

Handlungsleitfaden

Seelische Belastungen erkennen -

eine Arbeitshilfe zur frühzeitigen Erkennung und Bewältigung von Depressionen und psychosomatischen Störungen bei Behinderungen und chronischen Erkrankungen und zur Umsetzung psychopräventiver Maßnahmen in der Selbsthilfearbeit

gefördert durch:



Inhaltsverzeichnis

| | | |
|------|--|----|
| I. | Die unsichtbaren Symptome und Folgen von Behinderungen und körperlichen Erkrankungen..... | 4 |
| II. | Depressionen und psychosomatische Störungen bei Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen | 5 |
| | (1) Besondere Gefährdungssituation von Menschen mit Behinderungen/ chronischen Erkrankungen..... | 5 |
| | (2) Was sind Depressionen? | 6 |
| | (3) Können Kinder und Jugendliche depressiv werden? | 9 |
| | (4) Ursachen und Risikofaktoren..... | 10 |
| III. | Depressionen und psychosomatische Störungen als Folge von Behinderung und chronischer Erkrankung - ein wichtiges Thema für die Selbsthilfe | 14 |
| | (1) Psychosomatische Strategien | 14 |
| | (2) Symptome von Depressionen früh erkennen | 15 |
| | (3) Psychosomatische Störungen erkennen..... | 20 |
| IV. | Erkenntnisse zu Angeboten der Selbsthilfe | 22 |
| | (1) Projekt der LAG SELBSTHILFE NRW | 22 |
| | (2) Projekt „Potentiale der Selbsthilfe bei der Früherkennung und Behandlung depressiver Störungen bei Menschen mit chronischen Erkrankungen“ der BAG SELBSTHILFE..... | 29 |
| V. | Weiterentwicklungspotential: Etablierung von Coping-Bewältigungsstrategien in der Selbsthilfearbeit | 37 |
| | (1) Coping als Gegenstand der Forschung | 37 |
| | (2) Die Bedeutung des sozialen Umfeldes für das Coping | 40 |
| | (3) Behandlungsmotivation und Patientenzufriedenheit | 42 |
| | (4) Zusammenhang zwischen der Messung der Lebensqualität und der Einschätzung von Coping-Erfolgen | 44 |
| | (5) Subjektives Krankheitserleben als Modell, um Coping-Strategien zu erfassen | 45 |
| | (6) Coping als Schlüssel zum Abbau bzw. zur Verhinderung psychischer Folgeerkrankungen bei chronischen Erkrankungen und Behinderungen .. | 46 |

| | |
|--|----|
| VI. Weiterentwicklungspotential: Etablierung von Präventionsprogrammen in der Selbsthilfearbeit | 47 |
| VII. Weitere Strategien von Selbsthilfeorganisationen: Qualifikation von Gruppenleiterinnen und -leitern | 50 |
| VIII. Organisationen und Netzwerke | 59 |
| IX. Literatur | 60 |

I. Die unsichtbaren Symptome und Folgen von Behinderungen und körperlichen Erkrankungen

Gegenstand der Selbsthilfearbeit ist die gegenseitige Unterstützung der Betroffenen im Umgang mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen.

Handelt es sich nicht explizit um eine Selbsthilfeorganisation, die den Umgang und die Bewältigung von psychischen Erkrankungen zum Ziel hat, dann werden seelische Aspekte zwar als ein wichtiger Aspekt der Gesamtsituation angesehen, aber in der Regel nicht als Symptom einer eigenständigen Erkrankung wahrgenommen.

Aussagen wie „Kopf hoch, lass dich nicht hängen!“ oder „Nun rei dich mal zusammen“ sind dann häufig Kommentare, die in Gruppentreffen geäußert werden. Dies ist in aller Regel auch wirklich gut gemeint, da die Kraft des Austausches in der Selbsthilfe ja gerade im Mutmachen, in der gegenseitigen emotionalen Stärkung und in der Überwindung seelischer Tiefs liegt.

Selbst dann, wenn über nachhaltige Erschöpfung, mangelnde Aufmerksamkeit, Ohnmachtsgefühle, Hilf- und Hoffnungslosigkeit der Lage geklagt wird, ist es schwer, den Ernst der Lage zu erfassen und angemessen zu reagieren.

Es ist daher wichtig, festzuhalten, dass Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen einer erhöhten Gefahr unterliegen, auch von Depressionen und psychosomatischen Störungen betroffen zu sein.

Die Selbsthilfearbeit bietet ein großes Potential für die Früherkennung und für die Bewältigung dieser Erkrankungen.

II. Depressionen und psychosomatische Störungen bei Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen

(1) Besondere Gefährdungssituation von Menschen mit Behinderungen/ chronischen Erkrankungen

Die Ergebnisse einer weltweit durchgeführten WHO-Untersuchung zur Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen belegen, dass 8,6% der Patienten in Allgemein- arztpraxen unter Depressionen leiden, die durch rezidivierende und chronifizierte Verläufe zu einem hohen Grad an psychosozialer Beeinträchtigung (28,2%) führen.¹ Darüber hinaus hat die Anzahl der Menschen, die an psychosomatischen Krankheiten (körperliche Erkrankungen, die durch psychische Faktoren ausgelöst und/oder verstärkt werden können) leiden, erheblich zugenommen.

Die gesundheitspolitischen Auswirkungen und Kosten psychischer und psychosomatischer Störungen sind erheblich. Die WHO erwartet für die nächsten Jahre eine weitere Zunahme von psychischen und psychosomatischen Störungen.²

Menschen mit Behinderung/chronischer Erkrankung aller Altersgruppen sind aufgrund ihrer multifaktoriellen Belastungen besonders gefährdet, an einer psychischen und/oder an einer psychosomatischen Störung zu erkranken.

Die entscheidenden sozialen Säulen eines im weitesten Sinne „gesunden“ Lebens sind Erwerbstätigkeit und finanzielle Absicherung, Familie und Kinder, Freunde und soziale Kontakte, physische Gesundheit, Teilnahme an Freizeit und Kultur sowie die Teilhabe an den demokratischen politischen Entscheidungsinstanzen. Eine solche psychosoziale Stabilität im Rahmen der Norm ist für viele Menschen mit Behinderung/chronischer Erkrankung nicht gewährleistet, denn bei den meisten Frauen und Männern mit Behinderung/chronischer Erkrankung sind gleich mehrere der obigen Faktoren nicht oder nur sehr eingeschränkt gegeben.

¹ WHO/Dilling H. et al: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 V (F). Klinisch -diagnostische Leitlinien. 6. Auflage, Hans Huber, Bern 2008

² <http://www.h-w-k.de/presse-oeffentlichkeit/pressemitteilungen/newseinzel/artikel/internationale-konferenz-am-hanse-wissenschaftskolleg.html>

(2) Was sind Depressionen?

Depressionen gehören unter Erwachsenen zu den häufigsten seelischen Leiden bzw. psychischen Störungen überhaupt. Man nimmt an, dass ungefähr 5% aller Erwachsenen davon betroffen sind. Die Betroffenen leiden oft lange und nachhaltig unter den depressiven Symptomen, und ein normales Leben ist oft nur unter großen Anstrengungen oder phasenweise gar nicht mehr möglich.

Wie auch beim Alltagsgebrauch des Wortes „depressiv“ deutlich wird, geht es im Kern um eine gedrückte Stimmung und Traurigkeit. Traurigkeit ist zunächst einmal ein normaler und bedeutender Bestandteil der menschlichen Gefühlswelt. Alle Menschen fühlen sich in einem gewissen Ausmaß manchmal bedrückt und niedergeschlagen, müde und schlapp, machen sich Sorgen und sind traurig. Traurigkeit ist eigentlich ein wichtiges und normales Gefühl, das uns zeigen kann, wenn uns etwas im Leben nicht gut tut und zu viel wird, wenn wir etwas vermissen oder einen Verlust verarbeiten müssen, wenn wir Zeit für uns brauchen oder aber Hilfe und Unterstützung benötigen.

Depressionen gehen über dieses „normale“ Ausmaß an Traurigkeit deutlich hinaus. Depressionen sind psychische Störungen, die vor allem die Stimmung und Gefühlswelt eines Menschen, aber darüber hinaus auch weite Teile seines Denkens und Verhaltens nachhaltig und längerfristig betreffen. Eine Depression zeichnet sich durch eine tiefgehende und anhaltende Traurigkeit und durch einen erheblichen Verlust an Energie, Antrieb und Lebensfreude aus. Die betroffenen Menschen leiden unter ihren Stimmungsproblemen und kommen im Alltag nicht mehr gut zurecht. Sie ziehen sich von Freunden, Bekannten und aus dem Familienleben zurück. Sie sind im Beruf, in der Ausbildung oder in der Schule beeinträchtigt und weniger leistungsfähig. Sie sind mutlos, setzen sich zu sehr unter Druck und können sich nicht mehr so gut konzentrieren. Sie vernachlässigen Hobbys, Interessen und Freizeitaktivitäten und unternehmen immer weniger. Häufig äußert sich die gedrückte Stimmung auch in körperlichen Anzeichen, wie z.B. in Kopf- und Bauchschmerzen, verändertem Appetit oder Schlafproblemen. Traurigkeit und Verzweiflung können im Rahmen einer Depression so weit gehen, dass die Betroffenen lebensmüde werden und unter Selbsttötungsgedanken leiden.

„Die Bandbreite des Krankheitsbildes ist groß. Als Depression wird ein länger andauernder Zustand deutlich gedrückter Stimmung, Interesselosigkeit und Antriebsminderung bezeichnet. Damit verbinden sind häufig verschiedene körperliche Beschwerden, zum Beispiel Schmerzen oder Schwindel.

Treten ausschließlich depressive Phasen im Krankheitsverlauf auf, handelt es sich um eine unipolare Depression. Wechseln sich Zustände von Depression und manischem Verhalten (erhöhter Antrieb und gehobene, euphorische Stimmung) ab, liegt eine bipolare Störung vor. Daneben gibt es weitere Formen wie die saisonal auftretende Winterdespression, die mit Energiemangel und Müdigkeit verbunden ist. Diese tritt meist mit Winterbeginn bis zum Frühjahr auf und wird durch Lichtmangel ausgelöst.

Es ist möglich, dass eine depressive Phase einmalig auftritt (so genannte depressive Episode) oder in unterschiedlichen Zeiträumen wiederkehrt (so genannte rezidivierende depressive Störung). Die Dauer kann ebenfalls variieren: von mehreren Wochen oder Monaten bis hin zu Jahren. Von einem chronischen Verlauf spricht man, wenn die Krankheitssymptome mehr als zwei Jahre anhalten.

Depressionen haben folglich viele Facetten. Verlauf, Dauer und Schwere der Erkrankung sind bei jedem Menschen anders. Dies gilt auch für die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen bei der Bewältigung alltäglicher Aufgaben im privaten und beruflichen Bereich.³

Das Burn-out-Syndrom (Ausgebranntsein) bezeichnet keine eigenständige Diagnose, sondern eine Stressreaktion, die bei länger andauernder, subjektiv erlebter Arbeitsüberforderung entsteht. Typische Symptome sind körperliche und emotionale Erschöpfung, fehlender Antrieb und Leistungsminderung. Bei chronischer Stressbelastung können daraus körperliche und psychische Folgeerkrankungen wie Depressionen entstehen. Betroffene sollten die Signale eines Burn-out ernst nehmen. Diese können auch ein Hinweis auf eine zu Grunde liegende Depression sein.⁴

Bemerkenswert ist die große Zahl Betroffener, die sich nicht in ärztlicher Behandlung befinden. Weniger als die Hälfte der Menschen mit Depressionen werden behandelt, in manchen Ländern sogar weniger als 10 Prozent. Dies kann verschiedene Gründe haben: zum Beispiel wird die Erkrankung nicht im Rahmen eines Arztbesuches festgestellt, wirksame Angebote der Versorgung fehlen oder Betroffene suchen keine medizinische Hilfe.

