



**DEPRESSIONEN ERKENNEN
UND BEHANDELN:**

Eine Hilfe zur Selbsthilfe



INHALT

01	Einleitung	I 03
02	Beschreibung des Krankheitsbildes	I 06
	> Allgemeines	I 06
	> Wenn Verstimmung zur Depression wird	I 07
	> Psychische Merkmale einer Depression	I 08
	> Körperliche Merkmale einer Depression	I 14
	> Zwischenmenschliche, familiäre, berufliche u.a. Folgen	I 18
03	Die verschiedenen Formen von Depressionen und ihre Ursachen	I 20
	> Depressive Episoden	I 20
	> Dysthymia – Depressive Entwicklung – Chronische Depression	I 21
	> Organisch bedingte Depression	I 21
04	Häufigkeit, Risikofaktoren, Verlauf und Prognose	I 22
	> Häufigkeit und Risikofaktoren	I 22
	> Verlauf und Prognose	I 23
	> Folgekrankheiten (Komorbidität)	I 23
05	Hilfreiche Strategien gegen Depressionen	I 24
	> Psychotherapeutische Behandlung der Depression	I 24
	> Psychotherapeutische Verfahren	I 25
	> Medikamentöse Behandlung der Depression	I 26
	> Hinweise für Familie und Freunde	I 27
	> Weiterführende Behandlungsmöglichkeiten der Depression	I 30
06	Kognitive Verhaltenstherapie	I 32
	> Allgemeine Aspekte	I 32
	> Zusammenhang zwischen Stimmung – Denken – Fühlen	I 32
	> Wieder aktiv sein	I 33
	> Verbesserung sozialer Kompetenzen	I 33
	> Verbesserung der partnerschaftlichen Kommunikation	I 34
	> Kognitive Methoden	I 35
	> Gruppentherapie	I 37
	> Rückfallprophylaxe	I 38
	> Effektivität der Behandlung	I 38
07	Literatur	I 39

© MEDICLIN

Stand: März 2020

Z / Unternehmenskommunikation, Offenburg

Text: MEDICLIN Kliniken Bad Wildungen und der Fachgruppe Psychosomatik

Fotos: MEDICLIN, AdobeStock

Satz und Layout: Tine Klußmann, www.TineK.net

Als Einstimmung in die Thematik soll ein Märchen für Erwachsene von Roland Kübler dienen und vielleicht schon an dieser Stelle zum Nachdenken anregen.

DIE GROSSE WEGKREUZUNG

(Roland Kübler)

01

EINLEITUNG



„Seit unendlichen Zeiten zieht die Erde ihre Bahn um die Sonne, empfängt Wärme und Licht. Und der Mond umkreist die Erde, spendet seine silbernen Strahlen, hebt und senkt die Meere. Hoch oben in den Bergen wuchs ein Kind auf. Spielte sich in der klaren Luft und auf sattgrünen Wiesen zur jungen Frau. Packte eines Tages ihr kleines Bündel und sagte zu Vater und Mutter, dass sie gehen wolle, um das Meer zu sehen. Denn während ihrer ganzen Jugend hatte sie sich nichts sehnlicher gewünscht, als einmal auf den Lippen den salzigen Atem des Meeres spüren zu können.

Die junge Frau ging den vertrauten Weg hinab ins Tal. Aber sie hielt nicht in jenem kleinen Dorf, in dem sie immer ihre Milch verkauft hatte. Sie hielt auch nicht bei der kleinen Sennerhütte, wo sie als Kind jedes Mal einige Süßigkeiten und eine kalte, schaumig gerührte Buttermilch bekommen hatte. Sie ging weiter. Weiter als sie je gegangen war an der Hand ihres Vaters. Sie ging, weil sie ein Ziel hatte. Sie wollte ihren Körper im schäumenden Meer baden und den salzig frischen Atem dieser endlosen Weite auf den Lippen spüren. Und so begleitete sie die kleinen Bergbäche, die aufgeregt über die Steine sprangen, suchte sich ihren Weg vorbei an den wiederkäuenden Kühen hinunter ins Tal. Viele Menschen traf sie auf ihrem langen Weg. Oft wurde ihr auch abgeraten, weiterzugehen. Der Weg zum Meer sei weit und beschwerlich, wurde ihr gesagt. Aber sie ließ sich nicht beirren. Sie nahm die Gastlichkeit dankbar an und ging weiter den Weg, den sie für sich gewählt hatte, weiter auf dem Weg, der sie zum Meer führen sollte.

Eines Tages, sie war schon sehr müde, kam sie an eine große Wegkreuzung. Der Weg, dem sie bisher gefolgt war, gabelte sich vor einem großen Gebirge in vier Pfade, von denen zwei links und zwei rechts um die Berge herumzuführen schienen. Die junge Frau wusste nicht weiter und setzte sich mitten auf die Kreuzung, um zu rasten, Brot zu essen und Wein zu trinken. So saß sie lange Zeit auf der Erde und konnte sich für keinen der vier Wege entscheiden. Jeder schien ihr ungewiss.

Eines Tages kamen Fremde an die Kreuzung und fragten die junge Frau, was sie denn hier mache. »Ich bin unterwegs zum Meer«, gab sie Auskunft, »aber mein Weg endet hier. Nun weiß ich nicht, welche Richtung ich wählen soll.« »Dann komm doch mit uns,« sagten die Fremden, »wir sind unterwegs in eine Stadt, die nur einige Stunden von hier entfernt ist.«

Aber die junge Frau wollte ans Meer, im warmen Sand sitzen, sich von der wilden Kraft der Wellen umschäumen lassen und den salzig frischen Atem des Meeres auf ihren Lippen spüren. Sie bedankte sich bei den Fremden für das Angebot und blieb weiter auf ihrer Wegkreuzung sitzen. Wieder saß sie lange Zeit allein und konnte sich für keinen der Wege entscheiden.

Viele Tage später kam ein einsamer Wanderer und setzte sich zu ihr. Lange Zeit saß er bei ihr und erzählte, was er alles erlebt hatte auf seiner Wandschaft, wo er überall gewesen war, und was er alles erfahren hatte. Er aß mit der jungen Frau Brot und trank mit ihr Wein. Oft saßen sie noch zusammen, um die Sonne hinter den Bergen versinken zu sehen. Und irgendwann fragte er sie, ob sie nicht mit ihm kommen wolle. Er sei unterwegs zu einem Wald ganz in der Nähe, um dort zu jagen. Aber die Frau auf der Wegkreuzung sagte auch ihm, dass sie nicht in den Wald, sondern ans Meer wolle.

Die Wochen vergingen, und mit ihnen wechselten die Jahreszeiten. Die Frau saß auf dem Platz zwischen den Wegen und sah den Wolken nach, die sich übers Gebirge jagten und bunte Blüten der Phantasie an den Himmel malten. Eines Morgens wurde sie von Fremden geweckt, die unterwegs zu Bauern waren. Sie fragten, ob sie nicht mitkommen wolle, um bei der Ernte zu helfen. Und weil die Frau schon so lange untätig dort gesessen hatte, entschied sie sich, dieses Mal mit den Fremden zu gehen. Sie kamen in ein kleines Dorf und den ganzen Herbst half sie, die Ernte einzufahren. Es gefiel ihr gut bei den Bauern. Nur eine Sehnsucht blieb in ihr und wuchs und wuchs, während der Winter die Landschaft in stille weiße Träume verpackte. Sie wollte ans Meer. Und deshalb packte sie an einem klaren Frühlingmorgen ihr Bündel und sagte den freundlichen Bauern, dass sie wieder gehen wolle, denn sie sei unterwegs zum Meer.

Danach ging sie ihren Weg zurück, bis sie wieder an die große Kreuzung kam. Ratlos setzte sie sich. Wenn sie nur wüsste, welchen dieser Wege sie wählen sollte, um endlich an das Ziel ihrer Sehnsucht zu kommen. Sehr lange saß sie an der Wegkreuzung, bis nach Wochen eine Frau kam, die unterwegs war in ein kleines Dorf. Sie wolle dort ihre Waren verkaufen, erzählte sie und fragte die Frau, ob sie Lust hätte, sie zu begleiten. Und weil diese wusste, dass sie allein zu keinem Entschluss kommen würde, ging sie mit der fremden Frau in das kleine Dorf. Es gefiel ihr gut dort. Sie half Hemden und Hosen nähen und später auf dem Markt zu verkaufen. Aber immer blieb in ihr die Sehnsucht nach dem Meer.

Eines Tages hielt sie es nicht mehr aus. Wieder packte sie ihre Habseligkeiten zusammen, verabschiedete sich von der Frau und wanderte zurück an jene Kreuzung. Hier war ihr inzwischen alles schon so vertraut. Sie suchte sich wieder ihren alten Platz und machte es sich gemütlich. Dann saß sie dort, fast unbeweglich, eine lange, lange Zeit. Ihr Haar war inzwischen dünn und grau geworden. Ihr Rücken beugte sich immer mehr unter der Last der sich ständig wiederholenden Jahreszeiten. Noch immer wusste sie nicht weiter, konnte sich einfach nicht entscheiden, welchen dieser Wege sie denn nun wählen sollte. Manchmal glaubte sie in stillen, schlaflosen Nächten ein leises, fernes Rauschen zu hören, als ob das Meer sie rufen würde. Und wenn der Nachtwind mit lauem Hauch von den Bergen strich, vermeinte sie sogar auf ihren Lippen einen zarten salzigen Geschmack spüren zu können.



Es war eine solche Nacht, als sie sich entschloss, einfach die Berge hinaufzusteigen. Die Wanderung war sehr beschwerlich. Durch beängstigend verwirrende Felsengärten, dichtes Unterholz und über steil abfallende Grate führte ihr Weg nach oben. Höher und höher stieg sie bei ihrer einsamen Wanderung. Nachts war es längst nicht mehr so warm wie unten an der großen Wegkreuzung. Sie fror und kauerte sich hilflos an den nackten, kalten Fels. Manchmal glaubte sie auch, ihre Kraft würde nicht ausreichen. Immer schwieriger schien es, sich die steilen Hänge empor zu quälen, um wieder feststellen zu müssen, dass hinter dem eben erklommenen Gipfel der nächste auf sie wartete. Und dann endlich – sie hatte schon fast nicht mehr daran geglaubt – stand sie ganz oben.

Der Wind packte ihr langes, graues Haar, zerwühlte es mit klammen Fingern und riss an ihrer Kleidung. Sie öffnete den Mund, um diese Gewalt in sich hinein zu saugen. Erschöpft und keuchend atmete sie gegen den Wind. Und endlich öffnete sie ihre Augen und schaute sich um. Der Anblick überwältigte sie. Tief unten entdeckte sie, ganz klein jetzt, die Wegkreuzung, auf der sie so lange gesessen hatte. Sie sah die vier Pfade, die sich dort unter verzweigten. Der eine führte in eine große Stadt, direkt auf den Marktplatz und darüber hinaus. Der andere schlängelte sich durch einen dichten Wald, nahe an ein kleines Häuschen. Aber auch er endete dort nicht.

Der dritte war ihr bekannt: Er wand sich in das Tal zu den Bauern, denen sie bei der Ernte geholfen hatte, kletterte dann über einige kleine Hügel und führte weiter in eine fruchtbare Ebene. Und der vierte traf auf jenes kleine Dorf, in dem sie Hemden und Hosen geschneidert hatte. Doch auch dieser zog durch das Dorf hindurch und weiter.

Die alte Frau stand auf dem Gipfel des Berges und zitterte. Die vier Wege trennten sich vor dem Gebirge, umringten es und näherten sich einander in einer weiten Ebene, vereinigten sich und setzten ihre Reise fort bis zum Meer, in dem sich weit entfernt der Horizont zu spiegeln schien.

Die alte Frau saß hoch oben auf den Felsen, die vor ihr steil abbrachen und dort hinten, jenseits der Ebene, verlor sich ihr suchender Blick in die Unendlichkeit des Meeres. Je länger sie schaute, umso deutlicher glaubte sie, das schäumende Wasser zu sehen. Sie meinte fast, die tosende Kraft der Wellen zu spüren, die weit vor ihr in die zerfurchten Klippen schlugen und zersprangen. Aber sie konnte nichts hören, so weit weg stand sie, hoch oben auf dem Gipfel und wusste, sie hatte nicht die Kraft zurückzugehen an jene große Wegkreuzung, wo sie so lange gesessen hatte. Zurück, um irgendeinen Weg zu wählen, der sie ans Meer bringen würde. Sie hatte keinen dieser Wege gewählt, war keinen bis zum Ende gegangen. Erst hier, hoch oben auf den Felsen, erkannte sie, dass jeder dieser Wege ans Meer geführt hätte. Und plötzlich wusste sie: Niemals in ihrem Leben würde der salzig frische Atem grenzenloser Weite ihre Lippen netzen. Und niemals in ihrem Leben würde sie das wildschäumende Wasser des Meeres auf ihrem Körper spüren.“

Albert-Wybraniec, Körner L., Körner H., Kübler, Steiner, Stiller, Streibel:
aus „Die Farben der Wirklichkeit“, 2005, Lucy Körner Verlag

Sicher werden auch Sie Unsicherheiten kennen, wenn Sie vor einer Entscheidung stehen, welcher Weg für Sie der richtige ist. Und gerade bei depressiven Verstimmungen fällt es umso schwerer, Entscheidungen für sich zu treffen. Sie erhalten jedoch nur eine Antwort auf die Frage, welchen Weg Sie wählen sollen, wenn sie den einen oder anderen auch ausprobiert haben. Bei der Wahl kann Ihnen der Aufenthalt in unserer Klinik behilflich sein.

Diese Informationsbroschüre soll Ihnen Anregungen geben, im Rahmen Ihres Aufenthaltes Ihre depressive Stimmung zu erkennen, zu verstehen und zu bewältigen.

Dabei ist die Behandlung als Hilfe zur Selbsthilfe zu verstehen. Eine erfolgreiche Behandlung einer Depression (sowie jeder psychischen Erkrankung) hängt sehr von Ihrer Mitarbeit ab, da verschiedene Übungen oder auch Veränderungen von Lebensgewohnheiten notwendig sein werden, was jedoch unter Anleitung und Hilfestellung Ihres Therapeuten erfolgt. Somit gilt, dass Psychotherapie nicht nur in den therapeutischen Sitzungen stattfindet, sondern dass die einzelnen Übungen, therapeutischen Aufgaben, Verhaltensexperimente usw. zwischen den einzelnen Sitzungen sehr bedeutsam sind, um die notwendigen Veränderungen herbeiführen zu können. Daher gilt auch für die Bewältigung von depressiven Stimmungen unter therapeutischer Anleitung:

Handeln – nicht behandeln lassen!

BESCHREIBUNG DES KRANKHEITSBILDES

ALLGEMEINES

Gegenwärtig wird der Begriff der Depressionen häufig gebraucht. Auch in den modernen Medien werden Depressionen immer öfter besprochen, sodass viele Menschen schon einmal von einer Depression gehört oder diese selbst kennengelernt haben. In der Gegenwart nimmt die Anzahl der Depressionen zu. Dabei ist jedoch eine genaue Diagnostik erforderlich, damit nicht jede Alltagsverstimmung als Depression bezeichnet wird. Dies ist nicht nur eine Übertreibung, sondern kann auch verhängnisvolle Konsequenzen haben. Wenn man jede Gemütsveränderung mit einer Depression gleichsetzt, wird man im Laufe der Zeit eine wirklich krankheitsrelevante und behandlungsbedürftige Störung nicht mehr abgrenzen können. Besonders schwierig wird es, wenn die Depression sich hinter der Maske körperlicher oder zwischenmenschlicher Schwierigkeiten verbirgt, was häufig der Fall ist. Deshalb ist eine Differenzierung der verschiedenen Gemütszustände erforderlich.

Nicht jede Stimmungsschwankung ist als Depression anzusehen, da sie auch allgemeine Möglichkeiten menschlichen Erlebens darstellen. Sie sind also alltäglich. Sie sind oft auf konkrete Beeinträchtigungen und ihre sozialen bzw. seelischen Folgen zurückzuführen (z.B. zwischenmenschliche oder berufliche Belastungen, körperliches Unwohlsein usw.). Es kann aber auch sein, dass man keine Erklärung für die Verstimmung finden kann. Jedoch gehören diese Gemütschwankungen zum menschlichen Leben.

Andererseits sind wir geneigt, eine gute Stimmung als Selbstverständlichkeit zu akzeptieren, ohne lange darüber nachzudenken, warum wir uns gerade gut fühlen. Dies sieht bei einer bedrückten Stimmung ganz anders aus, weil diese als lästig empfunden wird und wir uns damit beschäftigen. Scheinbar haben wir verlernt, mit den alltäglichen Belastungen in unserem Leben in eigener Verantwortung zurechtzukommen und auch negative Seiten zu tragen. Anders ausgedrückt gilt, nur wer Kummer kennt, kann auch Freude schätzen.



