



Depression

| | |
|--|-----------|
| Einleitung/Vorwort | 5 |
| 1 Allgemeine Informationen (Zahlen, Daten, Fakten) | 7 |
| 2 Bündnis gegen Depression im Kreis Wesel | 8 |
| 3 Krankheitsbild | 11 |
| 3.1 Wie äußert sich eine Depression? | 13 |
| 3.2 Wie entsteht eine Depression? | 14 |
| 3.3 Bin ich gefährdet? | 16 |
| 3.4 Suizidalität | 16 |
| 4 Wo finde ich Hilfe? | 19 |
| 4.1 Medizinische Hilfe | 19 |
| 4.1.1 Hausarzt | 19 |
| 4.1.2 Facharzt | 19 |
| 4.1.3 Klinik | 22 |
| 4.2 Psychotherapeutische Behandlung | 25 |
| 4.2.1 Wie bekomme ich einen Psychotherapieplatz? | 26 |
| 4.3 Psychosoziale Versorgung | 27 |
| 4.3.1 Sozialpsychiatrischer Dienst | 28 |
| 4.3.2 Sozialpsychiatrische Zentren | 32 |
| 4.3.3 Gerontopsychiatrische Beratung | 35 |
| 4.4 Erfahrungsgruppen für Menschen mit Depressionen | 38 |
| 4.5 Weitere Beratungsstellen | 38 |
| 4.6 Selbsthilfe | 39 |
| 5 Service | 41 |
| 5.1 Adressen | 41 |
| 5.2 Links | 43 |
| 5.3 Literaturhinweise [Quelle: „Deutsches Bündnis gegen Depression“] | 43 |
| 5.4 Selbsttest | 45 |

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

ich freue mich, Ihnen das neue Magazin „InForm 2018“ zum Schwerpunktthema Depression vorstellen zu können. Der Kreis Wesel veröffentlicht seit 2000 dieses, wie ich finde, besondere und kostenlose Informationsmagazin zu aktuellen Themen aus den Bereichen Gesundheit, Pflege und Soziales. Ziel war und ist es, Sie, liebe Leserinnen und Leser, möglichst verständlich über spezielle Themen der genannten Bereiche zu informieren und auf die vorhandenen Beratungs- und Hilfsmöglichkeiten im Kreis Wesel aufmerksam zu machen.

Warum ist das Thema Depression für den Kreis Wesel von besonderer Bedeutung? Allein die Zahlen und Statistiken sprechen dafür, sich mit dieser Volkskrankheit kreisweit auseinander zu setzen: Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) leiden über fünf Millionen Menschen in Deutschland an einer behandlungsbedürftigen Depression. Nahezu 8.000 Menschen begehen jährlich in Zusammenhang mit einer depressiven Erkrankung Suizid. Jeder zehnte Mensch wird bundesweit im Laufe seines Lebens mindestens einmal in eine ernsthafte Depression fallen. Nur 30 % der Depressionen werden überhaupt erkannt, gerade mal 10 % der Erkrankten erhalten eine optimale Behandlung. Der Mehrzahl der Betroffenen könnte jedoch durch spezielle Medikamente (Antidepressiva) und/oder Psychotherapie erfolgreich geholfen werden.

Depressionen werden nach Aussage des „Deutschen Bündnisses gegen Depression“ selbst von Fachleuten noch immer zu häufig übersehen.

All dies zeigt mir, dass hier ein Handlungsbedarf – auch auf kommunaler Ebene – besteht. Doch was kann in diesem Bereich getan werden? Gibt es bei dieser häufigen psychischen Erkrankung überhaupt eine Einflussmöglichkeit?

Ja, denn es kann aufgeklärt werden: Je mehr Informationen in der Bevölkerung und teilweise auch im Gesundheitswesen verbreitet werden, desto höher ist die Chance, eine Depression rechtzeitig zu erkennen und erfolgreich zu behandeln.

Ja, denn die Vernetzung und Zusammenarbeit insbesondere im Gesundheitswesen kann verbessert werden: Ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage und Optimierung der Versorgung liegt darin, im Gesundheitswesen enger zum Wohl der Betroffenen zusammenzuarbeiten.

Gerade aus der Notwendigkeit der Aufklärung und der besseren Zusammenarbeit heraus ist der Kreis Wesel bereits 2012 dem "Deutschen Bündnis gegen Depression" beigetreten. Hierzu wurde eine Facharbeitsgruppe mit Fachleuten aus der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung gebildet. Diese Facharbeitsgruppe analysierte die Versorgungssituation im Kreis Wesel und formulierte Handlungsfelder.

Was möchte das Bündnis erreichen?

Drei Botschaften stehen im Mittelpunkt: Depression kann jede/n treffen, Depression hat viele Gesichter (sprich: die Anzeichen und Symptome sind unterschiedlich) und eine Depression ist behandelbar. Durch diese Bevölkerungsinformation sollen Tabus abgebaut und Hemmschwellen bei der Suche nach professioneller Hilfe beseitigt werden.

Die vorliegende Ausgabe von „InForm“ will hierzu einen Beitrag leisten.

Ich hoffe, dass Sie dieses Heft mit Gewinn lesen und ein wenig mehr über die Volkskrankheit Depression erfahren.

Ich wünsche Ihnen alles Gute und vor allem eine „gute Gesundheit“.

Ihr Landrat



Dr. Ansgar Müller

1. Allgemeine Informationen (Zahlen, Daten, Fakten)

Depressionen zählen zu den Volkskrankheiten, wie Herzinfarkt, Schlaganfall und Krebserkrankungen.

Depressionen treten in allen Bevölkerungsgruppen auf. Diese Erkrankung ist die wichtigste Ursache für Behinderungen und laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind rund 350 Millionen Menschen weltweit an einer Depression erkrankt.

Die Häufigkeit, einmal im Leben an einer Depression zu erkranken (Lebenszeitprävalenz), reicht von etwa 3 % in Japan bis zu 16,9 % in den USA.

Situation in Deutschland

Mindestens 8,2 % aller erwachsenen Menschen in Deutschland leiden aktuell an einer depressiven Erkrankung. Dies sind etwa 5,3 Millionen Menschen.

In einer Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) und der Studie zur Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015- EHIS) wurden in einer Stichprobe von mehr als 23.000 Personen im Alter von 18 bis 79 Jahren depressive Symptome sowie ärztlich diagnostizierte Depressionen erhoben. Demnach besteht aktuell eine depressive Symptomatik bei 10,1 % der Erwachsenen, wobei Frauen mit 11,6 % häufiger betroffen sind als Männer mit 8,6 %.

[Quelle: Jacobi et.al. 2016 Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH); Robert-Koch-Institut: Journal of Health Monitoring 2017]

Für den Kreis Wesel ergibt sich daraus, dass während eines Jahres rund 30.000 Menschen an einer Depression erkrankt sind. *[Quelle: Bevölkerungsstatistik Kreis Wesel und Robert-Koch-Institut]*

Das Risiko, an einer Depression zu erkranken, steigt bei Jugendlichen gegenüber Kindern an:

- Bei Kindern im Vorschulalter liegt die Häufigkeit bei ca. 1 %.
- Im Grundschulalter sind ca. 2 % der Kinder betroffen.
- Aktuell leiden 3 bis 10 % aller Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren unter einer Depression. Das macht durchschnittlich zwei Schüler pro Klasse.

[Quelle: www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/depression-in-verschiedenen-facetten/depression-im-kindes-und-jugendalter]

2. Bündnis gegen Depression im Kreis Wesel

Deutsches Bündnis gegen Depression – das bundesweite Netzwerk (März 2017)

| | | |
|-------------------------------|---------------------------------|--------------|
| 1 <u>Aachen</u> | 42 Marburg | 83 Osnabrück |
| 2 <u>Alzey-Worms</u> | 43 <u>Memmingen-Unterallgäu</u> | |
| 3 Berlin | 44 München | |
| 4 Bernkastel-Wittlich | 45 Münster | |
| 5 Bochum | 46 Neckar-Alb | |
| 6 Bonn/ Rhein-Sieg | 47 Neckar-Odenwald-Kreis | |
| 7 Bremen | 48 Nordhessen | |
| 8 Cham | 49 Nürnberg | |
| 9 Darmstadt | 50 Nürnberger Land | |
| 10 <u>Dillingen</u> | 51 <u>Oberhausen</u> | |
| 11 <u>Dithmarschen</u> | 52 Weser-Ems | |
| 12 Donau-Bodensee | 53 Olpe-Siegen-Wittgenstein | |
| 13 <u>Dortmund</u> | 54 <u>Ostfriesland</u> | |
| 14 Dresden | 55 Paderborn | |
| 15 Duisburg | 56 Plauen/Vogtlandkreis | |
| 16 <u>Düren</u> | 57 <u>Kreis Plön</u> | |
| 17 Düsseldorf | 58 Recklinghausen | |
| 18 Eisenhüttenstadt | 59 Regensburg | |
| 19 Erlangen | 60 Rhein-Ahr-Wied | |
| 20 Essen | 61 Rhein-Hunsrück-Kreis | |
| 21 <u>Flensburg</u> | 62 Rhein-Neckar-Süd | |
| 22 Freiburg | 63 Rostock | |
| 23 Fulda | 64 Saarland | |
| 24 Fürth | 65 Schleswig-Flensburg | |
| 25 Göppingen | 66 Schwarzwald/ Zollern-Alb | |
| 26 Kreis Groß Gerau | 67 <u>Schwerin</u> | |
| 27 Gütersloh | 68 Stadtroda-Thüringen | |
| 28 Hamburg-Harburg | 69 Kreis Steinfurt | |
| 29 <u>Hanau</u> | 70 Kreis Wesel | |
| 30 Hannover | 71 Würzburg | |
| 31 <u>Heidenheim</u> | 72 Wuppertal | |
| 32 Herne | 73 Hochsauerlandkreis | |
| 33 Hildesheim/ Peine/ Gifhorn | 74 Rheinisch-Bergischer Kreis | |
| 34 <u>Ingolstadt</u> | 75 Rottal-Inn | |
| 35 Kaiserslautern/Westpfalz | 76 Saalfeld-Rudolstadt | |
| 36 <u>Kempten</u> | 77 Frankfurt am Main | |
| 37 Landau-Südliche Weinstraße | 78 Görlitz | |
| 38 Leipzig | 79 Leverkusen | |
| 39 <u>Lübeck</u> | 80 Emsland | |
| 40 Halle (Saale) | 81 Schaumburg | |
| 41 Mainz | 82 Rotenburg (Wümme) | |



* offizielle Kampagne beendet, teilweise weiterhin Aktivitäten

Bereits im Jahr 2012 trat der Kreis Wesel dem „Deutschen Bündnis gegen Depression e.V.“ bei und gründete das „Bündnis gegen Depression im Kreis Wesel“.

Viele verschiedene Regionen in Deutschland und in Europa haben regionale Bündnisse gegründet, welche die Ziele verfolgen:

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

Im Vordergrund des hiesigen Bündnisses steht dabei die Information der Bevölkerung

über die Krankheit Depression. Hier sollen insbesondere drei Botschaften vermittelt werden:

- Depression kann jeden treffen,
- Depression hat viele Gesichter (sprich: die Anzeichen und Symptome sind unterschiedlich) und
- eine Depression ist behandelbar.

Dazu wurde eine Arbeitsgruppe mit Fachleuten aus dem Kreis Wesel eingerichtet. Vertreten sind hier Mitarbeitende der psychiatrischen Fachabteilungen des St. Josef Krankenhauses GmbH, Moers, und des St. Vinzenz Hospitals, Dinslaken, Vertretungen von Hausärzten, Fachärzten für Psychiatrie

und Psychotherapie, psychologischen Psychotherapeuten, die drei Sozialpsychiatrischen Zentren im Kreis Wesel, die Selbsthilfe-Kontaktstelle, Krankenkassenvertretungen, ein Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes, die gerontopsychiatrischen Fachberaterinnen sowie die Koordination der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung im Kreis Wesel.

In den vergangenen Jahren haben viele verschiedene Aktionen stattgefunden, um über die Erkrankung Depression zu informieren und die Bevölkerung aufzuklären.

Ein innovativer Weg der Öffentlichkeitsarbeit wurde gemeinsam mit dem Schloßtheater Moers beschritten. Im März 2014 hat ein Aktionstag „Depression und Gesellschaft“ stattgefunden. Unter dem Titel „Krise als Chance“ haben diverse Lesungen, Vorträge und musikalische Darbietungen mögliche gesellschaftliche Ursachen der Thematik beleuchtet. Dies war eingebettet in die Spielzeit des Theaterstückes „Under Cover“, einem Rechercheprojekt von Barbara Wachendorff.

Hier stellten zwei professionelle Schauspieler gemeinsam mit Betroffenen in regelmäßigen Vorstellungen verschiedene Aspekte der Depression als Teil eines gesellschaftlichen Phänomens dar.

Diese künstlerische Art der Begegnung mit der Depression wurde dann 2015 durch die Fotoausstellung „Wege aus der Depression“, welche insgesamt für vier Wochen im Kreis Wesel zu sehen war, vertieft. Hier konnten

Interessierte sich von Betroffenen gemachte Fotos, die den jeweils individuellen Weg aus der Depression zeigen, ansehen. Ummantelt wurde die Ausstellung von zwei Vortragsveranstaltungen, die auf der einen Seite vertiefendes Wissen zu einer guten Depressionsbehandlung vermittelten und zum anderen die Depression im Wandel der Zeit beleuchteten.

2016 lag der Schwerpunkt auf dem Start der „Erfahrungsgruppen für Menschen mit Depressionen im Kreis Wesel“. Hier gelang es, durch Kooperation mit dem Duisburger Bündnis gegen Depression und der BKK Novitas ein Angebot für depressiv erkrankte Menschen, die auf einen Therapie- oder Behandlungsplatz warten, zu starten. (siehe 4.5)

Im März 2017 fand eine gut besuchte Nachmittagsveranstaltung zum Thema „Suizidalität bei Depressionen“ statt. Hier wurde die wichtige - aber häufig aus Scheu nicht thematisierte - Problematik der Suizidalität aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet. Ein besonderes Augenmerk der sich an Fachleute aus der psychosozialen Versorgung richtenden Vorträge lag auf dem Umgang mit Suizidalität. Die Möglichkeit, direkt Fragen an die Experten zu richten, wurde durch die mehr als 80 Teilnehmenden rege genutzt.

Zwei Workshops mit dem Titel „Depression – und jetzt?!“ fanden 2017 in Wesel und Moers statt. Hier hatten die etwa 120 Betroffenen, die die Veranstaltungen besuchten, die Möglichkeit, sich über die Erkrankung und deren

Behandlungsmöglichkeiten zu informieren. Darüber hinaus konnten sie in praktischen Workshops erleben, welche Möglichkeiten es neben der klassischen medizinischen und psychotherapeutischen Behandlung gibt, um den Verlauf der Erkrankung und die Lebensqualität positiv zu beeinflussen.

