

Endlich frei von Depressionen



Reproduktionen, Übersetzungen, Weiterverarbeitung oder
ähnliche Handlungen zu kommerziellen Zwecken sowie Wiederverkauf oder
sonstige Veröffentlichungen sind
ohne die schriftliche Zustimmung des Autors nicht gestattet.

Die folgenden Informationen sind nicht von einem Arzt, Psychologen, Juristen oder Wissenschaftler verfasst worden. Sie dienen lediglich dem Zwecke der Aufklärung und Bildung.

Der Inhalt versteht sich nicht als Ersatz für eine psychologische, ärztliche, rechtliche oder soziale Beratung, Diagnose oder Behandlung. Holen Sie bei allen Fragen zum Thema „Depression“ immer den Rat Ihres Hausarztes, Psychologen und anderen geschulten medizinischen oder psychologischen Fachpersonals ein.

Missachten Sie niemals professionellen, ärztlichen Rat und verschieben Sie keinen notwendigen Arztbesuch aufgrund von irgendetwas, das Sie gelesen haben.

Als Leserin und Leser dieses eBooks, möchten wir Sie ausdrücklich darauf hinweisen, dass keine Erfolgsgarantie oder Ähnliches gewährleistet werden kann. Auch kann keinerlei Verantwortung für jegliche Art von Folgen, die Ihnen oder anderen Lesern im Zusammenhang mit dem Inhalt dieses Buches entstehen, übernommen werden.

Der Leser ist für die aus diesem Buch resultierenden Ideen und Aktionen (Anwendungen) selbst verantwortlich.

Inhalt

Vorwort.....	5
Viele Junge und Arbeitslose betroffen.....	6
Niedergeschlagen und bedrückt.....	7
Depression immer noch Tabu.....	7
Das Problem rechtzeitig erkennen.....	8
Zielorientierter Weg.....	9
Trotz Depression Teil der Gesellschaft.....	9
Was sind eigentlich Depressionen?.....	10
Ist Depression eine Krankheit?.....	11
Wie sehen die Symptome aus?.....	13
Selbsttest: Bin ich etwa schon depressiv?.....	19
Was sind die Auslöser?.....	21
Wer hilft den Depressiven?.....	23
Was hilft den Depressiven?.....	23
Wege zur Psychotherapie.....	24
Das Prinzip der Vertraulichkeit.....	29
Anschluss therapie ist wichtig.....	30
Depression und arbeitslos und dann noch jung!.....	30
Akutversorgung – wie geht das?.....	32
In die „Geschlossene“?.....	33
Tageskliniken für Depressionskranke.....	35
Betreutes Wohnen auf Dauer für Depressive.....	35

Antidepressiva/ Psychopharmaka.....	36
Einen Cocktail bitte!.....	38
Null Alkohol und kein Auto!.....	39
Was ist Lichttherapie?.....	40
Wie hilft Akupunktur der Psyche?.....	41
Was haben Massagen mit Angst zu tun?.....	41
Homöopathie und Depression?.....	42
Wie Fischöl der Psyche helfen kann.....	42
Entspannung und Depression: Geht das?.....	43
Kann Bewegung Depressionen abbauen?.....	43
Gegen Depression antanzen?.....	44
Theater-Therapie?.....	44
Singen macht glücklich.....	45
Selbsthilfegruppen sind wichtig.....	45
Beratungsstellen aufsuchen.....	46
Tagesablauf eines Depressiven in der Fachklinik.....	46
Schlusswort.....	56

Vorwort

Über vier Millionen Deutsche leiden unter ernsthaften akuten Depressionen. Zwölftausend Selbstmorde jährlich – die hohe Dunkelziffer nicht mal eingerechnet – sind auf psychische Erkrankungen zurückzuführen. Seriöse Schätzungen des Gesundheitsministeriums gehen davon aus, dass gut zehn Millionen Menschen bis zum 65. Lebensjahr eine Depression bekommen. Depressionen sind mittlerweile zu einer Volkskrankheit geworden. Man schätzt den volkswirtschaftlichen Schaden durch Depressionen jährlich auf bis zu 30 Milliarden Euro durch Arbeitsausfall, Frühverrentung und Behandlungskosten. Mehr als 200 Millionen Menschen weltweit leiden nach Schätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) an Depressionen. Damit wird der immense Druck deutlich, der in unserer modernen Gesellschaft durch Depressionen besteht. Das Thema ist wirklich sehr ernst zu nehmen. Dieses eBook macht damit den Anfang und bietet eine Art „Erste Hilfe“ für Betroffene und Angehörige.

Viele Junge und Arbeitslose betroffen

Und noch drei erschreckende Fakten kommen hinzu: Depressionen betreffen immer mehr jüngere Menschen, oder andersherum gesagt: Die Depressiven werden immer jünger. Und in unserer Gesellschaft wird der Zusammenhang zwischen Depression und Arbeitslosigkeit immer deutlicher. Denn entsprechende Fachkliniken haben immer öfter neben der Depression auch die Ursache Arbeitslosigkeit mit zu „behandeln“. Und drittens finden sich in Nervenkliniken immer häufiger Patienten mit Schulden wieder. Das ist ein Teufelskreis: arbeitslos, wohnungslos, jung, perspektivlos und Schulden – null Chancen für die Zukunft. Und dann ist die Depression nicht mehr weit entfernt. Eine gewisse Zwangsläufigkeit der Ereignisse trifft hier zu. Und häufig lassen dann Beziehungsprobleme nicht mehr lange auf sich warten. Welche Beziehung oder Ehe hält das auch schon aus?

Im medizinischen Bereich, etwa wenn der Patient Übergewicht hat, unter Diabetes leidet, Bluthochdruck sowie einen gestörten Fettstoffwechsel hat, spricht man von einem metabolischen Syndrom, also einem Vielfachproblem, einem hoch toxischen, hoch vergifteten Zustand. Im übertragenen Sinne kann man das von der oben beschriebenen Klasse von Depressiven auch behaupten. Es ist einfach ein Teufelskreis.

Niedergeschlagen und bedrückt

Eine Depression wird oberflächlich und im allgemeinen Sprachgebrauch mit Niedergeschlagenheit beschrieben. Man ist nicht gut drauf, kann sich weder großartig freuen, noch richtig traurig sein. Irgendwie ist man abwesend von dieser Welt. Depressive grübeln und können sich schließlich nicht mehr auf ihre Arbeit konzentrieren. Man fühlt sich dumpf, hohl, leer und ist antriebsschwach dazu. Will man einen Depressiven aufmuntern, gelingt einem das nicht. Depressive sind schwer ansprechbar. In schweren Fällen sind sie total lethargisch bis reizbar aggressiv. In diesem großen Spannungsbogen begegnen wir Depressionen.

Depression immer noch Tabu

Ein großes Problem ist der gesellschaftliche Umgang mit Depressionskranken. Das Thema wird vielfach immer noch tabuisiert. Betroffenen selbst fällt es schwer, mit anderen über ihre Krankheit zu reden. Das Verständnis für Depressionen in der Öffentlichkeit wird zwar mehr und mehr nicht zuletzt durch prominente Beispiele größer.

Dennoch ist es auch heute noch weitgehend ein Tabuthema. Man weiß nur schwer damit umzugehen. Wie behandelt man beispielsweise einen Depressiven am Arbeitsplatz? Was kann man ihm noch zumuten? Wie spreche ich ihn sozusagen „artgerecht“ an, um nicht ins Fettnäppchen zu treten beziehungsweise bei ihm einen akuten Depressionsschub auszulösen? Wann bricht die große Krise aus? Depressive können nämlich an einem Tag völlig normal sein und ihren Pflichten gewissenhaft nachkommen, während mit ihnen am nächsten Tag nichts anzufangen ist.

Das Problem rechtzeitig erkennen

Ein weiteres Problem besteht darin, Depressionen rechtzeitig treffend zu erkennen. Selbst schon von Depression Betroffene nehmen diese als solche nicht immer gleich wahr. Vielfach wird an der Oberfläche, an den Symptomen behandelt. Bei Bauchschmerzen wird eine Magenspiegelung angeordnet. Bei Migräne gibt es Medikamente. Beklemmungen in der Brust werden in die Nähe eines Herzinfarktes geschoben. Rückenschmerzen werden mit Massagen und Spritzen behandelt. Und überall wird ein teurer Diagnoseapparat mit Röntgenbildern und Ultraschall in Gang gesetzt, ohne aber an den Kern der Krankheit zu kommen. Das liegt natürlich auch an den Patienten selbst, die sich nicht ganzheitlich ihrem Arzt mitteilen. Da steht dann nur das akute Problem Rücken beispielsweise im Vordergrund oder Schlafstörungen. So mancher wurde so schon von Tabletten abhängig, weil er jahrelang mit Schlafpillen behandelt wurde, anstatt mal an die Depression ranzugehen. Viele Patienten sehen auch bei sich selbst nicht einmal eine Depression und ignorieren Teile ihrer Beschwerden, weil sie erst einmal akut versorgt werden wollen. Das ist genau so, als wenn sich zwei Magersüchtige begegnen. Jede von ihnen fühlt sich der anderen gegenüber immer noch als ausgesprochen fett, auch wenn sie bereits nur noch 50 Kilogramm wiegt.

Zielorientierter Weg

Dieses eBook erhebt nicht den Anspruch oder erteilt gar eine Garantie, dass damit jeder Depressionen überwinden kann. Aber es weist einen ersten, schnellen, zielorientierten Weg in vielfältige Hilfsangebote und professionelle Möglichkeiten: Zum Beispiel in Beratungsstellen, Psychotherapien, Fachkrankenhäuser, zu Fachärzten, in ambulante wie stationäre Therapien.

Es eröffnet Chancen, aus dem Teufelskreis von Depressionen zu entkommen. Sie brauchen nicht mehr jahrelang in Depressionen verharren, bevor Sie den richtigen Ansprechpartner finden. Dieses eBook ist eine ERSTE HILFE effektive Wege raus aus der Depression zu finden. Damit auch Sie endlich frei werden können von Depressionen. Mit diesem eBook können Depressive schnell in die richtigen Hände und in eine erfolgreiche Therapie gelangen. Insofern ist dieses eBook zielorientiert angelegt. Sie haben mit diesem eBook einen starken Helfer an Ihrer Seite.

Trotz Depression Teil der Gesellschaft

Dieses eBook soll Betroffenen helfen, schneller ihre Probleme zu erkennen und gezielt Hilfe zu finden. Das eBook hilft Depressiven, in einer schwierigen Welt ihr Problem anzugehen und damit umzugehen. Psychisch Kranke sollen nicht länger einsam im Dunkeln mit sich selbst und allein gelassen leben, sondern Teil der Gesellschaft bleiben, in der sie einen Anspruch auf Hilfe haben und diese auch finden können.

Was sind eigentlich Depressionen?

Genau genommen leiten sich Depressionen vom lateinischen Verb „**deprimere**“ ab, was so viel heißt wie **niederdrücken**. Man ist also, wenn man Depressionen hat, **psychisch niedergeschlagen**. Personen leiden unter Stimmungsschwankungen (Fachbegriff: Stimmungseinstimmung), können Freude oder Trauer kaum noch ausdrücken und sind auch durch guten Zuspruch nicht aufzuhellen. Affektive Störungen nennt der Nervenarzt das im Fachjargon und spricht dann von einer depressiven Episode oder einer rezidivierenden (=wiederkehrenden) depressiven Störung. Bei einer Depression stellt man keine organischen Veränderungen wie ein Geschwür fest (Ausnahme in der moderneren Psychiatrie: Veränderungen im Gehirn, Messung von Gehirnströmen) oder nimmt chirurgische Eingriffe wie bei einer Gallenblasenentfernung vor. Deshalb kann man Depressionen nur anhand der von den Patienten geäußerten Symptome und deren Verlauf klassifizieren. Man weiß also, wenn ein Mensch über einen längeren Zeitraum von mehreren Wochen antriebschwach ist, Schlafstörungen hat, sich minderwertig fühlt und sich nicht mehr konzentrieren kann, dann liegen Depressionen nahe. So erstellt der Facharzt die Diagnose „Depression“, die je nach Art der Symptome, etwa bis zu Suizidgedanken, in folgende klassische Stufen nach den 2006 festgelegten Versionen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgeteilt wird:

F32.0: Leichte depressive Episode: Der Patient fühlt sich krank und sucht ärztliche Hilfe, kann aber trotz Leistungseinbußen seinen beruflichen und privaten Pflichten noch gerecht werden, sofern es sich um Routine handelt.