Selbst Traurigkeit, Resignation und Angst haben einen Sinn im Leben. Sie prägen unsere Persönlichkeit und regen zum Nachdenken, zu Offenheit, zur Toleranz usw. an. Wir neigen eher dazu, unangenehme Gefühlsregungen frühzeitig zu unterdrücken (auch durch Medikamente z.B. Beruhigungsmittel) und angenehme Gefühle künstlich zu erzeugen (z.B. durch Genussmittel, Lebensstil). Dies kann zu einem Teufelskreis werden. Hier ist es wichtig, wieder zu lernen, mit den alltäglichen Gemütschwankungen fertig zu werden und vermehrt zu natürlichen Bewältigungsmöglichkeiten zu greifen (z.B. Selbstgespräche, Aussprache mit Freunden, körperliche Aktivität, Bürstenmassage, Wechselduschen, Sauna, Kneippische Anwendungen, genussvolles Essen usw.). Auch Entspannungsverfahren können sehr hilfreich sein. Diese sollten jedoch schon erlernt worden sein, bevor man sie braucht, um dann in einer Krisensituation darauf zurückgreifen zu können. Vielleicht lächeln Sie auch an dieser Stelle über die Vorschläge, da sie sehr banal klingen mögen.

Aber erinnern Sie sich an das Märchen am Anfang. Auch hier wäre ein sehr banaler Vorschlag (einen der Wege zu gehen) dienlich gewesen. Vielmehr sind wir geneigt, auf Genussgifte, eine verschleißende Lebensführung oder Arzneimittel zurückzugreifen – oder wir erhoffen vom Arzt oder Therapeuten eine möglichst schnelle Besserung. Bei Stimmungsschwankungen ist der Arzt aber nicht erforderlich, sondern jeder selbst mit all seinen Möglichkeiten ist gefordert. Es gilt also, natürliche Reaktionen auch natürlich zu bewältigen. Wir haben das Nutzen unserer Ressourcen jedoch verlernt, da wir glauben, „alles im Griff“ haben zu müssen, was selbstverständlich auch für die Gesundheit und Leistungsfähigkeit gilt. Die richtige Einstellung beginnt also mit der Erkenntnis, dass Verstimmungszustände keine Depression sind und von Ihnen selbst reguliert werden können. Auch Trauer ist keine Depression, sondern eine normale Reaktion auf einen Schicksalsschlag oder schwerwiegenden Verlust.

Sie können und dürfen über Dinge trauern, die für Sie einen persönlichen Wert darstellen, auch, wenn dies nach außen unbedeutend erscheinen mag. In unserer Leistungsgesellschaft gibt es aber wenig Raum für Trauer, da sie nicht mehr in unseren Lebensstil passt. Sie wird als Belastung empfunden und sollte deshalb möglichst schnell überwunden werden. Dabei ist bei Trauer eine sogenannte „Trauerarbeit“ erforderlich und diese bedarf eines gewissen Zeitrahmens. Die Trauer verläuft in verschiedenen Phasen. Sie sollten niemals versuchen, dem Trauernden die Trauer zu nehmen und nie mit den eigenen Maßstäben messen wollen. Häufig werden Trauernde nach einer gewissen Zeit der Schonung als Belastung empfunden. Sie müssen aber ihre Gefühle zeigen können. Es sollten falsche Ratschläge, nutzlose Appelle und leere Redensarten vermieden werden, da sie keine Hilfe darstellen, sondern die Trauerarbeit nur erschweren. Auch sollte nicht oberflächlich getröstet oder der Verlust heruntergespielt werden.

Viel hilfreicher sind das stille und verständnisvolle Mitgefühl und Geduld auf lange Sicht. Anteilnahme sollte zeitlich gestreckt werden: nicht unbedingt am Anfang (da kommen alle), Vorsicht ist an Wochenenden, Feiertagen und Jahrestagen geboten, da dann häufig die Einsamkeit, Erinnerungen oder Rückblicke kommen. In der Not signalisieren kleine Aufmerksamkeiten Verbundenheit (z.B. Postkarte, Anruf, kurzer Besuch). Hilfreich können auch entsprechende Bücher oder Kontakte mit Menschen sein, die ihren Trauerprozess erfolgreich abschließen konnten. Der Einsatz von Beruhigungsmitteln sollte sehr kritisch erfolgen, ist aber unter bestimmten Bedingungen sicher auch notwendig. Viele gutwillige Menschen meiden den Kontakt zu Trauernden, weil sie nicht wissen, wie sie mit den Betroffenen umgehen bzw. was sie sagen sollen. Sie brauchen aber keine guten Tröster zu sein, da häufig die Anwesenheit und stumme Zuwendung mehr bedeuten können als Worte. Sie können hilfreicher sein als „ständig hilfloses Reden“.

WENN VERSTIMMUNG ZUR DEPRESSION WIRD

Unter einer Depression ist ein Gemütsleiden mit unterschiedlichen Ursachen zu verstehen. Sie können „reaktiv“ als Folge eines belastenden Ereignisses (z.B. Misserfolg, Schicksalsschlag, Scheidung usw.) auftreten, aber auch „endogen“ (im Körper selbst und nicht durch äußere Einflüsse entstanden) auf biologischer Grundlage, ausgelöst durch ein körperliches Leiden vorkommen. Eine Depression äußert sich in seelischen, geistigen und körperlichen Symptomen und hat entsprechende partnerschaftliche, familiäre oder berufliche Folgen.

Häufig sind die Beschwerden sehr vielschichtig, sodass die Störung oft nicht rechtzeitig erkannt wird (auch von den Betroffenen selbst). Einige Symptome einer Depression kennt jeder (z.B. Niedergeschlagenheit, Energielosigkeit, Selbstzweifel, Wertlosigkeit, Sinnlosigkeit, häufig Ängstlichkeit, Unruhe, Erschöpfung usw.).

Die Grenzen zur Depression sind fließend. Die Depression ist keine reine Reaktion auf Stress oder Überforderung. Die Schwelle hierzu ist bereits überschritten. Auch ein Urlaub bringt häufig nicht die erwünschte Besserung.

PSYCHISCHE MERKMALE EINER DEPRESSION

- TRAURIGKEIT** Dieses Gefühl, „herabgestimmt“ zu sein, betrifft nicht nur die Seele, sondern auch das körperliche Befinden. Häufig fühlen sich die Betroffenen unglücklich, bedrückt, niedergeschlagen, resignativ, trostlos, schwermütig usw. Leises Weinen, tiefe Seufzer bis zu Weinkrämpfen sind zu finden. Es kann aber auch die Unfähigkeit zu trauern, vor allem zu weinen (sich innerlich ausgebrannt und leer fühlen) im Vordergrund stehen („Gefühl der Gefühllosigkeit“). Manchmal liegt keine „seelische Schwermut“, sondern eine „leibliche Traurigkeit“ vor. Diese wird dann auch eher körperlich in Form von Schmerzen (z.B. Kopf, Magen, Brust, Wirbelsäule, Gelenke usw.) empfunden.
- INTERESSELOSIGKEIT** Es kann zur Verarmung, Einengung bis hin zum Schwund jeglichen Interesses an alltäglichen Aufgaben und Verpflichtungen kommen, die vorher bedeutsam waren. Bei längerem Verlauf ist häufig eine völlige Gleichgültigkeit zu finden.
- FREUDLOSIGKEIT** Dies ist eines der wichtigsten Symptome und beschreibt die mangelnde Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung oder ein erfreuliches Ereignis stimmungsmäßig positiv zu reagieren. („Ich kann mich über nichts mehr freuen“.) Hinzu kommt eine Genussunfähigkeit, Lustlosigkeit und vor allem die Unfähigkeit, sich unbekümmert zu freuen oder überhaupt etwas zu empfinden.
- ENERGIELOSIGKEIT** Oft fehlt der Schwung, Antrieb, Energie, Spannkraft, Ausdauer, Elan oder auch Initiative. Betroffene fühlen sich schwach, kraftlos, leicht und schnell ermüdbar und schon bei geringen Anforderungen und Routineaufgaben schnell erschöpft und überfordert. Häufig verhalten sich die Betroffenen auch sehr passiv.
- MUTLOSIGKEIT** Es kommt oft zu einer pessimistischen, resignativen und ratlosen Sichtweise der Dinge („schwarze Brille“, „Glas ist immer halb leer“). Betroffene sind häufig verzagt, nehmen alles sehr schwer und sind leicht irritierbar. Diese Einstellungen können lange manchen anderen eindeutigen Zeichen einer Depression vorausgehen. Die Betroffenen sind häufig beunruhigt über ihr bisheriges Vorgehen oder Auftreten; sie meinen dann, bisher nur Glück gehabt zu haben. Ohne erkennbaren Grund wird das Verhalten geändert und auf die Bremse getreten. Dieser Richtungswandel wird nachvollziehbar und plausibel erklärt, obgleich die Situation dies nicht erforderlich macht. Dadurch können sogar Nachteile entstehen. Häufig wird von der Umgebung dieser Wandel bemerkt, führt aber meist nicht zu Einwänden. Erst später wird erkannt, dass die Vorsicht keine Berechtigung hatte, sondern erstes Zeichen (der Hemmung) im Rahmen einer sich entwickelnden Depression ist.
- HILFLOSIGKEIT** Hierbei werden Probleme überbewertet und es entwickeln sich Gefühle der Perspektiv- und Hoffnungslosigkeit, insbesondere von Machtlosigkeit, an der gegenwärtigen Situation überhaupt etwas ändern zu können. Es ist möglich, dass dies zu einer (selbst-)zerstörerischen Lebenseinstellung (Selbsttötungsgefahr) führen kann. Oft wird diese Hilflosigkeit auch nach außen begründet, indem ausschließlich nach fatalistischen und negativen Dingen gesucht wird. Die Folgen dieses Verhaltens sind negative Konsequenzen im familiären, aber auch insbesondere im beruflichen Bereich. Zuerst sind Beeinträchtigungen bei Entscheidungen unter Zeit- oder Leistungsdruck zu finden. Es folgen weitere Schwierigkeiten unter früher üblichen Stress- oder mehrschichtigen Anforderungssituationen. Im Laufe der Zeit werden sogar Routineaufgaben und zuletzt selbst Entlastungssituationen als nicht zu bewältigen erlebt.



MINDERWERTIGKEITSGEFÜHLE

Hierunter versteht man eine allgemeine Unsicherheit, mangelndes Selbstwertgefühl, eine negative Selbsteinschätzung bis hin zu einem ausgeprägten Kleinheitsgefühl. Andererseits sind auch überhöhte Selbstanforderungen mit unkritischer Selbstüberschätzung zu finden, was ein Versagen sehr wahrscheinlich werden lässt. Häufig ist eine unflexible „Entweder-Oder-Mentalität“ zu finden, was auch als „Schwarz-Weiß-Denken“ bezeichnet werden kann. Die Selbstunsicherheit kann bis zur Selbstentwertung führen (z.B. „Ich bin ein Versager.“ „Ich mache alles falsch.“). Leider wird dieses Gefühl der Nutzlosigkeit oder sogar der Schuld von anderen Menschen ausgenutzt (z.B. Versetzung, Herabstufung, Vorruhestand, Empfehlung, in Rente zu gehen), was das negative Selbstgefühl noch verstärken kann.

ANGSTZUSTÄNDE

Diese treten bei depressiver Verstimmung in der Form auf, nicht erwünscht oder im Wege zu sein (zu stören), nicht geliebt oder akzeptiert zu werden, bis hin zu Ängsten, dass sich wichtige Bezugspersonen (z.B. Ehepartner, Kinder) abwenden könnten. Es sind aber auch konkrete Zwangsbefürchtungen in bestimmten Situationen (z.B. bei Phobien) und vor allem auch häufig unbegründete (motivationslose) Ängste zu finden. Teilweise treten Panikattacken, hypochondrische (sog. eingebildetes Kranksein) Ängste auf, die von der Umgebung nicht nachvollziehbar sind.

ZWÄNGE

Unter Zwängen versteht man alles beherrschende Erlebnisse, die mit dem Gefühl der Unausweichlichkeit und Machtlosigkeit verbunden sind, obwohl sie als unsinnig bzw. unangemessen angesehen werden. Zu den Zwangsmechanismen zählen Zwangsdanken, Zwangsbefürchtungen und Zwangshandlungen.

REIZBARKEIT

Hierunter versteht man, wenn die Betroffenen missmutig, vermehrt irritierbar, mürrisch („schlecht gelaunt“) oder sogar aufbrausend, missgünstig, aggressiv bzw. passiv oder offen feindselig wahrgenommen werden. Dies ist vorrangig bei der sog. chronischen Depression mit langwierigem Verlauf ohne wesentlichen Behandlungserfolg trotz vieler Bemühungen zu finden. Im Gegensatz dazu sind viele depressive Menschen eher freundlich, mitfühlend, warmherzig, zugewandt sowie sehr pflichtbewusste und gewissenhafte Menschen. Aber auch chronisch depressive Menschen leiden unter ihrer Störung.

INNERE UNRUHE

Die Betroffenen erscheinen sehr nervös, fahrig, innerlich vibrierend („wie unter Strom stehend“) oder gespannt. Teilweise ist ein Beschäftigungsdrang zu finden, eine ziel- oder rastlose Getriebenheit, vieles anfangen und nichts zu Ende bringen können. Auf der anderen Seite sind die Betroffenen klagsam, anklammernd bis „nervend“, ggf. ungehaltene bzw. kränkende Reaktionen provozierend, was wiederum die Selbsttötungsgefahr erhöhen kann.

EMPFINDLICHKEIT

Betroffene sind häufig sensibel, leicht verletzbar, schnell kränkbar, teilweise auch unzufrieden und vorwurfsvoll. Häufig haben sie das Gefühl, nicht verstanden zu werden, zu wenig Zuwendung, Fürsorge oder Mitgefühl und Liebe zu bekommen. Diese Menschen leiden oft still vor sich hin, können aber auch unvermittelt mit Verzweiflung reagieren, sodass sie oft schwer kalkulierbare Reaktionen zeigen können. Sie wirken sehr „dünnhäutig“.

PSYCHISCHE MERKMALE EINER DEPRESSION

DENKSTÖRUNGEN

Oft wird das Denken als verlangsamt, umständlich, zähflüssig, einfallsarm und mühsam erlebt. Das Denken kann auf wenige Themen eingeengt sein, um die es dann kreist. Ideenarmut, Merk- und Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit sowie Haftenbleiben sind als Auffälligkeiten zu finden. Von den Betroffenen wird eine „Leere im Kopf“ beklagt, was besonders bedrohlich von geistig interessierten Menschen erlebt wird. Gespräche mit depressiven Menschen erscheinen aufgrund dieser Beeinträchtigungen häufig unproduktiv, einsilbig bis hin, dass der Eindruck entstehen kann, dass ein geistiger Abbau (Demenz) vorliegt. Die Denkstörungen bilden sich bei Besserung der Depression wieder zurück.

GRÜBELNEIGUNG

Hierunter sind die gleichen Denkinhalte bei erschwertem Gedankenwechsel zu verstehen. Aber auch eine Sprunghaftigkeit im Denken, nicht am Problem bleiben zu können, nicht zu Ende denken zu können, sind zu finden. Zuletzt kommt es zu Gedankenkreisen und Grübelzwang (insbesondere nach dem quälenden Frühwachen) mit Panik vor dem nächsten Tag und einem beklemmenden Gefühl auf der Brust.

REAKTIONSFÄHIGKEIT

Häufig ist eine Verlangsamung oder aufgehobene Reaktionsfähigkeit zu finden, was im Extremfall bis zur völligen Erstarrung (Stupor) führen kann. Die eingeschränkte Reaktionsfähigkeit macht sich auf verschiedenen Ebenen bemerkbar: Auf geistig-seelischer Ebene ist eine verlangsamte und mühsame Denkweise insbesondere bei Gesprächen auffällig; körperlich sind weniger im Alltag, sondern mehr bei speziellen Anforderungen (z.B. Nachlassen der Reflexe im Sport, verlangsamte Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr mit evtl. verlängerten Bremswegen) Beeinträchtigungen zu finden. Weitere Merkmale sind Energielosigkeit, reduzierte Aufmerksamkeit, rastlose Unruhe, Hilflosigkeit sowie rasche Überforderung.

ENTSCHEIDUNGSUNFÄHIGKEIT

Dies äußert sich darin, dass die Betroffenen unschlüssig, entschlussunfähig, hin und her gerissen sein können, alles bis zum Ende durchdenken wollen oder müssen. Dabei kommen sie nie zum Ende, wiegen ängstlich alle Möglichkeiten ab und sind damit ziellos. Es kann zu fruchtlosen Diskussionen kommen, die zu keiner Entscheidungsfindung beitragen und/oder die Entscheidungsunfähigkeit verbergen sollen. Letztendlich ist dies demotivierend und zermürbend für Angehörige und Mitarbeiter.