Ausblick:

Weiterhin ist es dem Bündnis gegen Depression ein Anliegen, über die Erkrankung und die Auswirkungen aufzuklären, um Vorurteile abzubauen und dem Stigma entgegen zu wirken.

Neben der Zielgruppe der Betroffenen sollen auch die Angehörigen in den Blick genommen werden. Die Erkrankung betrifft nicht nur die Betroffenen selber sondern in der Regel auch das nahe soziale Umfeld.

Darüber hinaus wurde die Kooperation mit der BKK Novitas für weitere drei Jahre verlängert, so dass die „Erfahrungsgruppen für Menschen mit Depression im Kreis Wesel“ vorerst bis Ende 2020 angeboten werden können.

3. Krankheitsbild

Jeder Mensch kennt Phasen in seinem Leben, in denen er „schlecht drauf“ ist. Das Wetter, Stress am Arbeitsplatz, Streit in der Familie; all das und vieles mehr sind Gründe dafür. Häufig wird auch im Alltag der Begriff „Depression“ gebraucht, um diesen Zustand zu beschreiben: „Ich fühle mich depressiv.“

Die Depression im medizinischen Sinne ist jedoch etwas anderes. Hiermit ist nicht eine vorübergehende Phase von Niedergeschlagenheit oder Trauer gemeint.

Die Depression ist eine ernstzunehmende Erkrankung, die ein erhebliches – auch körperliches – Leiden verursacht. Sie beeinträchtigt die Stimmung, das Denken und Fühlen der Betroffenen. Depressiv Erkrankte sind in ihrer gesamten Lebensführung beeinträchtigt. Häufig bestehen Suizidgedanken – was die Depression unter Umständen zu einer tödlichen Krankheit macht.

Depression kann jeden treffen. Allein in Deutschland leiden derzeit rund fünf Millionen Menschen an einer Depression. Betroffenen sind alle Altersgruppen. Berufe und auch die soziale Lage spielen keine Rolle. Die Depression ist kein Ausdruck des persönlichen Versagens.

Depression hat viele Gesichter. Oft kommt die Depression quasi aus heiterem Himmel. Sie kann sich aber auch langsam anschleichen. Manchmal ist sie nur schwer von einer Befindlichkeitsstörung oder einer Lebenskrise zu unterscheiden. Häufig äußert sie sich auch durch (begleitende) körperliche Symptome. Hier sind die besonderen Fähigkeiten

der Ärzte gefragt, durch genaues Nachfragen eine Depression zu diagnostizieren.

Depression ist behandelbar. Aber wie bei anderen Erkrankungen auch gilt: je eher sie erkannt und behandelt werden, desto größer der Behandlungserfolg. Die wichtigsten Säulen der Behandlung sind die Einnahme von Medikamenten (Antidepressiva) und die Psychotherapie. Die Behandlung mit Medikamenten gilt inzwischen als unverzichtbares und wirksames Heilverfahren. Wichtig ist hier zu wissen, dass Antidepressiva nicht süchtig machen und auch keine Persönlichkeitsveränderung verursachen. Aber auch psychotherapeutische Verfahren wie z.B. die kognitive Verhaltenstherapie haben ihren festen Platz bei der Behandlung der depressiven Erkrankung. Oft werden beide Therapieformen kombiniert. Hinzu können andere therapeutische Angebote kommen, die zur Verbesserung der Symptomatik, der Alltagsbewältigung und der Lebensqualität beitragen.

Fallbeispiel

Herr S., aus D., 53 Jahre:

„Ich kann gar nicht genau sagen, wann das bei mir anfing. Eigentlich ist alles gut, sollte man meinen. Ich arbeite in einer leitenden Position, habe Frau und 2 Kinder und viele sagen, wir würden ein Leben wie aus dem Bilderbuch führen.“

Aber irgendwann muss es ja angefangen haben. Als ich es bemerkt habe, war es irgendwie schon zu spät. Es ist so über mich gekommen. Auf einmal konnte ich kaum noch aufstehen. Alles war mir zu viel. Die Arbeit,

die ich sonst wirklich gerne gemacht habe, hat mich überfordert. Wenn ich dann nach Hause gekommen bin, wollte ich eigentlich nur noch ins Bett und mir die Decke über den Kopf ziehen. Selbst zum Abendessen mit der Familie musste ich mich aufraffen. Das einzige was noch einigermaßen funktionierte, war das pünktliche Erscheinen auf der Arbeit. Musste ja schließlich sein, mein Verdienst war unsere Existenzgrundlage.

Meine Frau sprach mich schon früh auf mein verändertes Verhalten an, aber ich wollte nicht zuhören, oder es vielleicht auch nicht wahr haben. So habe ich es immer abgetan, habe mir und ihr eingeredet, dass ich einfach viel Stress im Büro hätte und deshalb müde sei.

Eines Tages war es dann soweit, meine Arbeitsleistung hatte stark nachgelassen, ich konnte mich nicht mehr konzentrieren, war in Besprechungen nicht aufmerksam, und mein Vorgesetzter sprach mich darauf an.

In diesem Gespräch schaffte ich es noch so gerade, mich aufrecht zu halten. Anschließend ging ich jedoch nach Hause und ich hatte das Gefühl, alles gleite mir aus den Händen.

Jetzt war die Depression nicht nur in meinem Privatleben, sondern auch auf der Arbeit angekommen. Ich war total hoffnungslos, hatte das Gefühl, es wird nie wieder besser werden.

Am nächsten Tag meldete ich mich krank. Und an dem darauffolgenden Tag auch. Ab dem dritten Tag benötige ich ein Attest des behandelnden Arztes und so quälte ich mich zu meinem Hausarzt. Diesem schilderte ich

verschiedene Beschwerden, aber so richtig mit der Wahrheit traute ich mich nicht raus. Ich erzählte ihm, dass ich schlecht schlafe und immer müde sei und wohl deshalb auch verspannt wäre und mich nicht gut konzentrieren könne.

Aufgrund meiner Schilderung schrieb er mich eine Woche krank, und falls es nicht besser würde, solle ich in der nächsten Woche wiederkommen.

In der darauffolgenden Woche kam ich in die Praxis und die Sprechstundenhilfe gab mir einen Bogen mit verschiedenen Fragen, welche ich beantworten sollte, bevor ich zum Arzt reinginge. Ich sollte meine Stimmung und Gefühle der letzten Wochen mit ein paar Ja/Nein Fragen beantworten.

Den ausgefüllten Bogen nahm ich dann mit ins Sprechzimmer und nachdem der Arzt sich diesen angesehen hatte, sprach er mich darauf an, dass meine Symptome und auch die Auswertung des Testes darauf hinwiesen, dass ich eine Depression hätte. Er stellte mir daraufhin noch verschiedene Fragen, welche ich ihm beantwortete.

Nach dem Gespräch verschrieb er mir ein Antidepressivum. Außerdem wollte er mich in zwei Wochen wiedersehen. Ich war ehrlich gesagt skeptisch und nahm das Rezept erstmal mit nach Hause. Nachdem ich mit meiner Frau darüber gesprochen hatte, haben wir das Medikament in der Apotheke besorgt und ich entschied mich, es zumindest zu versuchen. Ich hatte ja nichts zu verlieren. Der Arzt hatte mich schon darauf hingewiesen, dass ich es erst einmal 2 – 3 Wochen regelmäßig einnehmen müsse, bevor ich eine Wirkung feststellen könne.

Ich nahm die Tablette regelmäßig ein, und auch meine Frau achtete mit mir gemeinsam darauf, dass ich sie nahm. Beim nächsten Arzttermin konnte ich mitteilen, dass ich mich deutlich besser fühlte. Meine Ängste, dass das Antidepressivum abhängig macht oder mich verändert, konnte der Arzt mir nehmen.

Er schrieb mich noch eine weitere Woche krank und im Anschluss daran sollte ich meiner Tätigkeit wieder nachgehen.

Ich habe dann all meinen Mut zusammengekommen und ein Telefonat mit meinem Chef geführt, bevor ich wieder angefangen habe zu arbeiten. In diesem Gespräch berichtete ich davon, dass ich eine Depression hätte und er war dankbar dafür, dass ich so offen zu ihm gewesen bin.

Mithilfe der Medikamente und dank der Unterstützung durch meine Frau geht es mir heute viel besser. Der Tiefpunkt ist jetzt 3 Monate her. Natürlich gibt es immer noch gute und weniger gute Tage. Das Antidepressivum nehme ich nach wie vor ein und mein Hausarzt betreut mich weiter. Er hat mir auch eine Liste mit verschiedenen Beratungsstellen gegeben, an welche ich mich wenden kann. Bisher habe ich keine davon aufgesucht, aber meine Frau hat ein Beratungsgespräch im sozialpsychiatrischen Dienst wahrgenommen, um ihre Situation bei meiner Erkrankung zu besprechen.

Denn das ist mir deutlich geworden: Meine Depression hat nicht nur mich getroffen, sondern auch meine Familie.“

3.1 Wie äußert sich eine Depression?

Depressionen gehen häufig mit Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit und mit gedrückter Stimmung einher. Betroffene berichten von innerer Leere, davon, keine Gefühle mehr zu empfinden und kein Interesse mehr an den Dingen zu haben, die ihnen vorher Freude bereitet haben.

Zusätzlich haben Betroffene häufig das Gefühl, selbst an ihrer Situation Schuld zu haben. Sie fühlen sich nicht mehr wertvoll und glauben, dass sie es nicht wert sind, dass Angehörige, Freunde und andere sich um sie kümmern.

Es fällt depressiv erkrankten Menschen schwer, optimistisch in die Zukunft zu blicken und für sich positive Zukunftsperspektiven zu entwickeln.

Sie können sich nur schwer konzentrieren und leiden unter herabgesetzter Aufmerksamkeit.

Häufig kommen noch Appetitlosigkeit und Schlafstörungen in Form von Ein- und Durchschlafstörungen sowie ein ausgeprägtes Morgentief hinzu.

Suizidgedanken und -handlungen können ebenfalls Symptome der Erkrankung „Depression“ sein. Die Betroffenen wünschen sich, aus der für sie ausweglosen Situation irgendwie zu entkommen. Im schlimmsten Fall dadurch, dass sie ihr Leben beenden.

Gar nicht selten treten noch weitere rein körperliche Symptome, wie beispielsweise Kopf-

und Rückenschmerzen, Atembeschwerden, Herz-Kreislauf-Beschwerden usw. auf, die zuerst einmal im Vordergrund stehen und es erschweren, eine Depression zu erkennen und zu diagnostizieren.

Es gibt also zahlreiche und sehr unterschiedliche Symptome, die auf eine depressive Erkrankung hinweisen. Sie äußern sich bei jedem davon betroffenen Menschen unterschiedlich intensiv und ausgeprägt.

3.2 Wie entsteht eine Depression?

Es ist noch nicht abschließend erforscht, was genau der Auslöser für eine Depression ist.

Fest steht, dass verschiedene Faktoren bei der Entstehung einer Depression eine Rolle spielen. Biologische, psychische und soziale Aspekte wirken zusammen.



Diese Faktoren lassen sich bildlich darstellen, wie die zwei Seiten einer Medaille:

| Psychosoziale Aspekte | | Neurobiologische Aspekte | |
|-----------------------------|---|--------------------------|--|
| Erhöhte Anfälligkeit | z. B. durch frühe traumatische Erlebnisse | | z. B. genetische Faktoren (Vererbung) |
| Auslöser | z. B. Verlusterlebnisse, chronische Überlastung, Urlaubsantritt | | z. B. Veränderungen auf der Stresshormonachse |
| Depressiver Zustand | z. B. Freudlosigkeit, Hoffnungslosigkeit | | z. B. Ungleichgewicht der Botenstoffe in bestimmten Hirnregionen |
| Therapie | Psychotherapie | | medikamentöse Therapie |



Quelle: www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/ursachen-und-ausloeser

Auf der linken Seite sind die psychosozialen Faktoren dargestellt, die auf eine Person einwirken. Hier finden Überforderungen, Stress, traumatische Erfahrungen etc. ihren Platz. Aber auch scheinbar positive Erlebnisse, wie die Geburt eines Kindes oder eine Beförderung, können als Auslöser für eine Depression gelten. Sie erhöhen unter Umständen das Risiko, an einer Depression zu erkranken. Hier setzt die Psychotherapie als Behandlungsmöglichkeit an.

Die rechte Seite des Schaubildes stellt die körperlichen Ursachen, wie etwa genetische Faktoren, die die Sensibilität, depressiv zu erkranken, erhöhen und die Veränderungen des hormonellen Gleichgewichts etc. dar.

Studien belegen eine familiäre Häufung von Depressionen. Ist beispielsweise ein Elternteil an einer depressiven Episode erkrankt, erhöht sich das Risiko des Kindes um 12 %,

ebenfalls daran zu erkranken. Sind beide Elternteile betroffen, steigt das Risiko um 28,5 %.

Ebenfalls zu den körperlichen Aspekten gehören die neurobiologischen Faktoren. Hierzu zählen zum einen die Veränderungen der Botenstoffe im Gehirn (Serotonin, Noradrenalin etc.) und zum anderen hormonelle Veränderungen (dauerhafter Ausstoß von Stresshormonen, wie Cortisol).

An den neurobiologischen Ursachen setzen die verschiedenen Antidepressiva mit ihren Wirkungen an.

Antidepressiva machen entgegen vieler Vorurteile **nicht** abhängig und verändern auch die Persönlichkeit **nicht**. Die positive Wirkung des Medikamentes tritt jedoch je nach gewähltem Wirkstoff erst nach einigen Tagen bis Wochen kontinuierlicher Einnahme ein.

Nach heutigen Forschungsergebnissen ist die Entstehung einer Depression in der Regel ein Zusammenspiel beider Seiten. Es geht nicht um die „Entweder – Oder“-Frage, sondern um sich ergänzende komplementäre Sichtweisen zur Behandlung der Erkrankung.

