

Wenn sich Schatten auf die Seele legen – Depression im Mittelpunkt des ersten Landespsychotherapeutentages

Die Depression bildete den Kern, um den sich alle Vorträge und Diskussionen am 12. November beim ersten Landespsychotherapeutentag in München vor den rund 650 Teilnehmern drehten. Eine Erkrankung, die nach Prognosen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bis zum Jahre 2020 zur zweithäufigsten Volkskrankheit werden soll. Schon jetzt leidet ein Fünftel der weltweiten Bevölkerung mindestens einmal im Leben an einer klinisch relevanten depressiven Störung, in Bayern sind es rund 600 000 Menschen. Dabei haben Frauen ein doppelt so hohes Erkrankungsrisiko.

Am Beispiel der Depression hat die Bayerische Landeskammer die Rolle der Psychotherapie im Wandel des Gesundheitssystems beleuchtet und verdeutlicht. Ziel war es, den Mitgliedern, also den Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Raum für Fortbildung und Diskussionen zu geben sowie die Möglichkeit, gemeinsam über die eigene Arbeit und über Zukunftsoptionen nachzudenken. Auch sollte ein Signal nach außen, in Richtung Vertreter des Gesundheitssystems, gesetzt werden, so Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop: „Es wird sehr viel über Gesundheitsstrukturen und Gesundheitsreform geredet. Da müssen auch wir uns zu Wort melden und einbringen, insbesondere zum Wohle der Patienten. Ich denke, unsere Berufsgruppe hat ein Wissen, das in dieser Form in keiner anderen Gruppe vorhanden ist. Wir können beurteilen, was Menschen in ihrer individuellen Lebensgestaltung und gelingenden Identitätsbildung brauchen, um sich – von der Kindheit an – möglichst gesund zu entwickeln.“

Staatsministerin Christa Stewens forderte in ihrem Grußwort stärkere Prävention, auch im Rahmen neuer Versorgungsformen wie Medizinische Versorgungszentren oder Integrierte Versorgung. Viele der jährlich rund 12 000 Suizide in Deutschland könnten verhindert werden, würde die Depression als eine der Hauptursachen rechtzeitig erkannt und effektiv behandelt. Im Hinblick auf die Prävention wurde auch deutlich, wie wichtig eine gut funktionierende Zusammenarbeit zwischen einzelnen Fachgruppen ist (siehe Kasten). Die Notwendigkeit der Vorbeugung, Früher-



650 Teilnehmerinnen und Teilnehmer lauschten gebannt den Vorträgen.

kennung und Rückfallprophylaxe belegten auch Zahlen und Statistiken, die im Verlauf der Tagung immer wieder auf die Leinwände projiziert wurden: Beispielsweise stiegen in den vergangenen zehn Jahren die Arbeitsunfähigkeitszeiten auf Grund von Depressionen oder anderen psychischen Diagnosen um bis zu 80 Prozent an. Die Zahl vorzeitiger Berentung wegen dieser Diagnose nahm dramatisch zu. Auch wurde der Einfluss von sozialen Bedingungen auf die Entstehung von depressiven Störungen aufgezeigt sowie die Gefahr der Chronifizierung angesprochen, die bei 30 Prozent der Patienten mit einer Major Depression besteht: Einem Rückfall lässt sich am besten mit einer Psychotherapie

begegnen. In einzelnen Workshops konnten die Teilnehmer ihr Wissen vertiefen und austauschen.

Die Podiumsdiskussion beleuchtete schließlich noch einmal zusammenfassend den Wandel des Gesundheitssystems und damit verbunden die Rolle der Psychotherapeuten. „Es war wie ein Innehalten. Noch ist nicht endgültig klar, wo es hingehen soll. Sicherlich werden wir unseren Stellenwert weiterhin behaupten. Es werden neue Versorgungssysteme entstehen, an denen wir Psychotherapeuten sowohl in der Konzeption als auch in der praktischen Versorgung beteiligt sein müssen“, so Nikolaus Melcop.