SCHULDGEFÜHLE

Hierbei kommt es zu einer Überbewertung früherer oder aktueller Ereignisse (meist geringfügige bis lächerliche Dinge), die häufig maßlos überzogen oder grundlos sind. Die schuldhaftige Verarbeitung führt zu dem Eindruck, nichts zu können und ein Versager zu sein, was ggf. zu Versündigungsideen oder Selbstanschuldigungen ohne objektiven Grund führen kann. Das kann zu erheblichen Verunsicherungen in der Partnerschaft, Familie, Beruf o.Ä. führen.

BEZIEHUNGSSTÖRUNG

Aufgrund der stimmungsmäßigen Schwingungs- und Erlebnisfähigkeit ist ein Verlust zwischenmenschlicher Beziehungen zu befürchten oder es tritt ein Gefühl der Leere zu anderen Menschen auf. Dies spiegelt sich im Nachlassen von Interesse, Zuneigung, Mitleid, Liebe usw. für Menschen, Tiere oder Dinge wider, die vorher eine individuelle Bedeutung für die Betroffenen hatten oder wofür sie sich früher interessierten. Dabei kann sich die Distanz zur Umwelt sehr ausbreiten. Andererseits kann sich aus Furcht vor dieser Entwicklung eine überzogene Anspruchshaltung in Bezug auf mögliche Zuwendung, Liebe, z.T. mit jammerndem, vorwurfsvollem Ton herausbilden.

GEFÜHL DER „INNEREN LEERE“

Damit ist das Absterben aller Gefühle bzw. eine Gefühllosigkeit gemeint. Es erscheint alles so leer, abgestumpft, dumpf, ausgebrannt und belastend. Häufig wird dies auch mit „körperlich traurig“ oder „wie tot“ zu sein umschrieben.

GLAUBENSVERLUST

Hierbei tritt ein Nachlassen der religiösen Glaubensfähigkeit auf (z.B. Gebet, Kirchengang, Beichte, Sakramente usw.) bis hin zu einer völligen Glaubensunfähigkeit, was insbesondere von gläubigen Menschen als sehr qualvoll erlebt wird.

DEPRESSIVER WAHN

Unter Wahn versteht man eine krankheitswertige Fehlbeurteilung der Wirklichkeit, wobei Wahnphänomene nicht nur im Rahmen einer Schizophrenie zu finden sind, sondern auch bei der sog. endogenen Depression auftreten können. Der Wahn muss hierbei der depressiven Herabgestimmtheit entsprechen. Dies äußert sich insbesondere im depressiven Verarmungswahn, hypochondrischen Wahn, im nihilistischen Wahn („Ich bin ein Nichts.“ lat.: nihil = nichts), im Versündigungswahn, in wahnhaften Fehldeutungen usw.

Als Unterscheidungsmerkmal zwischen einem schizophrenen Wahn und dem depressiven Wahn dient der sog. „Zeiger der Schuld“, der bei der Depression meist auf sich selbst, bei der Schizophrenie vorrangig auf die Umwelt zeigt.

VERSCHIEDENE FORMEN IM EINZELNEN SKIZZIERT

VERARMUNGSIDEE

Hierunter werden Äußerungen verstanden, nichts vorweisen zu können, nichts zu haben, durch die Krankheit nur Geld zu kosten, die Familie der Not auszusetzen usw. Diese Verarmungsideen können sich bis zum Verarmungswahn ausdehnen.

HYPOCHONDRISCHE BEFÜRCHTUNGEN / HYPOCHONDRISCHER WAHN

Dabei kommt es zu einer Überschätzung vorhandener und / oder unkorrigierbarer Befürchtungen, nicht nachweisbarer seelischer, aber vor allem körperlicher Beschwerden. Am häufigsten sind überbesorgte, ängstliche Einstellungen mit monotoner Schilderung und Klagen zu finden.

SCHULD- UND VERSÜNDIGUNGSWAHN

Die Betroffenen erleben sich schuldig am eigenen Zustand, an fremder Not bzw. an früheren oder bevorstehenden Katastrophen u.a.

SINNESTÄUSCHUNGEN

Darunter versteht man gelegentliche Halluzinationen (Trugwahrnehmung), die jedoch ebenfalls der depressiven Stimmung angepasst sind (z.B. schuldhaft gefärbt, ängstlich-schweremütig). Meistens treten akustische Sinnestäuschungen auf im Sinne von Stimmen hören (z.B. „innere Stimme, inneres Gewissen“), die überwiegend besorgt, mahnend, anklagend oder diffamierend sein können. Es sind aber auch optische oder auch Geruchshalluzinationen möglich.

ZEITEMPFINDUNGSSTÖRUNGEN

Für die Betroffenen zieht sich die Zeit endlos lang und will nicht enden = Zeitdehnung. Das Gegenteil ist bei der manischen Hochphase zu finden, indem sich alles viel zu schnell vollzieht = Zeitraffung.

ENTFREMUNGSERLEBEN

Hierunter fallen Depersonalisation („Ich bin nicht mehr ich.“) und Derealisation („Alles wirkt fremd, abgerückt, unreal.“)

PARANOIDE FEHLDEUTUNG

Das Auftreten von wahnhaften Beziehungsideen mit Angst vor übler Nachrede wird hierunter zusammengefasst. Dies kann zu einem verstärkten Misstrauen und ratloser Ängstlichkeit führen. Manchmal können auch Verfolgungsideen auftauchen. Im Vordergrund stehen jedoch die Furchtsamkeit und die gedrückte Stimmung, weniger das reizbare und aggressive Auftreten, wie es bei manchen paranoiden (wahnhaften) Symptomen von Schizophrenen zu finden ist.

WEITERE WAHRNEHMUNGSSTÖRUNGEN

Andere Formen der Wahrnehmungsstörungen können Überempfindlichkeit auf Geräusche und Licht, Änderung der Geruchs- und Geschmackswahrnehmung, aber auch ein herabgesetztes Hörvermögen bzw. kein normaler Geruchs- und Geschmackssinn sein.

LEIBGEFÜHLSSTÖRUNG (COENÄSTHETISCHE STÖRUNG)

Abnorme, schwer beschreibbare Körperempfindungen sind hierunter zu verstehen (z.B. Bewegungs-, Zug- und Druckgefühl im Körper oder an der Körperoberfläche, Hitze- und Kälteempfindungen, Taubheits- und Steifigkeitsgefühl, umschriebene Schmerzen, wandernde Missempfindungen, eigenartige Raumsinn- und Gleichgewichtsstörungen).

MANGELNDES KRANKHEITSGEFÜHL

Trotz massiver Beeinträchtigungen haben die Betroffenen häufig keine Krankheitseinsicht (insbesondere bei Schuldgefühlen, Schuldwahn, hypochondrischem oder nihilistischen Wahn). Die eigene Erkrankung ist eher Gegenstand von Selbstvorwürfen und es wird eine Strafe von „oben“ erwartet. Folglich wird oft jegliche Behandlung abgelehnt unter dem Motto „Ich bin schuld und nicht krank“.

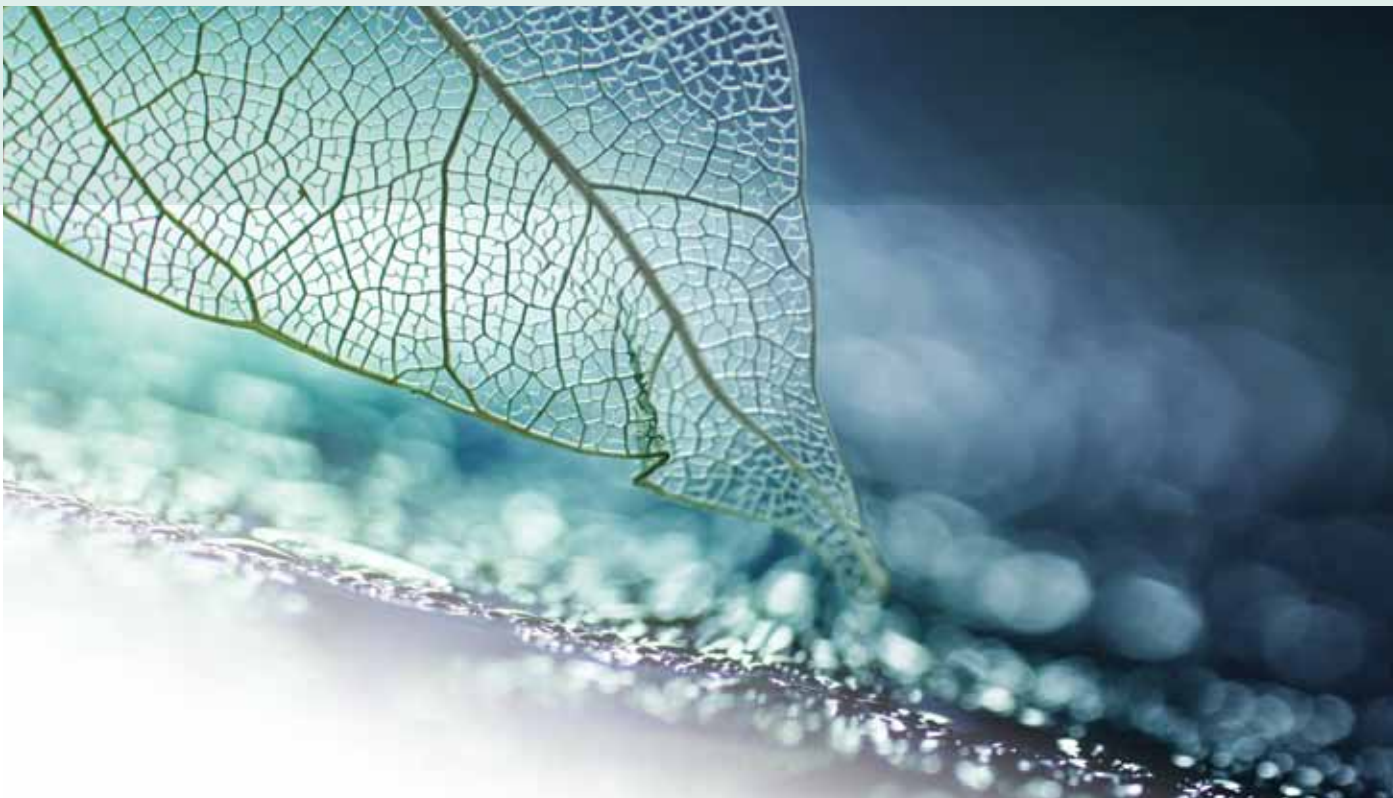
LEBENSÜBERDRUSS UND SELBSTTÖTUNGSGEFAHR

Bei einigen Betroffenen kann diese schwer belastende Lebenseinstellung bis zu einer Ablehnung des Lebens führen und Todeswünsche aktivieren, die auch von der Zukunft oder Therapieergebnissen abhängig gemacht werden. Dabei kann eine Äußerung wie „Wenn man mir nicht helfen kann, ist meine letzte Möglichkeit, mir das Leben zu nehmen“ auftreten. Meist besteht davor der Wunsch nach Abstand, Ruhe, Vergessen, Schlaf usw. „Am liebsten würde ich einschlafen und wenn ich nicht mehr aufwache, ist es auch nicht schlimm.“ Zuletzt treten konkrete Selbsttötungsgedanken auf wie „Ich kann mich ja umbringen“ oder gar gezielte Handlungen; „Lasst mich gehen, ich werde mich umbringen und ich weiß auch schon wie“. Die ausgeführte Handlung kann mit und ohne Ankündigung erfolgen.

An dieser Stelle sei nochmals auf die Schwere der Erkrankung hingewiesen, da die Anzahl der Selbsttötungen höher liegt als wir glauben und somit die Brisanz depressiver Erkrankungen verdeutlicht.

Die Selbsttötung erscheint vielen depressiven Menschen als ein Ausweg aus ihrer als hilflos erlebten Situation, wenn alle Hoffnung verloren gegangen ist. Hier sind Psychotherapeuten stark gefordert, die Betroffenen vor dieser Handlung zu schützen, was auch teilweise die Einweisung in eine Klinik bedeuten kann, wenn erhebliche Gefahr für die eigene Person besteht.

Die Einweisung in eine Klinik gegen den eigenen Willen bedeutet jedoch einen massiven Eingriff in die Persönlichkeitsrechte mit all den sich daraus ableitenden Schwierigkeiten. Dieser Schritt kann für Betroffene aber auch eine Chance bedeuten, indem alle therapeutischen Bemühungen darauf gerichtet sind, depressive Menschen wieder ins Leben zurückzuführen und ihr Interesse am Leben wieder zu wecken.



A close-up photograph of a person's eye, looking directly at the camera. The eye is blue and has a focused expression. Overlaid on the eye and the surrounding area are several glowing, white, circular and linear digital patterns, resembling a futuristic or technological interface. The background is a soft, out-of-focus light blue and white.

KÖRPERLICHE MERKMALE EINER DEPRESSION

Die körperlichen Symptome der Depression ähneln den Beschwerden, wie sie auch bei organischen Ursachen zu finden sind. So treten z.B. häufig Kopf-, Magen-, Rücken- oder Herzschmerzen auf, werden aber eher vage, diffus und als schwer beschreibbar dargestellt. Die Beschwerden können wechseln und wandern. Häufig ist auch eine Kombination eines körperlichen Beschwerdebildes mit einer Depression zu finden, indem sich „körperliche Schwachstellen“ bei Verstimmungen eher mit den entsprechenden Symptomen bemerkbar machen. Dadurch verstärkt sich gleichzeitig das körperliche Leiden (z.B. Kopfschmerzen, Kreislaufbeschwerden, Wirbelsäulen- und Gelenkbeschwerden, Magenschmerzen usw.).

Oft wird die Depression aufgrund der im Vordergrund stehenden körperlichen Beschwerden ausschließlich organisch behandelt, obwohl ein depressives Leiden vorliegt. Wir sprechen dann von einer sog. *lavierten Depression* (lat.: larva = Maske). Leider wird diese Form der Depression erst spät erkannt und kann somit lange nicht konsequent behandelt werden. Es sollte bei der Diagnostik nicht nur auf körperliche Symptome geachtet werden, sondern auch nach Funktionsstörungen im seelischen und zwischenmenschlichen Bereich gesucht werden. Können Betroffene nicht offen über diesen Beschwerdekomplex berichten oder verleugnen sie ihre seelischen Krankheitsanzeichen, erschwert dies zusätzlich die richtige und frühzeitige Diagnose.

Häufig beharren die Betroffenen ausschließlich auf das Vorliegen einer organischen/körperlichen Erkrankung, wodurch sich der Leidensweg erheblich verlängern kann. Besonders bei Männern werden psychische Beeinträchtigungen als Schwäche bewertet und folglich nicht als Krankheit erkannt.

AN KÖRPERLICHEN BESCHWERDEN KÖNNEN FOLGENDE SYMPTOME AUFTRETEN

SCHLAFSTÖRUNGEN

Häufig sind Ein- und Durchschlafstörungen sowie ein morgendliches Früherwachen. Kurze Schlafphasen werden oft als unruhig und mit schlechten Träumen belastet erlebt. Es kommt zu häufigem Erwachen. Schlafstörungen gehören zu frühen Anzeichen einer Depression. Manchmal ist auch ein gesteigertes Schlafbedürfnis zu finden, was aber meist eher eine „Flucht ins Bett“ mit sinnlosem Grübeln und Angst vor den alltäglichen Anforderungen beinhaltet.

APPETITSTÖRUNGEN

Es kann zu einer Appetitlosigkeit mit relativ schnellem Gewichtsverlust kommen. Gelegentlich ist aber auch eine Appetitzunahme möglich, was bis zu Heißhungeranfällen (vor allem auf kohlenhydratreiche Kost z.B. Teigwaren, Süßigkeiten) führen kann. Insbesondere die sog. Winterdepression in der dunklen Jahreszeit ist von einer Zunahme des Appetits gekennzeichnet.

ATMUNG

Die Beschwerden können von einem Gefühl der Enge auf der Brust, Druck auf der Brust, Atemmenge, Atemnot, Lufthunger, abgeflachte Atmung usw. bis hin zu einem seelisch bedingten Reizhusten reichen.

KOPFDRECK

Hierbei handelt es sich meist um einen diffusen Kopfschmerz, gelegentlich auch begrenzt auf oder über den Augen bzw. ein Helm- oder Schraubstockgefühl. Diese Beschwerden sind fast immer mit Muskelverspannungen im Kopf-Schulter-Nacken-Bereich verbunden.

HALS-NASEN-OHREN-BEREICH

Betroffene beschreiben häufig ein Kloß- oder Würgegefühl im Hals (wie zugeschnürt). Weiterhin können ein Druckgefühl auf den Ohren, Ohrgeräusche (z.B. Klingeln, Sausen, Ohrschmerzen, Verminderung des Hörvermögens) ohne organischen Befund (verstärkt bei vorbestehenden Hörschäden) auftreten. Häufig wird auch eine Geräuschüberempfindlichkeit beschrieben.