F32.1: Mittelgradige depressive Episode: Berufliche oder häusliche Anforderungen können nicht mehr oder - bei Tagesschwankungen - nur noch zeitweilig bewältigt werden.

F32.2: Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome: Der Patient bedarf ständiger Betreuung. Eine Klinik-Behandlung wird notwendig, wenn das nicht gewährleistet ist.

F32.3: Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen: Wie F.32.2, verbunden mit Wahngedanken, zum Beispiel absurden Schuldgefühlen, Krankheitsbefürchtungen, Verarmungswahn und andere.

F32.8: Sonstige depressive Episoden

F32.9: Depressive Episode, nicht näher bezeichnet

Ist Depression eine Krankheit?

Depression bedeutet dabei nicht, einfach nur mal traurig zu sein. Depression ist eine Krankheit, die lebensbedrohlich sein, aber auch gut behandelt werden kann. Mittlerweile weiß man, dass ein gestörter Gehirnstoffwechsel dahinter steckt: ein Mangel an bestimmten Gehirnbotenstoffen. Bei allen Depressionsbetroffenen liegt eine Stoffwechselstörung im Gehirn vor. Depressive haben zu wenig Serotonin, Noradrenalin und ein paar andere Substanzen im Gehirn. Noradrenalin und Serotonin sind Botenstoffe (Neurotransmitter). Sie sorgen für den Informationsaustausch zwischen den Gehirnzellen (Neuronen). Hat man zu wenig von diesen Substanzen, dann sind Störungen bei Schlaf, Selbstwertgefühl, Antrieb, Denken und Stimmung die Folge. Solche Störungen nennt man Depression.

Allerdings gehört ein weiteres Merkmal dazu, um sie als Depression zu klassifizieren: Sie müssen über Wochen und Monate anhalten und können sich zudem dann noch verstärken. Ferner gehört zur Diagnose Depression, dass sie den Betroffenen in seinem persönlichen oder beruflichen Umfeld beeinträchtigen müssen. Deshalb ist eben auch eine leichte depressive Störung keine Befindlichkeitsstörung, sondern eine ernst zu nehmende Erkrankung, und eben die muss behandelt werden – und zwar von Fachleuten!

Der Mangel an Botenstoffen im Gehirn führt zu Hoffnungslosigkeit und Leistungsmängeln und allen anderen quälenden Symptomen. Mit verschiedenen Behandlungsformen wie zum Beispiel Antidepressiva, Ausdauertraining, Psychotherapie und Lichttherapie wird der gestörte Gehirnstoffwechsel wieder ins Gleichgewicht gebracht. Die depressiven Symptome verschwinden nach und nach. In gesunden Zeiten ist ein Betroffener genauso leistungsfähig, belastbar und gesund, wie jeder andere Gesunde es auch ist.

Man hat festgestellt, dass Licht bei Depressionen eine große Rolle spielt. Nicht umsonst spricht man von der Winterdepression. Gerade in den dunklen, regnerischen Monaten verfallen viele Menschen in eine depressive Stimmung. Man nennt das dann eine saisonabhängige Depression (SAD). Die Wissenschaft hat längst nachgewiesen, dass Sonnenlicht oder helles Licht aus künstlichen Quellen die Konzentration von Serotonin deutlich steigert. Ein Lichtmangel stört die innere Uhr. Menschen im Schichtbetrieb oder auch der Jet Lag bringen die innere Uhr aus dem Konzept – bis hin zur Depression.

Depressionen sind zudem auch vererbbar. Man hat nachgewiesen, dass derjenige anfälliger ist, an einer Depression zu erkranken, der in der Familie auf genetische Vorbelastungen stößt.

Es kann auch andere Gründe geben, warum der Stoffwechsel im Gehirn aus dem Ruder geraten ist, zum Beispiel:

- Eine Gehirnverletzung oder Gehirnerkrankung wie Entzündung und Tumor, Schilddrüsenerkrankung oder Schlaganfall
- Drogenmissbrauch
- Medikamenten-Nebenwirkungen
- Vergiftungen durch Formaldehyd, Schwermetallionen oder organische Quecksilberverbindungen
- Geburt (Wochenbettdepressionen), Menstruation (Regelblutungen) oder Klimakterium (Wechseljahre)
- Mangelernährung wie zu geringe Flüssigkeitszufuhr, zu wenig Vitamin B, Zink oder Magnesium.

Wie sehen die Symptome aus?

Die Symptome von Depressionen sind so bunt wie das Leben selbst. Sie sind oft verbunden mit Angst – ja auch Angst vor dem Leben und Angst vor Entscheidungen. Es gibt Menschen, die können sich ein Leben lang nicht entscheiden, etwa Bisexuelle. Sie wandern zwischen den Geschlechtern hin und her und wissen nicht, was ihnen besser gefällt. Sind sie mit Gleichgeschlechtlichen zusammen, fühlen sie sich spontan wieder zu Andersgeschlechtlichen hingezogen. Und sie leiden sehr darunter, dass sie sich nicht entscheiden können und ihren Platz im Leben finden. Sie wissen einfach nicht, was sie wollen. Haben sie gerade einmal eine Entscheidung getroffen, zweifeln sie einen Tag später schon wieder. Sie springen wie ein Tennisball durchs Leben. In

ihrem Körper tobt ein Kampf zwischen Bauch und Kopf. Diese Entschlusslosigkeit lähmt sie. Sie werden zu einem Gehetzten ihrer selbst. Sich nicht entscheiden zu können, ist eine der am schwierigsten zu behandelnden Formen der Depression. Fachleute neigen dazu, diesen Zustand dadurch einzugrenzen und halbwegs erträglich zu gestalten, indem sie sagen: Solche Leute können halt nur in Projekten denken und leben. Kleine Schritte sind hier angesagt, um wenigstens etwas Boden wieder unter die Füße zu bekommen. Vielleicht finden Entschlusslose so irgendwann wieder zu einem Halt im Leben überhaupt.

Depressionen können so weit gehen, dass man sich nichts mehr zutraut. Menschen mit Depressionen gehen nicht mehr unter Leute, scheuen Menschenansammlungen, Kaufhäuser und Aufzüge. Depressive schleichen an Hauswänden entlang, an denen sie Halt suchen, ziehen sich vom Leben und ihren sozialen Kontakten zurück, vereinsamen und grübeln immer tiefer. Sie verlieren Vertrauen, das sie nur wieder mühsam aufbauen können, wenn überhaupt.

Depressive sind in ihrem Antrieb gehemmt, haben Konzentrations-Schwächen oder Schlafstörungen. Unruhe, Denkhemmungen, übertriebene Sorgen um die Zukunft, ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit, Minderwertigkeitskomplexe, Hilflosigkeit und Selbstisolation sind weitere Merkmale von Depressionen. Depressive wittern ernsthafte Erkrankungen dort, wo keine sind, und entwerten sich selbst bis hin zur Entwicklung von Schuldgefühlen. Sie sind häufig müde. Ihnen fällt alles schwer, was leicht in ihrer Umgebung auch noch mit Faulheit abgetan wird. Sie kommen vollends aus dem Takt und schaffen oft einfachste Aufgaben nicht mehr. Ob im Haushalt oder bei der eigenen Körperpflege, ob Einkäufe und die Organisation des täglichen Lebens, alles wird zur Last. Depressive verwahrlosen und schaffen schließlich die Bewältigung beruflicher Aufgaben nicht mehr. Der

volkswirtschaftliche Schaden durch Depressionen ist immens hoch. Oft driften Depressive in die Frührente ab und können in den Arbeitsprozess nicht mehr wieder integriert werden. Schließlich ist nicht selten eine Depression auch mit dem Verlust der Sexualität verbunden, was den Teufelskreis vollends schließt.

Auch Schmerzen und Appetitlosigkeit oder Fresssucht sind typische Merkmale. Denn nicht selten sind Depressionen auch mit psychosomatischen Beschwerden verbunden: Kopfschmerzen, Rückenbeschwerden, Herzbeklemmung, Migräne, Muskelschmerzen, Verspannungen, Brechreiz, Magenschmerzen, Zittern, Kälte- oder Hitzewallungen und vieles mehr. Symptome können aber auch ein plötzlicher wilder und blinder Aktionismus sein. Die krankhafte Angst bei Depressiven kann leicht zu Selbstmordgedanken führen und nicht selten auch zu tatsächlichen Selbstmordversuchen. Schwere Depressionen gehen einher mit Wahnvorstellungen: Man sieht plötzlich Gespenster oder wacht nachts auf und hört Stimmen oder sieht an der Decke irgendwelche Gestalten. Das kann ausufern bis hin zu einer Manie. Oft sind solche Erscheinungen damit verbunden, dass Betroffene meinen, sie würden sich an etwas versündigen, würden verarmen oder bekommen hypochondrische Wahnideen, etwa an Krebs oder Aids erkrankt zu sein.

Zusammengefasst treten überwiegend folgende Symptome auf:

- Schlafstörungen wie Einschlaf- oder Durchschlafprobleme, Schlaf ohne Erholungseffekt
- Hoffnungslosigkeit, Perspektivlosigkeit, keine Zukunft, kein Ausweg aus Problemen

- Gefühls- und Denkhemmungen, Blockaden, Kontaktschwierigkeiten
- Ständige Stimmungsschwankungen von tief betrübt bis hochofreut
- Entschlusslosigkeit, Verlust von Kreativität und Ideen
- Verständnisprobleme, Schwierigkeiten in der Auffassungsgabe
- Ein Stimmungstief am Morgen, Aufhellen der Stimmung am Nachmittag und Abend
- Mühsame Konzentration bis hin zur Unkonzentriertheit
- Gefühl von Schuld
- Eingeschränkte Fähigkeit zu riechen, schmecken, hören, sehen und fühlen, die Sinne sind beeinträchtigt
- Essstörungen zwischen Heißhunger und Appetitlosigkeit
- Angststörungen, Angst da, wo keine nötig ist
- Unkonzentriert
- Sinnlosigkeit in allem, die Sinnfrage schlechthin
- Sich selbst herabsetzen, abgewertetes Selbstwertgefühl, Selbstzweifel
- Mangelnder Antrieb, keine Unternehmungslust, Unflexibilität
- Verstärkte Reizbarkeit bis hin zur Aggressivität
- Eingeschränkte Sinneswahrnehmungen bis hin zu Halluzinationen oder Gespenstern und Stimmen

- Selbstisolation, Aufgabe sozialer Bindungen und Kontakte, Vereinsamung, Zurückgezogenheit
- Libidoverlust: Unfähigkeit zu sexuellem Verlangen, eingeschränkte sexuelle Lust
- Beschwerden wie Magenschmerzen, Rückenschmerzen, Verdauungsprobleme, Herz-/Kreislaufprobleme
- Undefiniertes allgemeines körperliches Missempfinden
- Verhaltensstörungen, leichte Reizbarkeit, Kontaktschwierigkeiten, Kommunikationsprobleme
- Probleme im zwischenmenschlichen Kontakten in der Familie, in der Freizeit oder im Beruf.

In **sechs verschiedene Klassifikationen** unterteilt der Fachmann grob auf den verschiedenen Ebenen des menschlichen Daseins den Symptomkomplex der Depression als Gefühl der Niedergeschlagenheit:

- **Emotional:** Trübsinn, Gefühl der Gefühllosigkeit
- **Motivational:** Entscheidungsunfähigkeit, Antriebsschwäche
- **Kognitiv:** Denkhemmung, Grübelneigung
- **Vegetativ-physiologisch:** Appetit-, Schlaf- und Verdauungsstörungen
- **Im Verhalten:** Apathisch oder rastlos, Angstzustände
- **Körperlich:** Konditionsschwäche, Rückenprobleme, Erschöpfung.

Der Verlauf der Erkrankung sowie der Schweregrad können sehr unterschiedlich ausgeprägt sein.