³ Rehadat, Im Schwermut steckt Mut!, Köln, 2017, S. 10

⁴ S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“, 2015

Viele Menschen haben Angst, sich als depressiv zu „outen“. Sie verheimlichen ihre Erkrankung, um Nachteile im Beruf wie soziale Ausgrenzung oder gar eine Kündigung zu vermeiden. Betroffene ziehen sich zurück, arbeiten trotz Beschwerden und Leistungseinbußen weiter, ohne Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Als Folge reagieren Kolleginnen, Kollegen und Vorgesetzte häufig mit Unverständnis, da sie das veränderte Verhalten oder die Probleme bei der Arbeitsbewältigung nicht richtig deuten können. Umso wichtiger ist im Alltag und im sozialen Umfeld ein offener und kompetenter Umgang mit depressiven Störungen.

(3) Können Kinder und Jugendliche depressiv werden?

Depressionen im Erwachsenenalter sind ein bekanntes und weit verbreitetes Problem. Können auch Kinder und Jugendliche unter dieser Symptomatik leiden? Lange Zeit ging man davon aus, dass depressive Verstimmungen im Kindes- und Jugendalter auf andere Krankheiten in der frühesten Kindheit zurückzuführen sind oder als deren Begleiterscheinung (z.B. einer körperlichen Krankheit) auftreten. Aus Studien und viel klinischer Erfahrung weiß man heute jedoch, dass Depressionen auch bei Kindern und Jugendlichen ein häufiges und ernst zu nehmendes Problem sind, das schwerwiegende Folgen nach sich ziehen kann.

Bereits im Schulalter finden sich Auftretenshäufigkeiten von 1 bis 3%, im Jugendalter belaufen sich die Schätzungen auf 4- bis 10%. Dabei ist zu beachten, dass nicht jedes traurige Kind gleich eine Depression haben muss. Viele der Merkmale, die typisch für depressive Störungen sind, können auch normale Entwicklungserscheinungen im Kindes- und Jugendalter sein, wie z.B. Trotz, Gereiztheit, Rückzug und Unzufriedenheit mit sich und der Welt. Gewisse Stimmungsschwankungen und emotionale Krisen gehören bei Kindern und gerade bei Jugendlichen zu einer normalen Entwicklung dazu. Nicht jede Phase schlechter Stimmung ist eine depressive Störung.⁵

Gerade für Angehörige von chronisch kranken und behinderten Kindern und Jugendlichen ist daher ein offener und kompetenter Umgang mit dem Thema möglicher depressiver Störungen bedeutsam.

⁵ Groen, Ihle, Ahle, Petermann, „Traurigkeit, Rückzug, Depression“, Hogrefe Verlag, S. 11-13

(4) Ursachen und Risikofaktoren

Es wird vermutet, dass zu Depressionen neigende Menschen schon von vorneherein eine höhere Verletzlichkeit (Vulnerabilität) haben. Das kann an einer genetischen Prädisposition liegen, eine biologische Ursache haben oder in der Entwicklung und der Persönlichkeit begründet sein. Dadurch sind sie gegenüber Stress, Verlusten und Belastungssituationen sowie negativen Umwelteinflüssen weniger widerstandsfähig und reagieren sensibler darauf als gesunde Menschen.

Meistens kommen mehrere Fakten zusammen, die sich gegenseitig beeinflussen und verstärken, so dass im Einzelfall kaum mehr feststellbar ist, warum jemand eine Depression hat. Der auslösende Faktor kann dagegen meistens recht gut benannt werden, denn oft sind es Stresssituationen, ein Todesfall im näheren Umfeld des Betroffenen, eine Trennung, der Verlust des Arbeitsplatzes, die Diagnose einer schweren Krankheit oder andere traumatische bzw. negative Erfahrungen. Da die Zusammenhänge äußerst komplex und noch nicht abschließend verstanden sind, ist es nur logisch, dass der Krankheitsverlauf von Mensch zu Mensch sehr verschieden ist. Es gibt also weder eine typische Depression noch den typischen Depressiven.

Körperliche Gründe

Genetische Ursachen

Nach aktuellen Erkenntnissen können erbliche Vorbelastungen bei der Entstehung einer Depression durchaus eine Rolle spielen. Ist ein Verwandter ersten Grades erkrankt (also ein Elternteil oder ein Geschwister), liegt das Risiko für eine Depression bei etwa 15%. Sind beide Eltern betroffen, liegt die Wahrscheinlichkeit, selbst zu erkranken, sogar bei 55%! Dies spricht für einen erblichen Faktor, allerdings konnte bisher noch kein „Depressions-Gen“ ausfindig gemacht werden. Das gehäufte Auftreten von Depressionen in der engeren Familie kann auch daran liegen, dass Kinder depressiver Eltern aufgrund psychosozialer Faktoren ebenfalls ein höheres Risiko haben, selbst zu erkranken.

Ungleichgewicht im Hirnstoffwechsel

Es gibt Hinweise darauf, dass bei depressiven Menschen bestimmte Botenstoffe im Gehirn nicht mehr in ausreichender Konzentration vorliegen oder nicht mehr richtig abtransportiert werden. Das betrifft vor allem Serotonin, Dopamin und Noradrenalin, aber auch weitere Stoffe, die für die Signalübertragung zwischen den einzelnen Nervenzellen zuständig sind. Wenn dieser Prozess gestört ist, schlägt sich dies in den Gedanken und Gefühlen der betroffenen Person nieder.

Auch die Entstehung weiterer depressionstypischer Symptome, wie Schlaflosigkeit, mangelnder Appetit und Antriebslosigkeit, ließe sich durch eine zu niedrige Konzentration dieser Botenstoffe erklären. Insgesamt sind diese Vorgänge aber hoch komplex und können noch nicht vollständig erklärt werden.

Problem mit der Cortisolregulation:

Ein wichtiger Faktor bei der Entstehung von Depressionen ist Stress. Unter akutem Stress, aber auch bei Infektionserkrankungen und traumatischen Erlebnissen produziert der Körper vermehrt das Stresshormon Cortisol, das in hoher Konzentration depressionstypische Verhaltensänderungen hervorruft: Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, negative Gedanken, verstärkte Ängste und eine verminderte Libido können die Folge sein. Normalerweise kann der Körper die Cortisol Ausschüttung regulieren, bei depressiven Menschen scheint dieser Vorgang aber nicht richtig zu funktionieren.

Andererseits kann auch eine Depression Stress verursachen, in dessen Folge Cortisol produziert wird. Auch manche Krankheiten bewirken eine Ausschüttung des Hormons. Es ist also sehr schwierig, die genauen Zusammenhänge darzustellen und die richtigen Schlüsse zu ziehen.

Hormone

Eine Änderung im Hormonhaushalt kann ebenfalls eine Depression herbeirufen. Gerade Frauen wissen oft aus eigener Erfahrung, wie stark Hormone die Stimmung und Gefühlslage beeinflussen können, z.B. während der Schwangerschaft oder vor dem Einsetzen der Menstruation (Postmenstruelles Syndrom). Die postnatale Depression wird nach neuesten Erkenntnissen ebenfalls vor allem durch hormonelle Umstellungen nach der Geburt ausgelöst, auch wenn dabei ebenfalls eine gewisse Veranlagung der Mutter eine wichtige Rolle spielt. Frauen, die in ihrer Vergangenheit traumatische Erfahrungen machen mussten oder bereits depressive Episoden durchlebt haben, erkranken z.B. häufiger an einer Wochenbettdepression. Doch auch kulturelle, psychische und biologische Einflüsse spielen eine Rolle.

Krankheiten

Auch manche Erkrankungen können mitverantwortlich für die Entstehung einer Depression sein. Dazu gehören etwa Morbus Parkinson, Krebs, Schilddrüsenunterfunktion und Hormonstörungen. Überhaupt stellen schwere und chronische Krankheiten eine Dauerbelastung der Psyche dar, die bei verletzlicheren Menschen zur Depression führen kann.

Medikamente und Drogen

Bestimmte Arzneimittel können als Nebenwirkung Depressionen verursachen. Dazu gehören Medikamente, die bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen verwendet werden (Betablocker), Cortison (in hoher Dosierung), Antiepileptika, Beruhigungsmittel aber auch hormonelle Verhütungsmittel.

Auch der Missbrauch von Drogen kann zu einer Depression führen. Hier ist besonders Alkohol zu nennen. Doch auch andere berauschende Substanzen greifen in Prozesse im Gehirn ein und können depressive Episoden auslösen. Depressionen werden durch Suchterkrankungen begünstigt oder können als Entzugserscheinung auftreten. Andersherum können Depressionen auch in die Sucht führen, besonders Alkohol, Nikotin oder Marihuana werden gern zur „Selbsttherapie“ verwendet.

Psychosoziale Gründe

Probleme in der Kindheit

Manchmal muss man bei der Suche nach der Ursache einer Depression weit zurück blicken. Ganz klischeehaft liegt diese nämlich oft in einer gestörten Kindheit der betroffenen Person. Ein ängstlich-beschützender Erziehungsstil kann etwa zu einer „erlernten Hilflosigkeit“ führen, das nun erwachsene Kind hat nie richtig gelernt, wie es sich in Stress- und Krisensituationen verhalten kann und diese erfolgreich bewältigen kann. Doch diese Theorie sollte man vorsichtig betrachten. Vielleicht haben die Eltern schon sehr früh die erhöhte Vulnerabilität ihres Kindes erkannt und lassen ihm daher besonders viel Schutz und Aufmerksamkeit zukommen.

Viel öfter wird das Gegenteil der Fall sein. Ein Kind, das in einer lieblosen Umgebung aufwächst, von seinen Eltern abgelehnt oder erniedrigt wird, kann kein gesundes Selbstwertgefühl entwickeln und kann dadurch im späteren Leben anfälliger für Depressionen sein. Das Gleiche gilt für Kinder, die schon früh traumatische Erlebnisse durchmachen mussten, etwas den Verlust eines Elternteils, einen Unfall, Missbrauch, Isolation, Krankheit oder Konflikte in der Familie. Gerade wenn das Trauma nie richtig aufgearbeitet wurde, kann eine erneute Krisensituation den Ausbruch einer Depression begünstigen.

Persönlichkeit und Lebenseinstellung

Der Einfluss der Persönlichkeit, der individuellen Denkmuster und der Lebenseinstellung sollte nicht unterschätzt werden. Menschen, die zur Überkorrektheit, Selbstunsicherheit und übertriebener Ordentlichkeit bis hin zum Perfektionismus neigen, die sich selbst hohe Anforderungen stellen und gleichzeitig sehr selbstkritisch sind, scheinen eher an Depressionen zu erkranken als andere.

Sonstiges

Die Winterdepression, die zu den jahreszeitabhängigen emotionalen Störungen gehört, wird wahrscheinlich durch Lichtmangel ausgelöst.⁶

Die Ursachen einer Depression sind also vielschichtig. Körperliche und psychische Vorgänge greifen ineinander. Bei manchen depressiven Patienten steht die psychische Belastung - aktuell und/oder aus der Kindheit - im Vordergrund, bei anderen Patienten die genetische Veranlagung oder eine körperliche Erkrankung. Oft ist es das Zusammenwirken dieser Faktoren, die an der Entstehung einer Depression beteiligt sind. Je nach Schweregrad der Depression sind Auftreten und Dauer der Symptome sehr unterschiedlich.