HERZBESCHWERDEN

Vorrangig kommt es zu Schmerzen und Missempfindungen in der Herzgegend (z.B. Herzrasen, Herzklopfen, Herzstechen „Herzschlag bis zum Hals“ usw.). Diese teilweise als Herzattacken erlebten Beschwerden treten bevorzugt nachts und / oder zu Beginn einer depressiven Phase auf.

KREISLAUFSTÖRUNGEN

Im Zusammenhang mit körperlichen Beschwerden werden häufig Schwindel, ein Flimmern vor den Augen, weiche Knie (wie auf Watte laufen) bis hin zu Gehstörungen mit Fallneigung beschrieben. Diese Symptome treten auch bei Angststörungen auf, sodass manchmal eine Verwechslung möglich ist. Die Angststörung ist durch die Kernsymptome Schwindel, Benommenheitsgefühl, weiche Knie oder Beine, Zittern, Schwanken usw. charakterisiert. Der Unterschied besteht darin, dass bei der Angststörung zusätzlich eine Furchtsamkeit und ein Gefühl der Schwäche vorliegen, während bei der Depression eine Herabgestimmtheit sowie Freudlosigkeit und ein allgemeines Elendigkeitsgefühl überwiegen. Natürlich ist auch eine Kombination beider Störungsbilder möglich.

BLASENSTÖRUNGEN

Schmerzen beim Wasserlassen, häufiger Harndrang, Harnträufeln, Ziehen oder Druckgefühl in der Blase sind möglich.

MAGEN-DARM-BESCHWERDEN

Hier stehen Übelkeit, Brechreiz, Erbrechen, Völlegefühl, Blähungen, Magendruck, Sodbrennen, Aufstoßen, krampfartige Magen-Darm-Beschwerden, wechselnder diffuser Bauchschmerz, Verstopfung oder Durchfall usw. im Vordergrund.

MUSKULATUR / SKELETTSYSTEM

Betroffene klagen oft über muskuläre Verspannungen im Kopf-Schulter-Nacken-Bereich, an Armen und Beinen. Ebenso treten sehr häufig Rückenschmerzen, Nackenbeschwerden, Gelenk- und Muskelschmerzen auf, die teilweise exakt festlegbar, aber auch diffus oder wandernd auftreten.

AUGEN

Oft wird über falsche oder nicht ausreichende Sehkorrektur geklagt. Ebenso treten chronische Entzündungen der vorderen Augenabschnitte, schlechtes Sehen ohne objektivierbaren Befund auf. Es sind sogar Doppelbilder und Augenmuskelabweichungen möglich. Eine Lichtempfindlichkeit wird ebenfalls oft beschrieben.

ZAHNBEREICH

Es kann zu Zahnschmerzen ohne auffälligen Befund kommen. Oft wird über schlecht sitzenden Zahnersatz trotz mehrfacher Überprüfungen geklagt.

AN KÖRPERLICHEN BESCHWERDEN KÖNNEN FOLGENDE SYMPTOME AUFTRETEN

ALLGEMEINE MISEMPFINDUNGEN

Hierunter sind Symptome wie Ziehen, Reißen, Stechen von Nadeln, Kribbeln, „dumpfes Gefühl“, teils diffus, teils örtlich oder wandernd, Unruhe- oder Schweregefühl in den Beinen, schwerer lastender Gang bis hin zum schlurfenden Gang zusammengefasst.

HAUT UND SCHLEIMHÄUTE

Hier sind insbesondere Brennen der Zunge, unangenehmer Geschmack, Mundgeruch, Trockenheit der Nase (bis hin zu Verschorfung mit Nasenbluten) sowie im Mund und Rachenbereich (bereits vor der Behandlung mit Antidepressiva) zu nennen. Weiterhin können Trockenheit der Scheidenschleimhaut mit Beschwerden beim Sexualverkehr, unklarer Juckreiz in der Scheide, verminderte Hautspannung mit trockener und blasser Haut (um Jahre gealterte Haut) sowie eine Hautüberempfindlichkeit auftreten.

TRÄNEN- UND SCHWEISSEKRETION

Betroffene beklagen oft ein Versiegen der Tränensekretion, was zu einem glanzlosen und verschleierte Blick führen kann („tränenlose Trauer“). An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die Fähigkeit zum Weinen ein gutes Zeichen ist, da hierdurch der „Gemütspanzer“ aufgeweicht worden ist und der Betroffene durch Weinen eine Erleichterung erleben kann. Weiterhin kann eine verminderte Schweißsekretion auftreten. Es ist aber auch eine örtliche oder auf den ganzen Körper bezogene, teilweise anfallartig auftretende erhöhte Schweißsekretion möglich. Dies tritt insbesondere nachts und zu Beginn einer depressiven Phase auf.

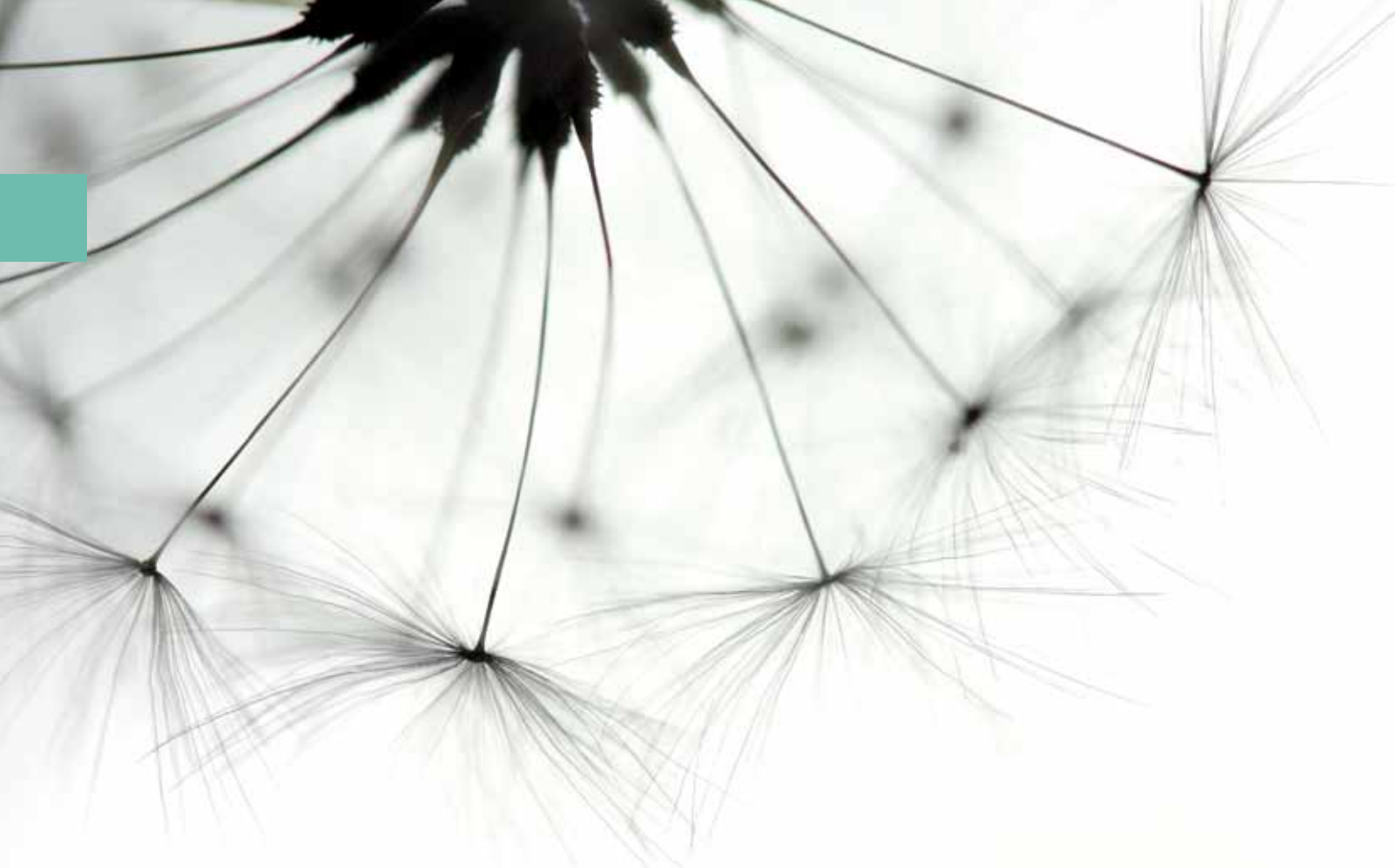
VEGETATIVES NERVENSYSTEM

Betroffene beschreiben oft vegetative Symptome in Form von Hitzewallungen und Kälteschauern, Zittern, leichtes Erröten („hektische Flecken“), kalte Arme, Hände, Beine oder Füße, Temperaturüberempfindlichkeit, Blutdruckschwankungen usw.

SEXUALITÄT

Meist ist ein Desinteresse zu verzeichnen. Später können Libido- und Potenzstörungen (Erektionsstörungen, Frigidität) hinzukommen. Sexuelle Störungen sind häufig die ersten und auch zuletzt zurückgehenden Symptome. Hierzu zählen auch unklare Genitalbeschwerden, Menstruationsstörungen bis zum Ausbleiben der Menstruation.





ALLGEMEINER EINDRUCK

STIMME	Die Stimme ist oft leise, eintönig und wenig moduliert, oft verlangsamte Sprache.
GESICHTSAUSDRUCK	Dieser ist meist ernst, wirkt welk und müde, teilweise wie erstarrt (vorgealtert).
AUGEN	Sie sind glanzlos mit mattem, resignativem und verschleiertem Blick. Oft verstärkt sich die Oberlidfalte oder tritt erstmals auf und sie legt sich wie ein Vorhang über das Auge. (Dies ist bei alten Menschen normal, wenn die Hautspannung nachlässt.)
HAARE	Sie sind oft spröde, glanzlos, struppig, ggf. auch Haarausfall
BEWEGUNG	Der Bewegungsablauf wirkt kraft- und schwunglos, matt, schleppend und vornübergebeugt („Bild des Jammerns“)

DIE HÄUFIGSTEN KÖRPERLICHEN SYMPTOME SIND

REDUZIERTER VITALITÄT	Die Betroffenen fühlen sich energie- und kraftlos, sind schnell erschöpft und erleben sich leistungsunfähig.
APPETITSTÖRUNGEN	Oft werden Gewichtsveränderungen (ab- oder zunehmen) sowie Verdauungsstörungen (meist Verstopfung) beschrieben.
SCHLAFSTÖRUNGEN	Die Betroffenen beschreiben oft Ein- und Durchschlafstörungen sowie ein frühzeitiges Erwachen. Häufig wird auch ein Morgentief mit abendlicher Stimmungsaufhellung beschrieben.
SEXUALSTÖRUNGEN	Die Betroffenen klagen über Impotenz oder Frigidität, auch andere sexuelle Störungen sind möglich.
STÖRUNGEN DES LEIBESGEBÜHLS	Hierunter versteht man ein Enge- oder Druckgefühl ohne organischen Befund.



ZWISCHENMENSCHLICHE, FAMILIÄRE, BERUFLICHE U.A. FOLGEN

Häufig führen erst die körperlichen Symptome im Zusammenhang mit einer Depression die Betroffenen zum Arzt, wobei schon vorher meist seelische Beeinträchtigungen als erste Anzeichen einer depressiven Störung zu verzeichnen sind.

Die sich daraus ableitenden zwischenmenschlichen, familiären und beruflichen Folgen lassen meist nicht lange auf sich warten, werden aber in diesem Zusammenhang nicht als Krankheit akzeptiert. Betroffene suchen andere Erklärungen für die festzustellenden Beeinträchtigungen (z.B. Stress, besondere Belastungen, Überforderung usw.). Diese Muster sind zwar nicht günstig im Sinne einer frühzeitigen Behandlung, aber nachvollziehbar. Die Betroffenen suchen meist erst einen Arzt auf, wenn sie feststellen müssen, dass es mehr zu sein scheint, als eine alltägliche Überlastung. Dieses problematische Verhalten ist meist bei Betroffenen zu finden, wenn sie erstmals an einer Depression erkranken. Aber auch Betroffene, die bereits mehrere depressive Phasen hatten, verdrängen meist die frühen Warnsymptome und versuchen, sogar noch bei sehr ausgeprägter Symptomatik ihren gewohnten Alltag aufrecht zu erhalten.

ZWISCHENMENSCHLICHE PROBLEME

Die Betroffenen bemerken eine Minderung ihrer Kontaktfähigkeit bei jedoch unverändert vorhandenem Wunsch nach Kontakt. Hierin besteht die Gefahr der emotionalen Vereinsamung, des Rückzugs aus der Umwelt, des Abbruchs von alten und wichtigen Beziehungen sowie die Unfähigkeit, neue Beziehungen und Kontakte zu knüpfen. Es steht hierbei also die Isolation im Vordergrund. Es können auch weitere Probleme hinzukommen, die Auswirkungen auf die Umgebung haben (z.B. Vernachlässigung von Kleidung und Körperpflege, Unzuverlässigkeit u.v.m.).



BERUFLICHE PROBLEME

Betroffene beschreiben häufig ihr Unvermögen, mit alltäglichen Aufgaben und bisher problemlos bewältigten Schwierigkeiten fertig zu werden. Teilweise können die einfachsten Alltagsverrichtungen nicht erledigt werden oder es kostet ungewohnt viel Mühe oder lange Anlaufzeit. Besondere Schwierigkeiten ergeben sich dabei, eine Tätigkeit zu beginnen und durchzuführen. Sogar automatisierte Fertigkeiten und Routineaufgaben können zu unüberwindbar erscheinenden Problemen werden. Ausgeprägte Probleme treten dann auf, wenn neue und ungewohnte oder unerwartete bzw. schwierige Aufgaben zu verrichten sind, bei Mehrfachbelastung, Arbeit unter Zeitdruck oder bei schnell wechselnden Anforderungen. Hierbei wird der Leistungsabfall deutlich wahrgenommen. Die Folgen können Irritation, Verärgerung, demütigende Aussprachen, unnötige Auseinandersetzungen, Belastungen in Familie und Betrieb, Gefahr der Versetzung, Herabstufung oder sogar der Verlust des Arbeitsplatzes sein.

Die am meisten geäußerten Sorgen depressiver Menschen im zwischenmenschlichen Bereich lassen sich wie folgt darstellen

- Versagensangst, abnehmende Leistungsfähigkeit bis hin zur Leistungsunfähigkeit im Sinne von „Nichts können“ bzw. „Nichts leisten“.
- Minderwertigkeitsgefühle, abnehmendes Selbstwertgefühl bis hin zum Kleinheitsgefühl im Sinne von „nicht gemocht oder nicht geliebt werden“.
- Selbstvorwürfe, Selbstanklage, Schuldgefühle, nicht alles versucht zu haben. Häufig treten in diesem Zusammenhang negative Gedanken wie „Ich kann nichts, ich bin nichts, keiner mag mich, ich bin schuld an meinem Zustand“ auf.

Diese vernichtenden Selbstaussagen und Selbstbeschuldigungen werden noch erschwert durch typische Einstellungen vieler depressiver Menschen

- **HILFLOSIGKEIT** „Ich kann an meiner Situation nichts ändern.“
- **HOFFNUNGSLOSIGKEIT** „Nichts wird sich mehr verbessern.“

DIE VERSCHIEDENEN FORMEN VON DEPRESSIONEN UND IHRE URSACHEN

DEPRESSIVE EPISODEN

Unter einer depressiven Episode versteht man eine gewisse Anzahl von Symptomen, die typisch für eine Depression sind, die über einen längeren Zeitraum vorhanden sein müssen und nicht durch andere Erkrankungen bzw. Umstände zu erklären sind. Durch den Verlauf (einmalige Episode, rezidivierende Episoden), die Schwere (leicht, mittel, schwer) sowie die besondere Ausprägung der Symptomatik lassen sich verschiedene Untergruppen der depressiven Episode unterscheiden. Die Anzahl der vorhandenen Symptome sagt etwas über die Schwere der Depression aus, wobei v.a. die damit verbundenen Funktionseinschränkungen wichtig sind.

Bei einer leichten depressiven Episode erleben die Betroffenen zwar Beeinträchtigungen im Beruf und sozialem Umfeld, geben aber die allgemeinen Aktivitäten nicht vollständig auf. Bei einer mittelgradigen depressiven Episode können die Betroffenen nur unter großen Schwierigkeiten ihre sozialen, häuslichen und beruflichen Aktivitäten fortsetzen. Die schwere depressive Episode beschreibt ein Krankheitsbild, bei welchem der Betroffene mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr in der Lage ist, seinen Verpflichtungen nachzugehen bzw. er kann dies nur in sehr begrenztem Umfang tun.