3.3 Bin ich gefährdet?

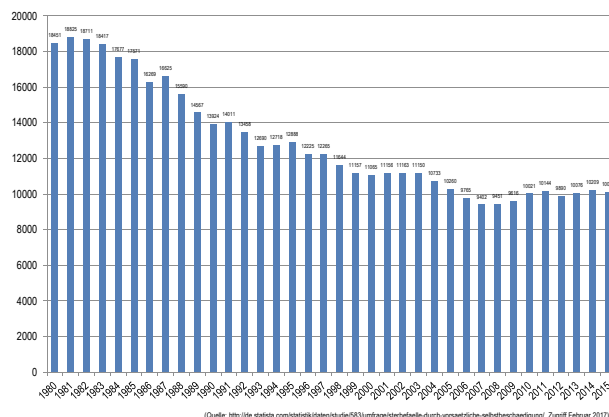
Im Anhang auf Seite 45 finden Sie einen Selbsttest, entwickelt vom Bündnis gegen Depression in Leipzig, Prof. Hegerl, welcher Ihnen eine erste Einschätzung dazu geben kann, ob Hinweise auf eine depressive Erkrankung vorliegen. Bitte beachten Sie, dass dieser Test nur Anhaltspunkte dazu geben kann, ob Anzeichen für eine depressive Erkrankung vorliegen. Falls dies bei Ihnen der Fall sein sollte, wenden Sie sich bitte an Ihren Arzt. **Der Selbsttest ersetzt keine ärztliche Diagnose.**

3.4 Suizidalität

Etwa 10.000 Menschen nehmen sich in Deutschland jährlich das Leben. Die Zahl der Suizidversuche wird auf etwa 100.000 pro Jahr in Deutschland geschätzt. Das bedeutet, dass alle 53 Minuten ein Mensch durch Suizid verstirbt und alle 5 Minuten ein Suizidversuch durchgeführt wird.

So verstarben 2015 in Deutschland 10.080 Menschen an einem Suizid, wobei statistisch gesehen dreimal mehr Männer als Frauen einen Suizid begehen.

Zum Vergleich hierzu sind im Jahr 2015 ca. 3.500 Menschen durch den Verkehr, ca.



Suizide in Deutschland 1998 – 2015

Quelle: www.gbe-bund.de

1.200 Menschen durch Drogen und ca. 400 Menschen durch AIDS gestorben.

Besonders ältere Männer sind für Suizide als Risikogruppe zu betrachten. Frauen hingegen verüben deutlich mehr Suizidversuche, insbesondere in jüngeren Jahren.

Affektive oder Gemütsstörungen, speziell depressive Erkrankungen sind der häufigste Grund für suizidale Handlungen. Auch kritische äußere Ereignisse wie der Tod eines nahen Angehörigen, der Verlust des Arbeitsplatzes, Schulden oder chronische Erkrankungen können Suizidgedanken auslösen. Studien haben jedoch keinen direkten Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit oder schwerer Krankheit und Suizidalität gefunden, sondern gehen eher davon aus, dass die Mehrheit in der Lage ist, diese „Schicksalsschläge“ zu verarbeiten und nur ein kleiner Teil ohne das Vorhandensein einer psychiatrischen Erkrankung mit Suizidalität reagiert.

Daher gilt: **Die beste Suizidprävention ist die Behandlung der psychiatrischen Erkrankung.**

Es gibt Alarmzeichen, die auf eine konkrete Suizidgefahr hinweisen können. Hierzu zählen:

- Suizidandrohungen und -ankündigungen

Das Vorurteil, dass ein Mensch, der davon spricht, es doch nicht tut, ist falsch.

- *Große Hoffnungslosigkeit und unzureichend/fehlende Aufhellbarkeit*

- *Kein offener/glaubwürdiger Umgang bei direkter Ansprache zum Thema oder Verneinung von Suizidäußerungen, die vor anderen getätigt wurden*

- *Angelegenheiten ordnen, Abschied nehmen*

Viele Menschen verschenken Wertgegenstände, verabschieden sich, verfassen ihr Testament. Sie wirken auf Außenstehende ruhiger, weniger verzweifelt, wenn einmal der feste Entschluss zum Suizid gefasst wurde. Das Umfeld kann zu dem trügerischen Schluss kommen, dass es dem Betroffenen wieder besser geht.

Wenn Anzeichen für eine konkrete Suizidgefahr vorliegen, sollte das Thema in ruhiger und sachlicher Weise angesprochen werden. In der Regel stellt es für den Betroffenen eine Entlastung dar, wenn er mit einer anderen Person über die quälenden Gedanken sprechen kann. Darüber hinaus sollte das Umfeld den Betroffenen dabei unterstützen, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Hilfs- und Unterstützungsadressen finden Sie im Anhang.

Ganz wichtig bei akuter Suizidalität ist, nicht alleine in der aussichtslos erscheinenden Situation zu verbleiben.

Ist ein Mensch in einer akuten Suizidalität nicht mehr durch Gespräche erreichbar und nicht bereit, gemeinsam Hilfe aufzusuchen, sollte zu seinem Schutz der Notarzt verständigt werden. Diesem sollte die Situation genau berichtet werden.

Wichtig ist, Zeit zu gewinnen, da der Wunsch zu sterben in der Regel ein vorübergehender Zustand ist.

Fallbeispiel

Herr B. aus W., 58 Jahre:

„Ich habe schon immer während meines Lebens Phasen gehobener und dann wieder antriebsloser Stimmung gehabt.

Zum Glück hatte ich meine Familie und meine Arbeit. Damit konnte ich mich immer selber aus den Löchern befreien. Auch als meine Tochter anfang, unter Depressionen zu leiden, kam ich nicht auf die Idee, dass ich vielleicht auch eine Depression haben könnte.

Meine Tochter wurde dann vor 2 Jahren in einer Klinik behandelt. Als sie entlassen wurde, hatte sie vor, ein neues Leben anzufangen, hatte ihre Medikamente abgesetzt und nach wenigen Monaten war sie wieder depressiv und hat sich dann das Leben genommen, obwohl alles andere in ihrem Leben perfekt war.

In der Zeit danach habe ich mich viel mit dem Tod auseinandergesetzt und auch psychologische Hilfe gesucht.

Vor 6 Monaten wurde mir deutlich, dass mein Betrieb in Konkurs gehen würde. In dieser Zeit wurde ich depressiv.

Jetzt drängten sich immer wieder Gedanken auf, dass ich nicht mehr leben wollte. Ich habe mich über mehrere Wochen damit beschäftigt und eigentlich kann ich heute nicht mehr verstehen, warum ich andere Wege nicht mehr gesehen habe. Aber ich konnte mir nur noch vorstellen zu sterben.

Ich bin dann, nachdem ich versucht hatte, mir das Leben zu nehmen, notfallmäßig in eine Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie aufgenommen worden.

Dort habe ich an einer Mischung aus Einzel- und Gruppengesprächen, an kreativtherapeutischen Angeboten, Bewegung und Entspannung teilgenommen. Wichtig war für mich insbesondere die erste Zeit, in der Ärzte, Psychologen, Pflegekräfte, Kreativtherapeuten und Mitpatienten über die Diagnose, notwendige Behandlungsschritte und die Zeit nach der Klinik gesprochen haben.

Ich habe in dieser Zeit verstanden, dass ich vermutlich schon lange Depressionen hatte und diese früher hätte behandeln lassen können.

Ich habe zudem viel über die Krankheit meiner Tochter und den Weg in deren Suizid verstanden und beginne, meine, für mich noch offenen Fragen für immer zu beantworten.

Ich bin noch in ambulanter Behandlung und besuche zudem eine Selbsthilfegruppe für Männer mit depressiven Erkrankungen. Ich bin in meinem Leben wieder angekommen und es erscheint mir unvorstellbar, dass ich es war, der nicht leben wollte. Denn in meinem Leben gibt es Probleme, aber es erscheint mir nun möglich, diese zu bewältigen“.

4. Wo finde ich Hilfe?

Im Kreis Wesel existiert ein breites Netz an Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten für depressiv erkrankte Menschen und deren Angehörige/soziales Umfeld.

Im Folgenden werden die einzelnen Bereiche näher vorgestellt.

4.1 Medizinische Hilfe

Im Kreis Wesel gibt es etwa 536 niedergelassene Ärzte. Davon sind 245 in hausärztlichen Praxen tätig. 17,5 Ärzte sind als Psychiater/Neurologen und Ärzte für Nervenheilkunde tätig. Hinzu kommen 14 Ärzte, die (auch) psychotherapeutisch arbeiten. Darüber hinaus sind 58 psychologische Psychotherapeuten im Kreis Wesel zugelassen.

[Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Stand 2018]

Hinzu kommen in Dinslaken, Rheinberg und Wesel jeweils von den psychiatrischen Abteilungen der Krankenhäuser betriebene Institutsambulanzen, in denen Betroffene unter bestimmten Voraussetzungen ärztlich und/oder psychotherapeutisch behandelt werden können.

Nachstehend werden Ihnen die verschiedenen medizinischen Berufsbezeichnungen näher erläutert, damit Sie einen Überblick darüber bekommen, wie vielfältig das medizinische System ist. Ferner wird dargestellt, was bei einem Besuch in einer ärztlichen Praxis durchgeführt wird.

4.1.1 Hausarzt

Dieser hat nach einem abgeschlossenen Medizinstudium entweder die Facharztweiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin absolviert oder sich als Facharzt für innere Medizin mit hausärztlicher Versorgung niedergelassen. Hausärzte können auch in fachübergreifenden Versorgungszentren tätig sein.

Ihre Hausarztpraxis ist die erste Anlaufstelle für Sie, wenn Sie glauben, dass Sie an einer Depression leiden könnten oder ein Freund, eine Bekannte oder ein Familienmitglied betroffen ist. Sprechen Sie nicht nur über möglicherweise auftretende körperliche Symptome mit Ihrem Hausarzt, sondern auch über Veränderungen Ihrer Stimmung und Ihres seelischen Befindens.

Dort kennt man Sie meist schon seit Jahren und kann Ihre Beschwerden und Krankheitszeichen richtig einordnen. Darüber hinaus können Sie bei Bedarf von dort aus an einen anderen Facharzt, oder weitere Anlaufstellen, wie psychosoziale Dienste, weitergeleitet werden. Zögern sie nicht, Ihren Hausarzt auf das Thema Depression anzusprechen, denn er ist die erste Anlaufstelle in unserem Gesundheitswesen!

4.1.2 Facharzt

Unter der Bezeichnung „Facharzt“ werden die nachfolgenden Gruppen verstanden:

■ **Psychiater (Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie)**

haben im Anschluss an das Medizinstudium eine psychiatrische Facharztweiterbildung absolviert. Zudem sind sie

in der Regel auch psychotherapeutisch ausgebildet. Sie können sowohl Medikamente verschreiben als auch psychotherapeutische Verfahren anwenden.

■ **Neurologen (Fachärzte für Neurologie)**

haben ebenfalls ein Medizinstudium abgeschlossen und sich in ihrer anschließenden Facharztausbildung auf neurologische Erkrankungen konzentriert. „Nervenärzte“ ist eine ältere Bezeichnung für Neurologen und Psychiater. Diese haben sowohl eine Ausbildung in Neurologie als auch im Bereich Psychiatrie und behandeln auch Depressionen.

■ **Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie**

haben nach dem Medizinstudium eine psychotherapeutische und psychosomatische Weiterbildung absolviert und behandeln körperliche Beschwerden, die im Zusammenhang mit psychischen Prozessen stehen.

Doch was passiert bei einem Arztbesuch?

Erhebung der Leidens-/Krankheitsgeschichte

Zuerst wird eine Untersuchung des Patienten durchgeführt. Denn nur zusammen mit einer sorgfältigen Erhebung der Leidens-/Krankheitsgeschichte ist eine Diagnose möglich.

Die Untersuchung besteht aus einem Gespräch, in dem der Arzt die notwendigen Informationen über die Beschwerden und durch weitere gezielte Nachfragen auch über die Krankheitssymptome erhält. Meist geht es dabei zunächst um die akuten Probleme

und die Entwicklung der Beschwerden im zeitlichen Ablauf. Wichtig ist die Frage, ob früher bereits Depressionen aufgetreten waren. Auch die familiären und sozialen Hintergründe werden aufgearbeitet, und es wird auf die allgemeine biografische Entwicklung der Patienten eingegangen, um eventuell mögliche Einflüsse auf die akute Erkrankung aufzudecken.

Weiterhin ist die allgemeine Vorgeschichte mit Fragen nach aktuellen körperlichen Erkrankungen bzw. körperlichen Vorerkrankungen für die Gesamtbeurteilung wichtig. Es ist immer sehr hilfreich, wenn vorliegende Befundberichte über frühere Behandlungen und insbesondere auch eine aktuelle Liste einzunehmender Medikamente mitgebracht werden.

Ergänzend zu dem Gespräch wird in der Regel auch eine körperliche Untersuchung durchgeführt, denn eine gründliche körperliche und insbesondere neurologische Untersuchung ist zur Unterscheidung zwischen möglicherweise auch körperlich begründeten Erkrankungen sehr wichtig. Manchmal liegen unabhängige körperliche Erkrankungen vor, die erkannt und entsprechend behandelt werden müssen. Gegebenenfalls werden noch weitere Untersuchungen veranlasst, zum Beispiel Laboruntersuchungen oder apparative Diagnostik, wie zum Beispiel ein EEG oder bildgebende Verfahren, wie eine Kernspintomographie oder eine Computertomographie des Gehirns.

Dies leitet über zum nächsten Schritt, nämlich der Diagnosestellung bzw. Behandlung.

Behandlung

■ Gespräche

Sofern eine Depression festgestellt wird, spielt bei deren Behandlung wiederum das ärztliche Gespräch eine ganz zentrale Rolle. Das Gespräch erlebt der Patient als entlastend, denn in diesem kann über Probleme und Sorgen gesprochen werden. Es tut gut, dass jemand zuhört und Verständnis zeigt.

Die Gesprächsführung wird von dem Arzt mit einer konstruktiven Zielsetzung einerseits so gestaltet, dass der Patient dabei von sich aus zu neuen Erkenntnissen, wie z.B. Lösungen von Problemen, gelangen kann. Zum anderen werden durch unterstützende und ermunternde Bemerkungen Anregungen gegeben und Ratschläge erteilt, oder es wird auch Trost gesendet.

■ Medikamentöse Behandlung

Bei einer Depression wird oft auch eine medikamentöse Behandlung durchgeführt. Ob die Gabe von Antidepressiva in Ihrem Fall sinnvoll ist, sollte mit dem behandelnden Arzt besprochen werden. Die Entscheidung für oder gegen Medikamente hängt u.a. vom Schweregrad der Depression aber auch von den Präferenzen des Patienten ab. Es steht eine Reihe speziell für die Behandlung depressiver Erkrankungen zugelassene Medikamente zur Verfügung, die die Symptomatik einer Depression günstig beeinflussen und die auch gut verträglich sind. Trotzdem wird man bei der ambulanten Therapie in einer Praxis in aller Regel mit niedrigen Dosierungen beginnen und die Dosis langsam und vorsichtig steigern, um dadurch eine

möglichst optimale Verträglichkeit zu gewährleisten. Schlafstörungen lassen sich durch die entsprechenden Medikamente meist rasch bessern. Auch die Symptome der bedrückten oder traurigen Stimmung und des verminderten Antriebes können mit diesen Medikamenten gut gebessert werden. Antidepressiva machen nicht abhängig und verändern auch nicht die Persönlichkeit. Die positive Wirkung setzt mit einer zeitlichen Verzögerung ein, d.h. eine Besserung tritt erst 10 bis 20 Tage nach Behandlungsbeginn ein. Deswegen ist zunächst Geduld erforderlich.