⁶ T. Breise, „Depressionen, der Weg zurück zu mir“. S. 11-17

III. Depressionen und psychosomatische Störungen als Folge von Behinderung und chronischer Erkrankung - ein wichtiges Thema für die Selbsthilfe

Die bisherige Darstellung zeigt, dass Depressionen und psychosomatische Störungen vielfältige Ursachen und Ausprägungen haben können. Auch persönliche Faktoren (Prädispositionen) spielen eine wichtige Rolle dabei, ob es dazu kommt, dass eine Depression oder psychosomatische Störung auftritt.

Die Belastungen, die mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen verbunden sind, aber beispielsweise auch die Auswirkungen von Medikamenten, können hier eine wichtige Rolle spielen. Damit ist das Thema „Prävention von Depressionen und psychosomatischen Störungen“ eine Problematik, die für alle Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen von besonderer Relevanz ist. Obwohl im vorherigen Abschnitt der Versuch unternommen wurde, Informationen zum Krankheitsbild der Depression zu geben, kommt es unter dem Blickwinkel der Prävention eigentlich gar nicht darauf an, ob einem Betroffenen ein solches Label zugeordnet werden kann. Es geht eher darum, von Anfang an psychopräventive Strategien in die Selbsthilfearbeit zu integrieren, die Entstehung entsprechender Krankheitsverläufe möglichst früh zu erkennen und gegebenenfalls die Betroffenen bei der Bewältigung dieser Folgeerkrankung zu unterstützen.

Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen bilden eine nachhaltige soziale Struktur, die von menschlicher Nähe, Gesundheitskompetenz und einem konstruktiven Umgang mit Beeinträchtigungen geprägt ist. Die gegenseitige Unterstützung unter Betroffenen, aber auch das gemeinsame Bewältigen von Problemlagen zeichnen einerseits die Selbsthilfearbeit chronisch kranker und behinderter Menschen aus.

Andererseits geht es vielfach um Problembewusstsein der Gefährdungssituation im Hinblick auf Depressionen und psychosomatische Störungen.

(1) Psychosomatische Strategien

In einem ersten Schritt geht es darum, dass das Zusammensein in der Selbsthilfegruppe per se als psychopräventives Setting begriffen wird. Hinzukommen muss das Know-how zu psychopräventiven Strategien.

Folgende psychopräventive Methoden können unter professioneller Anleitung auch in die Selbsthilfearbeit von Selbsthilfegruppen integriert werden:

- Akzeptanztraining nach Hays
- Achtsamkeitstraining
- Training von Selbstwertgefühl
- Umsetzung metakognitiver Techniken (Betrachtung des Erlebens aus einer Distanz heraus)
- Entspannungstraining
- Sinn- und Wertereflektion

Insgesamt kommt es darauf an, die multiplen Belastungen, die mit dem Leben mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen verbunden sind, als solche ernst zu nehmen, aber gleichzeitig die Kompetenzen jedes Einzelnen zu stärken, diese Belastungen zu bewältigen. Der Austausch und die gegenseitige Unterstützung in der Selbsthilfegruppe bieten hierfür einen hervorragenden Rahmen.

Ausgangspunkt dieser Betrachtungen sollte daher nicht die Frage sein, ob depressive Störungen schon zu erkennen sind, sondern wie die psychische Gesundheit gestärkt werden kann. Psychische Gesundheit in diesem Sinne kann man als einen Zustand des Wohlbefindens definieren, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpft, die bestehenden Lebensbelastungen zu bewältigen und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen.

(2) Symptome von Depressionen früh erkennen

Depressionen können jeden treffen. Doch einige trübselige Tage sind noch keine Depression, auch wenn wir sagen, dass wir „deprimiert“ sind. Solche Phasen sind ganz normal und gehen auch von allein wieder vorbei. Jeder Mensch fühlt sich gelegentlich niedergeschlagen oder hat keine Lust, etwas zu unternehmen. Es gibt aber einige wichtige Merkmale, an denen eine Depression von solchen temporären Verstimmungen unterschieden werden kann.

Erste Anzeichen

Mitunter treten bereits einige Frühsymptome auf, mit denen sich eine entstehende depressive Episode ankündigt. Sie können nach einem belastenden Erlebnis in Erscheinung treten, aber auch ganz ohne einen erkennbaren Anlass. Sie sind nicht immer zu erkennen und können auch von anderen Erkrankungen

verursacht werden. Gerade bei wiederkehrenden depressiven Episoden kann es nützlich sein, als betroffene oder nahestehende Person einen herannahenden Schub zu erkennen und rechtzeitig Hilfe zu suchen oder anzubieten.

Auch wiederkehrende Schübe kündigen sich mit solchen „Erste Anzeichen Symptomen“ an, die ein erfahrener Arzt frühzeitig zu deuten weiß. Erste Anzeichen können sein:

- unspezifische Schmerzen
- Energiemangel und dauernde Müdigkeit
- Reizbarkeit und „schlechte Laune“
- plötzliches Auftreten von Angstgefühlen
- zunehmende Lustlosigkeit
- vermindertes oder nachlassendes sexuelles Interesse
- Appetitlosigkeit
- Schlafstörungen

Natürlich können solche Beschwerden auch auf eine andere Krankheit hinweisen oder nach kurzer Zeit wieder verschwinden, etwa wenn die auslösende Situation (z.B. Stress am Arbeitsplatz) nicht mehr besteht. Sollten sie jedoch bleiben, stärker werden und sich zu einer depressiven Episode entwickeln, ist es höchste Zeit, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Hauptsymptome

1. Niedergeschlagene, depressive Stimmung:

Dieses Symptom ist für Außenstehende nur schwer zu begreifen. Die Betroffenen empfinden eine Art innerer Leere, sie erleben nicht mehr die große Bandbreite an Emotionen, die ein gesunder Mensch zu fühlen vermag. Sie fühlen sich „gefühlstot“ oder sind „wie versteinert“. Hinzu kommt eine tiefe Mut- und Hoffnungslosigkeit gepaart mit unabwendbarer Verzweiflung. Auch für Mitmenschen positiv erscheinende Erlebnisse oder Ereignisse haben keinen stimmungsaufhellenden Einfluss auf die Gefühlslage des Betroffenen.

2. Freudlosigkeit, Interessenverlust

Eine Depression nimmt dem betroffenen Menschen nach und nach die Fähigkeit, Freude zu empfinden und sich für etwas zu begeistern. Nichts macht mehr Spaß. Nicht nur die Freude am Leben geht verloren, sondern auch das Interesse an früher gern ausgeübten Tätigkeiten. Hobbys, Freundschaften und Beziehun-

gen werden vernachlässigt, und der Betroffene zieht sich zurück. Das Gefühl der Lustlosigkeit kann auch zum Verlust der Libido führen.

3. Müdigkeit und Antriebslosigkeit

Das dritte charakteristische Kennzeichen für eine Depression ist die permanente Müdigkeit und der Energieverlust, der das Leben der betroffenen Personen entscheidend beeinträchtigt. Das kann soweit führen, dass der Patient nicht mehr in der Lage ist, am Alltag teilzunehmen. Er fühlt sich schon morgens wie gerädert, und allein das Aufstehen kostet unglaublich viel Energie. Anfangs werden vor allem größere Unternehmungen als kraftraubend empfunden, später kosten selbst kleine, alltägliche Verrichtungen viel Mühe oder es fehlt gleich ganz die Energie dazu. Die Antriebslosigkeit kann sogar dazu führen, dass der Betroffene sich selbst vernachlässigt, da selbst die Kraft zum Duschen oder Essen zubereiten fehlt. Manche depressiven Menschen empfinden diese Energielosigkeit wie eine tonnenschwere Last, die auf ihnen lastet oder an ihnen hängt und die sie nicht abschütteln können.

Nebensymptome

Neben den drei Hauptsymptomen gibt es weitere Symptome, die ebenfalls häufig auftreten können:

1. Konzentrationsprobleme und verminderte Aufmerksamkeit

Betroffene haben oft Schwierigkeiten damit, sich auf etwas zu konzentrieren. Die Kreativität leidet, das Denkvermögen ist eingeschränkt, und es kann sogar zu Gedächtnisstörungen kommen. Im Extremfall können die Symptome sogar mit einer Demenz verwechselt werden!

2. Selbstzweifel und mangelndes Selbstwertgefühl sowie Schuldgefühle

Ein recht typisches Symptom sind der Verlust des Selbstvertrauens und starke Selbstzweifel. Depressive Menschen nehmen sich selbst oft als wertlos, nutzlos und Belastung für ihr Umfeld wahr. Das ist besonders schwierig, da sie selbst machtlos gegen dieses Gefühl sind und nicht in der Lage sind, es zu ändern. Sie neigen zum Grübeln und sind äußerst kritisch mit sich selbst. Im Extremfall kommt es zu Wahnvorstellungen.

3. Pessimistische Zukunftsvorstellungen

Wer eine Depression hat, ist oft nicht mehr in der Lage, sich eine positive Zukunft vorzustellen oder diese aktiv zu planen. Jede Hoffnung auf Besserung geht verloren, und jeder neue Tag wird als weitere Belastung erlebt. Typisch

ist auch eine übertriebene Sorge um die Zukunft und ein Gefühl der Hilflosigkeit. Die Situation erscheint ausweglos.

4. Ängste

Etwas 80% der an Depressionen erkrankten Menschen leiden zusätzlich an Angstgefühlen, die von gelegentlichen Panikattacken und unbestimmten Angstzuständen bis hin zu ausgewachsenen Angststörungen reichen.

5. Selbstmordgedanken

Wenn die negativen Gedanken, die Hoffnungslosigkeit und die innere Leere immer mehr Raum einnehmen und dadurch der Leidensdruck immer stärker wird, erscheint der eigene Tod manchmal als einziger Ausweg aus der Dunkelheit. Beinahe alle Patienten mit einer schweren Depression haben Suizidgedanken. Es wird vermutet, dass etwa 10% der von schweren und wiederkehrenden depressiven Störungen betroffenen Menschen durch Selbsttötung versterben. Wenn ein depressiver Mensch nur die leisesten Anzeichen äußert, Selbsttötung begehen zu wollen, sollte umgehend ein Arzt oder ein Krankenhaus aufgesucht werden!

In den allermeisten Fällen treten nicht all diese Symptome gleichzeitig auf. Viele Patienten leiden an mindestens zwei Haupt- und zwei Nebensymptomen, deren Heftigkeit mit dem Tagesverlauf schwankt. Typisch ist ein morgendliches Tief mit einer leichten Verbesserung der Beschwerden am Nachmittag.

Körperliche Symptome

Körper und Seele bilden eine Einheit. Darum ist es nur logisch, dass eine psychische Erkrankung wie die Depression auch ganz konkrete körperliche Symptome hervorrufen kann.

Viele Betroffene klagen über massive Schlafstörungen. Sie haben Probleme mit dem Einschlafen, erwachen mitten in der Nacht oder früh am Morgen und haben dann mit besonders heftigen Symptomen zu kämpfen. Häufig ist eine Verminderung des Appetits zu beobachten, in deren Folge der Betroffene an Gewicht verliert. Die zu den Hauptsymptomen zählende Antriebslosigkeit kann sich auch körperlich äußern: Der Patient redet langsam und leise, Mimik und Gestik sind starr und alle Bewegungen zäh und langsam. Im Extremfall kann der Betroffene nur unter größter Anstrengung sprechen oder sich bewegen.

Weitere körperliche Beschwerden sind Schmerzen, Atembeschwerden, Verdauungsbeschwerden oder Druckgefühle auf der Brust und Kreislaufprobleme. Manchmal sind diese Symptome so stark, dass sie andere Depressionsanzeichen überlagern und die Diagnose dadurch erschweren.