Alle drei Formen können einmal aber auch wiederholt auftreten. An eine depressive Phase kann sich auch eine Phase mit gehobener Stimmung anschließen. Dies wird dann als bipolare Störung bezeichnet. Die meisten Betroffenen erleben jedoch nur eine depressive Phase, wobei nach Verbesserung der Stimmung einige Betroffene eine euphorische Stimmung bei sich feststellen, was jedoch eher Hinweis für das Abklingen der depressiven Phase anzusehen ist. Die weitaus häufigste Form der depressiven Störung ist die einmalige depressive Episode.

Eine weitere Spezifizierung ergibt sich durch das jahreszeitlich gebundene Auftreten von depressiven Episoden (sog. „Winterdepression“ bzw. „saisonal abhängige Depression“) und das Auftreten der Depression im engen zeitlichen Zusammenhang mit der Geburt eines Kindes („Postpartale Depression“).

Diese Formen der Depression lassen eine biologische Ursache vermuten, sodass hier auch dringend ein antidepressiv wirkendes Medikament (Antidepressivum) eingenommen werden sollte. Dies gilt im Übrigen auch für mittelgradige bzw. schwere depressive Episoden, da die körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen so stark sind, dass psychotherapeutische Maßnahmen erst zeitlich verzögert zum Einsatz kommen können, bzw. aufgrund von Konzentrationsstörungen usw. noch nicht wirken können.

Eine depressive Episode kann auch als Folge eines belastenden Ereignisses (z.B. Todesfall-Trauerreaktion, Wohnortwechsel – sog. „Umzugsdepression“, Verlust des Arbeitsplatzes, Diagnose einer anderen Erkrankung, Scheidung usw.) auftreten. In diesen Fällen spricht man von reaktiven depressiven Verstimmungen (reaktive Depression o.Ä.). Im Allgemeinen klingt diese Form der Depression nach einer gewissen Phase der Anpassung an die neuen Lebensumstände wieder ab, sie kann aber auch in eine chronische Form übergehen, wenn nicht entsprechende Bewältigungsmöglichkeiten etabliert werden können.

Depressive Episoden klingen im Allgemeinen bei adäquater Behandlung nach einer gewissen Zeit wieder ab und die Betroffenen erleben keine Beeinträchtigungen mehr aufgrund ihrer vorherigen depressiven Stimmung. Sie können aber auch einen chronischen Verlauf annehmen, wenn sich im Rahmen einer depressiven Phase eine innere Fehlhaltung entwickelt, die es dann wiederum schwer macht, sich den positiven und angenehmen Dingen des Lebens zuzuwenden.



DYSTHYMIA – DEPRESSIVE ENTWICKLUNG – CHRONISCHE DEPRESSION

Unter einer chronischen Depression (Dysthymia) ist eine lang anhaltende, chronische Störung zu verstehen, die in ihrer Schwere jedoch nicht die Kriterien für eine depressive Episode erfüllt. Es können aber auch beide Formen nebeneinander auftreten oder sich gegenseitig verstärken. Die Abgrenzung zur rezidivierenden (wiederholt auftretenden) depressiven Störung besteht darin, dass bei dieser Störung depressive Episoden vorliegen, die abklingen und erneut auftreten (Rezidiv), was bei einer chronischen Depression nicht der Fall ist. Liegen beide Depressionsformen gleichzeitig vor, so bildet sich die ausgeprägte Symptomatik der depressiven Episode zurück, wohingegen die allgemeine Herabgestimmtheit als ein Anzeichen der Dysthymia erhalten bleibt.

Für das Vorliegen einer chronischen Depression spricht, wenn die depressive Befindlichkeit länger als zwei Jahre vorliegt, ohne dass ein längeres symptomfreies Intervall vorhanden ist. Dysthyme Personen sind häufig mit ihrem Leben unzufrieden, sehen kaum Einflussmöglichkeiten, an ihrer Situation etwas zu ändern und neigen dazu, die Verantwortung für ihr Wohlbefinden an andere zu delegieren. Andererseits wird häufig eine Möglichkeit der Verbesserung der eigenen Befindlichkeit in der Veränderung äußerer Bedingungen gesehen. Dies führt letztendlich bei den Betroffenen zu einer erheblichen Beeinträchtigung der allgemeinen Lebensqualität und Lebenszufriedenheit.

ORGANISCH BEDINGTE DEPRESSION

Vor Beginn einer Therapie ist eine organische Ursache der Depression auszuschließen. Deshalb bedarf die Diagnostik anfangs in jedem Fall einer gründlichen ärztlichen, apparativen und labormedizinischen Abklärung, da psychische Symptome unspezifisch sind und auch Frühsymptome anderer Erkrankungen (z.B. Hirntumor, endokrine Erkrankungen, Schilddrüsenunterfunktion, M. Parkinson, Hirnabbauprozessen u.v.m.) sein können.

Weiterhin ist die direkte Wirkung von Alkohol, anderen Drogen und Medikamenten zu klären, die ebenfalls ein depressives Bild zur Folge haben können. Insbesondere im höheren Alter sind Nebenwirkungen von Medikamenten (z.B. verordnete Medikamente gegen zu hohen Blutdruck) zu berücksichtigen. Deshalb ist es wichtig, dass bei den Betroffenen nicht nur ein psychischer Befund sondern auch ein körperlicher Befund erhoben wird, um andere Erkrankungen mit hoher Wahrscheinlichkeit ausschließen zu können. Ebenso benötigt der Therapeut genaue Informationen über den Gebrauch von suchterzeugenden Substanzen (auch über den Genuss von Alkohol) sowie über alle Medikamente, die eingenommen werden. Insbesondere andere psychische Störungen (z.B. Schizophrenie, Psychose, drogeninduzierte depressive Störung) müssen ausgeschlossen werden. Depressionen können jedoch auch parallel oder in Folge bzw. als Vorläufer von allen psychischen Störungen auftreten. Erst nach Ausschluss einer organischen Ursache kann eine adäquate Behandlung beginnen.

HÄUFIGKEIT, RISIKOFAKTOREN, VERLAUF UND PROGNOSE

Depressionen sind die häufigsten psychischen Störungen der Gegenwart. Sie scheinen in den letzten Jahrzehnten häufiger geworden zu sein und erfassen immer jüngere Altersgruppen. Untersuchungen in Industrienationen kommen zu einer Häufigkeit für depressive Störungen (depressive Episoden und Dysthymia) von 5% in der Allgemeinbevölkerung zu einem bestimmten Stichtag (Punktprävalenz). Bezogen auf die Lebenszeit erkranken ca. 14% der Bevölkerung im Verlauf ihres Lebens an einer Depression (Lebenszeitprävalenz). Pro Jahr gibt es ca. ein bis zwei Neuerkrankungen auf 100 Personen. Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens an einer Depression zu erkranken, liegt für Männer bei 12% und für Frauen bei 26%.

Anhand von epidemiologischen Studien lassen sich auch Risikofaktoren identifizieren, die im Folgenden näher dargestellt werden

GESCHLECHT

Die Fallzahlen sprechen dafür, dass bereits das Geschlecht einen Risikofaktor verkörpert, da Frauen von der Störung häufiger betroffen sind und ein doppelt so hohes Erkrankungsrisiko im Vergleich zu Männern haben. Ebenso ist zu vermuten, dass das Erkrankungsrisiko für Mädchen und Frauen früher liegt und im Jugendalter bzw. frühem Erwachsenenalter steiler ansteigt als bei Jungen und Männern. Frauen weisen außerdem ein höheres Rückfallrisiko auf. Die Geschlechtsunterschiede werden mit zunehmendem Lebensalter geringer, d.h. die Depressionsrate zwischen den Geschlechtern gleicht sich an.

LEBENSALTER

Depressive Episoden können in allen Lebensphasen auftreten. Eine gewisse Häufung von Ersterkrankungen ist zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr zu finden. Dieser erste Altersgipfel scheint sich aber nach neuesten Studien in das junge Erwachsenenalter (18. bis 25. Lebensjahr) zu verlagern. Bei der Dysthymia ist zunächst eine stetige Zunahme bis zum 30. Lebensjahr zu verzeichnen, dann eine allmähliche Abnahme bis es schließlich ab dem 65. Lebensjahr zu einer deutlichen Abnahme kommt. Es scheint zwischen dem Geschlecht und dem Lebensalter insofern ein Zusammenhang zu bestehen, als das Erkrankungsrisiko bei Frauen früher liegt, schneller ansteigt, früher einen Gipfel erreicht und bis zum mittleren Erwachsenenalter der Geschlechtsunterschied erhalten bleibt.

SOZIOÖKONOMISCHE FAKTOREN

Hier sind insbesondere der Familienstand und das Vorhandensein bzw. das Fehlen von vertrauensvollen persönlichen Beziehungen zu nennen. Getrennt lebende und geschiedene Personen sowie jene ohne vertrauensvolle Beziehungen erkranken häufiger. Als wichtiger Schutzfaktor erweisen sich positive soziale Beziehungen, aber auch positive Aspekte im Wohnbereich und im Beruf.



STRESSREICHE BELASTUNGEN

Es sind im Vorfeld von depressiven Episoden gehäuft belastende Lebensumstände zu finden. Besonders kritisch sind belastende Ereignisse in einem Zeitraum, in denen keine Erholung von früheren belastenden Ereignissen eintreten kann.

FAMILIÄRE BELASTUNGEN

Die familiäre Belastung ist der einflussreichste Faktor. So haben Angehörige von Personen mit einer depressiven Episode ein Erkrankungsrisiko von 20% gegenüber einer Vergleichsgruppe ohne auffällige Familienanamnese von 7%. Dies spricht für biologische Faktoren sowie für Lernprozesse innerhalb der Herkunftsfamilie.

Anhand der Risikofaktoren können auch Schutzfaktoren abgeleitet werden. Da die Gegenwart nicht mehr ausschließlich auf die Bildung einer Familie ausgerichtet ist, fallen oft wichtige soziale Beziehungen weg und können Vereinsamungstendenzen begünstigen. Da jedoch das Gespräch über die alltäglichen Dinge des Lebens (auch über belastende Ereignisse) eine wichtige Voraussetzung für das Wohlbefinden bedeutet, lässt sich auch erklären, warum depressive Störungen ansteigen. Deshalb ist der Aufbau tragfähiger sozialer Beziehungen, wie immer diese auch gestaltet sind, eine wichtige Intervention zur Behandlung depressiver Menschen. Je höher die Außenbezüge sind, umso mehr Austausch ist möglich und reduziert das Auftreten von Depressionen, wohl wissend, dass auch biologische Gründe für dieses Erkrankungsbild berücksichtigt werden müssen.

Wie auch andere psychische Störungen kann die Depression nicht eindimensional betrachtet werden, sondern ist als Folge verschiedener ungünstiger Faktoren anzusehen, die zusammenfallen. Folglich muss auch die Behandlung der Depression an den verschiedenen Bereichen ansetzen.

VERLAUF UND PROGNOSE

Viele Verlaufsstudien weisen darauf hin, dass es im Verlauf von depressiven Störungen große individuelle Unterschiede gibt. Von einer Genesung (vollständigen Remission) spricht man, wenn die Symptomatik über einen längeren Zeitraum nicht mehr aufgetreten ist. Eine Wiedererkrankung (Rezidiv) ist jederzeit möglich. Von einer rezidivierenden depressiven Störung ist erst dann auszugehen, wenn zwischenzeitlich symptomfreie Intervalle von mehr als zwei Monaten lagen. Ist dies nicht der Fall, so liegt eher eine chronische Depression vor.

Anhand der bekannten Verlaufsformen lassen sich auch die entsprechenden therapeutischen Interventionen ableiten. So steht in der Akutphase („Akuttherapie“) zunächst die Reduktion der Symptomatik im Vordergrund. Es schließt sich bei oder während der Remission zur Vermeidung von Rückfällen eine „Erhaltungstherapie“ an, während eine „prophylaktische Therapie“ (Phasenprophylaxe) der Verhinderung des Auftretens erneuter depressiver Phasen dient.

FOLGEKRANKHEITEN (KOMORBIDITÄT)

Depressionen weisen eine hohe Anzahl an Folgeerkrankungen auf. In einer großen Studie wurde bei 77% der Betroffenen eine weitere Diagnose gestellt. In ca. der Hälfte der Fälle waren Angststörungen gefunden worden. Etwa ein Drittel wies eine substanzinduzierte (Alkohol- Medikamentensucht o.Ä.) Abhängigkeit auf und bei einem weiteren Drittel war eine Schmerzstörung zu finden.

Die Frage, ob die Depression primär oder Folge dieser weiteren Erkrankung ist, kann in der Regel nicht sicher beantwortet werden. Befragt man die Betroffenen, so meinen 60 – 80%, dass die Depression eher Folge der anderen Erkrankungen ist. Für die Behandlung hat das aber kaum eine Bedeutung, da diese in der Regel aus mehreren Bausteinen besteht, die alle diagnostizierten Störungen behandeln.

HILFREICHE STRATEGIEN GEGEN DEPRESSIONEN

PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG DER DEPRESSION

ALLGEMEINE ASPEKTE

Die Wirksamkeit der Psychotherapie konnte bei leichten bis mittelschweren Depressionen nachgewiesen werden, bei schweren Depressionen waren hingegen die Antidepressiva der Psychotherapie überlegen. Als weiterer Ansatz wurde die Wirksamkeit einer Kombinationsbehandlung (Psychotherapie und Antidepressiva) im Vergleich zu einer alleinigen Psychotherapie in repräsentativen Studien untersucht. Dabei wurde festgestellt, dass eine Kombinationsbehandlung bei einer leichten Depression der alleinigen psychotherapeutischen Behandlung nicht überlegen ist. Bei mittelschweren Depressionen hingegen war die Kombinationsbehandlung deutlich überlegen sowohl bezüglich der Symptomrückbildung als auch in Bezug auf die Geschwindigkeit, mit der der Behandlungserfolg erzielt werden konnte. Eine alleinige Psychotherapie bei schweren Depressionen erscheint nicht ausreichend. Der medikamentöse Behandlungserfolg ist allerdings nur solange gewährleistet, solange das Medikament auch verabreicht und eingenommen wird. Für psychotherapeutische Verfahren hingegen gibt es Hinweise, dass eine erfolgreiche Therapie auch nach ihrer Beendigung einen prophylaktischen Effekt hat, was sicher auf die veränderte Lebenseinstellung und veränderte Lebensgewohnheiten zurückgeführt werden kann.

AUFKLÄRUNG UND BERATUNG

Zunächst ist es auch im Rahmen der effektiven Behandlung der Depression wichtig, die Betroffenen ausführlich über das Krankheitsbild und die Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären. In diesem Zusammenhang ist es von Bedeutung, die Einheit von Körper und Seele zu betonen, da häufig von den Betroffenen körperliche Symptome in den Vordergrund gestellt werden und sie in ärztliche Behandlung führt. Wie bei allen anderen ärztlichen Behandlungsformen kann erst eine effektive Therapie beginnen, wenn eine Diagnose gestellt worden ist, wobei die Betroffenen öfter Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose äußern, wenn körperliche Symptome im Vordergrund stehen (z.B. Kopfschmerz, Rückenbeschwerden, Erschöpfung usw.), die Stimmung hingegen als ausgeglichen erlebt wird.

Die Feststellung einer Depression ist zunächst beängstigend und beruhigend zugleich. Erschreckend dabei ist, dass nun das Leiden einen Namen erhalten hat und eine Störung vorliegt. Beruhigend hingegen ist, dass die Betroffenen nun wissen, worunter sie leiden. Problematisch in diesem Zusammenhang ist jedoch, dass organische Erkrankungen in der Regel besser fassbar, leichter zu erklären und zunächst auch erträglicher sind als seelische Störungen. So hat es den Anschein, dass die Betroffenen besser mit körperlichen Erkrankungen umgehen können, obgleich auch hier häufig wenig über die Störung und die damit verbundenen Funktionseinschränkungen bekannt ist, da diese gesellschaftlich weniger belastend erlebt werden als seelische Störungen, die häufig mit den „Geisteskrankheiten“ gleichgesetzt werden. Somit haben seelische Störungen einen deutlich höheren Erklärungsbedarf im Vergleich zu körperlichen Störungen.

Deshalb ist eine weitere Grundlage für eine erfolgreiche Therapie, den Betroffenen umfassend, geduldig und verständlich das Krankheitsbild zu erklären.

PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERFAHREN

Eine psychotherapeutische Behandlung ist immer dann angezeigt, wenn die Selbstregulationsmechanismen nicht mehr ausreichend sind. Die Therapie ist am wirkungsvollsten, wenn sie möglichst frühzeitig durchgeführt wird. Von diesem Idealzustand sind wir jedoch gegenwärtig noch weit entfernt, da die Hemmschwelle zur Konsultation eines Nervenarztes, Psychiaters, Facharztes für Psychotherapeutische Medizin oder eines Psychologen noch sehr hoch ist.