Weitere Aspekte der Krankheit:

- Depressionen können mehrere Monate lang und sogar Jahre andauern, sie können aber auch unbehandelt nur Tage und Wochen andauern.
- Folge von Depressionen ist ein dramatischer Verlust an Lebensqualität. Sie erhöhen auch das Risiko, an anderen Leiden zu erkranken.
- Depressionen verschlechtern deutlich auch den Verlauf aller anderen Erkrankungen.
- Depressionen schwächen das Immunsystem und erhöhen die Anfälligkeit für andere Erkrankungen.
- Wer einmal an Depressionen erkrankt, muss damit rechnen, dass sie mehrmals im Leben wiederkehren.
- Die Erfolgsquote der Heilbarkeit ist hoch, wenngleich die Anfälligkeit dafür bestehen bleibt.
- Antidepressiva sind häufig das Mittel der ersten Wahl gegen Depressionen.
- Schlafstörungen vor allem als Folge von Depressionen führen zu einem enormen jährlichen Schaden in Milliardenhöhe. Schwere weltweite Katastrophen wie in Tschernobyl, das der Challenger oder Exxon Valdez sind auf Schlafstörungen zurückzuführen gewesen. Die Zeitrhythmen der inneren Uhr wurden missachtet, und die Verantwortlichen waren ermattet oder eingeschlafen.

- Der riskante Umgang mit unserer inneren Uhr ist in vollem Ernst immer noch nicht in unserer Gesellschaft angekommen.
- Schichtarbeit und Jetlag können zu Depressionen führen.
- Zusammenhänge zwischen Depressionen, Schlafverhalten und Stress werden immer noch allzu leicht unterschätzt.
- Der Umgang mit Depressionen wird immer natürlicher und gewöhnlicher, weil die medizinische Aufklärung voranschreitet und wir ein steigendes Wissen über Depressionen bekommen.
- Es gibt mittlerweile Verfahren, mit deren Hilfe man Stoffwechselstörungen im Gehirn sichtbar machen kann. Das bedeutet: Die organische Struktur einer Depression wird sichtbar. Das ist ein Meilenstein in der Forschung.

Selbsttest: Bin ich etwa schon depressiv?

Anhand der nun beschriebenen Symptome für Depressionen kann sich jeder selbst überprüfen. Beantworten Sie sich nachfolgende Fragen und werten Sie das Ergebnis gewissenhaft am Ende aus. Nehmen Sie dafür zwei Blatt Papier. Auf dem einen steht ein „Ja“, auf dem anderen ein „Nein“. Jedes Mal, wenn Sie mit Ja antworten, kommt das Ja-Blatt ein Strich. Antworten Sie mit Nein, folgt auf dem Nein-Blatt ein Strich.

Haben Sie mehr als siebenmal mit „Ja“ geantwortet, sollten Sie zumindest das einmal mit Ihrem Hausarzt. Möglicherweise ist es eine beginnende depressive Episode, die ja an und für sich noch nichts Schlimmes, geschweige denn eine Depression bedeuten muss. Unter Umständen kann der Arzt hier noch eine echte und tiefe Depression auffangen.

Haben Sie aber schon mit mehr als elfmal „Ja“ geantwortet, dann ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass Sie bereits an einer Depression leiden. Dann wird es höchste Zeit, über den Hausarzt zu einem neurologischen Facharzt zu kommen, der darüber entscheidet was konkret zu tun ist.

Folgende Fragen sollten Sie sich gewissenhaft beantworten:

- eine kurzzeitige Verstimmung oder hält meine Bedrückung schon länger an?
- Sind Sie öfter mal niedergeschlagen, hauen Sie Kleinigkeiten gleich aus der Bahn?
- Ist meine Leistungsfähigkeit bereits beeinträchtigt? Schaffe ich beispielsweise mein Arbeitspensum nicht mehr?

- Vernachlässige ich meinen Haushalt oder mich selbst? Gehe ich zum Beispiel unrasiert oder ungeschminkt öfter mal zur Arbeit? Dusche ich nur noch alle zwei/drei Tage?
- Ist meine Wohnung nicht mehr aufgeräumt oder geputzt?
- Vernachlässige ich Kontakte zu Freunden und Verwandten?
- Habe ich zu nichts mehr Lust und kann ich mich nicht mehr so recht freuen und begeistern?
- Bin ich plötzlich hyperaktiv und entwickle blinden Aktionismus?
- Habe ich schon Angst vor dem Aufstehen und komme morgens nicht aus dem Bett?
- Leben Sie seit einiger Zeit sinnlos in den Tag hinein?
- Sind Sie in der letzten Zeit leicht reizbar und aggressiv?
- Wachen Sie nachts öfter mal auf und können Sie nicht durchschlafen? Fühlen Sie sich morgens nach dem Schlafen unausgeschlafen?
- Haben Sie öfter mal Rücken- oder Kopfschmerzen, Magenkrämpfe oder Durchfälle?
- Ziehen Sie sich in Ihre eigene Wohnung oder in ein Zimmer zurück und möchten sich am liebsten abkapseln?
- Trauen Sie sich nicht mehr in größere Menschenansammlungen oder Kaufhäuser und Aufzüge hinein?
- Befürchte ich einen finanziellen Crash oder schwere Krankheiten?
- Haben Sie öfter Schuldgefühle?

- Gehen Sie häufig mit Kleinigkeiten zum Arzt, oder sind Sie bereits ein Hypochonder?
- Hören Sie nachts Stimmen oder schrecken Sie nachts durch vermeintliche Bilder oder Gestalten im Zimmer auf?
- Schleiche ich an Hauswänden entlang und suche Halt?
- Rede ich alles mies und kann mich über nichts mehr freuen?

Wenn Sie ein Drittel der Fragen mit „Ja“ beantworten, dann empfehle ich Ihnen, dass Sie das Ihrem Hausarzt zumindest mitteilen und darüber reden.

Es könnte der Beginn einer Depression sein (muss aber nicht). Bei mehr als der Hälfte der Antworten mit „Ja“ sind Sie sehr wahrscheinlich depressiv. Dann empfehle ich Ihnen dringend professionelle Behandlung in Anspruch zu nehmen. Bitten Sie deshalb Ihren Hausarzt darum, Sie zu einem Nervenarzt zu überweisen. Denn nur der kann Ihnen Therapiestunden bei einem Psychotherapeuten verschreiben. Und auch das ist nicht so einfach. Denn Sie brauchen zunächst die Zustimmung Ihrer Krankenkasse. Sie können leider nicht einfach zum Therapeuten rennen. Aber in der Regel wird der Sie auch aufnehmen, sofern er einen freien Platz hat, auch wenn das Verfahren bei der Kasse noch läuft.

Was sind die Auslöser?

Die Ursachen für den Auslöser einer Depression sind vielfältig. Manchmal ist es der Verlust eines nahen Angehörigen, des Partners. Jeder Mensch braucht Trauerbewältigung, der eine mehr, der andere weniger. Auch das kann ein Auslöser sein. Depressionen sind Zeichen von tiefen Lebenskrisen. Ausgepowert im Beruf, Burn out, eine kaputte Beziehung oder die Sinnfrage des Lebens überhaupt sind weitere Gründe. Manche Menschen haben im Leben früh viel erreicht. Für sie gibt es plötzlich kein Fortkommen mehr. Sie sind am Ende ihres beruflichen Aufstiegs, etwa Beamte, und sehen keine höheren Ziele mehr. Mit 40 schon das Ende der Fahnenstange zu erleben, wenn man

gerade voll im Saft steht, ist nicht leicht verdaubar. So kann man schnell in eine Sinnkrise abstürzen.

Unverarbeitete Kindheitserinnerungen, Vergewaltigungen, Gewalt überhaupt – auch alles dies kann Depressionen im späteren Leben auslösen. Der Tod eines starken Vaters kann die Initialzündung sein. Die Tochter bricht in Bulimie (Fress-/Kotzsucht) aus. Die Scheidung der Eltern kann Kinder in eine Krise stürzen. Oft fühlen sie sich gar verantwortlich dafür und meinen, weil sie nicht „lieb“ gewesen seien, trennten sich die Eltern. Der Vater oder die Mutter sind Alkoholiker, drogensüchtig. Die Kinder fühlen sich vernachlässigt, werden gar geschlagen. Das sind traumatische Erlebnisse, die nicht selten später in Depressionen enden. Oft sind es auch unverarbeitete Geschichten, die dann tiefenpsychologisch wieder ausgekramt werden, um sie dann zu verarbeiten. Verhaltensstörungen gehören auch zu den Depressionen, etwa wenn jemand nicht mit Jähzorn und Aggressionen umgehen kann, Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen hat oder auch gleichgeschlechtlich liebt. Nicht selten leiden gerade homosexuelle oder bisexuelle Menschen unter Depressionen, weil sie ein Schattenleben führen. Aber auch Mobbing am Arbeitsplatz kann Ursache für Depressionen sein. Depressiv können auch Frauen in den Wechseljahren werden, wenn sie ihre Fruchtbarkeit verlieren. Dann haben sie häufig das Gefühl, nicht mehr vollwertig zu sein. Manche Frauen treibt das in den Wahnsinn bis hin zum Selbstmord. Der Hormonhaushalt der Frau ist dann durcheinander, und nicht selten muss mit Medikamenten gegen gesteuert werden.

Aber es gehören immer mehrere Komponenten zusammen: der gestörte Stoffwechsel, eine erbliche Vorbelastung und/oder äußere Anstöße.

Wer hilft den Depressiven?

Doch wer hilft den vielen Depressiven? Hausärzte sind oft überfordert und erkennen viel zu spät das wahre Problem. Nur etwa die Hälfte der Depressionen wird beim Hausarzt festgestellt. Bis ein Depressionskranker in die richtigen professionellen Hände kommt, vergeht oft wertvolle Zeit, zumal dann, wenn die Betroffenen mit ihren Nöten nur schwer herausrücken.

Dazu kommt noch ein anderes Problem: Sie warten oft monatelang auf einen Therapieplatz und sind mit ihren Psychosen allein gelassen. Oft dauert es Monate, bis ein Depressiver therapiert werden kann. Nervenkliniken haben gleich lange Wartezeiten. Nur akut Selbstmord gefährdete Patienten kommen sofort in eine geschlossene Abteilung. Es gibt viel zu wenige Fachärzte, und die klagen auch noch über den fehlenden Nachwuchs. Denn die Ausbildung zum Psychiater ist ein langwieriger Prozess.

Was hilft den Depressiven?

Grundsätzlich gibt es zwei große Ansätze: die **Psychotherapie in Gesprächsform – einzeln oder in der Gruppe** - und **Antidepressiva** als Medikamente. Aber auch eine gezielte Lichttherapie kann hilfreich aus dem Loch der Depression heraus sein. Andere Ansätze liegen darin, auch im Schichtbetrieb den Biorhythmus stärker zu berücksichtigen, die innere Uhr nicht ständig auszuschalten, den Jetlag bei verantwortungsvollen Einsätzen stärker zu berücksichtigen. Es gibt mittlerweile Großfirmen und Industriebetriebe im Schichtdienst, die diesen nun stärker dem Biorhythmus der Mitarbeiter angepasst haben und damit effektiver fahren. Das hat zwar

mancherorts zu erheblichen Umstellungen bis hin zum Fünf-Schichten-System geführt, schlägt sich aber in der Gesundheit der Mitarbeiter nieder, die plötzlich deutlich weniger an Depressionen erkranken.

Wege zur Psychotherapie

Grundsätzlich vorab: Um eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, bedarf es oft langer **Wartezeiten**. **Drei Monate** sind hier nicht unüblich. Deshalb sollte sich jeder Depressive erstens über seine Krankheit schnell Klarheit verschaffen (Ist man wirklich depressionskrank und braucht man professionelle Hilfe? – Siehe dazu auch Schnell-/Eigentest oben) und zweitens so schnell wie möglich um einen Therapieplatz bemühen.

Ein Tipp: Ist man Privatpatient, geht es meistens schneller. Da haben die meisten Therapeuten immer Zeit und Gelegenheit, einen Patienten dazwischen zu quetschen. In jedem Fall: Erkundigen Sie sich bitte nach den aktuellen Sätzen bei Ihrer Krankenkasse und lassen Sie sich eine Quittung geben.

Ist man **privat stationär zusatzversichert**, kann man sich quasi selbst in eine Fachklinik einweisen. Auch hier gilt: Privat geht fast immer sofort.