Außerdem sind depressive Menschen oft weiteren Gesundheitsrisiken ausgesetzt, da sie tendenziell einen ungesünderen Lebensstil führen. Wer eine akute Depression hat, dem fehlt meistens die Kraft, sich um einen gesunden Lebensstil oder eine ausgewogene Ernährung zu kümmern, und dass die typischen Symptome einer Depression zu Bewegungsmangel führen, erklärt sich ja fast von selbst.

Eine Depression gilt als Risikofaktor für andere Krankheiten, etwa Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen und kann bereits vorhandene Erkrankungen verschlimmern. Umgekehrt erhöht eine Behandlung der Depression auch die Heilungschancen für andere Krankheiten. Das Immunsystem depressiver Menschen ist geschwächt. Ältere Menschen, die an einer Depression leiden, geraten leicht in lebensbedrohliche Situationen, wenn sie sich zurückziehen und nicht daran denken, zu essen oder zu trinken.

Unterschiede zur Trauer

Auch wenn die Symptome einer Depression von außen denen einer tiefen Trauer, etwa nach einem einschneidenden Verlust, ähneln, gibt es doch einige entscheidende Unterschiede. Wer trauert, ist nicht depressiv, und Depressive sind nicht traurig. Ein Trauernder ist neben seiner Traurigkeit immer noch in der Lage, auch andere Gefühle zu empfinden. Durch Trost und Zuspruch geliebter Menschen kann sich die Stimmung der trauernden Person vorübergehend bessern. Mit der Zeit wird sie sich auch wieder an schönen Erlebnissen erfreuen können, auch wenn die Trauer natürlich ein langer Wegbegleiter sein kann. Es ist aber auch möglich, dass tiefe Trauer zum Auslöser einer depressiven Episode wird.

Unterschiede zur Winterdepression

Die Winterdepression gehört zu den von der Jahreszeit abhängigen emotionalen Störungen. Sie beginnt in den Herbst- und Wintermonaten und hält meistens bis zum Frühling an. Typischerweise tritt sie jedes Jahr wieder auf. Während dieser Zeit fühlen sich die Betroffenen zunehmend energielos und schlapp, ihre Stimmung ist gedrückt; sie sind ständig müde und schlafen viel mehr als sonst.

Typisches Merkmal bei dieser Depressionsform ist ein gesteigerter Appetit, meistens auf Süßigkeiten, der eine Gewichtszunahme verursachen kann. Als Verursacher der Winterdepression wird ein veränderter Biorhythmus und eine gestörte Hormonproduktion (meist Serotonin und Melatonin), bedingt durch den winterlichen Mangel an Sonnenlicht, angenommen.⁷

(3) Psychosomatische Störungen erkennen

Psychosomatische Störungen sind körperliche Störungen, die durch psychische Probleme, wie chronischen Stress, berufliche Überforderung oder private Konflikte, ausgelöst werden.

Es gibt verschiedene Formen psychosomatischer Störungen: Zum einen gibt es die psychosomatischen Störungen im engeren Sinne. Hierbei handelt es sich um körperliche Erkrankungen mit einer nachweisbaren organisch bedingten Störung körperlicher Funktionen. Psychische oder soziale Faktoren spielen dabei eine mehr oder weniger bedeutsame Rolle in der Auslösung, Aufrechterhaltung oder Verschlimmerung der Störung.

Zum anderen gibt es Somatisierungsstörungen. Hier handelt es sich um körperliche Beschwerden und Krankheitsbilder, die durch psychische und psychosoziale Belastungen bzw. Überforderungen verursacht werden, ohne dass ein Organbefund nachweisbar ist. Dies ist problematisch für Diagnose und Therapie. Folgende Beschwerden sind häufig vorzufinden: Schmerzzustände, wie Kopf- und chronische Rückenschmerzen; Magen-Darm-Beschwerden, wie Reizmagen oder Reizdarm mit Übelkeit; Unterbauchschmerzen und Blasenbeschwerden; Sehstörungen; Allgemeine Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Nervosität und Schlaflosigkeit.

Schließlich gibt es noch somatopsychische Erkrankungen, d.h. Krankheitsverarbeitungsstörungen, die zu psychischen Folgeerscheinungen bei chronischen Erkrankungen führen können.⁸

Bei Menschen mit einer Behinderung oder chronischen Erkrankung kommt es häufig zu einer Potenzierung psychischer, körperlicher und psychosozialer Be-

⁷ T. Breise, „Der Weg zurück zu mir“, S. 19-28

⁸ Morschitzky, H.; Sator, S.: „Wenn die Seele durch den Körper spricht“, Psychosomatische Störungen verstehen und heilen. Walther Verlag, Düsseldorf 2004.

lastungen, so dass hier das Risiko an einer Depression oder psychosomatischen Störung zu erkranken besonders hoch ist.

Verschiedene epidemiologische Studien zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit, eine psychische Störung zu entwickeln, bei Personen mit bestehenden chronischen Erkrankungen deutlich erhöht ist.⁹

Laut einer Studie von Härter et al. (2006) leiden 10 bis 20% der Patienten in der Kardiologie und Onkologie unter einer klinisch bedeutsamen Depressivität und Ängstlichkeit. Die Prävalenzraten für aktuelle psychische Störungen betragen zwischen 16 % in der Kardiologie und 25 % in der Endokrinologie. Am häufigsten sind affektive Angst- und somatoforme Störungen.¹⁰

Wünschenswert wäre es, wenn das Know-how in der Selbsthilfe zu ersten Anzeichen von Depressionen und psychosomatischen Störungen verbessert werden könnte, um die Chance auf eine Früherkennung zu erhöhen und um dadurch die Grundlage für eine frühestmögliche Unterstützung und Behandlung zu legen.

⁹ Härter, Baumeister, Bengel/Hrsg.): „Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen“. Springer Medizin Verlag Heidelberg, 2007.

¹⁰ Härter M., Hahn D., Baumeister H., Reuter K., Bengel J. (2006): „Psychische Komorbidität bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen – eine epidemiologische Studie in der stationären medizinischen Rehabilitation. In: Pawils, S. und Koch, U., „Psychosoziale Versorgung in der Medizin“.

IV. Erkenntnisse zu Angeboten der Selbsthilfe

Gerade in der Lebenssituation von chronisch kranken und behinderten Menschen ist es wichtig, dass Problembewusstsein zur Thematik von möglichen Depressionen und psychosomatischen Störungen existiert. Es ist ebenfalls wichtig, dass im sozialen Umfeld chronisch kranker und behinderter Menschen ein offener und kompetenter Umgang zu möglichen depressiven Störungen besteht.

Da Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen eine nachhaltige soziale Struktur bilden, die von menschlicher Nähe, Gesundheitskompetenz und einem konstruktiven Umgang mit Beeinträchtigungen geprägt ist, besteht die große Chance, dass auch hier Depressionen und psychosomatische Störungen früh erkannt werden und dass betroffene Menschen auch insoweit kompetente und nachhaltige Unterstützung in der Selbsthilfe erlangen können.

Daher stellt sich die Frage, inwieweit sich Selbsthilfeorganisationen bereits mit dieser Thematik befassen und welche Angebote es dort gibt.

(1) Projekt der LAG SELBSTHILFE NRW

Im Jahr 2013 haben die LAG Selbsthilfe NRW und das Netzwerkbüro „Frauen und Mädchen mit Behinderung/chronischer Erkrankung NRW“ eine Befragung zu den Angeboten im Bereich Depression/psychosomatische Störungen durchgeführt.¹¹ Hierzu wird im Projektbericht Folgendes dargestellt:

„Zurück erhalten haben wir 50 Bögen mit ausführlichen Antworten von Verbänden, Einzelpersonen und Gruppen. Offensichtlich haben sich Vertreterinnen verschiedener Behinderungs- und Erkrankungsarten durch die Thematik angesprochen gefühlt. Man kann also nicht sagen, dass das Thema Depression nur für einige wenige Behinderungsarten relevant ist. Es ist ein Querschnittsthema.“

Übersicht über die Rückmeldungen, geordnet nach Behinderungs-/Erkrankungsformen und Institutionen:

¹¹ Projektbericht der LAG Selbsthilfe: „Depressionen und psychosomatische Störungen bei Behinderung/chronischer Erkrankung im Fokus der Selbsthilfe“ – Aufklärung, Aktivierung und Vernetzung der Selbsthilfe für präventive Maßnahmen gegen Depressionen und psychosomatische Störungen unter genderspezifischen Aspekten.

1. Kein besonderes Behinderungsbild (2)
2. Aphasie und Schlaganfall (4)
3. Autismus, Rhein-Wupper
4. Blinde und Sehbehinderte (2)
5. Bündnis gegen Depressionen
6. DCCV, Morbus Crohn-Colitis Ulcerosa
7. Multiple Sklerose (2)
8. Morbus Bechterew
9. Dystonie
10. Ehlers-Danlos
11. Emotions Anonymous, LEV
12. Hirnschäden (3)
13. Hörbehinderte
14. HSP-SHG, Hereditäre Spastische Paralyse
15. Kehlkopfkrebs
16. Brustkrebs
17. Lebenshilfe
18. Pro Retina
19. Querschnitt-Verein
20. 20 Psychisch Kranke (4)
21. Rehasport-Gruppe
22. Körperbehinderung
23. Sarkoidose
24. SKFM Hilden
25. SKFM, Sozialdienst kath. Frauen
26. SOVD Düsseldorf
27. Stotterer
28. Vertrauensleute
29. Einrichtungen, Institutionen (IFD, Gleichstellungsbeauftragte)

Insgesamt sind die Aussagen vor dem Hintergrund von etwa 23 verschiedenen Behinderungsarten gemacht worden.

Damit wird unsere erste Annahme, dass es sich um ein Querschnittsthema handelt, bestätigt.

Auf der Basis der zweiten Annahme, es handele sich um ein aktuelles Thema, wurde nach der Aktualität des Themas Depression in der Selbsthilfe gefragt. Der überwiegende Teil der Rückantworten, nämlich 74%, bestätigt, dass das Thema Depression von großer Aktualität und Relevanz in der Selbsthilfe ist.

Interessant ist das Ergebnis bei der Nachfrage in Bezug auf Unterschiede bei psychosozialen Problemen von Männern und Frauen. Der größere Teil ist der Ansicht, dass die Unterschiede eher gering sind, aber auch ein nicht geringer Teil (10) macht keine Angabe.

Die Frage nach Angeboten im Verband zur Thematik Depression/psychosomatische Störung wird von der Hälfte der antwortenden Gruppen verneint, obwohl sich die meisten ein solches Angebot vorstellen können und wünschen würden.

Geschlechtsspezifische Angebote sind eher selten, nur 10% der antwortenden Gruppen halten Angebote vor.

Selbsthilfeorganisationen und -gruppen sind vielfach mit dem Thema Beratung bzw. psychosoziale Beratung groß geworden. Beratung gehört sozusagen zu den originären Aufgaben, zum Alltagsgeschäft von Selbsthilfe.

Umso erstaunlicher sind die Antworten, aus denen hervorgeht, dass nur 36% der Vereine/Gruppen psychosoziale Beratung anbieten. Von den 64%, die keine Beratung anbieten, sagt jedoch ein Großteil, dass Interesse bestehe, psychosoziale Angebote zu entwickeln, zumal der Bedarf an psychosozialer/psychotherapeutischer Beratung als sehr hoch eingeschätzt wird.

In Anspruch genommen wird Beratung häufig, das sagen 62%, wenn nach Auswegen aus Stress gesucht wird.