In den letzten Jahrzehnten sind viele psychotherapeutische Verfahren entwickelt worden, wobei bisher nur bei wenigen ein Nachweis der Wirksamkeit erfolgt ist. Die wichtigsten Verfahren sollen kurz dargestellt werden:

TIEFENPSYCHOLOGISCH ORIENTIERTE PSYCHOTHERAPIE

Diese Therapiemethode geht davon aus, dass seelische Störungen durch vergangene innere oder äußere Konflikte bedingt sind. Im Vordergrund dieser Therapie steht deshalb das Erkennen, Aufdecken und Auflösen dieser Konflikte.

KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE

Hier wird davon ausgegangen, dass seelische Störungen durch Lernprozesse, bestimmte Umgebungsbedingungen und sogenannte kognitive (gedankliche) Verzerrungen bedingt sind. Deshalb steht bei dieser Therapiemethode die Veränderung des Verhaltens, der Lebensbedingungen in den verschiedenen Bereichen und eine Korrektur dieser kognitiven Verzerrungen im Vordergrund der therapeutischen Interventionen.

HUMANISTISCH-EXISTENTIALISTISCHE ANSÄTZE

Hierunter werden mehrere Verfahren zusammengefasst, die sich auf die Selbstheilungskraft des Menschen konzentrieren. Dabei sollen Wahrnehmungen und Erleben im „Hier und Jetzt“ aktiviert und das Wachstum der Persönlichkeit entwickelt werden. Es wird die Bedeutung der zwischenmenschlichen Beziehungen betont.

SYSTEMISCHE PSYCHOTHERAPIE

Bei dieser Therapieform werden seelische Störungen nicht als individuelles Problem, sondern als Ergebnis eines fehlgesteuerten Systems oder einer fehlerhaften Kommunikation (insbesondere in der Familie, Partnerschaft) gesehen. Die Maßnahmen dienen folglich der Veränderung solcher gestörten Beziehungsmuster.

KÖRPERORIENTIERTE VERFAHREN

Dabei handelt es sich um verschiedene Verfahren ohne gemeinsamen theoretischen Ursprung. Die Grundidee besteht darin, dass durch systematische Körperübungen der Wahrnehmungsgrad für den eigenen Körper gesteigert, ein höherer Bewusstseinsgrad erwirkt und dadurch die psychische und körperliche Gesundheit gefördert werden.

KOMBINATIONSBEHANDLUNG

(Psychotherapie und Pharmakotherapie)

Auf die Wirksamkeit der Kombinationsbehandlung ist an anderer Stelle schon näher eingegangen worden. Da in unserer Klinik vorrangig leichte bis mittelschwere Depressionen behandelt werden, soll auf diese Behandlungsform noch etwas näher eingegangen werden. Oft ist es jedoch die Motivation, die die Richtung der Therapie festlegt und nicht die klinische Notwendigkeit. Leider ist die häufig zumindest am Anfang einer Behandlung notwendige und sinnvolle antidepressive Medikation für viele Betroffene nicht immer verständlich und mit vielen Vorurteilen belastet. Somit kommt der Vermittlung des Krankheitsmodells eine große Bedeutung zu, da hierdurch für die Betroffenen der Einsatz von Medikamenten bei psychischen Beschwerden verständlicher wird.

Ähnlich einer Stoffwechselstörung (hier Hirnstoffwechsel) ist häufig bei der Depression ein Mangel an bestimmten Botenstoffen (z.B. Serotonin, Noradrenalin) zu verzeichnen, der durch entsprechende Medikamente aber auch durch regelmäßige körperliche Aktivität ausgeglichen werden kann. Dies lässt sich mit der Behandlung eines Diabetikers vergleichen, der seinen Mangel an Insulin durch Tabletten oder Spritzen ausgleichen kann, auf der anderen Seite aber auch seine Lebensgewohnheiten der Erkrankung anpassen muss (z.B. Diät, Gewichtsreduktion, körperliche Aktivitäten usw.), damit keine Komplikationen auftreten bzw. eine befriedigende Lebensgestaltung möglich ist.

Das Verständnis über die Mechanismen, die auch körperlich bei einer Depression zu beobachten sind, ist zur Verbesserung der Motivation für eine Medikamenteneinnahme wichtig, was den psychotherapeutischen Prozess nicht negativ beeinflusst. Eine medikamentöse Behandlung berücksichtigt die biologischen Aspekte der Depression und behandelt diese symptomatisch. Die Psychotherapie hingegen rückt die Gedanken und das Verhalten der Betroffenen ins Zentrum der Behandlung, um hier entsprechende Korrekturen ungünstiger Muster einleiten zu können, damit der Behandlungserfolg auch langfristig gewährleistet werden kann.



MEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNG DER DEPRESSION

Abhängig von dem Schweregrad einer Depression und den dadurch bedingten Beeinträchtigungen kann auch der Einsatz antidepressiv wirksamer Medikamente sinnvoll und notwendig sein. Bei schwergradigen Depressionen steht häufig die antidepressive Medikation zunächst im Vordergrund, während bei leichtergradigen Formen auf eine solche Medikation zumeist verzichtet werden kann. Bei mittelschwerer Ausprägung der depressiven Symptomatik hat sich häufig ein kombiniertes Vorgehen mit einer psychotherapeutischen Behandlung, die durch eine stimmungsstabilisierende, antriebsfördernde und/oder schlafverbessernde Medikation unterstützt wird, bewährt.

Da antidepressive Medikamente über einen Blutspiegel wirken, ist hier eine regelmäßige Medikamenteneinnahme wichtig (also keine Einnahme nur bei Bedarf). Die antidepressive Wirkung baut sich gewöhnlich innerhalb von 1 bis 3 Wochen auf und kann nach etwa 4 bis 8 Wochen sicher beurteilt werden. Üblicherweise sollte eine solche Medikation über einen Zeitraum von wenigstens 3 bis 6 Monaten erfolgen. Bei erfolgreicher Wirkung sollte die Medikation erst dann ausschleichend abgesetzt werden, wenn über einen mehrwöchigen Zeitraum eine psychische Stabilität eingetreten ist. Das Absetzen von Psychopharmaka sollte zudem nur in einer Lebensphase erfolgen, die relativ stabil ist und in der keine besonderen Belastungsfaktoren vorliegen (wie beispielsweise Arbeitsplatzwechsel, Umzug, Partnerschaftskonflikt etc.).

Die Auswahl des geeigneten Antidepressivums und dessen Dosierung sollte von fachärztlicher Seite vorgenommen werden. Hierbei sind die spezifischen Bedürfnisse mit zu berücksichtigen, beispielsweise inwieweit eine beruhigende oder eine antriebsfördernde Wirkung gewünscht wird. Des Weiteren muss auf das eventuelle Vorliegen anderer Erkrankungen bei der Auswahl des geeigneten Antidepressivums geachtet werden (beispielsweise Herz- Kreislauf-Erkrankungen, Leber- oder Nierenfunktionsstörungen, Übergewicht etc.).

Nach ihrer chemischen Struktur und ihrer Wirkungsweise werden verschiedene antidepressive Wirkungsklassen unterschieden. Lange bekannt und bewährt haben sich die sogenannten trizyklischen Antidepressiva wie Amitriptylin und Doxepin, die aufgrund ihrer guten antidepressiven Wirksamkeit bis heute einen festen Stellenwert in der Psychopharmakotherapie von Depressionen haben. Auch zur Schlafunterstützung sowie zur begleitenden Behandlung von chronischen Schmerzstörungen können solche Präparate eingesetzt werden. Häufiger als bei neueren Präparaten finden sich hier unerwünschte Wirkungen wie z. B. Mundtrockenheit, Tagesmüdigkeit oder Magen-Darm-Beschwerden. Zumeist regulieren sich solche unerwünschten Wirkungen jedoch innerhalb der ersten Einnamewoche zumindest soweit, dass dies toleriert werden kann.

Weit verbreitet sind inzwischen die nebenwirkungsärmeren sogenannten selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) wie beispielsweise Citalopram, Escitalopram und Fluoxetin. Diese können zudem auch in der Behandlung von Traumafolgestörungen stabilisierende Effekte erzielen. Neben der Wirkung auf den Botenstoff Serotonin wirkt das Präparat Venlafaxin zusätzlich auf den Botenstoff Noradrenalin. Dieses Präparat wird auch erfolgreich in der medikamentösen Behandlung von Angststörungen eingesetzt.

Ein ebenfalls effektiv antidepressiv wirkendes Präparat mit einer stark schlafunterstützenden Wirkung ist das Mirtazapin, wobei hier auf die Möglichkeit einer stärkeren ungewollten Gewichtszunahme zu achten ist. Insbesondere wenn ausgeprägte Schlafstörungen im Vordergrund stehen, bietet sich ein ausgesprochen nebenwirkungsarmes neueres Präparat, das Agomelatin an. Dieses kann auch eine sinnvolle Alternative zu herkömmlichen Schlafmitteln sein, da Letztere immer ein Suchtpotenzial beinhalten, was auch die neueren Schlafmittel wie Zopiclon und Zolpidem betrifft, auch wenn hier das Suchtpotenzial geringer einzuschätzen ist als bei den sogenannten Benzodiazepinen wie Diazepam, Oxazepam oder Lorazepam.

Da die älteren Präparate wie die trizyklischen Antidepressiva im Körper recht schnell abgebaut werden, ist hier eine Verteilung der Tagesdosis auf zwei bis vier Einzeldosierungen notwendig, um einen gleichmäßigen Blutspiegel zu erzielen. Bei den neueren Präparaten wie die SSRI reicht in der Regel eine einmalige Einnahme. Bei manchen Präparaten gibt es sogenannte retardierte Darreichungsformen, wobei der Wirkstoff im Körper verzögert freigesetzt wird, was zu einem gleichmäßigeren Blutspiegel sowie auch zu einer besseren Verträglichkeit führen kann (z.B. Venlafaxin retard). Die meisten Antidepressiva sind nachgewiesenermaßen nicht nur bei Depressionen wirksam, sondern auch Mittel der ersten Wahl bei Angststörungen, Zwangsstörungen bzw. Essstörungen. Häufig werden für diese Indikationen etwas höhere Dosierungen benötigt. Aufgrund eines langsameren Stoffwechsels benötigen ältere Patienten im Vergleich zu jüngeren häufig niedrigere Dosierungen.

Neben den genannten chemisch definierten synthetischen Präparaten gibt es verschiedene pflanzliche Präparate. Eine nachgewiesene antidepressive Wirkung bei leicht- bis maximal mittelschweren Depressionen hat hierbei das Johanniskraut, sofern dieses in einer Dosierung von mindestens 900 mg am Tag eingenommen wird. Von einer Kombination von Johanniskraut mit chemisch definierten synthetischen Psychopharmaka ist abzuraten, da die Interaktionen nur schwer einzuschätzen sind und es häufig zu einer gegenseitigen Wirkungsabschwächung kommt.

Grundsätzlich ist wichtig, gerade in der Phase der medikamentösen Einstellung (Festlegung des Präparates oder der Präparatekombination sowie der Dosierung und der Einnahmezeitpunkte), im engen Kontakt mit dem verordnenden Facharzt zu stehen. So können Fragen zur Verträglichkeit und Wirkungsweise unmittelbar geklärt werden.

Dabei ist immer auch fachärztliches Ziel, dass Sie als Patient ein gutes Wissen über die Präparate haben, die Sie einnehmen und dass sie selbst hinter dem gemeinsam vereinbarten psychopharmakologischen Vorgehen stehen können. Dies erhöht die Chance auf eine effektive Behandlung entscheidend.





HINWEISE FÜR FAMILIE UND FREUNDE

Um den Umgang mit depressiven Menschen zu erleichtern, soll an dieser Stelle nochmals kurz auf die Kernsätze der Betroffenen eingegangen werden, die lauten:

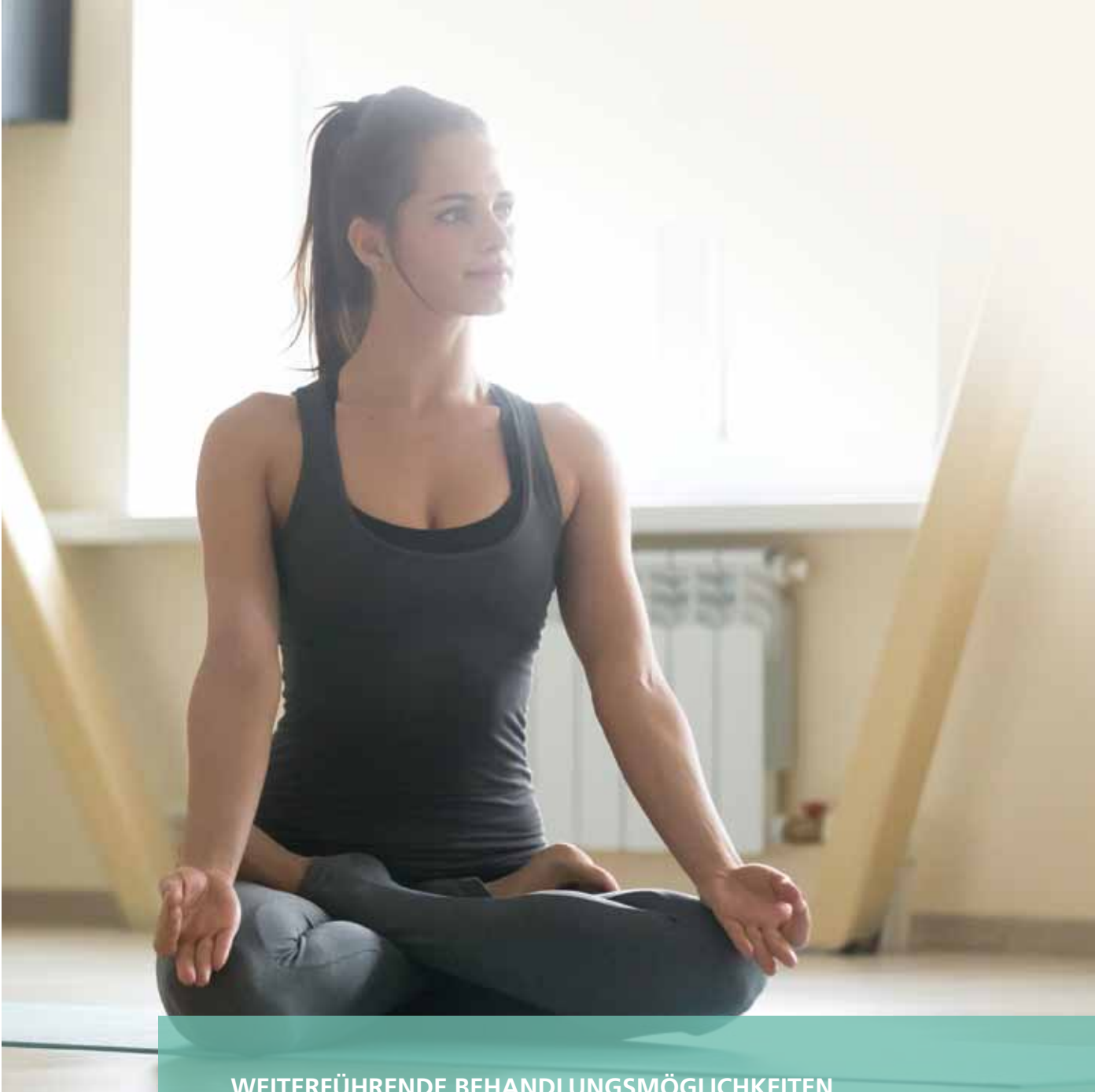
- » Ich kann nichts.
- Ich bin nichts.
- Ich mag mich nicht leiden.
- Ich bin selber schuld.

Diese Grundannahmen sind häufig mit der Einstellung verbunden:

- » Ich kann nichts daran ändern und nichts wird mehr besser werden.