Wie oben bereits beschrieben ist der formale Weg zunächst über den Hausarzt zum Nervenarzt oder Psychiater. Es muss auf jeden Fall ein Facharzt sein. Psychotherapeuten sind in der Regel keine Ärzte, sondern Diplompsychologen, die zwar die Hauptarbeit mit dem Kranken leisten, aber keine Ärzte sind. Auch kann nur der Facharzt Psychopharmaka wie Antidepressiva verschreiben.

Es gibt auch Nervenärzte, die therapieren. Die sind aber selten. Meist betreiben sie nur Krisenintervention. Sie müssen einen Nervenarzt schon gut kennen, wenn der Sie therapieren soll. In der Regel haben Sie hier einen Termin im Quartal, und der ist mit maximal 20 Minuten schon gut geplant.

Der Facharzt erstellt eine möglichst exakte Diagnose, damit der Psychotherapeut weiß, wo er in seiner Therapie ansetzen muss. In der Regel werden zunächst 20 bis 25 Sitzungen beim Therapeuten bei der Krankenkasse beantragt. Meistens erhält man etwa innerhalb einer Woche die Zusage. Es ist ein rein formaler Weg, der eigentlich nicht verweigert wird und werden kann.

Dann beginnt die Suche nach einem geeigneten Therapeuten, die auch schon vor der Zusage beginnen sollte. Meistens hilft einem der Facharzt dabei. Der richtige Therapeut ist das A und O. Man muss Vertrauen haben, denn man muss sich ihm weit öffnen (können). Es geht tief ins Detail, ins Intime, ins Persönliche. Wenn sich ein Depressiver nicht öffnet, nutzt die beste Therapie nichts. Gute Therapeuten „knacken“ ihre Patienten relativ schnell. Denn nur so können sie gezielt weiterarbeiten. Wenn ein schwuler Familienvater sich beispielsweise aus Scham nicht traut, das seinem Psychologen anzuvertrauen, hilft die beste Therapie nichts. Wenn der beispielsweise nur dazu bereit ist, einen heterosexuellen Seitensprung innerhalb der Beziehung einzuräumen, dann therapiert er in die völlig falsche Richtung. Der Depressive muss also erstens überhaupt bereit zu einer Therapie sein und zweitens sich voll öffnen können. Dazu muss Vertrauen, ja geradezu ein Verhältnis zum Therapeuten aufgebaut werden. Deshalb ist der passende Therapeut so wichtig. Der Arzt kann eine grobe Richtung vorgeben, etwa die: Schickt er den Patienten zu einem Fachmann, der verhaltenstherapeutisch orientiert arbeitet, tiefenpsychologisch vorgeht oder Angstphobien zum Schwerpunkt hat.

Dann kommt es auch darauf an, ob man einen männlichen oder weiblichen Therapeuten empfiehlt. Wer schon eh Probleme mit starken Frauen hat, sollte eher einen männlichen Therapeuten wählen und umgekehrt. Wer eine Vergewaltigung zu verarbeiten hat, ist besser bei einer Frau aufgehoben. Dann kommt es noch darauf an, ob jemand vielleicht einen strafrechtlichen, kriminellen Hintergrund hat, etwa drogenabhängig ist, geklaut hat oder pädophil veranlagt ist. Der sollte tunlichst jemanden suchen, der Erfahrung vielleicht im Jugendknast oder generell mit strafrechtlichen Fällen hat. Oft resultieren Depressionen auch aus Beziehungsproblemen. Dann ist es ratsam, einen Paar-Therapeuten zu wählen, der vielleicht später auch den Partner mit ins Boot holt. Traumata nach Schwangerschaftsabbrüchen, Probleme in den Wechseljahren, Angstphobien, Arbeitsplatz- oder Mobbingprobleme – nicht jeder Therapeut ist für jeden Fall gleich gut. Erkundigen Sie sich in einem Erstgespräch nach dem Profil des Psychologen ganz genau. Schaffen Sie sich einen ersten Eindruck. Nicht umsonst sind die ersten fünf Sitzungen eine reine Testphase. Sie dürfen aussteigen, wenn es nun gar nicht passt. Die Chemie muss stimmen, sonst wird es nichts. Sie müssen es mit Ihrem Therapeuten können. So mancher Depressive wechselt auch den Psychologen, weil er nun gar nicht klarkommt, manchmal wird es leider auch zum Irrweg. Eine Sitzung beim Therapeuten dauert i.d.R. 45 Minuten. Man muss konsequent die Termine einhalten, weil sie heiß begehrt sind. Oft wartet man vier bis zwölf Wochen auf seinen ersten Termin. Wer den Termin nicht rechtzeitig absagt, muss ihn aus der eigenen Tasche bezahlen, und das kann 70 bis 100 Euro kosten.

Es gibt klare Vereinbarungen mit dem Psychologen, manchmal auch in Form von Verträgen. Etwa Selbstmordgefährdete müssen unterschreiben, dass sie sich während der Therapie nichts antun, sonst wird sie selbst beim Versuch sofort abgebrochen. So müssen Magersüchtige beispielsweise auch unterschreiben, dass sie nicht unter

ein bestimmtes, festgelegtes Gewicht rutschen, sonst ist die Therapie zu Ende.

Eine Therapie hat klare Strukturen. Das, was man vom Vater der Psychotherapie, Freud, kennt, gibt es heute kaum. Man liegt nicht auf der Couch, sondern sitzt allenfalls auf ihr. Die Atmosphäre ist meist behaglich, warme gedämpfte Farben, anregende Bilder, ein angenehmes Ambiente sollen für eine lockere Gesprächssituation sorgen, in der es sich leichter reden lässt. Der Therapeut gibt Anstöße, will aber möglichst was von Ihnen erfahren. In den ersten Sitzungen muss er sich natürlich ein Bild von Ihnen verschaffen, um zu wissen, wo er ansetzen muss. Im weiteren Verlauf kommen natürlich die Auslöser und Ursachen der Depression auf den Tisch. Ziel ist es, die Mechanismen zu knacken, die zu den Verstimmungen führen.

Mobbingkandidaten etwa werden fit gemacht für den alltäglichen Kampf am Arbeitsplatz bis hin zum Arbeitsplatzwechsel oder einer Gesprächsmoderation im Betrieb. So soll ihre Situation entkrampft werden. Natürlich steht die langfristige Verbesserung im Vordergrund. Beziehungsprobleme werden analysiert, unter Umständen auch der Partner zu einem Paargespräch eingeladen. Angstzustände sind zu erforschen, um die Ursachen dafür zu finden. In jeder Psychotherapie geht darum, den Depressionen auslösenden Faktor zu knacken, ihn zu erkennen – auch für den Patienten, und geeignete Gegenwehr zu trainieren. Oft werden in der Therapie auch Situationen gespielt, um Modelle zu entwickeln.

Mit 20 oder 25 Sitzungen ist es häufig nicht getan. Oft schließt sich eine zweite und dritte Periode an. Meist hat man zwei bis maximal drei Sitzungen pro Woche, am Ende vielleicht noch eine. Dann geht es aber vermehrt darum, eine Erfolgskontrolle zu starten. Manchmal kommt der Psychologe auch erst nach 30 oder 50 Terminen an den Patienten

richtig ran. Auch in der Therapie gibt es ein Auf und Ab. Man ist nicht immer gleich gut drauf. So wie Depressionen mal heftiger und mal schwächer sind, ist der Verlauf auch in der Therapie.

Erst wenn der Patient gefestigt genug für den Alltag erscheint, ist er auch wieder voll arbeitsfähig. In stationären Therapien in entsprechenden Fachkliniken ist auch das Pflegepersonal so geschult, dass es therapeutisch unterstützend eingreift. Beispiel: Jemand, der Schwierigkeiten hat, mit einem Aufzug zu fahren, trainiert das dann mit einem Pfleger. Man nennt das Stresstest. Der Patient wird kontrolliertem Stress ausgesetzt und kann abbrechen, wenn er es nicht mehr aushält. Mit solchen Portionen will man ihn an ein möglichst normales Alltagsleben wieder heranzuführen. Oder diejenige, die sich nicht mehr in einen Supermarkt traut, geht mit der Krankenschwester ins Kaufhaus und besorgt Dinge des täglichen Lebens in Begleitung, bis der Patient am Ende ganz alleine losgeschickt wird. Solche praktischen Übungen kann sich ein Psychologe natürlich nicht leisten. In eine Fachklinik kommen allerdings auch nur die schwereren Fälle.

Leider wird das Prinzip der Einzeltherapie in unserer Gesellschaft immer weniger von den Krankenkassen und Rentenversicherungen gefördert. Es macht auch Sinn. Unser modernes Leben basiert auf Gemeinschaft: am Arbeitsplatz, in der Familie, in der Nachbarschaft, im Freundeskreis, in Vereinen und eigentlich überall. Insofern sollen Probleme und auch Depressionen in Gemeinschaft gelöst werden. Gruppentherapie steht im Vordergrund. In jeder Gruppe treffen wir auf einen Querschnitt der Gesellschaft. Probleme, die im täglichen Zusammenleben auftreten, werden über kurz oder lang auch in der Gruppe passieren und gemeinsam zu lösen zu sein. Dafür ist als Moderator der Psychologe in der Gruppe. Er hat in der Regel rund zehn Patienten um sich herum. Er greift ein, wenn es zu heftig wird, er stößt die Teilnehmer auf Mechanismen und Lösungsansätze, bringt die Diskussion in Gang oder

wirft ein Thema in die Runde. Meist geht es um aktuelle Befindlichkeiten. Da wir alle Individuen mit unserem eigenen Kopf und auch den eigenen Manieren, Verhaltensmustern und Reaktionen sind, wird man schnell in der Gruppe auf ein breites Spektrum, ja immer auch auf den gesellschaftlichen Querschnitt stoßen. Gruppe bedeutet immer auch Konflikte wie sie am Arbeitsplatz und im zwischenmenschlichen Zusammenleben passieren.

Aber Gruppe bedeutet leider auch, dass so mancher mit seinen Problemen verschlossen bleibt, weil er sie allenfalls seinem Therapeuten gegenüber mitteilen kann. Wer outet sich schon gern als Schwuler oder Lesbe in der Gruppe, mit der er vielleicht noch drei oder sechs Wochen lang zusammenleben muss? Wer gibt in der Gruppe schon gerne zu, dass er gewalttätig ist und seine Frau oder Kinder geschlagen hat?

Das Prinzip der Vertraulichkeit

Das Prinzip der Vertraulichkeit ist oberstes Gebot in der Psychotherapie. Sowohl im Einzelgespräch wie in der Gruppensitzung gilt: Was besprochen wurde, geht nicht an Dritte. Der Patient selbst legt vorher fest, wer den Abschlussbericht bekommt, der Nervenarzt oder der Hausarzt oder wer auch immer. Selbst die Krankenkasse bekommt nur einen verkürzten Report, wenn es um die Beantragung weiterer Termine geht. Will die Kasse mehr wissen, weil etwa die 250. Sitzung genehmigt werden soll, geht ein ausführlicherer Bericht nur vertraulich an den ärztlichen Dienst der Kasse. So soll verhindert werden, dass etwa der Arbeitgeber tiefere Einblicke in die Psyche seiner Mitarbeiter bekommt und das möglicherweise bei Beförderungen oder Kündigungen still im Hinterkopf hat.

Anschlusstherapie ist wichtig

Wer längere Zeit in einer Nervenlinik stationär behandelt wurde – Regelaufenthalte liegen bei sechs Wochen, nicht selten bleiben Patienten aber acht bis zwölf Wochen im Durchschnitt hier – sollte schon während seines stationären Aufenthalts eine ambulante Weiterbehandlung in die Wege leiten. Dabei unterstützen einen auch die Klinik-Fachleute. Mit der Entlassung aus der Klinik ist es oft nicht getan. Je nachdem wie stark ausgeprägt die Depressionen waren, ist eine weitere Betreuung notwendig, vielleicht einmal wöchentlich bei einem Psychologen vor Ort. Manchmal reichen auch Abstände von 14 Tagen. Es gibt allerdings auch Patienten, die bis neun Monate und länger in der Klinik bleiben. In der Regel werden bis zu drei Monate von der Krankenkasse bewilligt, danach nur mit besonderem Antrag des behandelnden Arztes verlängert.

Depression und arbeitslos und dann noch jung!