Groß ist der Wunsch nach Fortbildung zum Thema „Depressionen/Psychosomatische Störungen bei Behinderung und chronischer Krankheit“. Die meisten sehen es als ein relevantes Thema an, fühlen sich aber unzureichend informiert. Das spiegeln 68% der Antworten wider.

Bei der Frage nach Vernetzung mit Kooperationspartnern (BeraterInnen, PsychologInnen und ÄrztInnen) stellt sich heraus, dass weniger als die Hälfte der Vereine und Gruppen über institutionalisierte Kontakte zu professionellen Unterstützern verfügt, obwohl das als wichtig erachtet wird.

Nur 14% der befragten Patienten kennen Angebote der Krankenkasse und der Rentenversicherung zum Thema Depressionen, psychosomatische Störungen, Burn-Out und Stressbewältigung. Weiteren Institutionen (Krankenhaus, Reha-

zentrum, Kurzentrum usw.) werden geringe bis gar keine Kenntnisse zu den bereits genannten Themen zugeschrieben.

In dem Projekt wurden aber auch über Fokusgruppen Interview Defizite der bisherigen Selbsthilfearbeit identifiziert:¹²

Negative Erfahrungen waren

- ein schwieriger Austausch aufgrund unterschiedlicher Betroffenheit in den Selbsthilfegruppen, z.B. durch unterschiedliche Ausprägung der Erkrankung/Behinderung,
- ein mangelnder konstruktiver Austausch, geprägt von Konkurrenzdenken und Vergleichen,
- ein fehlender Austausch über emotionale Themen zu den negativen Erfahrungen. Also ein zu einseitiger Austausch über praktische Dinge.

Zudem beklagten einige Teilnehmer und Teilnehmerinnen mangelnde Angebote ihres Verbandes zum gegenseitigen Austausch.

Wünsche an die Selbsthilfe: Hier wurden zum einen der verstärkte Austausch mit anderen Betroffenen über Gefühle und Umgang mit schwierigen Situationen benannt und zum anderen der Wunsch nach einer ganzheitlichen Lebensberatung sowie nach Begleitung und Coaching. Ganz konkret wurde der Wunsch geäußert, Bewältigungsstrategien zu erlernen, um Depressionen vorzubeugen.

Es gab aber auch „Good Practice“ Beispiele:

Beispielsweise hat die Stiftung „Lebensnerv“, die sich unter anderem mit den psychosomatischen Aspekten bei Multipler Sklerose beschäftigt, ein Empowerment Training entwickelt, das Menschen, die an MS erkrankt sind, Möglichkeiten bietet, Handlungskompetenzen zu entwickeln und Selbsthilfepotential und Autonomie zu stärken. Im Rahmen einer Pilotstudie wurde die Wirksamkeit dieses Trainings untersucht. Diese Studie hat gezeigt, dass sich auch noch anderthalb Jahre nach diesem Training die Lebensqualität dieser Teilnehmer deutlich verbessert hat. Daher wird die Einführung eines solchen Empowerment Trainings auch bei anderen Behinderungs- und Krankheitsformen für einen ganz wesentlichen Beitrag zur Prävention depressiver und psychosomatischer Störungen gehalten.

¹² „Depression – Volks- oder Modekrankheit“, S. 12 - 13, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Dokumentation 8. Round Table, 12. November 2011

Zusammenfassung der Ergebnisse des Projekts:

Anerkannt ist, dass der Umgang mit Depressionen in der Selbsthilfe ein wichtiges und hochaktuelles Thema ist, dessen Relevanz von Selbsthilfevertretern gesehen wird; insgesamt fehlen jedoch vielfach materielle und personelle Ressourcen, Schulungs- und Fortbildungsangebote sowie verlässliche Kontakte zu professionellen Unterstützern, die sie befähigen könnten, sich stärker um das Thema zu kümmern.

Viele fühlen sich nicht ausreichend informiert über das Thema und hätten dringend Interesse an Vorträgen, Informationsmaterial und Fortbildungen zum Thema: Depressionen/psychosomatische Störungen, Stressbewältigung, soziale Kompetenzen, Stärkung des Selbsthilfe-Potentials, geschlechtsspezifische Angebote.

Der Ausbau von Unterstützungsleistungen in der Gesundheitsversorgung und in den Selbsthilfeverbänden ist dringend erforderlich. Insbesondere gilt es im Bereich der Selbsthilfeverbände Konzepte zu entwickeln und auszubauen, welche verstärkt Aufklärung, Begegnung und Austausch zwischen Betroffenen in Bezug auf die vielfältigen psychischen/psychosomatischen Belastungen ermöglichen.¹³

In dem Projekt wurden aber auch über Interviews der Fokusgruppen Defizite der bisherigen Selbsthilfearbeit identifiziert.

Negative Erfahrungen waren ein schwieriger Austausch aufgrund unterschiedlicher Betroffenheit in den Selbsthilfegruppen, z.B. durch unterschiedliche Ausprägung der Erkrankung/Behinderung. Weiterhin gab es mangelnden konstruktiven Austausch geprägt von Konkurrenzdenken und Vergleichen und ein fehlender Austausch über emotionale Themen, also einen zu einseitigen Austausch über praktische Dinge. Zudem beklagten sich einige Teilnehmer und Teilnehmerinnen über mangelnde Angebote ihres Verbandes zum gegenseitigen Austausch.

Es gab folgende Wünsche an die Selbsthilfe: Hier wurden zum einen der verstärkte Austausch mit anderen Betroffenen über Gefühle und Umgang mit schwierigen Situationen genannt und zum anderen der Wunsch nach einer ganzheitlichen Lebensberatung, Begleitung und Coaching. Ganz konkret wurde der

¹³ Projektbericht „Depressionen und psychosomatische Störungen bei Behinderung/chronischer Erkrankung im Fokus der Selbsthilfe, LAG Selbsthilfe NRW, Netzwerke Büro, AOK West, S. 22-24

Wunsch geäußert, Bewältigungsstrategien zu erlernen, um Depressionen vorzubeugen.

Folgerungen:

Es ist somit zunächst zu prüfen, ob die Kommunikationsgepflogenheiten in der Selbsthilfegruppe tatsächlich einen vertrauensvollen und fundierten Austausch zur Thematik Depression und psychosomatische Störung als Gefährdungsmoment bei Behinderungen/chronischen Erkrankungen zulassen. Andererseits darf das Thema aber auch nicht übersteigert hochgezogen werden.

„Menschen, die häufiger als üblich niedergeschlagen oder unglücklich sind, sagen oft, sie seien ‚depressiv‘. In den meisten Fällen bezeichnen sie damit einen vollkommen normalen Stimmungsumschwung, vielleicht eine Reaktion auf traurige Ereignisse, verständliche Erschöpfung oder bedrückende Gedanken. Wir alle sind von Zeit zu Zeit niedergeschlagen, doch nur eine bedauernswerte Minderheit leidet an einer depressiven Störung.“¹⁴ Nicht jede so empfundene Störung ist eine behandlungsbedürftige Depression.

„Nicht jede traurige Stimmung darf mit einer Depression gleichgesetzt werden. Trübe Gedanken gehören zum Alltag, sie vergehen auch schnell wieder. Eine Enttäuschung wird nach Tagen durch neue Erlebnisse verdrängt. Die Zeit heilt Wunden. Beim Verlust oder Tod eines nahen, geliebten Menschen ist die Trauer oft tief und länger anhaltend, oft ein ganzes Jahr. Wir können aber voraussagen, dass sich die Stimmung fast immer wieder aufhellt. Eine solche traurige Verstimmung, auch wenn sie momentan noch so tief sitzt, bezeichnen wir nicht als Krankheit.“¹⁵

Eine *normale Niedergeschlagenheit* vergeht innerhalb eines überschaubaren Zeitraums und beeinträchtigt die tägliche Rollenerfüllung nicht nachhaltig.

Eine behandlungsbedürftige Depression mit Krankheitswert dagegen ist eine anerkannte psychische Erkrankung. Sie beeinträchtigt die Alltagsbewältigung manchmal so stark, dass die Patienten zu den einfachsten Tätigkeiten nicht mehr in der Lage sind. Sie müssen sich meist zwingen, zur Arbeit zu gehen, Hausarbeiten zu verrichten oder mit ihren Kindern zu spielen. Sie fühlen sich energielos, leer, gelähmt oder einfach nur „miserabel“. Sie wachen oft sehr

¹⁴ Comer, 2008, S. 214

¹⁵ Hautzinger, 2006, S. 8

früh auf und geraten dann - wenn sie im Bett liegen bleiben und nicht gegensteuern - oft in einem negativen Grübelkreislauf, der tagelang anhalten kann. Dies kann in schweren Fällen zu Selbsttötungsgedanken als vermeintlich letzte Fluchtmöglichkeit aus den Belastungen des Lebens führen.¹⁶

Das Projekt der LAG SELBSTHILFE NRW aus dem Jahr 2013 brachte folgendes Fazit:

Selbsthilfe ist eine wichtige Ressource, um die Balance zwischen Traurigkeit und Freude, Hoffnungslosigkeit und Zuversicht, Ärger und Spaß wieder herzustellen.¹⁷

Die Selbsthilfearbeit muss dafür sensibel sein, ob ein Mitglied der Selbsthilfegruppe nicht nur niedergeschlagen ist, sondern ob tatsächlich eine behandlungsbedürftige Problematik vorliegen könnte.

¹⁶ „Selbsthilfe bei Depressionen“, Gudrun Görlitz, Verlag Klett-Cotta, 2010, S. 24-25

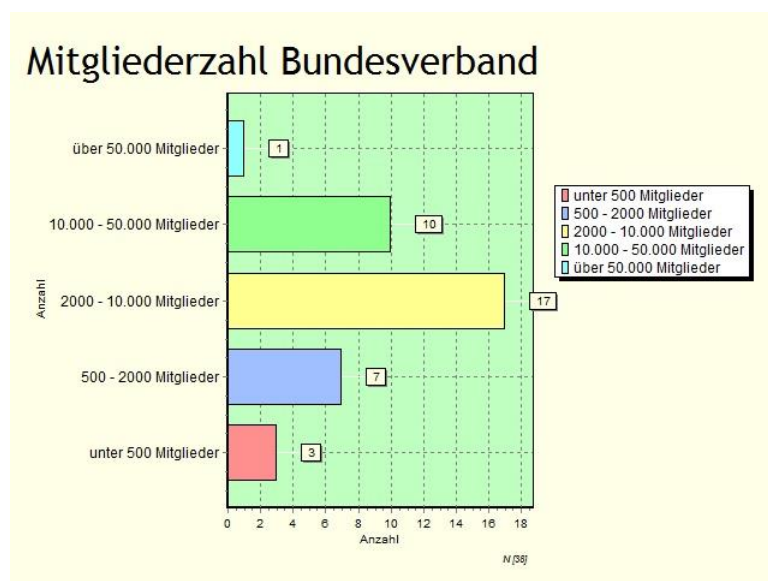
¹⁷ „Selbsthilfe bei Depressionen“, Gudrun Görlitz, Verlag Klett-Cotta, 2010, S. 25

(2) Projekt „Potentiale der Selbsthilfe bei der Früherkennung und Behandlung depressiver Störungen bei Menschen mit chronischen Erkrankungen“ der BAG SELBSTHILFE