Offensichtliche und versteckte Hinweise auf depressive Störungen

42 Prozent aller Patienten, die an einer Depression erkranken, suchen zunächst den Hausarzt auf. Etwa die Hälfte erhält gar keine Behandlung. Daher ist es wichtig, auf folgende Warnsignale zu achten:

- Ein Patient, den der Arzt schon länger kennt, verändert sich plötzlich.
- Ein Patient äußert beiläufig, dass er oft sehr niedergeschlagen sei, „alles hoffnungslos ist“, er viele Sorgen habe, im Stimmungstief sitze (Kernsymptom: Gefühlsstörung).
- Beim Nachfragen bestätigt ein Patient, dass er in den vergangenen Wochen weniger Kraft und Energie habe, der Akku leer sei und er kaum noch Freude an Dingen habe, die er normalerweise gern tue (Kernsymptom: Antriebsverlust).
- Oft werden auch zuerst die möglichen Symptome im körperlichen Bereich geschildert (zum Beispiel Appetitverlust, Schlafstörungen, Gewichtsverlust, Müdigkeit).

Wie wichtig die entsprechende Sensibilität ist, zeigen auch Ergebnisse des „Kompetenznetzes Depression“ aus Nürnberg: Hier wurden Menschen in Helferberufen (Seelsorger, Rettungssanitäter, Polizisten, Lehrer und Hausärzte) über das Thema Depression informiert, wodurch die Suizidrate um mehr als 20 Prozent reduziert werden konnte.



Professor Dr.
Thomas Giernalczyk

Suizidalität ansprechen!

Interview mit Professor Dr. Thomas Giernalczyk, Fakultät für Pädagogik der Universität der Bundeswehr München und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention im Rahmen eines Workshops.

Professor Giernalczyk, Suizidalität ist ein schwieriges Thema. Schwierig im Umgang, weil es sowohl bei Patienten als auch oft bei Ärzten oder Psychotherapeuten Angst auslöst, aber auch schwierig im Erkennen. Was sind Warnsignale, die jeden Arzt hellhörig werden lassen sollten?

Professor Giernalczyk: Statistisch gesehen ist Suizidalität in der Allgemeinarztpraxis ein seltenes Ereignis. Und auf seltene Ereignisse reagieren wir nicht so leicht. Außerdem kündigen Patienten Suizidalität oft nur indirekt an: In Bemerkungen, dass „alles zu viel ist“ oder jemand überlegt, „ob er nicht doch langsam genug hat, weil alles hoffnungslos ist“. Bei solchen indirekten Äußerungen sollte man heraus finden, ob sich dahinter Suizidalität verbirgt, beispielsweise so: „Sie sagen, es ist Ihnen alles zu viel, denken Sie denn daran, sich das Leben zu nehmen?“ Wenn der Patient das bestätigt, ist es wichtig nachzuzufragen, ob er schon mit anderen Menschen darüber gesprochen hat, denn Suizidankündigungen sind ein Risikofaktor! Wenn dem Arzt das Risiko zu hoch ist, die Suizidalität dann in seiner Hausarztpraxis selber zu führen, besteht die Möglichkeit, Beratungsstellen, Fachärzte oder niedergelassene Psychotherapeuten hinzuzuziehen. Er sollte aller-

dings immer mit ihr rechnen. Denn aus Grundlagenstudien wissen wir, dass 70 bis 80 Prozent der Menschen, die suizidale Handlungen begehen, in der Woche zuvor ihren Hausarzt oder andere Bezugspersonen aufsuchen, aber nur selten direkt davon sprechen – das ist das Problem.

Gibt es in der Arbeit von niedergelassenen Psychotherapeuten einen Punkt, an dem Suizidalität ambulant eventuell nicht mehr zu handhaben ist?

Professor Giernalczyk: Zunächst besteht das Problem darin, ob sich Patienten und auch niedergelassene Psychotherapeuten überhaupt trauen, über Suizidalität zu sprechen. Es gibt eine Hemmschwelle, die von beiden Seiten überwunden werden muss. Der Psychotherapeut muss ein Ohr dafür entwickeln, welche indirekten Äußerungen für Suizidalität stehen können und genau nachfragen. Der Patient muss die Erfahrung machen, dass nichts passiert, dass er nicht mit einer Sanktion, einem Abbruch der Behandlung oder Kritik rechnen muss, wenn er anfängt, darüber zu sprechen. Zwei Schlagwörter sind wichtig: Das ist einerseits der „Handlungsdruck“, also kann der Patient sagen „ich bin suizidal, aber ich kann mich an eine Verabredung halten und Notfallmechanismen in Gang setzen“? Dieser hängt stark mit dem zweiten Schlagwort, der „Bündnisfähigkeit“, zusammen. Wenn der Psychotherapeut den Eindruck hat, jemand ist bündnisfähig, dann kann er in der Regel mit einer ambulanten Behandlung weiter arbeiten. Wenn er das Gefühl hat, jemand ist nicht bündnisfähig, geht die Therapie eher Richtung stationär.