Immer mehr Arbeitslose geraten in Depression. Oft steckt die ganze Existenz dahinter, der drohende Verlust des Hauses, die Ernährung der Familie. So finden sich immer mehr Arbeitslose beim Psychiater wieder. Und noch erschreckender ist, dass es immer mehr junge Menschen schon in Depression betrifft. Sie stehen gerade am Anfang ihres Lebens mit null Perspektive plötzlich. Keine Chance, und sie haben das Leben noch vor sich. Oft sind es auch Schulabbrecher, junge Menschen ohne qualifizierte Ausbildung, die durch die Maschen des sozialen Netzes fallen. Da wird man schon leicht depressiv, rutscht ab.

Erschreckend ist die Zahl gerade **junger Menschen** in Nervenkliniken. Man muss es aber auch deutlich sagen: Wenn man sie sieht, können

sie oft auch nur wenig Chancen haben. Schon von ihrem Äußeren her sind sie voll auf Provokation aus. Bei ihnen entsteht ein schrecklicher Kreislauf: Häufig sind sie jung, haben ihre Schule abgebrochen, keine Ausbildung, flüchten in Drogen und Diebstahl und legen sich dann ein provozierendes Äußeres mit Piercings, Tattoos, Ungepflegtheit, Bartwildwuchs und Rastalocken zu. Wer will so zu einem Vorstellungsgespräch gehen? Und wer nimmt dann auch noch so jemanden? Hier haben die Fachkliniken wirklich harte Arbeit zu leisten. Heutzutage sind sie aber auf solche Typen eingestellt. Das müssen sie auch, weil dieses Klientel immer häufiger anzutreffen ist. Nervenkliniken haben heutzutage ganze Abteilungen, die auf Berufsvorbereitung, Bewerbungstraining und handwerkliche Arbeit ausgerichtet sind. Psychotherapie in Fachkliniken bedeutet immer mehr auch, Menschen wieder zu einem normalen Arbeitsverhalten hinzuführen. Da gibt es Schreinereien, Schlossereien, Wäschereien und vieles mehr. Vor allem aber auch Computerarbeitsplätze, an denen erfolgreiche Bewerbung trainiert wird. Psychotherapie bedeutet hier auch Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess – neben der Überwindung von Depression.

Auch zahlreiche **behinderte Menschen** gleiten in Depression ab. Sie können am normalen Arbeitsleben oft nicht mehr teilnehmen, weil sie einen Schlaganfall erlitten haben, im Rollstuhl sitzen oder eine Dauer-Depression sie so sehr behindert, dass sie nicht mehr voll arbeitsfähig sind. Hier hilft Psychotherapie, die Restarbeitskraft zu motivieren, damit sie zumindest sinnvoll in Teilzeit arbeiten können oder auf Behindertenarbeitsplätze vermittelt werden.

Akutversorgung – wie geht das?

Bei schweren Depressionen, die mit **Selbstmordgedanken** einhergehen, gibt es für jede Stadt oder jeden Landkreis eine Akutversorgung, meist in Landeskrankenhäusern. Das klingt zunächst einmal schrecklich, ist aber eine hilfreiche Einrichtung.

Akutkliniken nehmen selbstmordgefährdete Depressive sofort auf, in der Regel in eine geschlossene Abteilung. Das heißt, man ist erst mal mindestens für eine Nacht weggesperrt. Die Abteilung ist verschlossen, und man kommt nicht raus. Ist man freiwillig drin, was man zuvor unterschreiben muss, etwa um sich vor sich selbst zu schützen, kann man natürlich auf eigenes Verlangen auch wieder raus. Normalerweise verlässt man die „Geschlossene“ nach der ersten Stabilisierung wieder und wird auf eine Normalabteilung stationär verlegt.

Die geschlossene Abteilung kann aber so weit gehen, dass man sogar ans Bett gefesselt wird. „Fixierung“ nennt man das im Sprachgebrauch. Das passiert wenn sich Depressive die Pulsadern aufschneiden, mit spitzen Gegenständen selbst verletzen, bei Randalieren oder Gewalttätigen. Oft landen hier auch solche Patienten, die unter Alkoholkonsum andere verletzt haben oder ganz allgemein gesprochen „außer Kontrolle“ geraten sind. Es gibt ja Wahnpatienten, die auf andere losgehen oder sich plötzlich als Messias oder Kaiser von China sehen und völlig „durchdrehen“.

Oft ist hier auch die Entscheidung: Knast oder Klinik? Wer im Suff randaliert und andere mit dem Messer bedroht, wird als Psychopath eingestuft. Er kann in die Ausnüchterungszelle der Polizei oder in die geschlossene Abteilung einer Nervenklinik eingeliefert werden. Oft fahren Einsatzwagen der Polizei bei solchen Fachkliniken vor. Oder wenn es um häusliche Gewalt geht, muss der Angreifer erst einmal

weggesperrt werden. Meist steckt eine unverarbeitete Depression dahinter.

Deshalb werden solche Betroffene anschließend psychotherapeutisch behandelt. Drogenabhängige, die mit der Nadel in der Vene angetroffen werden, brauchen ein Spezialkrankenhaus. Sie landen erst einmal in der Nervenklinik, die natürlich auch eine Abteilung für Drogenabhängige hat. Wer in die „Geschlossene“ kommt, wird vom Grund auf erst mal gefilzt. Auch Tablettensüchtige, die versucht haben, sich das Leben zu nehmen. Alle Taschen werden ausgepackt, um nach versteckten Drogen oder Tabletten zu suchen.

Übrigens, eine Folge von Depression ist auch Tablettensucht, etwa nach Schlaftabletten oder Drogenersatz – oder umgekehrt: Tablettensucht treibt in die Depression. Alles hat seine Ursachen.

In die „Geschlossene“?

Man spricht oft abgekürzt von der „Geschlossenen“. Gemeint ist damit die geschlossene Abteilung einer Landesklinik, eines psychiatrischen Landeskrankenhauses oder einer Nervenklinik. Meist auf Zeit werden hier Patienten untergebracht, um sie entweder vor sich selbst oder sie vor anderen zu schützen. I.d.R. geht eine solche Einweisung mit einem richterlichen Beschluss einher. Ein Vormundschaftsgericht entscheidet dann auf Zeit oder aber auch auf Dauer eine solche Einweisung. Meist hängt es vom Gutachten der Klinik ab, ob oder wann der Patient wieder frei oder offen betreut leben kann. Oft geht es auch darum, finanzielle Dinge zu regeln, beispielsweise zu verhindern, dass der Patient unnötig sein Geld verschleudert oder Verträge eingeht, die er gar nicht bezahlen kann. Manche Depressive starten nämlich in unsinnige Frustkäufe, haben 100 Paar Schuhe zu Hause stehen und

entwickeln regelrecht Kaufsucht nach bestimmten Artikeln. So kann auch die Kleptomanie, die Klausucht, eine Komponente von Depressionen sein, vor die es die Patienten zu schützen gilt. Es mussten schon Patienten einfach weggesperrt werden, weil sie sich um Haus und Hof brachten.

Sie hatten noch Kreditkarten und gingen damit völlig unverantwortlich um. Auch Spielsucht kann ein Auswurf von unverarbeiteten Depressionen sein. Auch solche Kandidaten muss man letztendlich vor sich selbst schützen, indem man sie zunächst für Casinos und Spielbanken sowie Geldautomaten aller Art in ihrer Umgebung sperren lässt. Manchmal müssen sie aber, weil sie sehr trickreich arbeiten, auch erst einmal auf der geschlossenen Abteilung einer Fachklinik untergebracht werden. Manchmal werden Depressive auch nach einer Straftat zunächst mal auf Zeit weggesperrt, bis eine Entscheidung in der Hauptsache gefällt ist.

Auch Sexualstraftäter oder rechtskräftig verurteilte Sexualmörder werden weggesperrt, allerdings in spezielle forensische Kliniken, oft mit Sicherungsverwahrung. Das sind Gefängniskliniken, aus denen entsprechend Verurteilte nie mehr frei kommen. Sie werden hier zwar auch therapiert, aber meistens erfolglos beziehungsweise mit dem Ergebnis, dass ihre Bedrohung für die Allgemeinheit auf Lebenszeit bestehen bleibt.

Tageskliniken für Depressionskranke

In der psychiatrischen Versorgung gibt es auch so genannte Tageskliniken. Tagsüber sind Depressive und andere – vor allem Patienten mit Angstphobie – in der Klinik und gestalten ihren Alltag im Übergang zum Normalleben unter professioneller Anleitung. Nachts schlafen sie zu Hause. So soll der Wechsel von der rein stationären Akutversorgung erleichtert werden, bis ein völlig selbstbestimmtes Leben wieder alleine möglich ist. In Tagesklinik wird der Alltag wieder probiert. Man kocht gemeinsam, kauft ein und gestaltet den Tag, wird dabei von Psychologen betreut.

Betreutes Wohnen auf Dauer für Depressive

Es gibt leider auch Depressive, die es nicht mehr schaffen, wieder alleine ihren Alltag zu gestalten. Insbesondere ist das bei älteren Patienten der Fall. Hier kommt oft auch eine Demenzerkrankung hinzu oder andere alterstypische psychologische Leiden. Solche Depressive bleiben zeitlebens in Betreuung. Meist wird hier auch per Vormundschaftsgericht eine Betreuung amtlich angeordnet. Nervenkliniken haben heutzutage fast immer auch eine angeschlossene gerontologische Abteilung, in der altersspezifische Depressionen und andere psychische Erkrankungen behandelt werden. Oft werden Alte auch aggressiv, wenn sie erkennen, dass sie mehr und mehr vergessen oder ihren Alltag nicht mehr allein bewältigen. Oder sie werden aufgrund ihrer altersbedingten Depressionen senil. Manchmal kommt auch hinzu, dass gerade Ältere nach einem Schlaganfall weitere Ausfälle wie Sprache und Artikulationsfähigkeit verlieren. Das macht sie unzufrieden und bisweilen ihrer Umgebung gegenüber ungerecht.

Depressive Alte können sich teils über gar nichts mehr freuen und sind nur noch nörgeln, wittern in allem den versteckten Feind und sind mitunter gar nicht mehr zu ertragen. Abgesehen von diesen Folgeerscheinungen altersbedingter (gerontologischer) psychischer Erkrankungen kommt hinzu, dass ihnen die Feinmotorik zunehmend verloren geht, sie ihren Alltag am Ende nicht mehr bewältigen oder aufgrund von Vergesslichkeit in gefährliche Situationen rutschen wie zum Beispiel in einen Wohnungsbrand infolge vergessener Herdplatten oder Heißwasserkocher.

Die stationäre Therapie versucht hier, den Rest an selbst bestimmtem Leben zu erhalten und wieder wach zu rufen, Feinmotorik zu üben, damit sich Altersdepressive beispielsweise noch selbst anziehen, waschen und versorgen können. Das ist mitunter bei „bockigen“ und nicht mitarbeitenden Patienten recht schwierig. Insbesondere steht hier oft die Frage im Raum, ob solche alterssenilen Depressiven nicht besser in einem Pflegeheim aufgehoben sind, weil die eigene Familie das nicht mehr schafft. In entsprechenden Altenheimen weiß man damit umzugehen.

Antidepressiva/Psychopharmaka

Es gibt mittlerweile sehr gute, moderne Psychopharmaka, so genannte „Antidepressiva“. Diese Medikamente setzen überwiegend da an, wo der Stoffwechsel der Gehirnbotenstoffe aus dem Ruder gegangen ist. Antidepressiva verbessern also wieder den Stoffwechsel und treten quasi an die Stelle von Neurotransmittern, spielen also Botenstoffe im Gehirn. Sie sorgen wieder für ausreichend Serotonin, Noradrenalin und ein paar anderen Substanzen im Gehirn und deren ungehinderten Fluss zwischen den Nervenzellen.

Antidepressiva entfalten ihre volle Wirkung in etwa drei Wochen. Erst dann kann der Facharzt treffend beurteilen, ob das ausgewählte Medikament „state of the art“ ist, also das derzeitige Optimum für den Patienten. Psychopharmaka nimmt man i.d.R. bis zu zwei Jahre lang. Danach kann man versuchen, es langsam wieder ausschleichen zu lassen und abzusetzen. Manchmal müssen aber Betroffene auch lebenslang mit Antidepressiva leben.