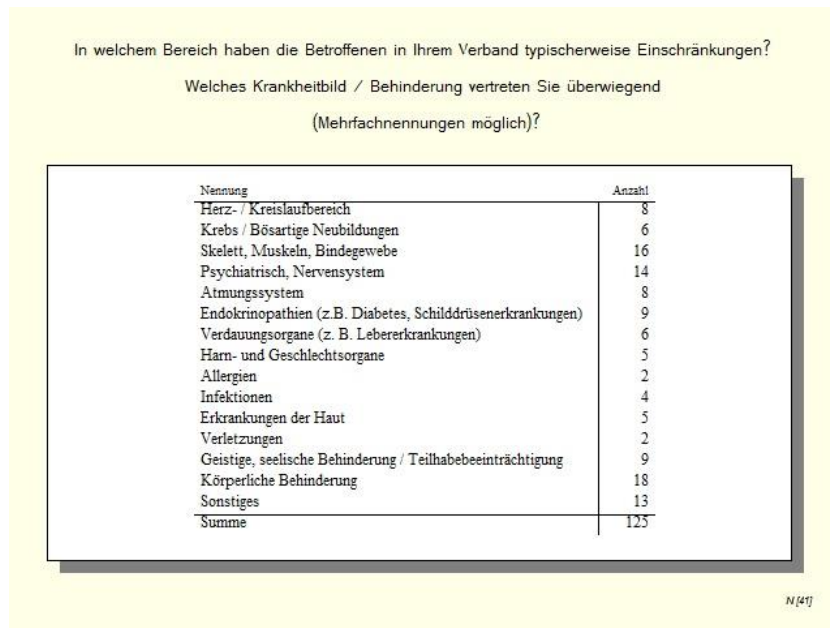
Im Jahr 2017 hat die BAG SELBSTHILFE im Rahmen einer weiteren Befragung der Bundesverbände der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen eine erneute Analyse zum Diskussionsstand und zu den Angeboten der Selbsthilfe durchgeführt. Hierbei ging es speziell um Angebote und Sensibilisierungsmaßnahmen zur Früherkennung und Bewältigung von Depressionen und psychosomatischen Störungen.

Diese Befragung brachte folgende weitere Erkenntnisse:

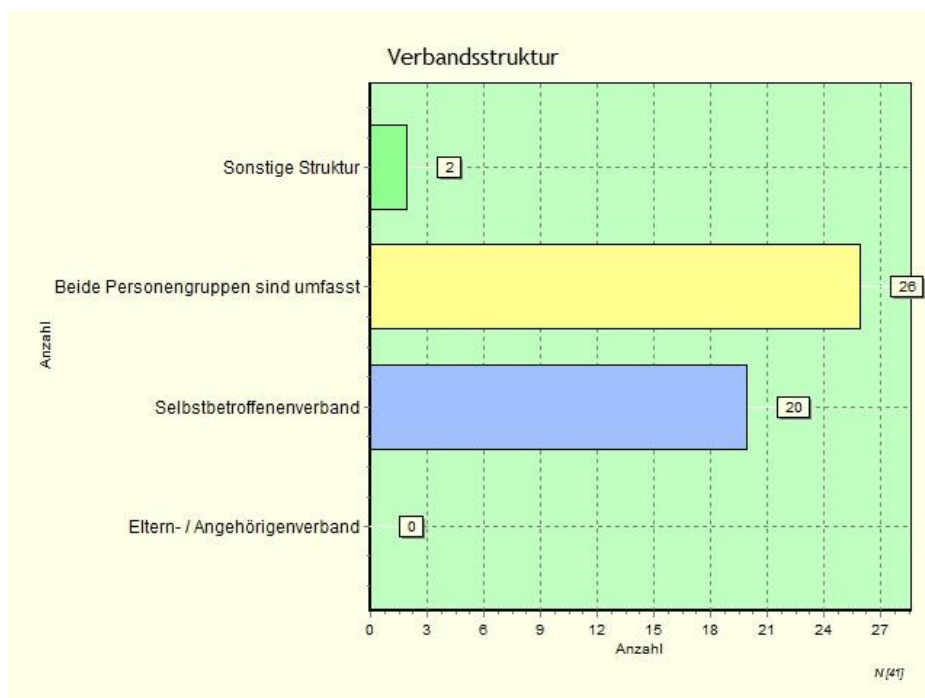
Rund ein Drittel der Bundesverbände (n 41) haben an der Befragung teilgenommen. Die Größe der Verbände war weit gestreut, mehrheitlich nahmen Organisationen mit einer Mitgliederzahl zwischen 2.000 und 10.000 Mitgliedern teil:



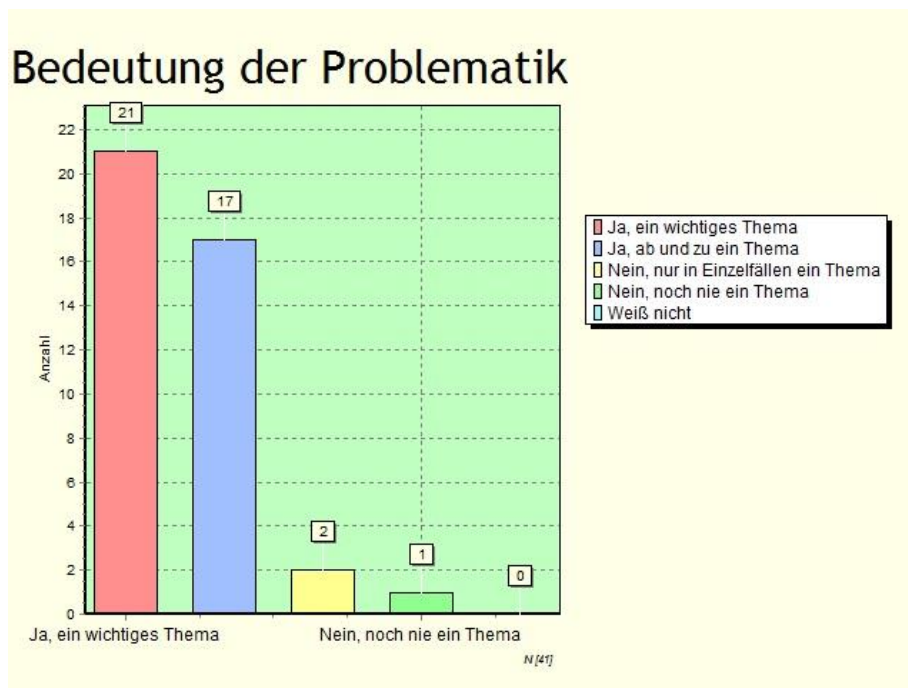
Auch die Krankheitsbereiche, aus denen die Antworten der Mitgliedsverbände kamen, waren breit gestreut. Dies zeigt wiederum, dass Depressionen offenbar ein Thema für viele Erkrankungsbereiche ist:



Interessanterweise zeigt sich an der Abfrage der Verbandsstruktur, dass die Diskussion von depressiven Erkrankungen offenbar keine große Rolle bei Angehörigenverbänden zu spielen scheint. Eventuell kann dies darauf zurückzuführen sein, dass dieses Thema bei Angehörigen noch nicht so angekommen ist oder dass hier andere Themen im Vordergrund stehen. Bei den Selbstbetroffenenverbänden und den Verbänden, in denen beide Personenkreise umfasst sind, scheint das Thema eine größere Bedeutung zu haben.

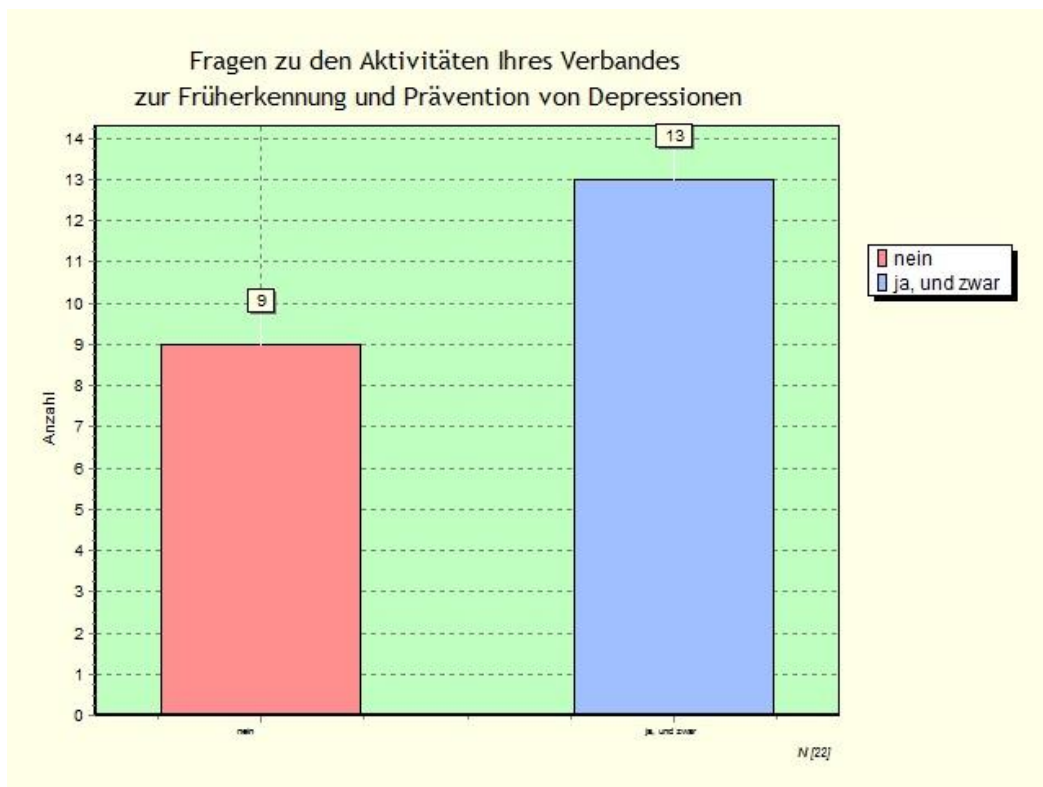


Die Bedeutung des Themas für die Verbände zeigt sich auch daran, dass die Mehrheit der Befragten erklärten, dass die Problematik depressiver und psychosomatischer Folgeerkrankungen für die Mitgliedschaft ein wichtiges Thema sei. Nur 3 der Befragten (rund 8 Prozent) sahen das Thema nur in Einzelfällen als wichtig oder als ganz bedeutungslos an:



Gleichzeitig erarbeiten - trotz dieser anerkannten Bedeutung- nur ein Viertel der befragten Verbände eigene Informationsmaterialien (10 Verbände), knapp ein weiteres Viertel greift auf externe Informationsmaterialien zurück (8 Verbände).

Bei der Frage nach Projekten im Zusammenhang mit der beschriebenen Problematik gab sich ein ähnliches Bild. Rund ein Drittel der befragten Verbände hatte bereits Projekte zu diesem Thema durchgeführt, ein Viertel beantwortete diese Frage mit Nein. 19 Verbände beantworteten diese Frage nicht.



Insgesamt zeigt auch die Befragung durch die BAG SELBSTHILFE, dass das Erkennen von Anzeichen depressiver Störungen und die Unterstützung der Betroffenen durchgängig von den Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen als ein bedeutsames Thema angesehen werden. Es bestehen jedoch große Unterschiede, mit welcher Tiefe dieses Thema in den Selbsthilfeorganisationen bearbeitet wird und welche Informations- und Unterstützungsangebote existieren.

Ein entscheidendes weiteres Element der Befragung war es daher, bestehende Good-Practise-Beispiele zu identifizieren und diese zu verbreiten.