Dies gilt für die Behandlung der Depression ganz allgemein. Leider kann nicht vorhergesagt werden, wie lange eine Depression anhält. Grundsätzlich ist daher zur Behandlung einer Depression immer ein ausreichend langer Zeitraum erforderlich. Auch wenn die Symptome sich schon deutlich gebessert haben oder verschwunden sind, ist es in der Regel notwendig, die Medikamente noch über einen gewissen Zeitraum hinweg weiter einzunehmen.

Prinzipiell können depressive Phasen komplett und folgenlos ohne bleibende Störungen abklingen.

Das Risiko eines Rückfalls kann durch rückfallvorbeugende Maßnahmen um bis zu 70 % reduziert werden. D.h. Sie können selber etwas dafür tun, das Risiko einer erneuten Depression zu senken. Dazu gehören eine regelmäßige Einnahme von Medikamenten, Psychotherapie und konkrete eigene Aktivitäten.

4.1.3 Klinik

Im Kreis Wesel unterhalten zwei Allgemein-krankenhäuser psychiatrische Fachabteilungen.

Für die Städte Moers, Kamp-Lintfort, Neukirchen-Vluyn, Rheinberg sowie die Gemeinde Alpen ist das St. Josef Krankenhaus Moers (Betriebsstätte **St. Nikolaus Hospital**), Orsoyer Str. 55, Rheinberg, zuständig.

Betroffene aus Dinslaken, Voerde, Hünxe, Wesel, Hamminkeln und Schermbeck werden vom **St. Vinzenz-Hospital**, Dr.-Otto-Otto-Seidel-Str. 31-33, Dinslaken, versorgt.

Außerhalb des Kreises Wesel ist das **St. Nikolaus Hospital**, Grabenstr. 86, Kalkar, für die Versorgung der Einwohner aus Xanten und Sonsbeck zuständig.

Alle Krankenhäuser verfügen über stationäre und teilstationäre Angebote zur Behandlung einer depressiven Erkrankung. „Stationär“ bedeutet, dass neben der Behandlung auch im Krankenhaus übernachtet wird. Demgegenüber erfolgt die Behandlung bei einem teilstationären Aufenthalt (Tagesklinik) werktags von Montag bis Freitag, von 8 bis 16 Uhr. So bleiben Patienten in ihrem gewohnten Tagesablauf und können ihren weiteren Aufgaben, wie der Versorgung von Familie, Eltern und Haustieren nachgehen.

Ein (teil-)stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen Abteilung wird dann notwendig, wenn:

- eine Depression sehr schwer wird,

- die Behandlungsmaßnahmen, die der erkrankte Mensch mit seinem Hausarzt/ Psychiater ergriffen hat, keine durchgreifende Verbesserung bringen,

- trotz einer antidepressiven Behandlung, trotz Psychotherapie und anderer Entlastung die Antriebsstörung weiter zunimmt,

- der Mensch kaum noch schläft, nur noch grübelt und sich von allen zurückzieht,

- wenn Suizidgedanken oder konkrete Suizidabsichten auftreten.

Die folgenden Stichworte geben einen Überblick, was Patienten im Rahmen der (teil-)stationären Behandlung erwartet:

Aufnahme

In der Regel erfolgt eine schriftliche Einweisung durch die hausärztliche oder psychiatrische Praxis, mit der sich ein Patient telefonisch oder persönlich in der Notfallambulanz des Krankenhauses vorstellt. Der Arzt dort wird den Patienten kurz untersuchen und dann in einem gemeinsamen Gespräch entscheiden, ob eine stationäre oder eine teilstationäre, also tagesklinische Behandlung notwendig ist. Der Aufnahmetag im Krankenhaus dient dem gegenseitigen Kennenlernen. Es erfolgt ein Aufnahmegespräch mit einem Arzt oder Psychologen, in dem auf die Beschwerden, die Symptome, die Lebenssituation, aber auch die Lebensgeschichte eingegangen sowie gezielt nach anderen psychischen Erkrankungen und Symptomen gefragt wird.

Dazu findet eine medizinische Aufnahme mit Untersuchung und Labor statt. Es wird ein EKG gemacht, häufig in den ersten Tagen auch ein EEG und eine Bildgebung des Gehirns (CT oder MRT des Kopfes). Manchmal haben Patienten den Eindruck, ihre Leidensgeschichte mehrmals erzählen zu müssen, den Ärzten in der Notfallaufnahme, den Mitarbeitenden auf der Station, dem Pfltege- team, dem Oberarzt. Aus den verschiedenen Erstgesprächen werden Einschätzungen zu den Diagnosen des Patienten und der Planung der Behandlung gezogen.

Der erste Tag im Krankenhaus dient auch dazu, dass der Patient die Station, die Mitpatienten, das Pfltegeteam und den Stationsablauf kennenlernen. Das Miteinander der Patienten auf der Station, die Milieuthapie, ist ein wichtiger Baustein der psychiatrischen Behandlung. Hier erfahren die Erkrankten oft das erste Mal, dass sie mit ihrer Erkrankung und ihrem Leid nicht alleine sind.

Behandlung

Die stationäre/teilstationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung setzt sich aus unterschiedlichen Bausteinen zusammen:

■ **Medikamentöse Behandlung**

Oftmals ist die Depression so schwer, dass eine Behandlung mit Antidepressiva notwendig ist. Falls ein Patient bei der Aufnahme schon ein Medikament nimmt, wird die Therapie darauf geprüft, ob sie ausreichend wirkt und welche Nebenwirkungen auftreten. Eventuell muss das Antidepressivum

gewechselt oder ein weiteres dazugegeben werden. Falls starke Ängste, Anspannungen oder schwere Schlafstörungen dazu kommen, werden am Anfang Medikamente zur Beruhigung oder zum Schlafen dazugegeben, jedoch nur solange wie nötig. Medikamente zur Behandlung anderer körperlicher Erkrankungen (Bluthochdruck, Zuckerkrankung, chronische Schmerzen etc.) werden natürlich mitverordnet. Manchmal ist es sinnvoll, auch hier die Behandlung zu überprüfen.

■ **Psychiatrisch-psychotherapeutische Gespräche**

Psychiatrisch-psychotherapeutische Gespräche finden als Visitingespräche oder als Einzelgespräche statt. In den Visitingesprächen werden die Behandlungsziele, die Fortschritte in der Behandlung, oft auch die medikamentöse Behandlung besprochen. Die Visite dient der gemeinsamen Planung von Patient und Behandlungsteam. Oft werden auch Angehörige zu einem Visitingespräch eingeladen. In Einzelgesprächen rücken oft akute Probleme im Leben eines Patienten (Verluste von Arbeit, von Angehörigen, Trennung, schwere Erkrankungen o.ä.) in den Mittelpunkt. Häufig sind diese Probleme nicht direkt zu lösen, dafür aber helfen die Einzelgespräche, depressive Symptome besser zu erkennen und anders mit ihnen umzugehen. Wenn das gelingt, können Problemsituationen oft besser angegangen werden.

■ Gruppentherapien

Aus einem breitgefächerten Angebot unterschiedlicher Gruppentherapien werden für jeden Patienten die geeigneten Therapien ausgewählt. Bei den psychotherapeutischen Gruppentherapien geht es einerseits um die Vermittlung von Wissen über die Erkrankung: Was bedeutet Depression? Was sind die Symptome? Wie kann ich diese möglichst früh im Vorfeld einer Erkrankung erkennen? Andererseits erlernen die Patienten Strategien, wie sie mit den Symptomen umgehen können: Was kann ich selbst tun, damit es mir besser geht? Weitere Themen der psychotherapeutischen Gruppen sind u.a. das Problemlösetraining und das (Wieder-)Erlernen und Einüben von sozialen Kompetenzen.

Zu den Gruppentherapien gehören auch Entspannungsangebote, die Musiktherapie, die Kunsttherapie, die Sport- und Bewegungstherapie, die Ergotherapie, die Dramatherapie und die Arbeitstherapie. Neben einer allgemeinen Aktivierung dienen diese Therapieformen der Verbesserung grundlegender Fertigkeiten wie Konzentration und Ausdauer, dann aber auch der Aktivierung von Ressourcen und Gefühlen. Oft haben die Erkrankten erstmalig wieder ein Gefühl von Freude, Entspannung oder Bestätigung über das schöpferische Gestalten.

■ Psychiatrische Pflege

Die psychiatrische Pflege umfasst neben den grundlegenden Tätigkeiten von Krankenpflege die Unterstützung des Patienten im Sta-

tionsalltag, so dass es wieder gelingt, selbstständig eine Tagesstruktur aufzunehmen, sich zu aktivieren, aus dem sozialen Rückzug herauszukommen, aber auch therapeutische Aufgaben umzusetzen.

■ Sozialarbeit

Frühzeitig in der Behandlung erfolgt ein erster Besuch des Sozialdienstes, der die soziale Situation des Patienten untersucht (Arbeit, Krankenversicherung, Wohnsituation etc.), aber auch bei Problemen tätig wird, also Kontakt zum Arbeitsamt, zur Krankenkasse aufnimmt, Unterstützung anbietet bei Ämtergängen, Schwierigkeiten mit dem Arbeitgeber etc.

■ Angehörige

Angehörige (oder wichtige Bezugspersonen) der depressiv Erkrankten werden oft in die Behandlung einbezogen, sei es, damit die Behandelnden mehr über den Patienten und die Entwicklung der Depression erfahren, sei es, um Angehörige über die Diagnose und Behandlung von Depression aufzuklären, aber auch, um bestehende Probleme, Konflikte anzusprechen und ggfs. zu lösen. Voraussetzung ist das Einverständnis des Erkrankten.

■ Stationäre Behandlung bei Suizidalität

Suizidalität ist ein häufiges Symptom bei Depressionen. Dabei bestehen Gedanken oder Ideen, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen, also einen Suizidversuch zu begehen. Depressiv erkrankte Menschen haben ein erhöhtes Risiko für Suizidalität. Daher werden

Erkrankte mit Suizidalität, die die Verantwortung für ihr Leben nicht mehr tragen können, auf der psychiatrischen Intensivstation, der geschützt geführten Station, behandelt. Dies dient dem Überleben. Sobald jedoch die Suizidalität abgeklungen ist, wird der Patient (wieder) auf eine offen geführte Station verlegt.

■ Tagesklinik

Depressiv erkrankte Menschen können auch in einer Tagesklinik behandelt werden. Für diese Form der Behandlung sollte die Depression nicht zu schwer sein. Die Tagesklinik steht eventuell auch am Ende einer stationären Behandlung, wenn die Symptomatik zwar so gebessert ist, dass man nachts nicht mehr im Krankenhaus schlafen muss, jedoch die Behandlung tagsüber noch braucht, um die Stabilität wirklich gut in den Alltag zu übertragen.

■ Entlassung

Eine stationäre Behandlung in der psychiatrischen Abteilung dauert, bis die Depression deutlich gebessert ist, in der Regel zwischen vier und sechs Wochen. Während der stationären Behandlung wird auf die Entlassung hingearbeitet. Im Sinne einer Belastungsprüfung wird der Patient aktiv das häusliche Umfeld aufsuchen. Schließlich soll die im Krankenhaus erzielte Besserung, das neu erworbene Wissen über positiv wirkende Aktivitäten frühzeitig zuhause umgesetzt werden. So „lernen“ die Angehörigen und das Umfeld direkt mit. Auch die Nachbehandlung durch eine niedergelassene psychiatrische Praxis, durch eine Psychotherapie oder

die Psychiatrische Institutsambulanz wird frühzeitig mit dem Patienten besprochen, damit die Behandlung nach der Entlassung weitergeführt werden kann.

4.2 Psychotherapeutische Behandlung

Die ambulante Psychotherapie ist gemeinsam mit der medikamentösen Behandlung der wichtigste Behandlungsansatz bei depressiven Erkrankungen. Sie erfolgt in der Regel auch als Weiterbehandlung nach einem stationären Aufenthalt.

Das Psychotherapeutengesetz legte 1999 fest, dass nur noch Ärzte und Psychologen mit psychotherapeutischer Ausbildung sich „Psychotherapeut“ nennen dürfen und mit den Krankenkassen ihre Leistungen im Rahmen der Psychotherapie abrechnen können.

Folgende Psychotherapieformen werden von den Krankenkassen finanziert:

■ kognitive Verhaltenstherapie

Sie gehört zu der Gruppe der Verhaltenstherapien, die mit Gesprächen und Übungen daran arbeitet, in der Vergangenheit gelernte, ungünstige Verhaltensweisen und Blockaden zu identifizieren, zu verändern und neue, günstigere Verhaltensweisen aufzuzeigen und zu erlernen. Hierzu werden Gedanken, Gefühle und Einstellungen im Rahmen der Therapie thematisiert, um diese zu verändern. Auch die sogenannte Psychoedukation, in der Wissen über die Erkrankung und die Möglichkeiten des Umgangs mit eventuell vorhandenen Einschränkungen vermittelt wird, ist ein Teil der kognitiven Verhaltens-

therapie. Die kognitive Verhaltenstherapie umfasst in der Regel ein bis zwei Sitzungen pro Woche, die in Form von Einzelgesprächen oder auch Gruppensitzungen stattfinden.

■ **Psychoanalyse**

Die Psychoanalyse wurde ursprünglich von Sigmund Freud im 19. Jahrhundert eingeführt. Laut psychoanalytischer Theorie sind unbewusste Konflikte, traumatische Erfahrungen, früh gestörte Beziehungsmuster etc. Ursachen für psychische Erkrankungen. Solche unbewussten Verletzungen und Kränkungen aus der Kindheit werden im Rahmen der psychoanalytischen Therapie aus dem Verborgenen geholt und aufgearbeitet, weil davon ausgegangen wird, dass sie für die Konflikte in der gegenwärtigen Beziehungsgestaltung ursächlich sind.

■ **tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie**

Sie hat ähnliche Annahmen zu Ursachen von psychischen Erkrankungen wie die Psychoanalyse und arbeitet ebenfalls mit psychoanalytischen Verfahren. Im Unterscheid zur Psychoanalyse werden hier aber primär aktuelle Konflikte bearbeitet, die Betroffene immer wieder erleben, entweder Konflikte mit sich selbst oder in Beziehungen zu anderen Menschen.