Es gibt unterschiedliche Medikamente für die verschiedenen Symptome, etwa solche, die die Angst nehmen oder die erheblichen Stimmungsschwankungen auf ein gleichbleibendes Level heben. Es gibt auch solche, die gleichzeitig das Ein- und Durchschlafen fördern. Antidepressiva können auch als Retard-Tabletten verordnet werden, die den Wirkstoff über den ganzen Tag verteilen und so für gleichbleibende Stimmung sorgen. Antidepressiva haben aber immer auch Nebenwirkungen. So gibt es solche, die gleichzeitig den Appetit anregen, was wiederum für Übergewichtige problematisch wäre.

Vor allem aber muss sich der Arzt an die richtige Wirkstoffmenge herantasten, und das ist ambulant recht schwierig. Antidepressiva entfalten etwa nach drei Wochen erst ihre volle Wirkung. Deshalb wird der Patient im Idealfall während einer stationären Behandlung optimal eingestellt. Es sind so viele Punkte zu beachten. Ist der Patient Diabetiker, dann muss man eine Wechselwirkung mit anderen Medikamenten wie etwa Insulin berücksichtigen. Hat der Depressive gar noch Gewichtsprobleme, so muss der verordnende Arzt auf eine Stoffklasse von Antidepressiva ausweichen, die das Gewicht nicht in Mitleidenschaft zieht. Leidet der Depressive zudem unter Bluthochdruck, kann ebenfalls eine Wechselwirkung zwischen Blutdruck senkenden Betablockern und Antidepressiva auftreten. Besteht neben der Depression auch noch eine Angst-Symptomatik, so muss mit zusätzlichen Präparaten eingegriffen werden.

Einen Cocktail bitte!

Wie auch beim Bluthochdruck wird die Depression deshalb oft mit einem ganzen Medikamenten-Cocktail behandelt. In einer Nerven- oder psychosomatischen Klinik ist immer auch ein Internist mit dabei, der genau auf diese Dinge achtet. Man muss den Patienten insgesamt betrachten, auch mit seinen Vorerkrankungen oder sonstigen akuten Leiden. Beim Bluthochdruck setzt man oft auch solche Medikamente ein, die die Nieren und hier vor allem ihre Membrane gleichzeitig schützen. Ähnlich ist es auch bei der Depression, wenn zusätzlich Schlafprobleme und Angstzustände angegangen werden sollen. Man versucht also gleich mit mehreren Präparaten, das Problem optimal in den Griff zu bekommen.

Manchmal passiert es während eines Klinikaufenthalts auch, dass ein Medikament wieder abgesetzt wird, weil es sich gerade für die Problematik des Patienten als nicht wirksam genug erwiesen hat. Dann muss eine andere Stoffklasse eingesetzt und probiert werden. Das kann den Aufenthalt wieder verlängern. Denn die Patienten sollen ja optimal eingestellt nach Hause gehen. Das muss neben der psychischen Stabilisierung erreicht sein. Sonst macht der ganze Aufenthalt keinen Sinn. Die Frage des passenden Medikaments ist nur schwer zu lösen. Oft ist es ein Probieren und Herantasten. Auf jeden Fall sind Kliniken näher dran, weil sie täglich in unterschiedlichen Fällen verschiedene Stoffklassen einsetzen und in einer Supervision sich ständig gegenseitig selbst überprüfen. In einem größeren Kreis von Fachärzten bei oft Hunderten von Patienten hat man einen größeren Erfahrungsschatz als der einzeln praktizierende Nervenarzt. Man sollte bei ambulanter Therapie auch darauf achten, ob sich der Arzt fortbildet und irgendeinem Verband angehört. Dann ist nämlich auch gewährleistet, dass er auf dem neuesten Stand der wissenschaftlichen

Forschung ist und einen Überblick über Medikamente der neuen Generation hat. Es schadet auch nichts, wenn man sich über ein verordnetes Medikament selbst noch im Internet oder allein schon über den Beipackzettel informiert. Es ist auch ratsam, mit dem Hausarzt über verordnete und eingenommene Antidepressiva zu reden, damit er das mit der sonstigen Medikation abgleicht.

Null Alkohol und kein Auto!

Bei fast allen Antidepressiva wie Psychopharmaka gilt: Alkohol und Tabletten sind absolutes Tabu. So enthalten fast alle Beipackzettel folgende Warnhinweise: Keinen Alkohol und keine aktive Teilnahme am Straßenverkehr. Hochprozentiges verändert die Wirkung von Psychopharmaka, und sie beeinträchtigt die Konzentration beim Auto- oder Moped fahren. Deshalb gilt bei stationären Aufenthalten in psychosomatischen und Nervenkliniken ein striktes Alkoholverbot. Das Fahren mit dem eigenen sowie mit fremden Autos wird strikt untersagt. Wer unter Antidepressiva einen Unfall baut, trägt zumindest einen Teil der Schuld und zahlt mit. Bei einem stationären Aufenthalt soll man tunlichst seinen Wagen zu Hause lassen, um erst gar nicht in Versuchung zu kommen. Im begründeten Verdacht, etwa wenn der Patient bei der Aufnahme angegeben hat, hin und wieder mit dem Alkohol Probleme zu haben, werden in der Klinik Alkoholkontrollen angeordnet. Fliegt ein Patient beim Pusten in Röhrchen auf, bedeutet das in der Regel den Abbruch der Therapie.

Was ist Lichttherapie?

Licht spielt für die Bildung von Serotonin und Noradrenalin im Gehirn eine wichtige Rolle. Das sind die alles entscheidenden Botenstoffe, die die Informationen zwischen den Nervenzellen in unserem Gehirn weitergeben. Sie sorgen also für gute oder schlechte Stimmung. Man kann heute wissenschaftlich nachweisen, dass Depressive zu wenig Serotonin und Noradrenalin an den entscheidenden Stellen im Gehirn haben. Bei ihnen ist der Austausch zwischen den Nervenzellen gestört. Sonne und Licht fördern die Bildung von Serotonin. Im Winter, wenn die Tage kürzer werden, der Himmel öfter bewölkt ist und es viel regnet, dann drückt das auf unsere Stimmung. Man spricht von der Winterdepression oder der saisonalen Depression. Menschen, die darunter leiden, fahren dann entweder in andere Breitengrade, wo Sommer ist, oder füllen die natürliche Lücke künstlich auf – und begeben sich ganz bewusst in eine Lichttherapie. Das kann professionell mit einer richtig dosierten Menge künstlichen Lichtes geschehen oder einfach nur zu Hause, indem man gut ausgeleuchtete Räume auch während der dunklen Jahreszeit hat und seinem Körper so künstlich Licht zuführt. Denn auch künstliches Licht fördert die Serotonin-Produktion im Körper. Als begleitende und unterstützende Maßnahme ist eine Lichttherapie sicher sinnvoll. Reden Sie mit Ihrem Arzt darüber. Aber nur Lichttherapie heilt Ihre Depression sicher nicht.

Wie hilft Akupunktur der Psyche?

In Nervenkliniken wird gern auch die Akupunktur eingesetzt. Denn meist gehen Depressionen mit Schlafstörungen, Angstzuständen und Schmerzen einher. Und genau in diesen drei Fällen hilft die Therapie mit den feinen Nadeln. Mittlerweile ist diese fernöstliche Methode der traditionellen chinesischen Medizin (TCM) auch von unseren Krankenkassen anerkannt. Aber achten Sie darauf, dass es von erfahrenen Anwendern gemacht wird. In Nervenkliniken machen das zum Beispiel ausgebildete Krankenschwestern. Ambulant sollten Sie darauf achten, wie erfahren der Anbieter von Akupunktur ist und wie lange er das schon macht und ob er sich regelmäßig fortbildet. Ansonsten helfen auch die Krankenkassen bei der Suche. Akupunktur hilft also gegen die Symptome von Depressionen, heilt aber nicht direkt Depressionen selbst.

Was haben Massagen mit Angst zu tun?

Massagen und Angst – Was haben beide eigentlich miteinander zu tun? Massagen sind nicht nur wohltuend für Knochen, Muskeln und Gelenke, sondern auch für die Seele. Warum? – Sie können nämlich Ängste lösen. Eine Studie in den USA am Nationalen Zentrum für komplementäre und alternative Medizin in Bethesda/Maryland hat 68 Probanden mit einer generalisierten Angststörung näher beobachtet. So können Massagen Angstsymptome als Folge von Depressionen deutlich lindern. Sie sind damit vergleichbar mit einfachen Entspannungsmethoden wie Wärmetherapie und das Hören leiser, entspannender Musik. Die Probanden gaben drei Monate nach zehn Therapieeinheiten an, weniger Ängste und Depressionen zu haben. Sie

berichteten zudem von einer geringeren Unruhe und sogar einer besseren Arbeitsfähigkeit.

Homöopathie und Depression?

Homöopathische Mittel können allenfalls Symptome von Depressionen zu lindern helfen. Die kleinen Kügelchen heilen aber selbst keine Depressionen. Flankierend sind sie aber durchaus nützlich auf dem Weg raus aus den Depressionen. Denn sie können beispielsweise Kopfschmerzen, Schlafstörungen oder Rückenprobleme lindern. Wenn man die Symptome von Depressionen angeht, bekämpft man auch die Depression selbst.

Wie Fischöl der Psyche helfen kann

Was hat eigentlich Fischöl mit Depression zu tun? Eine ganze Menge! Die konzentrierte Gabe von Omega-3-Fettsäuren (Fischöl) soll angeblich bei Hochrisiko-Patienten den Ausbruch einer Psychose und damit eine akute Depression verhindern. Eine Studie mit 41 Probanden hat das ergeben. Zwölf Wochen lang haben die Probanden täglich Kapseln mit 1,2 Gramm Eicosapentaensäure und Docosahexaensäure zu sich genommen. Nur zwei von ihnen erkrankten an Schizophrenie, in der so genannten fettfreien Kontrollgruppe dagegen elf. In fettem Seefisch wie Makrele und Lachs finden sich zum Beispiel natürliche Omega-3-Fettsäuren, die auch gegen allerlei weitere Gebrechen wie das „Trockene Auge“ bei Diabetikern gut eingesetzt werden können.

Entspannung und Depression: Geht das?

Manchmal ist es gut, in kleinen Schritten ein Problem anzugehen. Man muss nicht immer gleich mit der Kanone auf Spatzen schießen. Und manchmal ist die Problematik so umfassend, dass sie nur „step-by-step“ zu lösen ist. So ist die Entspannung auf jeden Fall ein Schritt weg von der Depression. Wer sich schon mal wieder gut entspannen kann, ist auch ein Stück weit weg von seiner Depression. Da gibt es die unterschiedlichsten Methoden.

Nicht jeder schlägt auf die klassische Jacobsen-Methode (Anspannung – Entspannung, = positive Muskelreflexion) an. Oder nicht jeder beherrscht Autogenes Training). Der eine entspannt sehr gut in einem heißen Bad mit entsprechenden Zusätzen wie Lavendel oder Melisse. Ein anderer entspannt perfekt bei leiser oder meditativer Musik. So muss jeder seinen Entspannungsweg selbst suchen, um damit ein Stück weit weg von seiner Depression zu kommen.

Kann Bewegung Depressionen abbauen?

Ein ganz wichtiger Punkt in der Depressionsbekämpfung ist die Bewegung. Durch Bewegung schafft man sich beispielsweise Aggressionen vom Hals, baut man Frust ab und bewältigt besser einen stressigen Tag. Deshalb steht auch viel Bewegung auf dem Programm eines stationären Aufenthalts in einer Nervenklinik. Einerseits dient sie der Beweglichkeit des ganzen Körpers und baut Symptomen von Depressionen wie Rückenschmerzen, Kopfweh und Magenverstimmungen vor. Andererseits regt Bewegung den Stoffwechsel – auch im Gehirn – an. Bewegung sorgt so für positive Grundstimmung. Insofern ist Bewegung jeder Art eine gute Vorbeugemaßnahme gegen beginnende Depressionen.

Gegen Depression antanzen?

Immer häufiger wird Tanzen als Mittel der Therapie in Nervenkliniken mit angeboten. Mit Tanzen verfolgt man dabei zweierlei Zweck: Zum einen bewegen sich die Patienten, und das einmal anders zu Musik, die man mag. Aber zum anderen lernen depressive Patienten auch wieder, in Kontakt zu Mitmenschen zu treten, sie anzufassen, sie zu berühren und mit ihnen gemeinsam Tanzschritte zu gehen. Nicht umsonst spricht man auch von der Tanztherapie. Ängstliche Patienten werden wieder mutig, scheue Menschen kommen aus sich heraus, und so werden erfolgreich Symptome von Depression abgebaut.