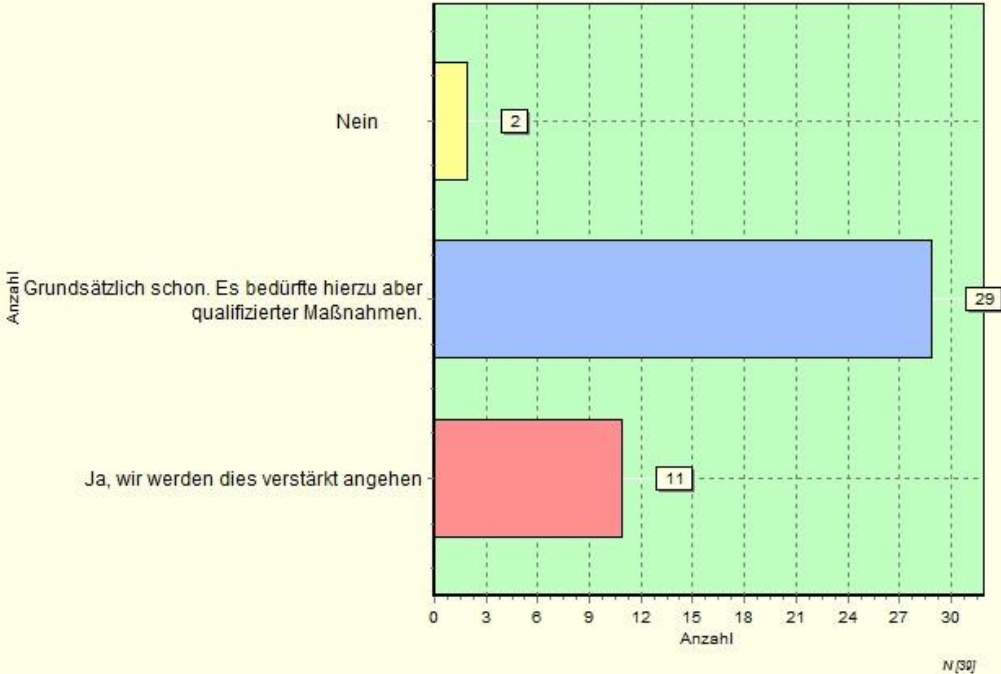
Projekte der Selbsthilfeorganisationen zur Thematik

Die befragten Organisationen machten zu den Projekten / Aktivitäten zur Früherkennung / Prävention von Depressionen / psychosomatischen Erkrankungen folgende Angaben:

| Verband | Projekte / Aktivitäten |
|---|---|
| Landesverband Niere Bayern e.V. | Durchführung psychosozialer Seminare durch den Bundesverband |
| Landesverband Epilepsie Bayern e.V. | Veranstaltet Themengespräche/Betroffenenrunden sowie diverse Vorträge für Betroffene und Fachpersonal |
| Bundesverband Mukoviszidose e.V. | Seminarangebot für Betroffene zum Thema Depression |
| Fatigatio e.V. | Einladung von Psychiatern und Psychologen zur Jahrestagung. |
| Bundesverband BRCA-Netzwerk e.V. (Hilfe bei familiärem Brust- und Eierstockkrebs) | Gesprächskreise und Supervision. |
| Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. | Unterschiedliche Veranstaltungen zu den Themen <ul style="list-style-type: none"> • „Psychische Aspekte chronischer Schmerzen und Endometriose“ • „Psyche und Endometriose“ |
| Landesverband Bayern der Schwerhörigen und Ertaubten e.V. (DSB) | Beratungsgespräche in den Beratungsstellen |
| Deutscher Psoriasis Bund e.V. | Kompetenzseminare für ehrenamtliche Aktive |
| Selbsthilfe M-V e.V. | <ul style="list-style-type: none"> • 2016: Umfrage zum Thema „Psychische Erkrankungen und Arbeit“ • 2017: Workshop „Genderorientierte Unterstützungsbedarfe psychisch erkrankter Frauen und Männer im Rehabilitationsprozess“ |
| Bundesverband Aphasie e.V. | Projekt „Gemeinsam sind wir dran. Der Umgang mit Depressionen bei Aphasie“, 2013-2014. |

Auch die Antworten der übrigen Verbände machten deutlich, dass die Verbände das Thema auch als Zukunftsthema ansehen, gleichzeitig jedoch auch die Notwendigkeit von qualifizierenden Maßnahmen sehen:

Unser Verband hält es für wichtig, die Thematik in Zukunft verstärkt zu bearbeiten



Informationsmaterialien

In einer vertiefenden Analyse der übersandten Informationsmaterialien sowie durch Einzelinterviews wurde deutlich, dass die Frage des Umgangs mit Depressionen in der Selbsthilfe als schwierige Angelegenheit angesehen wird. So wurde vielfach berichtet, dass die Feststellung, ob eine depressive Erkrankung vorliegt, durch die Abgrenzung zur Haupterkrankung erschwert sei. So sei die natürliche Reaktion einer Trauer auf ein Erkrankungsereignis - wie etwa ein Schlaganfall - oft nur schwer abzugrenzen von einer Depression; hier helfen die aufmerksame Begleitung von Angehörigen und entsprechende Checklisten, welche auch auf die Haupterkrankung zugeschnitten sind (z.B. Erfassungsbogen Depressiver Symptome bei Hirnschädigung; Hütten 2002). Auch die Symptome von Erkrankungen - wie etwa Fatigue bei Multipler Sklerose - sind nicht immer einfach von depressiven Erkrankungen abzugrenzen.

Als wichtige Maßnahmen zur Verhütung von Depressionen bzw. als Unterstützung der Betroffenen bei Vorhandensein einer Depression durch Angehörige und Selbsthilfe wurden folgende Punkte genannt:

- Information über das Krankheitsbild Depression
- Krankheitsbewältigung im Sinne eines aktiven Umgangs mit den Problemen, ggf. auch in kleinen Schritten
- Wertschätzung des Erkrankten, Planung von gemeinsamen Aktivitäten und Vermittlung von Hoffnung durch die Umwelt
- Regelmäßige Bewegung und tägliche Routinen

Folgende Broschüren sind an dieser Stelle besonders hervorzuheben:

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft e.V. (DMSG), Wege aus dem Tief. Seelische Probleme bei MS und ihre Bewältigung

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft e.V. (DMSG), Krankheitsverarbeitung - aktiv und selbstbestimmt: Ich und die MS

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft e.V. (DMSG), Lebensqualität mit MS. aktiv. stark. positiv. eigenverantwortlich

Deutsche Multiple Sklerose Stiftung (DMSS) und Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Landesverband NRW (DMSG LV NRW), Unsichtbare Symptome der Multiplen Sklerose: Fatigue, Depression, Kognitive Störungen

Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V., Aphasie. Gemeinsam sind wir dran. Der Umgang mit Depressivität bei Aphasie.

Deutsche DepressionsLiga, Depressionen. Ein Leitfaden für Betroffene und Angehörige

Deutsche DepressionsLiga, Lichtblicke - Erfahrungsberichte

...

Sollten Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen ins Auge fassen, zur Thematik depressiver Störungen ebenfalls Projekte und/oder Informationsmaterialien aufzulegen, dann wird empfohlen, mit den angegebenen Verbänden Kontakt aufzunehmen, um eine Übertragbarkeit von Schulungs- bzw. Informationsinhalten zu prüfen.

V. Weiterentwicklungspotential: Etablierung von Coping-Bewältigungsstrategien in der Selbsthilfearbeit

Auf der konzeptionellen Ebene kann der Austausch in der Selbsthilfe dadurch weiterentwickelt werden, dass dort gezielt Coping Strategien im Umgang mit Behinderungen und (körperlichen) chronischen Erkrankungen etabliert werden:

(1) Coping als Gegenstand der Forschung

Die Weiterentwicklung des Verständnisses von Erkrankungen und Behinderungen, weg vom überkommenen ICD-Modell hin zur ICF-Systematik, lässt es zu, jenseits rein somatischer Betrachtungsweisen auch die personalen Ressourcen und sozialen Strukturen stärker in den Blick zu nehmen. Daher hat auch die Auseinandersetzung mit dem Aspekt der Krankheitsbewältigung (Coping) in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen. Das wissenschaftliche Interesse am Thema Krankheitsverarbeitung kommt einerseits aus empirischen Hinweisen auf einen positiven Effekt von Coping, wobei „Kampfgeist“ und „Verleugnung“ als überlebensförderlich gelten. Andererseits stammt es aus den vielfältigen Bezügen zu Compliance und Lebensqualität (Coping als Moderator) und aus der Hoffnung auf gezieltere und effektivere Interventionsmöglichkeiten in der Prävention, Nachsorge und Psychotherapie mit chronisch körperlich Kranken. Das am weitesten verbreitete Modell der Krankheitsverarbeitung ist das Transaktionsmodell von Lazarus u. Folkman, das ein Prozessverständnis von Coping vermittelt und neben Persönlichkeitsdimensionen vor allem situative Faktoren als Auslöser der Verarbeitungsprozesse postuliert. Das Ergebnis der jeweiligen Adaptations- bzw. Verarbeitungsbemühungen und neu auftretende Belastungen (z.B. Krebsrezidiv, Reinfarkt, Behandlungsfolgen) bestimmen, ob weitere intensivere Verarbeitungsanstrengungen erforderlich sind.^{18 19}

Als häufigste *Formen der Krankheitsverarbeitung* zeigen sich über viele Diagnosegruppen hinweg compliancebezogene Strategien und „Vertrauenssetzung in die Ärzte“, bei multiple Sklerose- und Krebspatientinnen in besonderem Maße auch „Kampfgeist“²⁰. Einen ebenfalls hohen Stellenwert haben „Selbstermuti-

¹⁸ Koch, U., Weis J., Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung. Stuttgart; Schattauer 1998.

¹⁹ Beutel, M., Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. Weinheim; Edition Medizin VCH 1988.

²⁰ Muthny, F. A., Bechtel, M. Spaete, M. Laienätiologien und Krankheitsverarbeitung bei schweren körperlichen Erkrankungen. Eine empirische Vergleichsstudie mit Herzinfarkt-, Krebs-, Dialyse-, und MS-Patientinnen. Psychother Psych med Psychol. 1992; 42 41-53.

gung“, „Informationssuche“ und „soziale Vergleichsprozesse“. Die Forschungsergebnisse unterstreichen die wichtige Rolle der Arzt-Patienten-Beziehung bei der Krankheitsverarbeitung²¹. Lientheorien versuchen z. B. im Sinne von Kausalattributionen, eine Antwort auf die „Why me?“-Frage zu geben oder im Sinne internaler Kontrollüberzeugungen den erfahrenen Kontrollverlust zu kompensieren bzw. sinnstiftend zu wirken^{22 23}.

Krankheit und Bewältigung im Kontext der Erzählforschung

Als methodische Alternative und Ergänzung zur Forschung im Bereich medizin- und rehabilitationspsychologischer Fragestellungen hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten der interdisziplinär orientierte narrative Ansatz entwickelt. Die Analyse von Erzählungen über Krankheit und Behinderung im Kontext der eigenen Lebensgeschichte, die „illness narratives“ oder Krankheitserzählungen als eigenständiges „Genre“^{24 25 26}, wurde als differenzierte Methode eingesetzt, um Leidenserfahrungen, Sinnwelten und Bewältigungsprozesse zugänglich zu machen. Das Erzählen selbst und seine systematische hermeneutisch-sprachwissenschaftlich fundierte Analyse können als eigenständige Form der Erkenntnisbildung betrachtet werden: Das Erzählen verlangt der Sprecherin eine komplexe kognitive und emotionale Leistung ab, in der sie Erinnerungen an vergangene Erlebnisse aus dem Erkenntnisstand der Gegenwart in eine auf die Erzählsituation abgestimmte und plausible Sinngestalt überführen muss²⁷. Erzählen ist somit nicht nur Darstellung von Gewesenem, sondern vor allem eine Konstruktionsleistung aus den Ressourcen der eigenen Erinnerung und der Kommunikationszielen in der aktuellen Interaktion.