- Zuhören, sich Zeit nehmen und vor allem dem Betroffenen Zeit lassen.
- Freundlich zugewandtes Annehmen des gesamten Menschen mit seiner (auch für ihn selbst) schwer fassbaren Krankheit. Es ist wichtig, nicht nur Interesse für bestimmte Problembereiche oder Krankheitszeichen, zwischenmenschliche Folgen oder Auslöser usw. zu zeigen.
- Ein vorbehaltloses Verständnis für die persönliche Leidenssituation, frei von jeglichen Bedingungen ist erforderlich. Normalerweise gibt man, um etwas zu erhalten. Manchmal verläuft dies auch eindimensional, doch in der Regel kann man mit Dankbarkeit oder Zuwendung rechnen, wenn man etwas gibt. Dies ist bei depressiven Menschen häufig nicht der Fall, da sie oft kaum in der Lage sind, normale zwischenmenschliche Kontakte aufrechtzuerhalten. Daraus folgt, dass die Zuwendung an keine Leistung geknüpft werden soll, zu welcher der Betroffene meist auch nicht in der Lage ist. Der Betroffene muss sich sicher sein können, die gleiche Zuwendung zu erfahren, auch wenn er sich aufgrund seiner Erkrankung nicht an bestimmte Absprachen halten kann oder Mindestleistungen nicht erbringen kann bzw. eine Besserung nicht so schnell eintritt. Wichtig ist zu wissen, dass sich Depressionen über Monate hinziehen können, bevor eine Genesung erkennbar wird. Manchmal kann es so aussehen, als wolle der Betroffene nicht, was mitunter für Außenstehende schwer zu ertragen ist. Dies verkörpert auch den charakteristischen und zentralen Konflikt der Depression, nämlich „das Nicht-Können“.
- Es ist wichtig, „nicht-depressive“ Verhaltensweisen zu beobachten und zu erkennen, damit diese wiederum verstärkt werden können. Dies kann sehr mühsam sein, aber auch zu Fortschritten führen. Der Betroffene ist konsequent zu aktivieren und zur Eigeninitiative aufzufordern. Dazu fühlt er sich häufig nicht in der Lage, was als mangelnde Mitarbeit oder gar Widerstand angesehen werden kann. Man sollte sich deshalb immer wieder vor Augen halten, dass für einen depressiven Menschen die kleinste Treppenstufe unüberwindbar erscheint und es eine sehr große Leistung ist, wenn er diese geht. Es ist wichtig, nicht die großen Veränderungen zu erwarten, sondern sich Tag für Tag in kleinen Schritten vorwärts zu bewegen. Dadurch kann man lernen, besser mit der trostlos erscheinenden Situation umzugehen. Im weitesten Sinne geht es darum, die „Flucht ins Bett“ zu reduzieren, indem ein Tages- und Wochenplan aufgestellt wird. Das klingt zwar sehr banal, ist aber im Umgang mit depressiven Menschen sehr hilfreich und unterstützend, die ausgeprägten Rückzugstendenzen einzudämmen.
- Es sollten oberflächlich wirkende Versprechungen vermieden werden (wie z.B. „Das wird schon wieder. Du brauchst nur die richtigen Medikamente“), da bei depressiven Menschen trotz der tiefen Verunsicherung die Empfindung, ob es jemand ernst meint, geblieben ist. Ist es bei einem Trauernden manchmal hilfreicher, still sein Mitgefühl zum Ausdruck zu bringen als durch wortreiche Trostversuche, so kann es bei einem depressiven Menschen zweckmäßiger sein, das Ausmaß der Beeinträchtigungen nicht zu verharmlosen und die Zukunftsaussichten nicht zu verschönen. Es ist wichtig, die gemeinsamen Anstrengungen aller Beteiligten hervorzuheben. Hierzu bedarf es jedoch viel Zeit und Geduld!
- Weiterhin sollte ein ausreichendes Maß an Anforderungen an die Betroffenen gestellt werden, was nicht immer einfach ist, da depressive zwar nicht gesund sind, aber häufig auch nicht hilflos. Im Hinblick auf die Anforderungen muss man deshalb einen Mittelweg finden, der dem verbliebenen Leistungsvermögen gerecht wird und keine Unter- oder Überforderung beinhaltet. Das eine führt zum Trainingsdefizit, das andere zur Resignation. Kleine Erfolge sind positiv zu verstärken. Wichtig sind die kleinen Schritte und kleinen Erfolge sowie die damit verbundene hilfreiche Stimulation.
- Gemeinsam mit dem Betroffenen realistische Ziele vereinbaren. Diese Ziele können im Rahmen der Behandlung von depressiven Menschen sehr banal erscheinen, sind aber für den weiteren Verlauf sehr wichtig. Hinderlich können dabei die charakteristischen Symptome einer Depression (z.B. schnelle Erschöpfbarkeit, Kraftlosigkeit, verminderter Antrieb usw.) sein. Im Rahmen der Therapie darf der Patient aber nicht völlig seinem Gefühl der Mattigkeit und Teilnahmslosigkeit überlassen werden. Trotz aller Nachsicht und allem Verständnis für das Störungsbild müssen regelmäßige Verbindlichkeiten eingehalten werden, um einem weiteren drohenden Trainingsverlust auf seelischem und körperlichem Gebiet aktiv entgegenwirken zu können. Dies bedeutet, dass zumindest äußerlich der Eindruck der Normalität vermittelt werden sollte, z.B. durch rechtzeitiges Aufstehen, Verrichtung von täglich anfallenden Routineaufgaben, Achten auf Hygiene und Sauberkeit einschließlich einer ausreichenden Körperpflege, Aktivitäten planen, nicht zu früh ins Bett gehen, kein Schlaf am Tag usw.

Je früher die richtige Diagnose gestellt werden kann und je konsequenter ein multimodaler Behandlungsansatz eingeleitet wird, umso schneller ist mit einer Verbesserung des Beschwerdebildes zu rechnen. Auf die psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten wird an anderer Stelle noch genauer eingegangen.



WEITERFÜHRENDE BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN DER DEPRESSION

Es gibt neben den stimmungsaufhellenden Medikamenten auch noch andere Möglichkeiten, die teilweise zu Hause eingesetzt werden können, teilweise aber auch einen Aufenthalt in einer entsprechenden Klinik erforderlich machen.

ENTSPANNUNGSÜBUNGEN

Hier können verschiedene Verfahren eingesetzt werden, wobei das Ziel darin besteht, die ängstliche Anspannung und körperliche Beschwerden zu reduzieren. Welches Entspannungsverfahren zum Einsatz kommt, hängt von Ihren persönlichen Neigungen ab (z.B. autogenes Training, Muskelentspannung nach Jacobson, Yoga usw.). Auch Atemübungen können eingesetzt werden, da diese ebenfalls eine entspannende Wirkung haben.

PHYSIKALISCHE BEHANDLUNGSMASSNAHMEN

Hier können alle Maßnahmen sinnvoll sein, die der Kräftigung im Allgemeinen und der Linderung entsprechender muskulärer Verspannungen dienen (z.B. Kneippsche Anwendungen, medizinische Bäder, Gymnastik usw.).

KÖRPERLICHE AKTIVITÄT

Körperliche Aktivierung ist die einfachste und wahrscheinlich auch wichtigste anti-depressiv wirkende Unterstützungsmaßnahme, die auch zu Hause durchgeführt werden kann und auch muss. Untersuchungen haben ergeben, dass regelmäßige (!) sportliche Aktivität (ca. 3x pro Woche 30 min Ausdauersport) bei mittelschweren Depressionen die gleiche Wirkung hat wie ein Antidepressivum in ausreichend hoher Dosierung. Die Wirkung lässt jedoch wieder nach, wenn die körperliche Aktivität gesenkt wird. Leider wird im Alltag viel zu selten die antidepressive, angstlösende und entspannende Wirkung von körperlicher Aktivität (z.B. Spaziergang, Gymnastik, Gartenarbeit, Schwimmen, Joggen, Walking, Wandern, Fahrrad fahren usw.) ausgenutzt. Man unterscheidet einen seelischen Kurzeffekt von zwei bis drei Stunden von langfristigen psychischen Auswirkungen. Diese Wirkung ist auch bei Gesunden zu finden und sehr hilfreich im Rahmen der Behandlung von Angst und Depression. Der depressive Kranke muss allerdings häufig aufgrund seiner Antriebsschwäche und Hemmung immer wieder dazu angehalten werden, sich körperlich zu aktivieren. Ein zusätzlicher Effekt kann genutzt werden, wenn die Aktivität am Tage erfolgt, um das Tageslicht auszunutzen. In der „dunklen“ Jahreszeit kann fast schon von einem vorbeugenden Effekt körperlicher Aktivität auf die Stimmungslage gesprochen werden.

SCHLAFENTZUG (WACHTHERAPIE)

Im Rahmen einer stationären Behandlung stellt der Schlafentzug eine ergänzende Maßnahme dar, da ihm eine antidepressive Wirksamkeit nachgewiesen werden konnte. Am besten wirkt hierbei der totale Schlafentzug. Dabei wird der Betroffene dazu angehalten, die gesamte Nacht und den darauffolgenden Tag (36 bis 40 Stunden) wach zu bleiben. Die Erfolgsquote liegt für die Zeit unmittelbar nach dem Schlafentzug bei 60%. Dieser Effekt wird durch eine vorangegangene antidepressive Medikation oder die Aktualität der Depression nicht beeinflusst. Untersuchungen haben gezeigt, dass eine Kombinationsbehandlung von wiederholtem Schlafentzug unter gleichzeitiger Gabe von Antidepressiva die günstigste Wirkung erwarten lässt.

LICHTTHERAPIE

Diese Methode kommt insbesondere bei saisonal abhängigen Depressionen (sog. Winterdepression), aber auch bei monatlich, prämenstruell (vor der Menstruation) auftretenden depressiven Störungen zum Einsatz und weist eine gute Wirksamkeit auf. Hierbei setzen sich die Betroffenen regelmäßig vor eine Lichtquelle (mind. 2.500, besser 10.000 Lux). Die Behandlung sollte täglich über einige Tage bis eine Woche am besten zwischen 7.00 und 8.00 Uhr erfolgen. Dabei ist entscheidend, immer wieder für einige Sekunden in die Lichtquelle zu schauen, um in der Regenbogenhaut und dem Sehnerv zentrale Stimulationsprozesse (u.a. Serotonin, Melatonin) anzustoßen. Bei der sog. Winterdepression ist es notwendig, dieses Vorgehen mehrfach zu wiederholen. Eine weitere Anwendung könnte abends zwischen 19.00 und 20.00 Uhr erfolgen, wenn dies notwendig erscheint.

ELEKTROKRAMPFBEHANDLUNG

Die Wirksamkeit dieser Behandlungsmethode ist vor allem bei sehr schweren, behandlungsresistenten Depressionen oder auch bei ausgeprägter motorischer Hemmung (Stupor) belegt. Diese Behandlung erfolgt unter Vollnarkose. Auf Einzelheiten der Behandlung soll nicht weiter eingegangen werden, da diese Therapieform nur bei sehr schweren Depressionen unter stationären Bedingungen zum Einsatz kommt. Es handelt sich hierbei um eine erfolgversprechende, risikoarme Therapieform mit wenigen unerwünschten Nebenwirkungen.

KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE

ALLGEMEINE ASPEKTE

Die kognitive Verhaltenstherapie verkörpert eine problemorientierte, strukturierte, konkrete Therapieform speziell für depressive Störungen. In der Behandlung geht es darum, die Problembereiche zu identifizieren, individuelle gedankliche (kognitive) Blockaden oder Irrtümer zu erkennen, Alternativen zusammen mit dem Therapeuten zu entwickeln und zu prüfen sowie diese auch auszuprobieren. Es gehören neben der besonderen Betrachtung der gedanklichen (kognitiven) Prozesse auch verhaltenstherapeutische Elemente (z.B. Aktivierung, Kompetenzerweiterung, Problemlösung, Übungen im Alltag, Aufbau von Kommunikationsfähigkeiten usw.) zur Therapie. An dieser Stelle ist es für Sie schon wichtig zu klären, ob Sie bereit sind, Ihre bisherigen Lebensgewohnheiten und Lebenseinstellungen in Frage zu stellen sowie andere Muster in Form von Übungen auszuprobieren.

Die Aufgabe Ihres Therapeuten besteht darin, Sie in Ihren Bemühungen zu unterstützen und nicht darin, Ihre Probleme zu lösen. Es ist also Ihre aktive Mitarbeit gefordert, um als langfristiges Ziel eine Verbesserung Ihrer Lebenszufriedenheit zu erreichen. Dieser Weg wird sicher nicht einfach sein, ist aber nach dem heutigen Kenntnisstand der Forschung der erfolgversprechendste Weg. Es wird an dieser Stelle schon an die Notwendigkeit Ihrer aktiven Mitarbeit und Ihrer inneren Einstellung zur Veränderung hingewiesen, **da nur gemeinsam mit Ihnen ein anhaltender Behandlungserfolg sichergestellt werden kann**. Auch hier ist ein Vergleich zum Diabetiker möglich. Es können die besten und wirksamsten Medikamente und Methoden nicht helfen, wenn der Patient diese evtl. nicht einnimmt oder er sich nicht an die vereinbarten diätetischen Bedingungen hält. Vergleichbares gilt auch für die Behandlung einer Depression. Nur wer die innere Bereitschaft zur aktiven Veränderung mit in die Behandlung einbringt, wird langfristig einen Erfolg verzeichnen können.

ZUSAMMENHANG ZWISCHEN STIMMUNG – DENKEN – FÜHLEN

Der Grundgedanke der kognitiven Verhaltenstherapie besteht darin, dass es einen Zusammenhang von Stimmung, Denken und Handeln gibt, wobei eine wechselseitige Beziehung zueinander besteht, sodass z.B. eine negative Stimmung die Aktivitäten einschränkt und das Denken einengt. Andererseits können aber auch bestimmte Handlungen die Stimmung oder das Denken verändern oder ein Gedanke (z.B. eine Erinnerung) das Verhalten beeinflussen und die Stimmung drücken.

Im Rahmen der Behandlung geht es darum, das vorrangig negativ ausgerichtete Denken, was zu einer depressiven Spirale wird, zu stoppen und durch Veränderungen im Denken und den sich daraus ableitenden Handlungen eine Veränderung herbeizuführen. Gemeinsam mit Ihrem Therapeuten sowie anderen Betroffenen können Sie nach Lösungen und anderen Umgangsformen mit z.B. Problemen suchen. Eine Veränderung wird jedoch nicht ohne eigenständige Übungen zwischen den einzelnen Therapiesitzungen und dem Erproben von Handlungsalternativen möglich sein. Nur Sie allein können überprüfen, welche neuen Verhaltens- und Denkmuster für Sie hilfreich und unterstützend sein können. Für einen langfristigen Erfolg ist es wichtig, dass Sie sich selbstständig alternative Lösungswege und Sichtweisen überlegen und für eine nachfolgende Prüfung, Erprobung und Einüben bereit sind.

WIEDER AKTIV SEIN

Ein sehr bedeutendes Symptom der Depression besteht darin, sich immer mehr zu isolieren und Aktivitäten, die früher Freude bereitet haben, aufzugeben. Die Steigerung von Aktivitäten ist daher eine der ersten therapeutischen Maßnahmen bei depressiven Patienten, da hier auf der konkreten Handlungsebene erste Versuche der Aktivierung erfolgen. Beim Aufbau von Aktivitäten geht es einerseits um die Steigerung bzw. den Wiederaufbau positiver Erfahrungen und Aktivitäten, andererseits um die Reduktion belastender, negativer Erfahrungen.

Ein wichtiger Bestandteil hierzu ist der Wochenplan. Dieser dient Ihnen dazu, durch eine tägliche Selbstbeobachtung Ihrer Aktivitäten und Ereignisse zunächst den IST-Zustand zu definieren, um entsprechende Veränderungen im zweiten Schritt vornehmen zu können. Anschließend geht es darum, die für Sie angenehmen Aktivitäten zu identifizieren. Ziel ist es, eine für Sie spezifische und ganz persönliche Liste angenehmer Aktivitäten zu erstellen und diese gezielt in Ihren Alltag zu integrieren und festzustellen, wie angenehm die verschiedenen Aktivitäten für Sie sind. Diese Tagesstrukturierung in Verbindung mit einem allmählichen Aufbau angenehmer Aktivitäten sollte über einen längeren Zeitraum fortgeführt werden.

Außerdem ist es wichtig, auch die anderen Tageseinflüsse und die Stimmung einzutragen, um diese Protokolle gemeinsam mit Ihrem Therapeuten besprechen zu können. Neben dem Erkennen von Ressourcen und Stärken dient diese Protokollführung auch der Identifikation von Alltagsproblemen, wiederkehrenden Konflikten, Verunsicherungen und Stimmungseinbrüchen.

VERBESSERUNG SOZIALER KOMPETENZEN

Häufig sind bei depressiven Menschen die sozialen Beziehungen belastet. Die sozialen Kontakte sind verkümmert, teilweise erscheint das soziale Verhalten gehemmt und reduziert. Deshalb gehören der Aufbau und die Verbesserung von sozialer Sicherheit und der Kommunikationsfähigkeiten sowie der Problembewältigungsfertigkeiten zu einem erfolgversprechenden Behandlungsansatz. Die wesentlichen Bestandteile hierzu sind Rollenspiele und Verhaltensübungen (z.B. im Rahmen eines Selbstsicherheitstrainings). Oft müssen depressive Menschen erst lernen, ihre persönlichen Wünsche und Ansprüche in ihrer Umwelt angemessen umzusetzen.

Hierzu gehört auch, dass Sie ihre Bedürfnisse zunächst erkennen, benennen und akzeptieren lernen. Andererseits ist es auch nötig, die Bedürfnisse der Sozialpartner bzw. Besonderheiten von sozialen Situationen wahrzunehmen und anzuerkennen, um diese Informationen ebenfalls in die Handlungsplanung einzubeziehen, da depressive Menschen auf der anderen Seite auch zur Selbstbezogenheit neigen und in ihrer Wahrnehmung eingengt erscheinen. Häufig stehen depressive Menschen ihrer Umwelt sehr verbittert gegenüber und sind nicht in der Lage, positive Äußerungen zu machen. Deshalb ist es notwendig, mit den Betroffenen positive selbstbezogene und partnerbezogene Äußerungen (z.B. Komplimente, Selbstlob, Äußern von positiven Gefühlen) zu üben.