Theater-Therapie?

In psychosomatischen Kliniken wird zum Teil auch Mitmach-Theater eingesetzt, um Patienten aus ihrer Isolation beziehungsweise aus ihrer Kommunikations-Blockade abzuholen. Das geht aber nur mit erfahrenen Machern oder Theater-Therapeuten. Es werden bestimmte Situationen vorgegeben, und spontan können sich Patienten in die jeweilige Szene selbst einbinden. Der Hintergedanke dabei ist, sie anschließend zu fragen: Warum wolltest Du jetzt unbedingt die Katze sein oder den Baum spielen oder den Zirkusdirektor, Dompteur oder was auch immer? Die Theater-Szene quasi als Depressions-Interpret, um näher an die Patienten, an ihre Probleme an ihr Ich heranzukommen.

Singen macht glücklich

Seitdem man herausgefunden hat, dass Singen und Musik glücklich macht, kann es auch als Bestandteil von Therapien gegen Depressionen mit eingesetzt werden. Glücklich zu sein, ist der erste Ansatz, aus seinem Depressionstief wieder heraus zu finden. Wer singt, hat Mut und macht es mit Begeisterung. Singen macht Freude und schafft Freunde. Oder haben Sie schon mal einen unglücklich singenden Menschen gesehen? Wer sich also während einer Therapie bewusst entschieden hat mitzusingen, der hat schon einen entscheidenden Schritt getan. Von dort aus kann man weiterarbeiten und an den Kern seiner Depression gelangen und diese zielorientiert bearbeiten.

Selbsthilfegruppen sind wichtig

In jeder Stadt gibt es eigentlich auch Selbsthilfegruppen mit Depressions-Problematik. Manchmal haben solche Gruppen Angst als Schwerpunkt, manchmal Schmerzen oder Schlafstörungen. Entweder, man macht in irgendeiner Depressions-Selbsthilfegruppe mit, oder man sucht sich gezielt seine spezielle Problematik aus. Fragen Sie Ihren Facharzt nach solchen Selbsthilfegruppen. Auch städtische Beratungsstellen oder kirchlich-karitative Organisationen können mitunter weiterhelfen. Aus den Problemen anderer und wie die damit umgegangen sind, kann man eine Menge lernen. Das ist Lebenserfahrung, und aus den vielen Beispielen anderer Betroffener kann man ganz gut eigene Wege ableiten.

Beratungsstellen aufsuchen

Fast alle größeren Städte haben auch psychische, psycho-soziale und psycho-sexuelle Beratungsstellen. Denn oft ist mit der Depression sozialer Abstieg, Arbeitslosigkeit, Wohnungssuche oder auch Schwangerschaftsberatung verbunden. Ob misshandelte Frauen in Frauenhäusern, Opfer von Vergewaltigung oder Arbeitslose, sie alle haben oft auch ein psychisches Problem und brauchen Unterstützung. Ob ein junges Mädchen – ungewollt schwanger – ihre Schwangerschaft abbricht oder nicht, hat häufig auch eine Depression zur Folge. Junge Arbeitslose trauen sich nichts mehr zu und werden depressiv oder gleiten gar in die Gewaltbereitschaft ab. Wie oft „verordnen“ Richter heute ein Anti-Aggressionstraining. Für all diese Probleme bieten Kommunen wie kirchlich-karitative Träger Beratungsstellen an.

Tagesablauf eines Depressiven in der Fachklinik

Um die Angst vor der Psychiatrie oder - etwas weniger beängstigend gesagt - Nervenklinik zu nehmen, soll ein typischer Tagesablauf für einen depressiven Patienten geschildert werden.

Bevor überhaupt das Programm in der Nervenklinik beginnen kann, findet ein ausführliches Aufnahmegespräch statt. Man hat in der Regel ein paar spezifische Unterlagen dabei, die das individuelle Krankheitsbild sowie die aktuelle Medikation beschreiben. Das Erstgespräch dient zur Einsortierung des Patienten in den Klinikalltag. Steckt man ihn eher in die „Angst-Abteilung“ oder doch besser in die „Depressions-Gruppe“? Welchem behandelnden Arzt oder welcher Ärztin übergibt man ihn? Ist er privat versichert und findet deshalb noch ein Gespräch mit dem Chefarzt statt? Welche begleitenden Anwendungen wie Massagen, Krankengymnastik oder Arbeitstherapie werden noch verordnet? Da ausreichende Bewegung gegen

Depressionen eine große Rolle spielt, gibt es hier zahlreiche Angebote von Nordic Walking über Fahrradfahren bis Wandern. Müssen zusätzliche internistische Untersuchungen das weitere Krankheitsbild abklären? Dann folgt auf jeden Fall obligatorisch eine Blutentnahme, um den aktuellen Gesundheitszustand zu bestimmen. Der Patient wird sodann körperlich auf seine Reflexe hin untersucht. Magen, Galle, Leber und Nieren werden abgetastet. Es findet also eine medizinische Grunduntersuchung statt. Klagt der Patient über Herzbeschwerden oder Rückenschmerzen, folgen in der Regel zusätzliche Röntgen-, Ultraschall oder MRT-Untersuchungen – insbesondere des Kopfes, wenn Schwindel, Migräne oder neurologische Beschwerden eine Rolle spielen. Am Ende steht auf jeden Fall der Behandlungsplan, den jeder Patient als seinen persönlichen Tages-, Wochen- oder Monatsplan in die Hand gedrückt bekommt – sozusagen der Stundenplan. Dieser Plan ist bei allen Anwendungen und Terminen mitzunehmen. Die einzelnen erbrachten Leistungen werden später vom Klinikpersonal abgezeichnet und dienen am Ende als Beleg über die Gesamtheit der Therapie.

In der Regel sind Patienten in Zwei-Bett-Zimmern untergebracht (Privatpatienten in Einzelzimmern). Ähnlich wie im Krankenhaus werden sie morgens gegen sieben Uhr geweckt. Eine Frühgymnastik vor dem Frühstück kann ärztlicherseits angeordnet sein, aber auch auf freiwilliger Basis wahrgenommen werden. An manchen Tagen einmal pro Woche steht vor dem Frühstück die Gewichtskontrolle auf dem Programm. Dazu begibt man sich ins Schwestern- oder Untersuchungszimmer. In der Regel gehört die Blutdruckkontrolle auch mit dazu. Wer Diabetes hat, für den kommt ein Blutzuckertest hinzu und manchmal auch ein Blutzucker-Tagesprofil. Zum Frühstück begibt man sich in einen Gemeinschaftsraum, wo sich meistens in Büffetform die Patienten selber versorgen. Übergewichtige bekommen ihre

Rationen zugeteilt, denn eine Diätküche gehört in solchen Krankenhäusern mit zum Programm. Für solche Patienten, die zudem auf ihr Gewicht achten müssen, werden auch eigens Kochkurse angeboten. Depressive sollen während eines stationären Aufenthalts auch den Zugang zur eigenen Kreativität wieder entdecken, indem über die Ergotherapie zahlreiche Möglichkeiten angeboten werden: Seidenmalerei, Aquarelle, Ölbilder, Töpferarbeiten, Figuren aus Speckstein, Holz-Mobile oder Pin- und Schlüsselwände aus Kork oder Holz. Erfahrene Therapeuten vermitteln die Techniken und helfen bei der Umsetzung. Zu manchen Jahreszeiten wird Plätzchenbacken oder die Herstellung von Pralinen angeboten. Autorenlesungen, Konzerte und Fachvorträge runden das Programm ab. Viele Angebote basieren auf Freiwilligkeit, und es kommt ganz entscheidend auf Motivation und Antrieb des Patienten an, was er während seines Klinikaufenthalts mitnimmt.

Dann beginnt das Programm, das von Patient zu Patient recht unterschiedlich aussehen kann. Der eine fängt in einer Sportgruppe oder Seniorengymnastik vormittags an. Ein anderer startet mit Fango und Massage oder Krankengymnastik. Dazu werden Bäder wie in einer ganz normalen Kur auch verordnet: zur Entspannung, Vitalisierung oder Ölbäder bei trockener Haut. Wichtig im Tages- und Wochenplan sind die Therapiegespräche in Gruppen und beim zugeteilten Therapeuten. Sie dauern in der Regel 45 Minuten und finden mindestens zweimal pro Woche statt. Wer aufgrund aktueller Krisen einen zusätzlichen Gesprächsbedarf hat, kann die Notfallsprechstunde aufsuchen. Mindestens einmal pro Woche trifft man seinen behandelnden Assistenz- oder Oberarzt, und mindestens einmal pro Woche findet die Arztvisite statt, in der sich der Ober- oder Chefarzt über den augenblicklichen Zustand des Patienten und über die

Entwicklung in der Klinik im Kreis der behandelnden Ärzte, Therapeuten und des Pflegepersonals informiert. Das Ganze dient einem runden, verlässlichen Bild über den Patienten. Ziel ist es, dass der Depressive nicht an unterschiedlichen Stellen verschiedene Krankheitsverläufe und Therapieziele abgibt. Deshalb findet auch die wöchentliche Supervision im Kreis aller Therapierenden einschließlich Masseuren und Arbeitstherapeuten statt. Nur so ist ein verlässliches Gesamtbild über den Patienten möglich und daraus resultierend ein erfolgreicher Therapieansatz.

Auf dem Programm von Nervenkliniken stehen zunehmend auch Bewerbungstraining und Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt. Eigene Werkstätten sollen Arbeitslose und Langzeitarbeitslose wieder an einen normalen Arbeitsrhythmus und Arbeitsalltag heranzuführen. Aber auch der Erhalt von Restarbeitsfähigkeit etwa bei Schwerbehinderten steht neben dem Wecken von Kreativität in den ergotherapeutischen Einrichtungen der Kliniken auf dem Programm. Da werden Körbe gebastelt, mit Holz und Speckstein allerlei Nützliches fabriziert, Vogelhäuschen gebaut, um vielleicht auch bei dem einen oder anderen Patienten ganz neue Fähigkeiten zu wecken.

Vor allem aber ist die Ergotherapie auch ein sehr nützliches Mittel für Depressive und psychisch Kranke überhaupt, sich mit ihren Problemen zu öffnen. So manche misshandelte Frau ist erst über den Weg der Ergotherapie aus sich heraus gekommen. Kinder, die beispielsweise nur dunkle Bilder malen oder Gitter, Gefängnisse oder monströse Gestalten, sind in der Regel Opfer von Misshandlungen oder Vergewaltigungen gewesen, über die sie nicht reden können.

Der weitaus wichtigste Punkt eines stationären Aufenthalts in einer Fachklinik sind die Therapiegespräche mit Ärzten und Psychologen. Hier

bestimmt der Patient weitgehend selbst, wie schnell er seine Depression angehen will. Wer sich hier verschließt, gilt manchmal auch als nicht therapiefähig. Solche Fälle gibt es leider auch. Aber in der Regel sind die Therapeuten erfahren genug, Vorbehalte abzubauen oder gemeinsam mit dem Betroffenen über Brücken zu gehen. Manchmal stimmt auch die Chemie zwischen Patient und Therapeut nicht. Dann wird man gemeinsam Wege finden, entweder einen anderen Betreuer zu suchen oder den Patienten in eine andere Gruppe zu geben oder aber die Therapie vom Psychologen auf den Arzt zu verlagern. Eine Therapie ist immer auch eine Entwicklung, die je nach Fall an Fahrt und Dynamik gewinnt oder abflacht. Eine Therapie ist manchmal auch das Spiegelbild der Depression selbst: mit Auf und Ab, Durchbrüchen und Stillstand, Niedergeschlagenheit und Unzufriedenheit wie auch Hochgefühl und Lösungsstimmung. Erst wenn sich die Festigung verdichtet, dann steuert man auf das Ende des stationären Aufenthalts zu.

Es gibt selbstverständlich auch Patienten, die schnell einen Klinikaufenthalt abbrechen und nach einer Woche wieder die Einrichtung verlassen. In der Regel basiert die Behandlung von Depression auf Freiwilligkeit, es sei denn, der Patient leidet unter so starken Depressionen, dass er bereits eine Gefahr für die Allgemeinheit darstellt. Leider können Patienten erst zwangsweise eingewiesen werden, wenn wirklich etwas Gravierendes wie eine schwere Schlägerei unter Wahnvorstellungen passiert ist oder der Patient extrem leicht reizbar ist und bei Kleinigkeiten ausrastet.

