammenarbeit mit einem Seelsorger ist sehr zu empfehlen.

Was hilft gegen Burnout?

1. Bedenken Sie, dass jeder Mensch nur begrenzte Energie hat. Sie können ihren seelischen Akku schnell herunterfahren oder aber Ihre Kräfte gezielt einsetzen.

2. Bauen sie bewusst Atempausen in den Alltag ein – eine halbe Stunde an die frische Luft, ein kurzer Spaziergang um den Block oder vielleicht ein «Power-Nap» zum Auftanken?

**Sei nicht allzu
gerecht und allzu weise,
damit du dich nicht
zugrunde richtest.**

Prediger 7,16

3. Lernen Sie NEIN zu sagen – freundlich, aber bestimmt!

4. Wenn es zu hektisch wird: Halten Sie inne und fragen Sie sich: «Was kann passieren, wenn ich die Arbeit aufschiebe? Sind die Folgen wirklich so schlimm?» Manche Arbeiten erledigen sich von selbst, indem man sie einmal liegen lässt.

Was macht es aus, wenn Sie einmal nicht an vorderster Front in perfektem Einsatz stehen? Wenn Sie ausbrennen, dank Ihnen niemand dafür.

5. Setzen Sie Grenzen: Verlagern Sie berufliche Probleme nicht ins Privatleben. Kein Mensch ist unersetzlich. Aber die Scherben zerbrochener Beziehungen lassen sich kaum mehr nahtlos zusammensetzen.

6. Nehmen Sie sich Zeit – etwa für Hobbys, Entspannung, Sport oder Musik. Über-

prüfen Sie ihren Tagesrhythmus. Sind Sie ein Morgen- oder ein Nachtmensch? Passen Sie Ihren Arbeitsalltag an, dann ergeben sich neue Zeitfenster!

7. Spitzenleistungen sind manchmal nötig. Aber sie dürfen dann auch ein Gegengewicht setzen: Nehmen Sie sich Zeit, Wochenendarbeit, Jetlags oder Übermüdung auszukurieren. So kommen sie wieder frisch und mit neuen Ideen zur Arbeit.

8. Wenn Sie den Eindruck haben, der Job mache Sie kaputt, so seien Sie konsequent: Haben Sie schon an ein Time-out (Sabbathical) gedacht? Überlegen Sie, ob es Sinn machen kann, sich versetzen zu lassen, die Stelle zu kündigen oder gar den Beruf zu wechseln.

BURNOUT ALS CHANCE

In der Krise eines Burnout liegt auch eine Chance: Es gilt zu erkennen, dass wir wertvoll sind, selbst wenn wir an unsere Grenzen geraten sind.

Oftmals werden wir aufgerüttelt, neue Weichenstellungen für die Gestaltung des Lebens vorzunehmen.

Und schliesslich hat so mancher in seiner eigenen Krise gelernt, andere Menschen besser zu verstehen. So gesehen kann Burnout auch zu einem Neuanfang werden, der dem Leben eine neue bessere Wendung gibt.

WEITERE INFORMATIONEN:

M. Rush: Brennen ohne auszubrennen. Das Burnout-Syndrom – Behandlung und Vorbeugung. Schulte & Gerth

Hilfen für die Helfenden

Die Depression eines Ratsuchenden bleibt nicht ohne Auswirkung auf die Betreuer. Er oder sie möchte dem Betroffenen helfen und fühlt sich z.T. für ihn verantwortlich.

Wenn sich dann – wie so oft – kein sofortiger Erfolg einstellt, besteht die Gefahr, dass sich der Betreuer von der Hoffnungs- und Hilflosigkeit des Depressiven anstecken lässt.

Die Gespräche werden zunehmend zur Belastung. Man bekommt Angst vor dem Telefon, schläft schlechter. Man zweifelt an sich selbst und vielleicht sogar an Gott. Therapeuten und Seelsorger stehen in der Gefahr eines Burnout und geben die wichtige Aufgabe einer weiteren Beratung und Betreuung auf.