4.2.1 Wie bekomme ich einen Psychotherapieplatz?

Grundsätzlich hat jeder Betroffene eine freie Arzt- und Therapeutenwahl und kann auch ohne Überweisung bei einem Psychotherapeuten anrufen und Gespräche dort wahrnehmen – vorausgesetzt, dieser hat freie

Termine. Da Psychotherapeuten oft eine Warteliste führen und man nicht sofort einen freien Therapieplatz bekommt, ist es empfehlenswert, sich bei mehreren Therapeuten auf diese Liste aufnehmen und sich während der Wartezeit weiterhin hausärztlich betreuen zu lassen.

Adressen von kassenärztlich zugelassenen Therapeuten (Ärzten und Psychologen) bekommen Sie bei der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein oder dem Psychotherapie-Informationen-Dienst (siehe „Links“, Kapitel 5.2).

Seit der Strukturreform der psychotherapeutischen Versorgung im April 2017 hat sich im Antragsprozedere und in den Vorgehensweisen der ersten Schritte bis zur Psychotherapie einiges verändert.

Jede psychotherapeutische Praxis muss eine Telefonsprechstunde von mindestens 50 – 100 Minuten pro Woche anbieten.

Neu eingeführt wurden auch psychotherapeutische Sprechstunden. Hier findet ein Erstgespräch statt, in dem die Notwendigkeit einer Psychotherapie festgestellt werden soll, es dient des Weiteren dem ersten Kennenlernen, der Diagnostik und dem Erörtern weiterer Hilfsangebote. Es können Empfehlungen gegeben werden, ob z.B. erst ein Klinikaufenthalt oder andere Maßnahmen noch vor Beginn einer ambulanten Psychotherapie sinnvoll wären. Der Therapeut kann den Sprechstundentermin als einen 25 minütigen oder 50 minütigen Termin anbieten. Pro Jahr kann bei demselben Therapeuten max. 3 mal die Psychotherapeutische Sprechstunde à 50 Minuten oder 6 mal die Psychotherapeutische Sprechstunde à 25 Minuten

wahrgenommen werden. Am Ende der Psychotherapeutischen Sprechstunde bekommt jeder Patient vom Therapeuten allgemeine Informationen zur Psychotherapie und auch einen ersten Befundbericht ausgehändigt.

Seit April 2017 ist die Psychotherapeutische Sprechstunde notwendige Voraussetzung, um die weiteren, sogenannten Probatorischen Sitzungen, in Anspruch nehmen zu können. Eine Ausnahme gibt es jedoch, wenn zuvor aufgrund einer psychischen Erkrankung ein stationärer Klinikaufenthalt oder eine Rehabilitationsmaßnahme stattgefunden hat. In diesem Fall kann direkt mit den Probatorischen Sitzungen begonnen werden. Die Probatorischen Sitzungen dienen u.a. der weiteren Diagnostik, Anamnese, Erarbeitung der Therapieziele und eines Behandlungsplans. Diese werden in der Regel erst dann abgehalten, wenn ein konkreter Therapieplatz frei geworden ist und im Anschluss an die Probatorik mit einer Kurzzeit- oder Langzeittherapie fortgefahren wird. Vor Beginn einer Psychotherapie müssen mindestens 2, maximal 4 Probatorische Sitzungen à 50 Min. stattgefunden haben.

In Abhängigkeit von der Problematik wird dann eine Kurzzeittherapie I (12 Sitzungen) oder direkt eine Langzeittherapie beantragt. Je nach Therapieverfahren gibt es eine unterschiedliche Anzahl von Sitzungen. Die Kurzzeittherapie I kann nochmals erweitert werden auf insgesamt 24 Sitzungen. Es kann dann während der zweiten Kurzzeittherapie nochmals entschieden werden, ob die Therapie weiter verlängert werden soll oder nicht. Hinzu kommt die Möglichkeit der Akutbehandlung, welche zur Besserung akuter

psychischer Krisen beiträgt und soweit stabilisieren soll, dass Patienten auf eine anschließende Psychotherapie vorbereitet sind, oder andere ambulante, teil-oder vollstationäre Maßnahmen empfohlen werden können. Die Akutbehandlung umfasst 24 Sitzungen à 25 Minuten.

Insgesamt wurde somit seit April 2017 das Angebot für Patienten und Patientinnen erweitert und der Zugang zu einem Erstgespräch (Psychotherapeutische Sprechstunde) erleichtert.

Dennoch bedeutet die Zusage zu einem Erstgespräch nicht automatisch, dass auch zeitnah eine Therapie begonnen werden kann, bzw. zeitnah ein Therapieplatz frei wird. Oft muss weiterhin mit längeren Wartezeiten gerechnet werden. Der Vorteil liegt trotz alledem darin, dass durch ein Erstgespräch beiderseits ein erster Eindruck gewonnen werden kann. Denn ob eine tragfähige Patient-Therapeuten-Beziehung entstehen kann, hängt nicht nur von der Fachkompetenz und dem Angebot des Therapeuten ab, sondern auch davon, ob man sich gut aufgehoben fühlt und „die Chemie stimmt“. Darüber hinaus kann in der Sprechstunde auch auf weitere unterstützende Möglichkeiten hingewiesen werden.

4.3 Psychosoziale Versorgung

Neben der ärztlichen Versorgung gibt es auch verschiedene Einrichtungen und Institutionen, die Hilfen und Beratung anbieten. Hierdurch haben die Betroffenen und deren Angehörige die Möglichkeit, im Rahmen ihrer Erkrankung und der damit unter Umständen verbundenen Einschränkungen am Leben teilzuhaben. Neben einem Arzt sind hier

häufig weitere für die Betroffenen wichtige Ansprechpersonen vorhanden.

4.3.1 Sozialpsychiatrischer Dienst

Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) ist durch die Kreise und kreisfreien Städte vorzuhalten. Dies wurde im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW) so geregelt. Im Kreis Wesel ist der Sozialpsychiatrische Dienst dem Fachdienst Gesundheitswesen angegliedert.

Im Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG NRW) ist festgeschrieben, dass der SpDi für Menschen, bei denen Anzeichen einer psychischen Krankheit bestehen, die psychisch erkrankt sind, oder bei denen die Folgen einer psychischen Krankheit fortbestehen, zuständig ist.

Hierzu zählen auch die depressiven Erkrankungen.

Die Aufgaben, die der SpDi wahrnimmt, wurden bereits im Jahr 1988 durch eine Expertenkommission formuliert, welche die Aufgabe hatte, die Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch-psycho-somatischen Bereich zu reformieren.

Dazu zählen im Einzelnen:

- Beratung von Hilfesuchenden, Angehörigen und Personen des sozialen Umfeldes einschließlich betreuender oder behandelnder Institutionen,
- vorsorgende Hilfen, um bei Beginn der Erkrankung oder Wiedererkrankung und bei sich anbahnenden Konfliktsituatio-

nen zu gewährleisten, dass die Betroffenen rechtzeitig ärztlich behandelt und im Zusammenwirken mit der Behandlung geeignete betreuende Einrichtungen in Anspruch genommen werden können,

- nachgehende Hilfen, um den Personen, die aus stationärer psychiatrischer Behandlung entlassen werden, durch individuelle Betreuung, Beratung und Einleitung geeigneter Maßnahmen die Wiedereingliederung in die Gemeinschaft zu erleichtern sowie eine erneute Krankenhausaufnahme zu vermeiden,
- regelmäßige Durchführung von ärztlich geleiteten Sprechstunden,
- Durchführung von Hausbesuchen, um die Situation in der Wohnung und dem näheren sozialen Umfeld persönlich kennenzulernen, ggf. auch um unmittelbar eingreifen zu können,
- Koordination der Einzelhilfen,
- Zusammenarbeit mit allen Diensten und Einrichtungen der Versorgungsregion, insbesondere mit den regional zuständigen psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen,
- zusätzliche Hilfeangebote in Form von Gruppenangeboten für einzelne Patienten, Gruppen und Angehörige, Initiierung von Laienhelfenden- und Angehörigengruppen, Öffentlichkeitsarbeit, Institutionsberatung.

Alle haben das Recht, Hilfen und Beratung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst in Anspruch zu nehmen. Für die Betroffenen,

ihre Angehörigen und Bezugspersonen entstehen keinerlei Kosten.

Eine wichtige Zielgruppe sind Menschen, die sonst keine Hilfen bekommen bzw. diese nicht annehmen. Aufsuchende Hilfen sind ein Schwerpunkt der Arbeit. Die Mitarbeitenden des Dienstes unterliegen der Schweigepflicht.

Die Klienten können Probleme besprechen und sich über Hilfsmöglichkeiten informieren. Weitergehende therapeutische Angebote können vermittelt werden. Die Kontakthäufigkeit zu den einzelnen Klienten ist sehr unterschiedlich, von einmaligen Kontakten bis hin zur Betreuung über mehrere Jahre.

Der SpDi führt keine psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlungen durch, sondern stellt ggfs. Weichen für die Weiterbehandlungen der Klienten. Er soll sie therapiefähig machen und Motivationsarbeit leisten.

Die Mitarbeitenden des SpDi verknüpfen akute Problembewältigung (zum Beispiel in der Partnerschaft, im Umgang mit Ämtern) mit dauerhaften Gesprächsangeboten und Motivationsarbeit. Individuelle Hilfen zur Alltagsbewältigung kommen hinzu.

Das Angebot wird abhängig von den Selbsthilfefähigkeiten der Klienten mit einem hohen Maß an Flexibilität zu Ort, Zeit, Inhalt und Zielsetzung eingesetzt. Zur Krisenintervention kann die Kontaktintensität deutlich erhöht werden, wenn es sich um eine soziale Krise (zum Beispiel drohender Wohnungsverlust) oder um eine akute psychische Dekompensation handelt.

Die Vermittlung an andere Institutionen, die Unterstützung und Beratung für Menschen mit psychischen Erkrankungen bieten, erfolgt individuell.

Gegen den Willen der Betroffenen sind aufsuchende Dienste nicht möglich. Im Zweifelsfall kann der SpDi erst tätig werden, wenn es um „Gefahr für Leib und Leben“ der Erkrankten oder anderer Personen geht.

Was passiert beim Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi)?

Im SpDi werden viele Menschen, die an einer Depression erkrankt sind oder bei denen die Vermutung nahe liegt, dass eine solche Diagnose vorliegt, in sehr unterschiedlicher Weise beraten und begleitet. Die Art der Tätigkeit ist immer abhängig vom Einzelfall.

Eine depressive Episode kann entweder als leicht, mittelgradig oder schwer klassifiziert werden. Dies hängt davon ab, wie viele Symptome vorliegen und wie stark der Patient dadurch in seiner alltäglichen Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist.

So fühlt sich jemand mit einer leichten Depression zwar belastet, kann jedoch seinen beruflichen und privaten Aufgaben noch weitgehend nachkommen. Entlastende Gespräche sind in diesem Fall sehr hilfreich. Der SpDi bietet regelmäßige Sprechstunden in seinen Räumlichkeiten an.

Bei einer mittelgradigen Depression ist diese Fähigkeit bereits deutlich eingeschränkt. So fällt es den Betroffenen schwer, beruflichen Anforderungen nachzukommen und privat ziehen sie sich vor Familie und Freunden zurück.

Während einer schweren depressiven Episode sind die Patienten oft nicht mehr in der Lage, für sich selbst zu sorgen. Viele liegen fast nur noch im Bett, vernachlässigen die Körperpflege und nehmen kaum noch Nahrung zu sich. Hier bemüht sich der SpDi um eine Kontaktaufnahme im häuslichen Umfeld. Es werden die gesundheitlichen und sozialen Aspekte in Augenschein genommen.

Nach einem stationären Aufenthalt oder einer sonstigen medizinischen Behandlung begleiten die Mitarbeitenden des SpDi weiterhin die Klientel. Die Klienten können neben Einzelgesprächen auch verschiedene Kontakt- und Gesprächsgruppen des SpDi besuchen.

In seltenen Fällen erlebt ein Klient mit schweren depressiven Symptomen zusätzlich auch Wahngedanken. Diese drehen sich häufig um die Vorstellung, an einer bestimmten Krankheit zu leiden, plötzlich in Armut zu geraten oder die Schuld an bestimmten Ereignissen zu tragen. Oft werden auch negative Gedanken und Eindrücke überbewertet und positive Aspekte nicht wahrgenommen beziehungsweise für zufällig gehalten. Diese Vorstellungen können so quälend sein, dass die Erkrankten sich das Leben nehmen wollen. Die Kontaktaufnahme zu diesen Menschen gestaltet sich sehr schwierig, da sie selten krankheitseinsichtig sind. Um sie vor weiterem Schaden (Wohnungsverlust, finanzieller Ruin) zu bewahren, kann durch den SpDi eine gesetzliche Betreuung bei Gericht angeregt werden. Bei Gefahr für Leib und Leben erlaubt das PsychKG NRW auch eine Unterbringung im psychiatrischen Kranken-

haus gegen den Willen der Betroffenen, die sog. Zwangseinweisung.

Für Angehörige ist es oft nicht leicht, mit einem depressiven Familienmitglied zu leben. Viele wissen nicht, wie sie mit dem am besten umgehen sollen, fühlen sich hilflos, ärgern sich vielleicht über die Erkrankten oder fragen sich, was sie selbst falsch gemacht haben. Dauert die Depression längere Zeit an, fühlen sich viele Angehörige überlastet oder sogar völlig erschöpft – denn sie müssen nun viele Aufgaben übernehmen, die früher der Patient selbst erledigt hat. Auch hier bietet der SpDi entlastende Gespräche an. Zudem berät dieser über Maßnahmen, die Angehörige selbst durchführen können (z.B. Anregung einer Betreuung beim Amtsgericht).

Der SpDi kann entlasten, stützen und dabei helfen, Wartezeiten (z. B. auf einen Psychotherapieplatz) zu überbrücken. Dazu werden neben den eigenen fachlichen Kompetenzen auch Angebote des psychosozialen Netzwerkes im Kreis Wesel genutzt.