Manchmal wird während des Klinikaufenthalts auch der Internetzugang eingeschränkt – bis hin zum Einzug des eigenen Laptops mit mobilem Internet. Man will so erreichen, dass die Patienten in der Klinik wirklich

erst einmal richtig ankommen. Sie sollen nicht etwa ihre Arbeit fortsetzen oder gar durch einen intensiven Email-Verkehr weiterhin mit ihrer depressiven Problematik konfrontiert werden. Sie sollen zur Ruhe kommen. Hin und wieder ist es aber auch so, dass Patienten quasi schon internetsüchtig sind und schon deswegen vor dem Internet geschützt werden müssen.

Neben den Einzelgesprächen treten immer stärker Gruppengespräche in den Vordergrund. Vom Prinzip her sollen sich mehrere Teilnehmer – etwa 10 bis 15 – in einer Gruppe zurechtfinden. Ein Therapeut leitet die etwa ein bis anderthalbstündige Sitzung ein- bis zweimal pro Woche, steuert sie ein wenig, stößt die Gespräche an. Jede Gruppe ist in etwa Spiegelbild unserer Gesellschaft.

Die Teilnehmer haben meist alle eines gemeinsam: Sie leiden unter Depressionen, haben aber teils recht unterschiedliche Symptome. Manche sind verhaltensgestört, andere verschlossen, aggressiv oder emotional instabil. In der Gruppe geht es auf und ab, manchmal auch drunter und drüber. Da wird geweint und gelacht, getobt und geschrien. Manche halten das nicht aus und verlassen die Sitzung, andere versuchen, das Heft an sich zu ziehen oder fallen mit Extrem-Meinungen auf. Und dann kommt in der Gruppe noch das Beziehungsproblem hinzu. Der eine kann es mit dem anderen besonders gut, während sich zwei weitere nun überhaupt nicht grün sind. Nicht selten finden sich in Therapien auch neue Liebschaften, ja Beziehungen. Gruppe ist so etwas wie Selbsthilfe. Man lässt die Teilnehmer mit ihren unterschiedlichen Problemen aufeinander zugehen und dabei sich selbst helfen, ja therapieren. Nicht der Profi gibt hier den Ton an, sondern die Lebenserfahrung, das bereits durchgemachte Schicksal, die Erfahrung, wie man sein Ding verarbeitet hat. Das hilft

mitunter mehr als ein Therapeutengespräch. Gruppe begünstigt Mutige, die mit ihrer Problematik ins Gefecht gehen. Wer seine Probleme auf den Tisch legt, hat die Chance, von anderen Gruppenteilnehmern Tipps und Ratschläge zu bekommen, aber auch kritisiert zu werden.

Natürlich kann auch die Angst überwiegen, von den anderen zerrupft zu werden oder Tratschthema in der Klinik zu sein, was eigentlich nicht passieren darf, denn Gruppe ist top secret. Nichts darf raus, doch die Wenigsten halten sich daran – leider. Wer aus der Gruppe seinen Nutzen ziehen will, geht schnell und offen mit seinen Problemen um. Im Zweifel sagt man sich immer: Spätestens nach Ende der Therapie sehe ich niemanden mehr wieder. Man nutzt mit der Gruppe ein weiteres Instrument stationärer Depressionsbewältigung, indem man quasi den Erfahrungsschatz anderer gleich mit abschöpft und den anwesenden Therapeuten obendrein noch für sich mit einspannt. So kommt man schneller weiter und vergeudet nicht Wochen nutzlos, weil man schmollend in irgendeiner Ecke sitzen bleibt und sich nur das Gerede seiner Mitpatienten anhört oder über diese ablästert.

In der Gruppe muss man sich arrangieren, Kompromisse eingehen, Verbündete suchen. Und in der Gruppe bleibt man nicht auf Dauer schweigsam. Früher oder später erwischt es jeden. Dann greift man eher ungewollt ein – und ist plötzlich mittendrin. So holt fast jede Gruppe alle Teilnehmer irgendwann doch ins Boot. Patienten lernen, sich auch unter Menschen zu bewegen und sich mitzuteilen. Das ist ein wichtiger Punkt, um Depressionen zu erkennen, zu bearbeiten und letztlich abzubauen.

In den ersten 14 Tagen eines stationären Aufenthalts bleibt man in der Klinik und darf auch nicht an Wochenenden nach Hause zu seinen Verwandten oder zu seiner Familie. Erst danach kann man über

„Heimaturlaub an Wochenenden“ reden. Manchmal ist der Patient noch nicht reif dazu, manchmal aber ist es auch Teil der Therapie, den Patienten bewusst wieder in die Familie zu schicken, um Aufgaben zu lösen. Manchmal ist Auslöser von Depression in der Familie zu suchen, etwa bei Partnerschaftsproblemen. Dann ist der Schritt nach Hause während einer stationären Therapie nichts anderes als ein Stresstest. Es gibt Patienten, die brechen die Reise nach Hause auf halbem Weg wieder ab oder kommen nach nur ein paar Stunden wieder in die Klinik zurück. Sie haben es einfach noch nicht geschafft und brauchen noch etwas mehr Zeit und Therapie.

Solche Treffen können auch ganz in die Hose gehen, etwa wenn häusliche Konflikte die Auslöser von Depressionen waren und schnell wieder aufkeimen. Partnerschaftsprobleme, Eltern-Kind-Konflikte oder ungelöste Arbeitslosigkeit sowie Schuldenprobleme können Ursachen sein.

Während der Therapie wird gegen Ende auch der normale Alltag wieder geübt. So müssen etwa Angstpatienten zunächst in Begleitung wieder einkaufen gehen und danach kleinere Jobs für die Pflegestation alleine erledigen. Patienten, die keinen Aufzug mehr aus Angst betreten, lernen das in Begleitung langsam wieder und werden mehr und mehr einem Stresstest ausgesetzt, bis sie es alleine wieder schaffen.

Von der Klinik aus werden auch soziale Angelegenheiten geregelt. Denn solche Probleme führen häufig in die Depression. Ein eigener Sozialdienst redet mit Renten- und Krankenversicherungen, klärt Hartz IV-Ansprüche, stellt Anträge, telefoniert, kümmert sich um neue Wohnungen, hilft bei Bewerbungen und Vorstellungsgesprächen, klärt Gerichtstermine, berät bei anstehenden Scheidungen, hilft gegen Pfändungen und leitet zur Not auch ein Insolvenzverfahren ein. Nervenkliniken sind somit heutzutage immer mehr Rundum-

Versorgung und sehen den Depressiven ganzheitlich, also mit seinem kompletten Sorgenpaket. Ziel ist es, auch Depressive wieder in Gesellschaft und Arbeitsprozess zu integrieren.

Während des Klinikaufenthalts werden sämtliche Medikamente von der Klinik bereitgestellt. Manche Kliniken händigen Tagesdosierungen aus, die der Patient sich dann selbst zu den Mahlzeiten einteilt. Andere Einrichtungen geben jeweils die Medikamente zum Essen aus. Die Pillen zur Nacht holt man sich ab einer bestimmten Zeit dann auf der Station ab. Patienten mit extremen Schlafstörungen oder Angstzuständen haben in der Hinterhand des Pflegepersonals vom Arzt verordnet immer noch eine ergänzende Reserve-Medikation. Im Notfall wird der diensthabende Arzt gerufen, der je nach Bedarf weitergehende Medikamente verabreicht. Sämtliche eigenen Medikamente müssen die Patienten bei der Aufnahme abgeben. Man darf keine eigenen Medikamente mehr zu sich nehmen, bekommt sie aber am Ende des Aufenthalts wieder ausgehändigt.

Da stationäre Aufenthalte zur Bekämpfung von Depressionen in der Regel sechs Wochen und länger dauern, haben solche Kliniken auch eigene Patientenwaschmaschinen, Trockner und Bügeleisen meist zur freien Benutzung. Darüber hinaus gibt es Spielesammlungen und Büchereien, Fernsehräume und Cafés, so dass genügend Abwechslung im Klinikalltag herrscht. Und dann gibt es im Klinikalltag noch jede Menge Zeit, um sich untereinander selbst über Probleme, Depression, Angst und Symptome auszutauschen. So gesehen ist eine Nervenlinik auch eine riesige Selbsthilfegruppe auf Zeit.

Denn ob man nun will oder nicht, man ist ständig von Mitpatienten umgeben, die auch unter Depressionen leiden. Entweder mag man einige davon und unterhält sich mit ihnen, oder man geht ihnen aus dem Weg. Manchmal kann man unbequemen Zeitgenossen nicht aus

dem Weg gehen, weil sie einem am Tisch im Speisesaal gegenüber sitzen oder zufällig in der gleichen Gruppe sind. Der Zwang, sich zu arrangieren, ist dabei auch ein Mittel der Therapie, mit Depressionen klar zu kommen – und eine große Chance, Ängste abzubauen. Insofern kann man eigentlich einen stationären Fachklinikaufenthalt als ideal bezeichnen, wenn man seine Depressionen zuverlässig und langfristig in den Griff bekommen will. Dagegen kommt auch der beste Therapeut nicht an, weil der nur begrenzte zeitliche Kapazitäten hat. Das, was eine Nervenlinik zu bieten hat, ist so breitgefächert und intensiv, dass besser eine Depression nicht versorgt werden kann – natürlich immer auch in Kombination mit Medikamenten, die ja während der Einzeltherapie auch verabreicht werden.

Darüber hinaus kann jeder Patient während seines stationären Aufenthalts auch von sich aus weitere Leistungen der Klinik wie Spezialuntersuchungen oder Entspannungsangebote in Anspruch nehmen. Ob Gehirnstrommessung, Migränebehandlung, fernöstliche Entspannungstechniken wie Thai Chi oder Chi Gong, Akupunktur oder autogenes Training, wer für sich das Optimale gegen seine Depressionen herausholen will, muss selbst die Initiative ergreifen. Das ist der Dreh- und Angelpunkt einer stationären Therapie, weil man meistens antriebschwach und lethargisch eingeliefert wird. Hier gilt es, schnell umzudenken. Wer sich ohnehin für einen Klinikaufenthalt entschieden hat, sollte sich schnellstmöglich auch ganz darauf einlassen.

Schlusswort

Der erfolgversprechendste Weg raus aus einer Depression ist ein stationärer Aufenthalt in einer Nervenlinik. Hier wird der Betroffene

unter Aufsicht auf die richtigen Antidepressiva eingestellt. Und durch die ganzheitliche Sichtweise und Behandlung erfährt der Depressive eine optimale Betreuung.

Nicht immer ist jedoch so schnell ein Platz frei. Oft warten Betroffene monatelang. In dieser Zeit sollte ein psychisch Kranker zuerst seinen Hausarzt aufsuchen und das Kind klar beim Namen nennen. Vielleicht kann der Hausarzt auch schon mit einer medikamentösen Erst- oder Notversorgung beginnen. Von dort aus wird der geeignete Facharzt gesucht, und in der Zwischenzeit kann die Depression in Selbsthilfegruppen abgefedert werden. Fatal wäre es, wenn Depressive monatelang betreuungslos in der Luft hängen würden.

Bei aller stationärer, medikamentöser und Betreuungstherapie: Der Depressive braucht neue Perspektiven, Ziele und Lebensinhalte. Wenn er sich nicht neue Aufgaben sucht, dann bleibt eine Therapie und dann bleiben Antidepressiva immer Makulatur.

Die Ursachen der Depression müssen aus dem Weg geräumt werden, sonst flammt das psychische Problem irgendwann wieder auf.

Bestehende „Baustellen“ räumen, neue Aufgaben suchen, dem Leben wieder Inhalt geben, einen Arzt aufsuchen, der einem evtl. das passende Antidepressivum für eine gewisse Zeit verschreibt, dann ist die Krankheit Depression auch wieder heilbar.

Nur mit Perspektive schafft es der Depressive dauerhaft und wirklich aus seiner Krankheit heraus. Was nutzen der beste Therapeut und das modernste Antidepressivum, wenn die Probleme als Angstausröser bleiben?