Weiterhin ist es wichtig, die sozialen Fertigkeiten zur Aufrechterhaltung von sozialen Kontakten, Aktivitäten und Gesprächen zu initiieren und aufrechtzuerhalten sowie eigene Interessen anzubringen und zu gestalten. Zur Veränderung von Kommunikationsgewohnheiten sind Rollenspiele sehr hilfreich, die auch mit Video aufgezeichnet werden können, um Schwierigkeiten besser herauszuarbeiten. Im nächsten Schritt ist es notwendig, die neuen Verhaltensmöglichkeiten in den Alltag zu integrieren. Dabei sollten vorher befürchtete Schwierigkeiten besprochen und Lösungsmöglichkeiten erarbeitet werden. Außerdem sollte die Aufgabenstellung den vorhandenen Möglichkeiten angepasst werden, um eher eine positive Rückkopplung zu erreichen.





VERBESSERUNG DER PARTNERSCHAFTLICHEN KOMMUNIKATION

Besonders auffällig werden die Kommunikationsschwierigkeiten im Umgang mit engen Sozialpartnern, der Familie oder dem Ehepartner.

Da depressive Menschen auch im Umgang mit engen Bezugspersonen häufig verbittert, passiv, ablehnend, reizbar, klagsam, lustlos, pessimistisch mit negativen Zukunftserwartungen sind, führt dies leicht zu Entmutigung, Rückzug bzw. Entfremdung zwischen den Partnern und Familienangehörigen, indem beide Seiten sich kaum noch verstehen. Deshalb ist es oft im Rahmen einer Depressionsbehandlung notwendig, Familienangehörige oder Partner in die Therapie mit einzubeziehen, um den Kommunikationsstil zu verändern.

WICHTIGE BESTANDTEILE PARTNERSCHAFTLICHER GESPRÄCHE KÖNNEN WIE FOLGT ZUSAMMENGESTELLT WERDEN:

- › aktives, aufmerksames, akzeptierendes und verstärkendes Zuhören
- › richtiges Verstehen durch Wahrnehmungsprüfung und Informationssuche durch Rückfragen
- › Wiederholung der Äußerungen des Partners mit eigenen Worten
- › Mitteilung der eigenen Empfindungen und Gefühle in Bezug auf die Äußerungen des Partners
- › Verstärkung von positivem Verhalten und Aufbau von angenehmen Kommunikationselementen
- › Äußerung von Kritik ohne Vorwürfe (z.B. nicht „Du hast gesagt..., Du bist Schuld...“)
- › Kompromisse suchen
- › lieber ein Gespräch abbrechen, als es zur Eskalation kommen zu lassen

Anhand dieser Kommunikationsübungen ergeben sich zahlreiche, konkrete Gelegenheiten, über Befürchtungen oder Einstellungen zu sprechen, um diese in einem nächsten Schritt evtl. auch zu verändern oder Missverständnisse auszuräumen. Für das Training sozialer Fertigkeiten bieten sich spezielle Gruppen an, wie sie auch hier in der Klinik angeboten werden.



KOGNITIVE METHODEN

Bei psychischen Störungen (z.B. im Rahmen einer Depression) kann es auch zu Störungen der kognitiven Funktionen kommen, was z.B. in Gedächtnisstörungen, Denkstörungen, in der Unfähigkeit zur Abstraktion oder Rigidität mit (starrem) Festhalten an bestimmten Gedankeninhalten zum Ausdruck kommen kann. Wie bereits an anderer Stelle dargestellt, beeinflussen eben gerade diese Kognitionen unser Fühlen und Handeln, ohne dass uns diese stets bewusst sind. So verfügt jeder Mensch über ein Selbst- und Weltbild sowie über eine Sichtweise seiner Zukunft. Diese Sichtweise der Dinge ist bei depressiven Menschen aufgrund ihrer persönlichen Erfahrungen, Lernprozesse und ihrer Sozialisation in eine negative Richtung ausgeprägt und erscheint zunächst auch logisch und nachvollziehbar. Trotzdem kann man bei genauerer Analyse der Gedanken zu der Schlussfolgerung kommen, dass bestimmte kognitive Mechanismen unlogisch, verzerrt und der Situation unangemessen sind.

Für die Therapie lässt sich daraus ableiten, dass es wichtig ist, diese kognitiven Verzerrungen zu identifizieren und den Betroffenen somit eine Möglichkeit zu geben, im Alltag erlebte emotionale Einbrüche auf kognitive Blockaden zurückzuführen. Dies kann jeder an eigenen Beispielen überprüfen, da gerade sehr emotional erlebte Situationen auf unsere Einstellungen zu der Situation zurückzuführen sind. Bedeutsam ist es dann, die Art und Weise des Denkens in ganz konkreten Zusammenhängen zu erkennen, die Verbindung des Denkens zu den Gefühlen und körperlichen Symptomen herauszuarbeiten und immer wieder den Realitätsgehalt und die Angemessenheit der Gedanken zu testen. Dies ist auch wichtiger Bestandteil der Behandlung der Depression in unserer Klinik.



IM FOLGENDEN SOLLEN KURZ DIE VERSCHIEDENEN MÖGLICHKEITEN GEDANKLICHER VERZERRUNGEN SKIZZIERT WERDEN

ALLES – ODER – NICHTS - DENKEN

Hierbei sehen und bewerten Sie die Dinge in Schwarz – Weiß – Kategorien.

ÜBERTRIEBENE VERALLGEMEINERUNG

Ein einzelnes negatives Ereignis wird als Modell für eine Serie von Niederlagen angesehen.

DINGE PERSÖNLICH NEHMEN

Sie fühlen sich für ein negatives äußeres Ereignis verantwortlich, obgleich Sie in Wirklichkeit nichts damit zu tun haben.

ABWEHR VON POSITIVEM

Positive Erfahrungen werden nicht als solche wahrgenommen, um die negative Grundeinstellung aufrechtzuerhalten.

ETIKETTIERUNGEN

Sie neigen hierbei zur Übertreibung und drücken sich ein negatives Etikett (Selbstbild) auf (z.B. „Ich bin eine Versagerin.“). Im Gegenzug wird aber auch ein anderer, der nicht mit Ihren Vorstellungen übereinstimmt, negativ bewertet (z.B. „Der Idiot.“). Dabei wird ein Ereignis mit einer ungenauen und emotional aufgeladenen Sprache dargestellt.

VOREILIGE SCHLUSSFOLGERUNGEN

Sie bewerten Dinge negativ, auch wenn es hierfür keine ausreichenden Beweise gibt. Dies spiegelt sich z.B. darin wider, dass Sie Gedanken lesen können, indem Sie davon ausgehen, z.B. von einem anderen abgelehnt zu werden und Sie nichts unternehmen, um sich Klarheit zu verschaffen. Außerdem machen Sie voreilige und falsche Vorhersagen, indem Sie z.B. davon überzeugt sind, dass sich die Dinge für Sie negativ entwickeln werden.

WUNSCHAUSSAGEN

Durch Äußerungen wie „man sollte, man muss, es hätte sich gehört“ versuchen Sie, sich einerseits zu motivieren, setzen sich aber auch sehr unter Druck, wenn Sie diesem Idealzustand nicht entsprechen, was zur Teilnahmslosigkeit führen kann.

ÜBER- UND UNTERTREIBUNG

Hierbei wird von Ihnen die Bedeutung bestimmter Ereignisse über- oder andere Aspekte unterschätzt.

EMOTIONALE BEWEISFÜHRUNG

Sie nehmen an, dass Ihre negativen Gefühle genau das ausdrücken, was wirklich geschieht („Ich fühle es so, also muss es auch wahr sein“).

Zur Bearbeitung und Veränderung der gedanklichen Verzerrungen ist deshalb zunächst die Entdeckung, Beobachtung und das Protokollieren von automatischen negativen Gedanken in den verschiedenen relevanten Problembereichen erforderlich. Ausschlaggebend dabei ist, die mit der Situation verbundenen Empfindungen, Gefühle, Beschwerden usw. in einem konkreten Zusammenhang zu internen (u.a. Gedanken, körperliche Symptome) bzw. externen Auslösern zu sehen.

Hierdurch lernen Sie, welche automatischen Gedanken und welche gedanklichen Verzerrungen sich als problematisch erweisen und im Zusammenhang mit bestimmten Auslösern wiederkehrend auftreten. Ihr Therapeut kann Ihnen bei der Korrektur dieser gedanklichen Verzerrungen behilflich sein und gemeinsam mit Ihnen nach alternativen Sichtweisen und Bewertungen der belastenden Situationen suchen. Wesentliche Methoden zur Veränderung unangemessener Gedankenmuster sind die Überprüfung sowie das Testen in der Realität, Experimentieren und gedankliche Neubewertung der Situation, Alternativen finden, Rollentausch, Kriterien prüfen, Übertreiben, Entkatastrophisieren, Vorteile und Nachteile benennen u.v.m.

Der Prozess der Veränderung von gedanklichen Grundannahmen ist sehr langwierig und mit Rückschlägen behaftet, da die gewohnten Denkmuster insbesondere in belastenden Situationen sehr schnell greifen und das emotionale Erleben stark beeinflussen. Deshalb müssen die neuen Einstellungen geübt und wiederholt angewendet werden, bevor daraus neue Denkmuster werden. Im Laufe der Zeit werden Sie dann immer häufiger und schneller Ihre gedanklichen Irrtümer und Verzerrungen erkennen und in der Lage sein, diese zu verändern.

GRUPPENTHERAPIE

In unserer Klinik kommen vorrangig gruppentherapeutische Maßnahmen zur Anwendung. Im Rahmen der Gruppen werden die o.g. Maßnahmen durchgeführt, obgleich das für jeden einzelnen sicher nicht immer offensichtlich ist. Gruppen bieten viele Vorteile. Sie schaffen z.B. ein Gefühl von Zusammengehörigkeit, Vertrauen und Offenheit und dienen der Vermittlung eines realistischen Krankheitsmodells unter besonderer Betonung der Mitwirkung des Betroffenen beim Veränderungsprozess.

Weitere Ziele der Gruppenbehandlung bestehen darin, die Einsicht in Zusammenhänge von Erleben – Verhalten – und Gedanken zu fördern, Methoden zum Aufbau positiver Aktivitäten zu vermitteln, Kompetenzen zu erweitern sowie depressionsfördernde Grundannahmen (automatische Gedanken) zu identifizieren und zu verändern. Die drei zentralen Elemente in der Behandlung der Depression bestehen in dem Aktivitätsaufbau, der Verbesserung sozialer Kompetenzen und der Veränderung unangemessener gedanklicher Verarbeitungsmuster. Die entsprechenden Problemfelder können bei Bedarf durch ein Einzelgespräch noch vertieft werden. Um jedoch neue Verhaltens- und Denkmuster zu üben und deren Wirkung zu erfahren, bietet eine Gruppenbehandlung sehr gute Bedingungen.



RÜCKFALLPROPHYLAXE

Durch eine psychotherapeutische Behandlung (z.B. kognitive Verhaltenstherapie) sollen Sie in die Lage versetzt werden, zukünftig mit depressiven Beschwerden, Krisen und möglichen Rückfällen selbstständig umgehen zu können bzw. sich rechtzeitig die entsprechende Unterstützung zu holen. Hierfür ist es notwendig, dass Sie das im Rahmen Ihres stationären Aufenthaltes Gelernte im Alltag und bei Belastungen anwenden. Dafür ist es wichtig, die wahrscheinlich auftretenden Belastungen und Krisen anzusprechen und Möglichkeiten der Überwindung zu besprechen.

Es kann sinnvoll sein, dass Sie ambulant eine psychotherapeutische Behandlung aufnehmen bzw. fortführen (evtl. auch nervenärztliche Behandlung), um Schwierigkeiten bei der Umsetzung der hier erlernten neuen Sichtweisen in den Alltag besprechen zu können und die Anpassung an eintretende Belastungen zu erleichtern. Außerdem können in einer ambulanten weiterführenden Psychotherapie Rückfall- und Krisenpläne erarbeitet, bzw. auch Familienmitglieder bei Bedarf in die Behandlung mit einbezogen werden.

Am Ende einer Behandlung erweist es sich als günstig, die Therapiekontakte allmählich auszuschleichen und immer größere Abstände zwischen den Sitzungen zu wählen, um über einen längeren Zeitraum (ca. ein Jahr oder länger) bei Krisen bzw. Stimmungseinbrüchen noch einen kompetenten Ansprechpartner schnell zur Verfügung zu haben. Hierdurch können aktuelle Rückschläge bearbeitet und mit den bereits erlernten Strategien behandelt werden. Häufig reichen diese therapeutischen Unterstützungen, die Problemanalyse und Planung der Problembewältigung in einer Sitzung aus, um auf einen neuen und nicht in die Depression mündenden Weg zurückzuführen.

Über Möglichkeiten einer ambulanten Psychotherapie können Sie Ihr Bezugstherapeut bzw. Ihre Krankenkasse unterrichten. Im Bedarfsfall ist jedoch auch eine rechtzeitige medikamentöse Behandlung (insbesondere bei der phasenhaft verlaufenden depressiven Störung) notwendig, sodass hierzu dann beim Auftreten erster Anzeichen einer erneuten depressiven Phase frühzeitig ein Nervenarzt konsultiert werden sollte.

EFFEKTIVITÄT DER BEHANDLUNG

Der wichtigste Wirkfaktor ist Ihre Bereitschaft zur Mitarbeit und zur Veränderung von liebgewonnenen Lebensgewohnheiten. Dies beinhaltet auch den Mut, neue Wege zu gehen, sodass sich hier an dieser Stelle wieder der Kreis zu dem am Anfang dargestellten Märchen schließt. Letztendlich tragen Sie die Verantwortung für Ihr Wohlbefinden und Ihre weitere Lebensgestaltung. Eine Therapie kann nur das bewirken, was Sie selbst bereit sind zu verändern. Sollte eine Behandlung also nicht den gewünschten Erfolg erzielen, so liegt es nicht ausschließlich an der Therapie. Auch ein Medikament kann nur wirken, wenn es entsprechend der Verordnung eingenommen wird. Dies gilt auch für psychotherapeutische Maßnahmen, auch wenn sie manchmal sehr banal erscheinen.

Wir wünschen Ihnen bei der Behandlung viel Erfolg und auch Spaß bei der Erprobung neuer Denk- und Verhaltensmuster, da hierin eine große Chance liegt und es sehr spannend sein kann. Ihr Therapeut wird Sie bei Ihren Bemühungen unterstützen.

VIEL ERFOLG

BUIJSSEN H, GRAMBOW E (2019)**Depression. Helfen und sich nicht verlieren:**

Ein Ratgeber für Freunde und Familie.

*Beltz***GIGER-BÜTLER J (2019)****Sie haben es doch gut gemeint –
Depression und Familie.***Beltz***GIGER-BÜTLER J (2007)****Endlich frei – Schritte aus der Depression.***Beltz***HANSCH D (2013)****Erfolgreich gegen Depression und Angst:**

Wirksame Selbsthilfe –

Anleitungen Schritt für Schritt –

Fallbeispiele und konkrete Tipps.

Mit Hörbuch zum Download.

*Springer***HEGERL U, NIESCKEN S (2013)****Depressionen bewältigen –
die Lebensfreude wiederfinden.***TRIAS***NUBER U (2006)****Depression: Die verkannte Krankheit.***dtv***POTRECK-ROSE F (2018)****Von der Freude, den Selbstwert zu stärken.***Klett-Cotta***RIECKE-NIKLEWSKI R, NIKLEWSKI G (2016)****Depressionen überwinden: Niemals aufgeben!***Stiftung Warentest***SCHULZ VON THUN F (2019)****Miteinander reden 1 – Störungen und Klärungen.***rororo***SCHULZ VON THUN F (2019)****Miteinander reden 2 – Stile, Werte,
Persönlichkeitsentwicklung.***rororo***SCHULZ VON THUN F (2019)****Miteinander reden 3 – Das 'Innere Team' und
situationsgerechte Kommunikation.***rororo***VON HIRSCHHAUSEN E (2011)****Mein Glück kommt selten allein.***rowohlt***WATZLAWIK P (2009)****Anleitung zum Unglücklichsein.***Piper***WATZLAWIK P (2008)****Wenn Du mich wirklich liebst,
würdest Du gern Knoblauch essen.***Piper*

MEDICLIN

Okenstraße 27

77652 Offenburg

Telefon 0 800 44 55 888

servicehotline.mediclin@mediclin.de



Unsere Standorte –
ein starkes Netzwerk
medizinischer
Versorgung.

www.mediclin.de

- Akuteinrichtung
- Rehabilitations-Zentrum
- Privatklinik
- Pflegeeinrichtung
- Medizinisches Versorgungszentrum

Stand 03/2020