Fallbeispiel

Herr M., aus V., 66 Jahre:

„Nach langen Jahren glücklicher Ehe erkrankte meine Ehefrau vor vier Jahren schwer an einer schnell fortschreitenden körperlichen Erkrankung. Nach vielen Komplikationen und, obschon ich sie intensiv und ohne fremde Hilfe eineinhalb Jahre zu Hause gepflegt hatte, starb sie vor zwei Jahren an den Krankheitsfolgen. Ich blieb in der durch uns gemeinsam liebevoll eingerichteten und langjährig bewohnten Eigentumswohnung

alleine zurück. Unsere Kinder waren längst aus dem Haus, gehen seit langem ihre eigenen Wege so, wie wir ihnen das immer gewünscht haben. Eines der Kinder lebt zwar in der Nähe, kommt wegen eigener beruflicher Verpflichtungen und gesundheitlicher Schwierigkeiten aber seit Jahren eher selten zu Besuch. Es war ja auch nie nötig, einen so engen Kontakt zu halten, wussten oder glaubten wir unsere Kinder im Großen und Ganzen gut gestellt und versorgt. Außerdem reichten wir, meine Frau und ich, und das sage ich ganz positiv, uns gegenseitig. Die langen Ehejahre, durch Dick und Dünn gehen, gemeinsame Hobbies, viel Bewegung, schöne Reisen, hatten ihre Früchte getragen und ließen uns zufrieden unseren Alltag leben. Sicher gab es auch mal Probleme, aber es war uns wichtig, abends wieder miteinander ins Reine zu kommen und, wie gesagt, wir reichten uns selbst. Darüber haben wir, so würde ich es heute sehen, vielleicht übersehen, dass das Leben Wendungen nehmen kann. Wir haben die Notwendigkeit eines guten Freundeskreises nicht erkannt, hatten uns beizeiten von falschen Freunden verabschiedet, waren vielleicht zu sehr auf uns fixiert.

Mit dem Tod meiner Frau kam die Einsamkeit. Schließlich war ich ständig müde und ohne Antrieb, konnte mich über nichts mehr freuen. Auch Radio und Fernsehen halfen mir nicht. Ich konnte mich gar nicht darauf konzentrieren. Einkaufen und Kochen gingen mit viel Mühe. Gebraucht habe ich nicht

viel, hatte ja kaum Appetit. Ich hatte das Gefühl, mit meiner Trauer in eine Sackgasse zu laufen, geriet immer tiefer in diesen Sumpf ohne Hoffnung, war meines Lebens überdrüssig. Das dauerte bereits etwa zwei Jahre, als ich mich schließlich an meinen Hausarzt wandte und dort Medikamente bekam. Denen traute ich aber nicht so recht – zumal ich ja wusste, dass dadurch meine Frau auch nicht wieder lebendig würde. Ich erfuhr, dass diese Sackgasse wohl eine Depression sei, die man behandeln könne und müsse, um diese Lähmung irgendwann zu überwinden.

Neben dem Hinweis auf Tabletten meinte mein Arzt auch, es könne nicht schaden, die Beratung des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Anspruch zu nehmen. Und so bin ich dann dort gelandet. Schon im ersten Telefonat und in der anschließenden Sprechstunde fühlte ich mich verstanden. Mir wurde damals die Möglichkeit aufgezeigt, wöchentlich eine Gruppe zu besuchen. Irgendwann habe ich mich aufgerappelt und seitdem freue ich mich auf diesen wöchentlichen Termin. Das hält mich hoch, macht mir Freude, nimmt mich auch in die Pflicht. Ich komme heraus aus meinen vier Wänden. Ich treffe Leidensgenossen mit unterschiedlichen Lebensgeschichten und gesundheitlichen Problemen und fühle mich doch nicht fremd. Ich brauche mich nicht zu verstellen, brauche auch nichts zu erklären. Außerdem sind diese Menschen Fachleute in eigener Sache, die sich gut auskennen mit ihren Medikamen-

ten. Manche hadern mit der Medizin, wieder andere lehnen sie ab. Ich für meinen Teil habe beschlossen, erst mal dem Rat meines Arztes zu folgen. Die Psychiaterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes hat mich in einem intensiven Beratungsgespräch auch darin bestärkt.

Anfangs brauchte ich mehrmals Begleitung durch meinen Berater, weil die Schwelle bei Terminen zu hoch für mich war. Mittlerweile gelingt mir das selbst wieder etwas besser. Wenn mich Dinge überfordern und die Trauer über mich hereinbricht, kann ich mich an den Mitarbeiter im Sozialpsychiatrischen Dienst wenden. Dann greife ich zum Telefon und vereinbare einen Gesprächstermin. Solche Gespräche entlasten mich. Irgendwann, so hoffe ich, werde ich wieder besser klar kommen mit meinem Leben. Das braucht viel Zeit, hat mein Berater gesagt und ich spüre das selbst. Ich will die Zeit nutzen und suche mir neue Orte, an denen ich an meine Hobbies von früher anknüpfen kann. Vielleicht lerne ich so auch neue Menschen kennen. Erzwingen kann ich das ja nicht, aber ich will mir auch nicht länger im Wege stehen.“



4.3.2 Sozialpsychiatrische Zentren

Ein weiterer Teil der Hilfen für depressiv erkrankte Menschen und deren Angehörige sind die Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ). Insgesamt gibt es drei SPZ im Kreis Wesel.



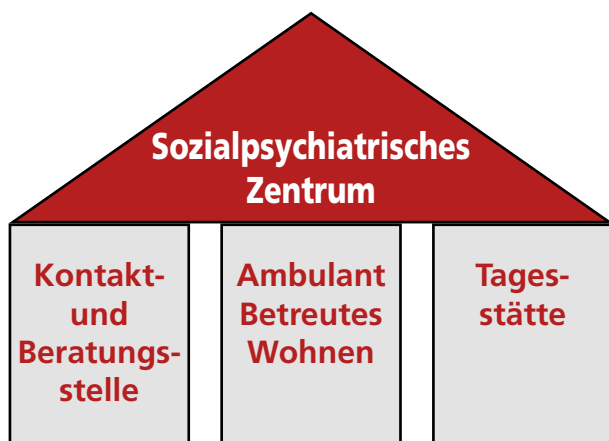
Wir helfen, damit Sie nicht in der Luft hängen

Die Mitarbeiter im SPZ unterstützen dabei:

- eine fachärztliche Praxis für die Behandlung zu finden,
- die Diagnose und das Krankheitsbild kennenzulernen,
- mit den möglichen psychischen Einschränkungen zu leben und diese zu akzeptieren,
- ungenutzte Ressourcen zu entdecken und zu fördern,

- Lebensperspektiven zu entwickeln,
- sich in die Gesellschaft (wieder) einzugliedern,
- Krisen- und Konfliktsituationen zu bewältigen,
- Brücken zu bauen zu anderen Menschen,
- bei Angehörigen, Freunden und Bekannten Verständnis für die Situation zu fördern.

Ein SPZ besteht aus 3 Bausteinen.



■ Kontakt- und Beratungsstelle

Diese ist die Anlaufstelle des SPZ für Betroffene. Häufig als eine Art Café gestaltet, bietet sie eine niedrighschwellige Möglichkeit, erste Kontakte zu knüpfen, sich über die Angebote der Kontakt- und Beratungsstelle zu informieren und auch qualifizierte Gespräche mit den Mitarbeitenden zu führen. Hier werden Gesprächsgruppen unter fachlicher Leitung angeboten, aber auch offene Angebote, für die keine Anmeldung erforderlich ist und die zum Teil von Ehrenamtlichen geleitet werden. Damit ist es für Betroffene möglich, an fast allen Tagen der Woche Angebote wahr zu nehmen.

Die Angebote der Kontakt- und Beratungsstelle sind kostenlos und die Anliegen werden vertraulich behandelt.

■ Ambulant Betreutes Wohnen

Menschen, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung wesentlich behindert und ohne Hilfe nicht in der Lage sind, selbstständig zu wohnen, aber nicht mehr oder noch nicht in einer stationären Wohnform versorgt werden müssen, können ambulant betreutes Wohnen beantragen. Hier werden die Betroffenen durch einen Mitarbeiter einmal bis mehrmals in der Woche dabei unterstützt, ihre selbstständige Wohnform aufrecht zu erhalten und an der Gesellschaft teilzuhaben. Die Ziele werden in einem individuellen Hilfeplan gemeinsam erarbeitet und genau wie der Bedarf in der Hilfeplankonferenz überprüft. Es kann sich hierbei um Unterstützung in den Bereichen Haushaltsführung, Tagesstrukturierung, Begleitung zu Ärzten oder Behörden sowie die Hinführung zur Teilhabe an Freizeitgestaltung und sozialen Kontakten handeln.

Neben den Trägern der SPZ gibt es noch weitere 43 Anbieter von ambulant betreutem Wohnen im Kreis Wesel, die einen Vertrag mit dem Landschaftsverband Rheinland (LVR), der Kostenträger für den Bereich der Eingliederungshilfe ist, abgeschlossen haben. Insgesamt wurden 927 seelisch behinderte Menschen im ambulant Betreuten Wohnen am Stichtag 31.12.2015 betreut. *[Quelle: LVR]*

■ Tagesstätten

Im Kreis Wesel gibt es drei Tagesstätten, die an die jeweiligen SPZ angegliedert sind. In Dinslaken und Wesel sind je 15 Plätze und in Moers 20 Plätze vorhanden.

Hier werden psychisch erkrankte Menschen betreut, die (noch) nicht in der Lage sind, auf dem 1. oder 2. Arbeitsmarkt einer Beschäftigung nachzugehen. Außerdem werden hier auch Betroffene betreut, bei denen offene Angebote und die punktuelle Unterstützung durch das betreute Wohnen nicht ausreichen.

Das Ziel der Tagesstätte ist neben dem Aufbau einer tragfähigen Tagesstruktur auch das Knüpfen von sozialen Kontakten. Die Betroffenen können zudem ihre Fähigkeiten und Ressourcen in unterschiedlichen Bereichen einsetzen und ausbauen.

Fallbeispiel

Frau H. aus Moers, 49 Jahre alt:

„Meine Probleme fingen schon an, als ich mich vor 10 Jahren von meinem Mann trennte.

Die Trennung war sehr stressig für mich und meine Tochter und ich musste umziehen. Zu dieser Zeit fühlte ich mich häufig überfordert, müde und traurig. Zunächst schob ich es auf die Trennung und die Tatsache, dass sich mein Lebensentwurf verändern musste, ich meiner Tochter nicht mehr das klassische Familienbild vorleben konnte. Nach dem Umzug in eine andere Stadt wurde meine Verfassung nicht besser. Der Rest meiner

Familie erwartete, dass ich wieder normal „funktioniere“, aber die Arbeit im Haushalt, die Belange meiner Tochter, die Erwartungen meiner Geschwister, das alles war mir einfach zu viel. Zeitweise ließ ich mich von meinem Hausarzt krankschreiben. Manchmal konnte ich den ganzen Vormittag nichts anderes tun, als im Bett zu liegen. Dann hatte ich Schuldgefühle, dass ich nicht eingekauft oder gekocht hatte.

Nach mehreren Wochen empfahl mein Hausarzt mir eine Kur-Maßnahme der Krankenkasse. Von dort konnte ich gestärkt zurückkehren, und mein Leben stabilisierte sich zunächst.

Ich kümmerte mich wieder um mein Leben, meine Tochter und meine Arbeit. Nach mehreren Jahren dachte ich gar nicht mehr an diese Zeit, in der ich mich so unwohl, müde, unzufrieden und traurig gefühlt hatte.

Doch zu Beginn dieses Jahres wurde auf meiner Arbeit eine Abteilung umstrukturiert. Die Geschäftszeiten änderten sich und damit auch meine Arbeitszeiten, und mit der Verkündung dieses Umstandes und dem Auszug meiner Tochter spürte ich, dass die Leere zurückkehrte. Zuerst zwang ich mich, weiter zu machen und zu arbeiten. Das Aufstehen fiel mir immer schwerer und mehrere Male kam ich zu spät. Jeden Morgen stellte ich mir die Frage, wofür ich mich so anstrengen müsse. An einem Tag im März passierte es mir, dass ich die Frage eines Kunden falsch beantwortete, weil ich mich einfach nicht konzentrieren konnte. Danach fand ich mich

selbst weinend auf dem WC wieder und meldete mich für den Rest des Tages krank. Am nächsten Tag suchte ich meinen Hausarzt auf, der mich für mehrere Wochen arbeitsunfähig erklärte.

Doch auch das Ausruhen zu Hause ließ die Leere in mir nicht verschwinden. Meine Gedanken kreisten immer wieder um traurige Ereignisse in meinem Leben und Schuldgefühle quälten mich. Als ich meinem Hausarzt beim nächsten Termin davon erzählte, riet er mir zur Einnahme von Medikamenten, da man meine Beschwerden wohl behandeln könne.

Zuerst fiel es mir schwer, die Medikamente zu nehmen. Erst nach drei Wochen, in denen ich sie immer wieder absetzen wollte, spürte ich eine Verbesserung meiner Stimmung. Mein Hausarzt überwies mich dann auch zu einem Facharzt für Psychiatrie, da ich von den Medikamenten Nebenwirkungen bekommen hatte. Der Psychiater hat mir dann welche aufgeschrieben, die ich gut vertragen konnte und mir zu einer Psychotherapie geraten und außerdem empfohlen, eine Beratungsstelle und eine Selbsthilfegruppe aufzusuchen, damit ich mit jemandem reden kann. Obwohl es mir sehr schwer gefallen ist und ich mehrere Anläufe brauchte, habe ich mich schließlich doch an die Kontakt- und Beratungsstelle des Caritasverbandes Moers gewandt und dort gehe ich seit vier Monaten hin. Die Depressionen sind weiterhin da, aber an Tagen, an denen ich das Haus verlassen und etwas unternehmen oder einen Termin beim Psychiater oder der Beratungsstelle in Moers habe, gehe ich damit viel besser um.

Die Sozialpädagogin dort hilft mir, einen Therapieplatz zu suchen und ermutigt mich, an einer Selbsthilfegruppe teilzunehmen. Ein Vorgespräch für Psychotherapie habe ich in den nächsten Wochen. Alles gleichzeitig schaffe ich noch nicht, aber ich habe wieder Hoffnung bekommen, dass ich diese Krise wieder überwinde.“

4.3.3 Gerontopsychiatrische Beratung

Viele Senioren erfahren im Alter neben körperlichen Einschränkungen auch psychische Veränderungen.

Häufig versteckt sich eine depressive Erkrankung hinter langanhaltender Traurigkeit, Niedergeschlagenheit oder auch diversen körperlichen Symptomen.

Um auf die speziellen Bedürfnisse, die mit einer psychischen Erkrankung im höheren Alter einhergehen, eingehen zu können, gibt es im Kreis Wesel zwei gerontopsychiatrische Zentren. Diese verfügen über stationäre und ambulante Behandlungsmöglichkeiten sowie die gerontopsychiatrischen Beratungsstellen.

Die besonders geschulten Mitarbeiter der Fachberatungsstellen beraten in persönlichen Gesprächen – auch bei Hausbesuchen – unter anderem über das Thema „Depression im Alter“.

Nicht nur Betroffene, sondern auch Angehörige werden bei Bedarf in den Beratungsprozess mit eingebunden. Hierzu gehört die Information über den Verlauf, die Diagnostik

und Therapiemöglichkeiten von Depressionen, aber auch die Aufklärung über rechtliche und finanzielle Fragen z. B. in Bezug auf Ansprüche gegenüber der Pflegeversicherung.