Wie kann man dieser Entwicklung entgegenwirken? Nebenstehend finden sich einige Merkpunkte.



MERKPUNKTE

1. Behalten Sie die Fakten über die Depression im Auge! Lassen Sie sich nicht von der momentanen Hoffnungslosigkeit des Patienten mitreißen.

2. Analysieren Sie die depressiven Denkfehler nicht nur beim Patienten, sondern auch bei sich selbst? Wo sind überhöhte Erwartungen, Hoffnungslosigkeit, Schwarz/Weiss-Malerei, Minderwertigkeitsgefühle, die nicht gerechtfertigt sind?

3. Lernen Sie dem Leiden des Ratsuchenden mit einer gesunden Sachlichkeit begegnen. Akzeptieren Sie beispielsweise Tränen als Ausdruck für seine innere Not. Reservieren Sie bestimmte Stunden für die Gespräche. Was ein Ratsuchender nicht in einer Stunde sagen kann, wird er auch nicht in zwei Stunden sagen.

4. Übernehmen Sie nicht Verantwortung für Gedanken, Gefühle und Handlungen eines Patienten, die dieser selbst zu tragen hat. Sie können Anstöße geben, eine Veränderung können Sie aber nicht erzwingen.

5. Setzen Sie sich nicht zu hohe Therapieziele. Denken Sie daran: die Begleitung depressiver Menschen braucht viel Geduld und ist mit Rückschlägen verbunden.

6. Haben Sie den Mut, Ihre eigenen Grenzen einzugestehen und besprechen Sie Ihre Schwierigkeiten in der Begleitung eines depressiven Menschen mit einem anderen Betreuer (Supervision, Intervention).

7. Nehmen Sie genug Zeit für sich selbst, für persönliche Beziehungen, zum Nachdenken über Ihren persönlichen Lebenssinn. Pflegen Sie Kontakt mit Freunden und gönnen Sie sich die Zeit für Hobby, Sport oder Musik!

Literatur

Die folgenden Bücher enthalten weitere Informationen zur Thematik dieses Arbeitsheftes. Im Rahmen der knappen Übersicht ist es jedoch nicht möglich, alle Aspekte ausreichend zu beleuchten.

Beck A.T.: Kognitive Therapie der Depression. Beltz, Weinheim.

Blackburn B.: Was Sie über Selbstmord wissen sollten. Blaukreuzverlag.

Epstein Rosen L.: Wenn der Mensch, den du liebst, depressiv ist: Wie man Angehörigen oder Freunden hilft. Rowohlt.

Finzen A.: Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen. Psychiatrie-Verlag.

Flach F.: Depression als Lebenschance. Rowohlt.

Grond E.: Die Pflege und Begleitung depressiver alter Menschen. Schlüter.

Hell D.: Welchen Sinn macht Depression? Ein integrativer Ansatz. Rowohlt.

Helmchen H. u.a.: Depression und Manie – Wege zurück in ein normales Leben. Trias.

Kuiper P.: Seelenfinsternis – Die Depression eines Psychiaters. Fischer.

McCoullough J.: Psychotherapie der chronischen Depression: Cognitive Behavi-

oral Analysis System of Psychotherapy - CBASP. Urban & Fischer / Elsevier.

Mentzos S.: Depression und Manie.

Psychodynamik und Therapie affektiver Störungen. Vandenhoeck & Ruprecht.

Müller-Oerlinghausen B. u.a.: Die Lithiumtherapie. Nutzen, Risiken, Alternativen. Springer.

Naegeli A.S.: Du hast mein Dunkel geteilt. Gebete an unerträglichen Tagen. Herder.

Nispel P.: Mutterglück und Tränen. Depressionen nach der Geburt verstehen und überwinden. Herder.

Peteet J.R.: Depression and the Soul. Routledge.

Pfeifer S.: Der sensible Mensch. Leben zwischen Begabung und Verletzlichkeit. Brockhaus.

Pfeifer S.: Die Schwachen tragen – Psychische Erkrankungen und biblische Seelsorge. Brunnen.