Wenn beide den Mut gefunden haben, die Suizidalität anzusprechen und das Thema im Raum steht – was kann oder sollte der Therapeut dann tun?

Wer Suizidalität behandeln will, muss die Probleme ins Auge fassen, die dahinter liegen. Es lässt sich mit der Spitze des Eisberges

vergleichen: Unter der Wasseroberfläche verborgen sich die verursachenden Faktoren wie beispielsweise Depressionen, Suchterkrankungen, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörung, nicht bewältigte Entwicklungs- oder Lebenskrisen, Menschen, die alt und einsam sind oder chronische Schmerzen haben. Die wichtigste Intervention ist das Gesprächs- und Beziehungsangebot, in dem die Hintergründe reflektiert werden können. Der Therapeut muss die Gefährdung abklären und einschätzen. Dann geht es um Krisen- und Notlagenintervention beziehungsweise die Behandlung der Grunderkrankung.

Manchmal kann der Therapeut allerdings nicht verhindern, dass sich ein Patient tatsächlich umbringt. Was raten Sie Therapeuten, die mit einer solchen Situation umgehen müssen?

Professor Giernalczyk: Wenn sich ein Patient suizidiert hat, gerät der Therapeut in eine Krise. Mit dieser Krise muss er genau so umgehen, wie er es auch seinen Patienten empfiehlt. Häufig macht es Sinn, mit Angehörigen, Kollegen und in der Supervisionsgruppe ausführlich darüber zu sprechen. Denn ein Suizid stellt zunächst einmal die eigene berufliche Kompetenz in Frage. Und er führt zur Auseinandersetzung mit überwertigen Überzeugungen wie „Ich kann allen helfen“, „Ich kann alle retten“. Wir müssen uns damit auseinander setzen, dass – auch wenn wir gut handeln – wir nicht alle Suizide verhindern können. Zweitens muss eine Art von Trauerarbeit geleistet werden. Jemand, den der Therapeut kannte, hat sich suizidiert und ist tot. Auch wenn es sich um einen professionellen Kontakt handelt, muss er sich verabschieden. Meistens spielt auch die Bearbeitung von Schuldgefühlen eine Rolle. Da geht es um die Frage „Was habe ich falsch gemacht?“. Hier ist wichtig, kritisch zu reflektieren, was sind Fehler und was Schuldgefühle, die in dem Therapeuten selbst entstehen, aber nicht realistisch sind. Oft ist es so, dass Therapeuten, die einen Patienten verlieren, Menschen mit ähnlichen Merkmalen nicht gerne behandeln. Eine Pause macht sicherlich Sinn, aber es ist zur Vermeidung der Vermeidungstendenz gut, irgendwann wieder dagegen anzugehen. Wer einen Patienten verliert, erlebt eine Mischung aus beruflicher Krise, Schuldgefühlen und Trauerprozess, bei dem es – auf sich selbst angewendet – darauf ankommt, damit professionell und menschlich umzugehen.

Professor Giernalczyk, vielen Dank für das Gespräch!

Weitere Informationen finden Sie unter www.suizidprophylaxe.de.

Dr. Martina Koesterke (KVB)

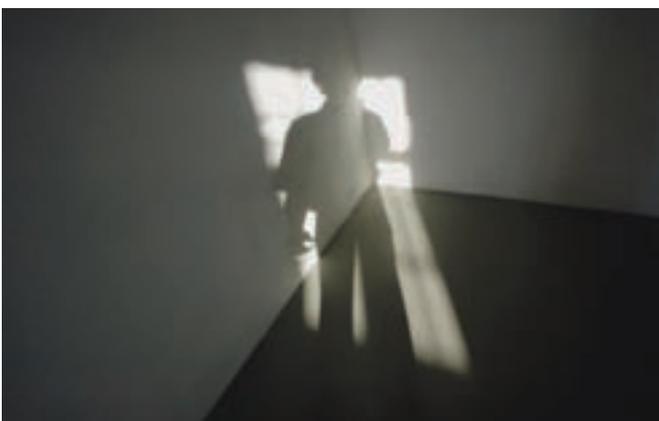


Foto: www.BilderBox.com