Falls es notwendig ist, werden Betroffene an die ambulanten oder stationären Angebote der jeweiligen psychiatrischen Fachabteilung im Krankenhaus weitergeleitet.

Zusätzlich zu den Einzelberatungen bieten die Mitarbeiter der Beratungsstelle Gruppen für Menschen mit psychischen Belastungen im Alter an.

Ziel der Mitarbeitenden ist es, den depressiven Menschen durch verschiedene unterstützende Maßnahmen dazu zu befähigen, an der Gesellschaft teilzuhaben und seine Lebensqualität und Selbstständigkeit möglichst lange aufrecht zu erhalten.

Die Angebote der gerontopsychiatrischen Fachberatungsstelle sind kostenlos. Alle Informationen werden vertraulich behandelt.

Fallbeispiel

Als der Sohn von Maria B. aus M. mit seiner Frau zu mir in die Gerontopsychiatrische Beratungsstelle kam, wurde mir Folgendes geschildert:

Maria B. ist 72 Jahre alt, seit 2 Jahren verwitwet, lebt alleine und hat zu nichts mehr Lust. Das mache sich folgendermaßen bemerkbar: Sie geht nirgendwo mehr hin, selbst zu Familienfeiern nicht. Ihre Hobbys, Handarbeit, Frauenhilfe und Chor, hat sie vernachlässigt. Sie gibt körperliche Gründe, wie Übelkeit,

Bauchschmerzen und Appetitlosigkeit an und kann nachts nicht schlafen, so dass sie tagsüber meistens auf der Couch liegt. Mittlerweile sieht ihre Wohnung auch nicht mehr so aufgeräumt aus, wie es früher immer der Fall war.

Hinzu kommen Äußerungen wie: „Ich bin doch nichts mehr wert.“; „Es hat doch alles keinen Zweck mehr.“ oder „Wann holt der Herrgott mich denn endlich?“.

Den Rat der Schwiegertochter, doch mal zum Hausarzt zu gehen, hat Maria B. nur sehr zögerlich angenommen. Dieser machte Untersuchungen bezüglich ihrer Bauchschmerzen und der Übelkeit. Daraufhin wurde eine Magenspiegelung bei Maria B. gemacht, die ohne Befund war.

Anhand dieser Schilderungen entstand bei mir der Verdacht, dass Maria B. womöglich an einer depressiven Störung erkrankt sein könnte.

Ich teilte dem Sohn und der Schwiegertochter meinen Verdacht mit und erklärte, dass es wichtig sei, dass Maria B. eine ärztliche Diagnostik erhält. Dieses sollten die Kinder mit Frau B. besprechen.

Aus meiner Erfahrung weiß ich, dass Angehörige häufig einen schweren Stand bei Betroffenen haben, um solche Dinge mit ihnen zu besprechen. So überraschte es mich nicht, als Sohn und Schwiegertochter mir erklärten, was sie befürchteten. Nämlich, bei Maria B. auf taube Ohren zu stoßen. So bot ich einen Hausbesuch an, um Maria B. kennen zu lernen und um sie zu einem Arztbesuch zu bewegen.

Nach kurzem Zögern willigten sie ein und ein Termin innerhalb von 3 Tagen stand fest.

Es wurde vereinbart, dass die Kinder Maria B. darüber informieren.

Während des Hausbesuchs bei Maria B. in M. erzählte sie mir viel über ihre Sorgen und aus ihrem Leben. Sie ist 1941 in Königsberg geboren und 1945 mit ihrer Familie von dort geflüchtet. Auf der Flucht waren ihr jüngerer Bruder im Säuglingsalter und eine Großmutter verstorben. Ihr Vater war im Krieg und von 1945 bis 1949 in russischer Gefangenschaft.

Trotz alledem hat sich Maria B. gut entfalten können, eine Ausbildung gemacht, 1963 geheiratet und einen Sohn bekommen.

2010 verstarb plötzlich ihr Ehemann und das, so sagte sie, habe sie total aus der Bahn geworfen. Von da an tat sie sich schwer, mit ihrem Leben weiter zumachen. Sie zog sich langsam, für sie unbemerkt, zurück und entwickelte zahlreiche körperliche Beschwerden. Sie entwickelte Antriebslosigkeit, Appetitlosigkeit und gedrückte Stimmung. Sie hatte keine Freude mehr am Leben, wollte an nichts mehr teilhaben und hat innerhalb von ein paar Monaten unbemerkt 10 Kilogramm Körpergewicht verloren.

Im Rahmen des Gespräches war es mir möglich, mit Frau B. darüber zu sprechen, dass diese Symptome möglicherweise auf eine depressive Erkrankung hinweisen, welche sich gut behandeln lässt. Ihre Sorgen bezüglich abhängig machender Medikamente –

dies hatte sie in ihrem Bekanntenkreis gehört – konnte ich zerstreuen. Zu guter Letzt haben wir vereinbart, dass sie mit ihrem Sohn oder der Schwiegertochter bei ihrem Hausarzt vorstellig wird. Bei diesem Termin wurde dann nach einem ausführlichen Gespräch eine depressive Episode diagnostiziert und sie bekam ein Antidepressivum verschrieben.

Das ist nun sechs Monate her. Vor kurzem bekam ich einen Anruf von der Schwiegertochter. Sie teilte mir mit, dass es Maria B. viel besser geht. Sie lacht wieder, geht zu allen Familienfeiern und strickt schon wieder Socken für die ganze Familie. Als nächstes will sie auch wieder zum Chor gehen. Übelkeit und Bauchscherzen sind schon lange kein Thema mehr.



Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich an das
bündnis gegen depression im kreis wesel

Hausärzte, Fachärzte, Psychotherapeuten,
Beratungsstellen, Gesundheitsamt, Kliniken, Selbsthilfe.
E-Mail: gesundheitswesen@kreis-wesel.de
Infos auch unter: www.buendnis-depression.de



Bündnis gegen Depression im Kreis Wesel, c/o Kreis Wesel – Der Landrat
Fachdienst Gesundheitswesen, Mühlenstraße 9–11, 47441 Moers

4.4 Erfahrungsgruppen für Menschen mit Depressionen

Die Erfahrungsgruppen für Menschen mit Depressionen im Kreis Wesel wurden 2016 in einer Kooperation zwischen dem Gesundheitsamt des Kreises Wesel, den Sozialpsychiatrischen Zentren im Kreis Wesel und der BKK Novitas ins Leben gerufen.

Sie sind Gesprächsgruppen für Menschen mit depressiven Erkrankungen, die auf der Suche nach einem ambulanten psychotherapeutischen Behandlungsplatz sind. Häufig müssen betroffene Menschen lange Wartezeiten in Kauf nehmen, bis die notwendige Behandlung beginnt. Dieses qualifizierte Hilfsangebot hilft, diese Zeit zu überbrücken, wertvolle Informationen zu der Erkrankung und dem Umgang mit ihr zu sammeln und zusätzlich Kontakt zu anderen Betroffenen zu knüpfen. In zehn aufeinanderfolgenden Treffen in den frühen Abendstunden werden im Gruppengespräch nötige Informationen zu der Erkrankung, dem Verlauf und den verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten vermittelt. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist der Austausch untereinander und die Erfahrung, mit dem Schicksal einer depressiven Erkrankung nicht alleine zu sein.

Die Erfahrungsgruppe wird von einer qualifizierten Fachkraft, die zudem spezifisch ausgebildet wurde, geleitet. Die jeweiligen Abende bestehen aus einem Mix zwischen Themenblöcken zum Thema Depression und Austausch der Teilnehmer/Innen. Es nehmen maximal 10 Menschen teil, damit jeder die

Möglichkeit hat, von seiner individuellen Situation zu berichten und entsprechend Unterstützung zu erhalten. Die zehn Themenmodule sind festgelegt und bauen inhaltlich aufeinander auf.

An einer Erfahrungsgruppe kann jeder teilnehmen, bei dem eine depressive Erkrankung diagnostiziert wurde und der sich noch nicht in psychotherapeutischer Behandlung befindet.

Wenn Sie Interesse an der Teilnahme haben, wenden Sie sich gerne an das jeweilige Sozialpsychiatrische Zentrum, das sich in der Nähe Ihres Wohnortes befindet. Die entsprechenden Adressen finden Sie im Anhang.

4.5 Weitere Beratungsstellen

Zusätzlich gibt es ein breites Netz an weiteren Beratungsstellen, die je nach persönlicher Situation für Betroffene und deren Angehörigen eine Anlaufstelle sein können.

Die Adressen sind im Beratungsführer der vom Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) beauftragten „Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e.V.“ (DAJEB) zu finden (www.dajeb.de).

- Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen
- Frauen helfen Frauen
- allgemeine Soziale Beratung
- Schuldnerberatungsstellen

- Schwangerschaftsberatungsstellen
- Beratungsstelle für Migration
- Suchtberatungsstelle
- Drogenberatungsstelle
- Arbeitslosenzentrum
- ...

4.6 Selbsthilfe

Die Selbsthilfebewegung ist eine stetig wachsende Gemeinschaft.

In Deutschland existieren etwa 70.000 bis 100.000 Selbsthilfegruppen. Im Kreis Weisel bestehen zurzeit 352 Selbsthilfegruppen zu unterschiedlichen Themen und Anliegen. So existieren Selbsthilfegruppen im Bereich der chronischen Erkrankungen, Suchterkrankungen, bei Pflegebedürftigkeit, bei psychischen oder sozialen Problemen oder zum Thema Familie und Partnerschaft.

Speziell für depressiv erkrankte Menschen gibt es derzeit (Stand März 2018) 12 Selbsthilfegruppen. Hinzu kommen drei Gruppen für Angehörige von psychischen Erkrankungen. Diese verteilen sich über das gesamte Kreisgebiet und sind nicht nur in den größeren Städten vorhanden. Daneben sind diverse Gruppen, die sich an die Angehörigen von Menschen mit psychischen Erkrankungen wenden, vorhanden. Die genauen Kontaktdaten erfahren Sie bei der Selbsthilfe-Kontaktstelle (siehe 5.1 Adressen).

Was ist genau eine Selbsthilfegruppe und wer kann daran teilnehmen?

Die Definition der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) einer Selbsthilfegruppe lautet: *„Selbsthilfegruppen sind freiwillige, meist lose Zusammenschlüsse von Menschen, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten, psychischen oder sozialen Problemen richten, von denen sie – entweder selber oder als Angehörige – betroffen sind. Sie wollen mit ihrer Arbeit keinen Gewinn erwirtschaften. Ihr Ziel ist eine Veränderung ihrer persönlichen Lebensumstände und häufig auch ein Hineinwirken in ihr soziales und politisches Umfeld. In der regelmäßigen, oft wöchentlichen Gruppenarbeit betonen sie Authentizität, Gleichberechtigung, gemeinsames Gespräch und gegenseitige Hilfe. Die Gruppe ist dabei ein Mittel, die äußere (soziale, gesellschaftliche) und die innere (persönliche, seelische) Isolation aufzuheben. Die Ziele von Selbsthilfegruppen richten sich vor allem auf ihre Mitglieder und nicht auf Außenstehende; darin unterscheiden sie sich von anderen Formen des Bürgerengagements. Selbsthilfegruppen werden nicht von professionellen Helfern geleitet; manche ziehen jedoch gelegentlich Experten zu bestimmten Fragestellungen hinzu.“*

Selbsthilfe lebt von der Gemeinschaft und gerade das macht sie so stark. Im Erfahrungsaustausch mit anderen Menschen finden Betroffene Verständnis, denn sie kommunizieren mit Personen mit ähnlichen Erfahrungen. Es braucht in der Regel nicht viele Worte, um die eigenen Situation zu erklären, denn

anderen Betroffenen ergeht es ähnlich. In einer Selbsthilfegruppe merkt man schnell, dass man mit seinen Problemen nicht allein da steht. Der Austausch mit Gleichgesinnten kann sehr entlastend sein. Der Austausch von Informationen ist wichtig, denn alle profitieren von dem Wissen Einzelner. In der Regel treffen sich die Gruppen regelmäßig und sprechen über ihre Sorgen und Nöte, oder unternehmen auch gemeinsam etwas. Selbsthilfe ist praktische Lebenshilfe und unterstützt Menschen bei der Bewältigung ihrer Erkrankung bzw. Probleme, ist jedoch kein Ersatz für eine therapeutische oder medizinische Behandlung.

Gerade im Bereich der psychischen Erkrankungen, z.B. bei Depressionen, stellt die Selbsthilfe für viele Betroffene einen sehr entlastenden Faktor dar. Zwar kann die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe nicht die Erkrankung heilen, sie nimmt jedoch häufig den Betroffenen den Druck. Es ist erleichternd, wenn man feststellt, dass auch andere Menschen u.a. unter Antriebslosigkeit leiden. Selbsthilfegruppen vermitteln: „Ich bin nicht allein!“

Die Selbsthilfe-Kontaktstelle bildet die zentrale Anlaufstelle für alle Fragen rund um die Selbsthilfe im Kreis Wesel. Nicht immer gründen sich Gruppen von alleine, häufig benötigen Betroffene Unterstützung bei der Umsetzung. Die Hilfe umfasst z.B. Pressearbeit, Suche nach geeigneten Räumlichkeiten und/oder weiteren Betroffenen, Informationen über Gruppendynamik, Einübung von Abläufen einer Selbsthilfegruppe oder die

Begleitung in der Anfangsphase. Die Selbsthilfe-Kontaktstelle berät aber auch Hilfesuchende, eine geeignete bestehende Gruppe zu finden oder verweist an die anderen Beratungsangebote im Kreis Wesel, denn häufig ist zunächst eine professionelle Beratung notwendig.

Die Begleitung bestehender Gruppen, z.B. bei Konflikten, bildet ebenfalls einen wichtigen Baustein der Arbeit der Kontaktstelle.

Auch die Organisation des Gesamtreffens aller Selbsthilfegruppen, die Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen oder öffentlichkeitswirksame Präsentationen sind Aufgaben der Kontaktstelle. Ziele der Öffentlichkeitsarbeit sind das Werben für die Selbsthilfegruppen und die Information über deren Arbeit.



Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich an das
bündnis gegen depression im kreis wesel
Hausärzte, Fachärzte, Psychotherapeuten,
Beratungsstellen, Gesundheitsamt, Kliniken, Selbsthilfe.
E-Mail: gesundheitswesen@kreis-wesel.de
Infos auch unter: www.buendnis-depression.de



Bündnis gegen Depression im Kreis Wesel, c/o Kreis Wesel – Der Landrat
Fachdienst Gesundheitswesen, Mühlenstraße 9-11, 47441 Moers

5. Service

5.1 Adressen

| Einrichtung/Träger | Kontakt | Internet |
|---|--|-----------------------------|
| medizinische Hilfe (Krankenhaus) | | |
| St. Vinzenz-Hospital | Dr.-Otto-Seidel-Str. 31–33 46535 Dinslaken Tel. 02064/440 E-Mail: ChefarztSekPsychiatrie@st-vinzenz-hospital.de | www.st-vinzenz-hospital.de |
| St. Josef Krankenhaus GmbH Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie St. Nikolaus Hospital Rheinberg | Orsoyer Str. 55 47495 Rheinberg Tel. 02843/1790 E-Mail: rh.sek@st-josef-moers.de | www.st-josef-moers.de |
| Katholisches Karl-Leisner- Klinikum gGmbH St. Nikolaus Hospital | Grabenstr. 86 – 88 47546 Kalkar Tel. 02824/170 E-Mail: sonja.kaemmerer@kkle.de | www.kkle.de |
| psychosoziale Unterstützung/Beratung (Betroffene und Angehörige) | | |
| Kreis Wesel Fachdienst Gesundheits- wesen Sozialpsychiatrischer Dienst | Jülicher Str. 6, 47483 Wesel Mühlenstr. 9-11, 47441 Moers Tel. 02841/202-1138 E-Mail: gesundheitswesen@kreis-wesel.de | www.kreis-wesel.de |
| Caritasverband für die Dekanate Dinslaken und Wesel Sozialpsychiatrisches Zent- rum | Duisburger Str. 98 46535 Dinslaken Tel. 02064/449350 E-Mail: edith-stein-haus@caritas- dinslaken.de | www.caritas-dinslaken.de |
| Spix e.V. Sozialpsychiatrisches Zentrum | Kaiserring 16 46483 Wesel Tel. 0281/1633317 E-Mail: m.vanstaa@spix-ev.de | www.spix-ev.de |
| Caritasverband Moers-Xanten e.V. Sozialpsychiatrisches Zentrum | Haagstr. 26 47441 Moers Tel. 02841/901040 E-Mail: info.kbs@caritas-moers-xanten.de | www.caritas-moers-xanten.de |
| Spix e.V. Sozialpsychiatrisches Zentrum | Marsstr. 70, 46509 Xanten Tel. 02801/6611 E-Mail: a.sanders@spix-ev.de | |

| | | |
|---|---|----------------------------|
| Caritasverband Moers-Xanten e.V. Sozialpsychiatrisches Zentrum | Kamperdickstraße 18 47475 Kamp-Lintfort Terminvereinbarungen und Anfragen bitte telefonisch unter Tel.:02841 - 901040 | |
| Gerontopsychiatrische Beratungsstelle im St. Vinzenz Hospital | Dr.-Otto-Seidel-Str. 31-33 46535 Dinslaken Tel. 02064/44-1220 E-Mail: info@st-vinzenz-hospital.de | www.st-vinzenz-hospital.de |
| Gerontopsychiatrische Beratungsstelle im St. Nikolaus Hospital | Orsoyer Str. 55 47495 Rheinberg Tel. 02843/179-148 E-Mail: rh.sek@st-josef-moers.de | www.st-josef-moers.de |
| Der Paritätische Selbsthilfe-Kontaktstelle | Hanns-Albeck-Platz 2, 47441 Moers, Tel. 02841/90000, E-Mail: selbsthilfe-wesel@paritaet-nrw.org | www.selbsthilfe-wesel.de |

weitere Beratungsstellen www.dajeb.de, www.google.de

| Angehörigengruppen | |
|---|---|
| Spix Kaiserring 16 46483 Wesel | Angehörigengruppe Wesel i.d.R. jeden 4. Donnerstag im Monat 19.00 Uhr bis 20.30 Uhr 02841/900016 Angehörigengruppe Marsstraße 70, Xanten i.d.R. jeden 2. Donnerstag im Monat 19.00 Uhr bis 20.00 Uhr Tel.: 02801/6611 |
| Caritasverband Moers-Xanten e.V. Haagstr. 26 47441 Moers | zurzeit existieren 3 Angehörigengruppen Bei Interesse Kontakt unter: Tel.: 02841/901043 E-Mail: gabriele.klein@caritas-moers-xanten.de |
| Caritasverband für die Dekanate Dinslaken und Wesel Duisburger Str. 98 46535 Dinslaken | Angehörigengruppe Dinslaken jeden 1. Donnerstag im Monat 18.00 Uhr – 19.30 Uhr Frau Günzel: 02064/449357 E-Mail: tagesstaette@caritas-dinslaken.de |

5.2 Links

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

www.kvno.de

Ärztekammer Nordrhein

www.aekno.de

Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

www.ptk-nrw.de

Psychotherapie-Informations-Dienst

www.psychosuchedienst.de

Stiftung deutsche Depressionshilfe
und Bündnis gegen Depression

www.deutsche-depressionshilfe.de

Kreis Wesel

www.kreis-wesel.de

Online Diskussionsforum der Stiftung deutsche Depressionshilfe

www.diskussionsforum-depression.de

Selbsthilfe-Kontaktstelle

www.selbsthilfe-wesel.de

www.selbsthilfenetz.de

Beratungsführer der „Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e.V.“

www.dajeb.de

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

www.bapk.de

www.deutsch-depressionsliga.de

5.3 Literaturhinweise

[Quelle: „Stiftung Deutsche Depressionshilfe“]

■ Für Betroffene und Angehörige

Müller-Rörich, T., Hass, K., Margue, F., van den Broek, A. & Wagner, R. (2013).

Schattendasein. Das unverstandene Leiden Depression. Berlin: Springer.

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (2014): Mit psychischer Krankheit in der Familie leben. Rat und Hilfe für Angehörige. Bonn: Psychiatrie Verlag Epstein.

Rosen, L., & Amador, X.F. (2002): Wenn der Mensch, den du liebst, depressiv ist. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Johnstone, A. & Johnstone, M. (2009): Mit dem schwarzen Hund leben: Wie Angehörige und Freunde depressiven Menschen helfen können, ohne sich dabei selbst zu verlieren. München: Kunstmann Verlag.

Pitschel-Walz, G. (2003): Lebensfreude zurückgewinnen: Ratgeber für Menschen mit Depressionen und deren Angehörige. München: Urban & Fischer.

Bischkopf, J. (2015): So nah und doch so fern. Mit depressiv erkrankten Menschen leben. Köln: Balance.

Wolfersdorf, M. (2010): Depression: Die Krankheit bewältigen. Bonn: BALANCE buch + medien

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (2014): Mit psychischer Krankheit in der Familie leben. Rat und Hilfe für Angehörige. Bonn: Psychiatrie Verlag Epstein.

Rosen, L., & Amador, X.F. (2002): Wenn der Mensch, den du liebst, depressiv ist. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Johnstone, A. & Johnstone, M. (2009): Mit dem schwarzen Hund leben: Wie Angehörige und Freunde depressiven Menschen helfen können, ohne sich dabei selbst zu verlieren. München: Kunstmann Verlag.

Pitschel-Walz, G. (2003): Lebensfreude zurückgewinnen: Ratgeber für Menschen mit Depressionen und deren Angehörige. München: Urban & Fischer.

Bischkopf, J. (2015): So nah und doch so fern. Mit depressiv erkrankten Menschen leben. Köln: Balance.

Wolfersdorf, M. (2010): Depression: Die Krankheit bewältigen. Bonn: BALANCE buch + medien

■ Für Kinder

Jacob, L. A. & Tanner, K. (2016): ZiegenHundeKrähenMama...oder: Was ist mit Mama los? Zürich: Atlantis Verlag. Außerdem zum Buch erhältlich: kostenlose Begleitmaterialien zum Download. (Für Kinder ab 5 Jahren)

Gliemann, C. & Faichney, N. (2014):

Papas Seele hat Schnupfen. Karlsruhe: MONTEROSA Verlag. (Für Kinder zwischen 6 - 8 Jahren.)

Gliemann, C., Kistner, S., Rau A., Rau D., Rau M. & Faichney N. (2018): Papas Seele hat Schnupfen: So geht es mir.

Karlsruhe: MONTEROSA Verlag. (Arbeitsbuch für Kinder zwischen 6 - 8 Jahren.)

Erdmute von Mosch (2011): Mamas Monster: Was ist nur mit Mama los? Bonn: BALANCE Buch + Medien Verlag. (Für Kinder zwischen 3 und 6 Jahren)

Wunderer S. (2010): Warum ist Mama traurig? Ein Vorlesebuch für Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Mit einem Ratgeberteil am Ende des Buchs.

Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag. (Für Kinder zwischen ca. 2 und 5 Jahren)

Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen (Hrsg.): Wenn Deine Mutter oder Dein Vater in psychiatrische Behandlung muss... Mit wem kannst Du dann eigentlich reden? Bonn. Beziehbar über: <http://www.psychiatrie.de/dachverband/materialien/kinderbroschueren> (Für Kinder zwischen 8 und 12 Jahren)

Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen (Hrsg.): Wenn Deine Mutter oder Dein Vater psychische Probleme hat... Bonn. Beziehbar über: <http://www.psychiatrie.de/dachverband/materialien/kinderbroschueren> (Für Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren)

Stehle, Katrin (2011): Das Gegenteil von fröhlich. Stuttgart/Wien: Gabriel Verlag. (Entwicklungsroman für Jugendliche zwischen 13 und 16 Jahren)

Worringer, Ulla (2013): Hasenmama, die Heulsuse und die beste Möhrensuppe der Welt. Bergisch Gladbach: CreateSpace Independent Publishing Platform (Vorlesebuch für Kinder ab dem Vorschulalter; Mut-Mach-Buch für jugendliche und erwachsene Betroffene und Angehörige; mit einem Vorwort von PD Dr. Christine Rummel-Kluge)

■ Für Hausärzte und Multiplikatoren

Hautzinger, M. (2000) Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. (5. Auflage) Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Wolfersdorf, M. (2000) Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Suizidalität und Suizidprävention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

5.4 Selbsttest

selbsttest DEPRESSION

Nur „schlecht drauf“? – oder steckt eine Depression dahinter?

Kreuzen Sie »ja« an, wenn eine der folgenden Aussagen seit mehr als zwei Wochen auf Sie zutrifft.

| Leiden Sie seit mehr als 2 Wochen unter | *ja | nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. Gedrückter Stimmung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Interesselosigkeit und/oder Freudlosigkeit auch bei sonst angenehmen Ereignissen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Schwunglosigkeit und/oder bleierner Müdigkeit und/oder innerer Unruhe | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Fehlendem Selbstvertrauen und/oder fehlendem Selbstwertgefühl | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Verminderter Konzentrationsfähigkeit und/oder starker Grübelneigung und/oder Unsicherheit beim Treffen von Entscheidungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Starken Schuldgefühlen und/oder vermehrter Selbstkritik | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Negativen Zukunftsperspektiven und/oder Hoffnungslosigkeit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Hartnäckigen Schlafstörungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Vermindertem Appetit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Tiefer Verzweiflung und/oder Todesgedanken | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Sämtliche Aussagen, die mit »ja« beantwortet werden, zählen 1 Punkt.

*** Wenn Sie zwei der Aussagen Nr.1 bis Nr.3 mit »ja« beantwortet haben oder insgesamt drei oder mehr Punkte erreichen, könnte dies ein Zeichen für eine Depression sein.**

Bitte beachten Sie aber, dass mit diesem Test keine Diagnose gestellt werden kann. Hierfür ist ein Gespräch mit einem Arzt oder Psychologen notwendig.

Wichtig: Wenn Sie die Frage 10 mit »ja« beantwortet haben, dann suchen Sie bitte – unabhängig von Ihrem sonstigen Test-Ergebnis – in jedem Fall ärztliche Hilfe (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder Nervenheilkunde, psychiatrische Institutsambulanz, Hausarzt oder Notarzt).

Angelehnt an ICD-10/V (F); © Prof. Hegerl

*sie kann
wieder
lachen*

DEPRESSION

**ist
behandelbar**

Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich an das
bündnis gegen depression im kreis wesel

Hausärzte, Fachärzte, Psychotherapeuten,
Beratungsstellen, Gesundheitsamt, Kliniken, Selbsthilfe.

E-Mail: gesundheitswesen@kreis-wesel.de

Infos auch unter: www.buendnis-depression.de



Bündnis gegen Depression im Kreis Wesel, c/o Kreis Wesel – Der Landrat
Fachdienst Gesundheitswesen, Mühlenstraße 9–11, 47441 Moers

Autorinnen und Autoren:

Dr. Ernst de Beer – Facharzt für Nervenheilkunde, Wesel
Kirsten Bovenkerk – Gerontopsychiatrische Fachberatung am St. Vinzenz Hospital, Dinslaken
Brundhild Demmer – Caritasverband Moers – Xanten e.V.
Dr. Barbara Florange – St. Vinzenz Hospital, Dinslaken
Dr. Ernst Geiger – psychologischer Psychotherapeut, Dinslaken
Ludgera Geldermann – Selbsthilfe-Kontaktstelle, Moers
Jürgen Geitner – Kreis Wesel, Sozialpsychiatrischer Dienst
PD Dr. Karsten Heekeren – St. Nikolaus Hospital, Rheinberg
Michaela Jöhren-Bauer – Spix, Wesel
Martina Kröber – Caritasverband Dinslaken
Dr. Rüdiger Rau – Kreis Wesel, Kommunale Gesundheitskonferenz
Godehard Reul – Kreis Wesel, Sozialpsychiatrischer Dienst
Bettina Schilling – Gerontopsychiatrische Fachberatung am St. Nikolaus Hospital, Rheinberg
Ines Leuchtenberg – Kreis Wesel, Psychiatriekoordination
Rita Szelski – Kreis Wesel, Sozialpsychiatrischer Dienst
Sandra Tinnefeld – Selbsthilfe-Kontaktstelle, Moers
Diara Früh – psychologische Psychotherapeutin, Moers

Impressum

Herausgeber: Kreis Wesel, Der Landrat, Fachdienst Gesundheitswesen, Psychiatriekoordination, Reeser Landstraße 31, 46483 Wesel

Fotos: Titelbild Fotolia Nr. 74382686, Urheber: freshidea
Motiv „alter Mann“: "Gestaltung: www.pool-x.de Foto: plainpicture/mascot"
Motiv „blonde Frau“: "Gestaltung: www.pool-x.de Foto: T.Hohenacker"
Motiv „Manager“: "Gestaltung: www.pool-x.de Foto: Bananastock"
Motiv „Pärchen“: "Gestaltung: www.pool-x.de Foto: B. Kleinheisterkamp"

Layout und Druck: Heinrich Matten GmbH & Co. KG, 46562 Voerde-Friedrichsfeld

2. Auflage: 2000

© Kreis Wesel, Wesel 2018

Weitere Informationen im Internet unter: www.kreis-wesel.de www.deutsche-depressionshilfe.de