Pfeifer S.: Wenn der Glaube zum Konflikt wird. Brunnen.

Schramm E.: Interpersonelle Therapie der Depression. Schattauer.

Trenckmann U.: Alkohol und Depression. Trias.

Internet-Ressourcen

www.kompetenznetz-depression.de
mit Selbsttest, Erfahrungsberichten und Klinikadressen.

www.depression.de

www.depression.ch

www.maennerdepression.ch
Besonderheiten der Depression bei Männern.

www.medicine-worldwide.de
Infos über viele Krankheiten.



ALLGEMEINER HINWEIS:

Unter der Adresse **www.google.de** können Sie jedes Schlagwort im Netz finden.



IHRE DIGITALE BIBLIOTHEK zum Thema »Psychiatrie, Psychotherapie und Seelsorge«

12 SEMINARHEFTE VON
DR. SAMUEL PFEIFER
jetzt gratis als PDF für
Tablet-PCs / iPad

400
Seiten mit vielen
Tabellen und Grafiken
GRATIS

www.seminare-ps.net/ipad

Burnout
Borderline
DEPRESSION
BIPOLAR
Psychosomatik
Schizophrenie
Zwang und Zweifel
ANGST
TRAUMA
Schlafstörungen
Schmerz
SENSIBILITÄT
STRESS
Internetsucht

SIE MÖCHTEN LIEBER RICHTIGE SEMINARHEFTE ZUM NACHSCHLAGEN?

BEZUGSQUELLE FÜR GEDRUCKTE HEFTE:

Schweiz:

Psychiatrische Klinik Sonnenhalde
Gänshaldenweg 28
CH-4125 Riehen - Schweiz
Tel. (+41) 061 645 46 46
Fax (+41) 061 645 46 00
E-Mail: seminare@sonnenhalde.ch

Deutschland / EU:

Alpha Buchhandlung
Marktplatz 9
D-79539 Lörrach
Tel. +49 (0) 7621 10303
Fax +49 (0) 7821 82150

Übersicht und Preisliste:

http://www.seminare-ps.net/Pub/Seminarhefte_Samuel_Pfeifer.pdf

PUBLIC DOMAIN

Alle 12 Seminarhefte von Dr. Samuel Pfeifer
stehen als PDF kostenfrei all denen zur Verfügung,
die sich näher für seelischen Erkrankungen
sowie für die
Verbindung von Psychiatrie,
Psychotherapie und Seelsorge interessieren.

*Fühlen Sie sich frei, diese PDF für sich selbst zu speichern und sie
andern weiterzugeben.*

Dieses Angebot gilt besonders für Studenten der Medizin, der Psycho-
logie, der Theologie, der sozialen Wissenschaften sowie der Seelsorge
im engeren Sinne.

Verwendung von Abbildungen und Tabellen kostenfrei
unter Angabe der Quelle.

Optimale Darstellung auf dem iPad:

Speichern Sie die Datei in

iBooks





6. überarbeitete Auflage
Copyright: Dr. med. Samuel Pfeifer 2012

ISBN: 978-3-905709-28-5



SEMINARHEFTE für TABLET-PC

Bewährte Inhalte für neue Medien! Unter folgendem Link finden Sie mehr Infos zum Download von iPad-optimierten PDFs der Reihe PSYCHIATRIE & SEELSORGE:
www.seminare-ps.net/ipad/

BEZUGSQUELLE FÜR GEDRUCKTE HEFTE:

Schweiz:

Psychiatrische Klinik Sonnenhalde
Gänshaldenweg 28
CH-4125 Riehen - Schweiz
Tel. (+41) 061 645 46 46
Fax (+41) 061 645 46 00
ONLINE-Bestellung: www.seminare-ps.net
E-Mail: seminare@sonnenhalde.ch

Deutschland / EU:

Alpha Buchhandlung
Marktplatz 9
D-79539 Lörrach
Tel. +49 (0) 7621 10303
Fax +49 (0) 7821 82150