²¹ Muthny, F.A., Erfassung von Verarbeitungsprozessen mit dem Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV). Die Rehabilitation. 1996; 35 IX-XVI.

²² Muthny, F. A., Bechtel, M. Spaete, M. Laienätiologien und Krankheitsverarbeitung bei schweren körperlichen Erkrankungen. Eine empirische Vergleichsstudie mit Herzinfarkt-, Krebs-, Dialyse-, und MS-Patientinnen. Psychother Psych med Psychol. 1992; 42 41-53.

²³ Filipp S. H., Ferring, D., Who blames the victim? Kausal- und Verantwortlichkeitszuschreibungen im Umfeld einer Krebserkrankung. In: Koch, U., Weis, J. (Hrsg.), Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung. Stuttgart; Schattauer 1998: 25-36

²⁴ Kleinmann, A., The illness narrative. Suffering, healing and the human condition. New York; Basic Books 1988

²⁵ Lucius-Hoene, G., Leben mit einem Hirntrauma. Autobiographische Erzählungen von Kriegshirnverletzten und ihren Ehefrauen. Bern; Huber 1997

²⁶ Roesler, C. Narrative Identitätskonstitution in den Lebensgeschichten chronisch Kranker und Behinderter und die Bedeutung kultureller Sinnstiftungsmuster, Dissertation. Freiburg; Psychologisches Institut der Albert-Ludwig-Universität 2000.

²⁷ Lucius-Hoene G., Deppermann, A. Narrative identity empiricized. A dialogical and positioning approach to autobiographical research interviews. Narrative Inquiry. 2000; 10 199-222

Als Datenbasis für wissenschaftliche Untersuchungen wird meist auf Erzählungen Bezug genommen, die als „narrative Interviews“²⁸ oder im Rahmen von psychotherapeutischen Gesprächen erzeugt wurden, also Texte, die mit narrationsfördernden Interviewstrategien im Kontext von Medizin und Rehabilitation entstanden sind. Wichtige Bereiche, in denen der narrative Ansatz auch über bestehende standardisierte Verfahren hinaus einen genuinen Beitrag leisten kann, sind z. B.:

- die *biographische Bedeutung und Sinnstiftung* eines Krankheitsgeschehens oder einer Behinderung und sein Einfluss auf biografische Entwürfe, Lebensziele und Werthaltungen, die Auswirkungen auf Alltagsleben und soziale Beziehungen [haben].
- *subjektive Krankheitstheorien*, die in solchen narrativen Zusammenhängen von den Erzählern thematisiert oder erkennbar werden, wie Vorstellungen von Ursachen und Wirkzusammenhängen, heilsame und belastende Faktoren im Krankheitsverlauf.
- *Krankheitsbewältigung*, wodurch die emotionale und kognitive Auseinandersetzung mit dem Krankheitserleben auf dem Hintergrund der eigenen Biografie das Erzählen auch eine heilsame und erkenntnisfördernde Wirkung haben kann. Dies lässt sich auf verschiedenen Ebenen der Erzählprozesse, wie z.B. der kognitiven Strukturierung oder der interaktiven Stützung als zwischenmenschliches Geschehen begründen²⁹.
- der Aspekt der *Identitätsbedrohung und -wahrung*. Über die expliziten Selbstcharakterisierungen hinaus findet in der Erzählung immer auch *Identitätsarbeit* durch die Auseinandersetzung mit dem Krankheitseinbruch und der Stigmatisierungsgefahr statt, die anhand der sprachlichen Strategien und Positionierungsleistungen des Erzählers rekonstruiert werden kann.
- die *Psychotherapieforschung*, in der Narrationen unter verschiedenen diagnostischen und therapeutischen Perspektiven untersucht werden^{30 31}.

Es liegt auf der Hand, dass solche narrativ orientierten Ansätze für die Selbsthilfearbeit von besonderem Interesse sind, da es hier ja gerade um den Aus-

²⁸ Schütze F. Das narrative Interview in Interaktionsfeldstudien. Hagen; Fernuniversität 1987

²⁹ Lucius-Hoene, G. Narrative Bewältigung von Krankheit und Coping-Forschung. Psychotherapie & Sozialwissenschaft. 2002; 4 166-203. und Rosenthal, G. Biografisch-narrative Gesprächsführung: Zu den Bedingungen heilsamen Erzählens im Forschungs- und Beratungskontext. Psychotherapie & Sozialwissenschaft. 2000; 4 204-227.

³⁰ Boothe, B. Der Patient als Erzähler in der Psychotherapie. Göttingen; Vandenhoeck & Ruprecht 1994

³¹ Grossmann, K. Der Fluss des Erzählens. Heidelberg; Auer 2000

tausch untereinander zum Umgang mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen geht.

(2) Die Bedeutung des sozialen Umfeldes für das Coping

Partner und Angehörige

Angehörige stehen zu einem chronisch kranken oder behinderten Familienmitglied in unterschiedlicher Konstellation, je nachdem, welche Position sie im Lebens- und Familienzyklus einnehmen. Forschungsschwerpunkte betreffen vor allem Mütter, Väter und Geschwister chronisch kranker und behinderter Kinder^{32,33}, Partner chronisch kranker oder durch ein traumatisches Ereignis behinderter Menschen sowie betreuende Angehörige, insbesondere Partner und Kinder chronisch-degenerativ erkrankter älterer Familienmitglieder³⁴.

Aus psychologischer Sicht stehen zwei Forschungsperspektiven im Vordergrund:

1. Der Einfluss der Angehörigen als unterstützende Bezugspersonen in allen Phasen des Krankheitsverlaufs und der Rehabilitation des chronisch kranken Familienmitglieds und
2. die Auswirkungen der chronischen Erkrankung des Familienmitglieds auf die psychische Befindlichkeit von Angehörigen.

Ein Teil der Angehörigen ist starken physischen (z. B. durch Betreuungs- und Pflegeaufgaben), psychischen (z. B. aufgrund des progredienten Krankheitsverlaufs) und sozialen Belastungen (z. B. Einschränkungen in Beruf und Freizeit) ausgesetzt und reagiert vor allem mit Symptomen von Angst, Depression und Erschöpfung. Befunden aus der Psychoonkologie zufolge werden psychische Befindlichkeiten bei gesunden Partnern in ähnlicher Weise häufig und intensiv erlebt wie bei den kranken Partnern. Neben stützenden Befunden für diese These gibt es jedoch auch solche mit eher mäßigen korrelativen Zusammenhängen bzw. widersprüchlicher Aussagekraft.

³² Stegie, R. Familien mit behinderten Kindern. In: Koch, U., Lucius-Hoene, G., Stegie R. (Hrsg.), Handbuch der Rehabilitationspsychologie. Berlin; Springer 1988: 120-139.

³³ Koch, U., Härter, M., Jakob, U., Siegrist, B. Parental reactions to cancer in their children. In: Baider, L., Cooper CL., Kaplan De-Nour, A. (eds). Cancer and the family. Chichester; Wiley 1996: 149-170.

³⁴ Meinders, F., Stegie, R., Bengel, J. „Ich habe Angst, dass das Leben an mir vorbei geht“: Auswirkungen der Pflege für Angehörige von Demenzpatienten. Psychomed. 2000; 12 206-210.

Im Hinblick auf die Ergebnisqualität zukünftiger psychoonkologischer Angehörigenforschung wird ein Umdenken im methodischen Vorgehen gefordert. Notwendig sind prospektive Verlaufsstudien (trotz der Gefahr hoher Drop-out-Raten), die Einhaltung klarer Kriterien bei der Auswahl der Stichprobe (Diagnose, Krankheitsphase) und der spezifischen Messinstrumente, Ursachen- und Wirkungsanalyse bezüglich „psychischer Befindlichkeit“, Überprüfung des Coping Verhaltens beider Partner auf Dysfunktionalität sowie Kontrolle von Geschlechtsunterschieden und anderer nicht mit der Krankheit im Zusammenhang stehender Belastungsquellen³⁵.

Im Rahmen der psychoonkologischen Belastungs- und Bewältigungsforschung gewinnt daher die Frage der wechselseitigen Belastung und Unterstützung zwischen chronisch kranken Menschen und ihren engsten Angehörigen, oft den Partnerpersonen, zunehmend an Bedeutung. So stellen sich Fragen

- nach den Unterschieden und Gemeinsamkeiten psychosozialer Belastung und der Belastungsverarbeitung bei gesunden und kranken Partnern in Abhängigkeit der zur Verfügung stehenden personalen und sozialen Ressourcen³⁶,
- nach der Synchronizität des Auftretens sowohl von emotionaler Belastung als auch von Wohlbefinden, sowie deren zugrunde liegenden situativen, personalen und sozialen Bedingungen. In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage nach dem Stellenwert positiver Erfahrungen, die z. B. Angehörige trotz große pflegespezifischer Belastungen erleben³⁷,
- nach dem Interaktions- und Kommunikationsverhalten in der Partnerschaft, in der Familie und im sozialen Umfeld, den daraus abzuleitenden Merkmalen der sozialen Unterstützung und damit einhergehenden belastenden bzw. entlastenden Effekten³⁸,
- danach, welchen Einfluss die Geschlechtszugehörigkeit der Kranken wie der Bezugsperson auf die wechselseitige Belastung und Unterstützung hat.

³⁵ Baider, L., Kaplan De-Nour, A., Cancer and Couples – its impact on the healthy partner: methodological considerations. In: Baider, L., Cooper, CL., Kaplan De-Nour, A. (eds.) Cancer and the family, 2nd ed. Chichester; Wiley 2000: 41-51.

³⁶ Keller, M., Henrick, G., Beutel, M. Sellschopp, A. Wechselseitige Belastung und Unterstützung bei Paaren mit einem Krebskranken. Psychother Psych med Psychol. 1998; 48 358-368.

³⁷ Meinders, F. Sind Angehörige von chronisch kranken älteren Menschen nur belastet? Positives Erleben und Lebenszufriedenheit bei Angehörigen demenziell erkrankter Menschen. Regensburg; Roderer 2001.

³⁸ Kepplinger, J. Partnerschaft und Krebserkrankung: Psychosoziale Belastungen, soziale Unterstützung und Bewältigung bei Paaren mit tumorkrankem Partner. Münster; Lit 1996.

Angehörige und Partner chronisch Kranker sind eine Personengruppe, die in der psychosozialen Versorgung eher selten als Zielgruppe gesehen wird, und auch innerhalb dieser Gruppe gibt es in Abhängigkeit von Störungs- und Belastungsspezifika (z. B. chronisch kranke und behinderte Kinder, neurologische, psychiatrische und Demenzpatienten) erhebliche Unterschiede im Unterstützungsangebot. Interventionsangebote für Angehörige stammen zumeist aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum und lassen sich anhand von strukturbezogenen Beschreibungsdimensionen (z. B. experten- oder selbsthilfeorientiert, patienten- oder angehörigefokussiert, Einzel-, Paar- oder Gruppensitzung) charakterisieren³⁹.

Diese Befunde bieten wichtige Erkenntnisse für die Bedeutung der Selbsthilfe im Coping-Prozess. Zum einen stellt die Selbsthilfegruppe eine nachhaltige soziale Struktur dar, in der menschliche Nähe in einer ähnlichen Weise existiert, wie dies in familiären Beziehungen der Fall ist. Zum anderen werden durch die Analyse der Rolle von Angehörigen im Coping-Prozess auch deren Unterstützungsbedarfe deutlich. Dies ist ein wichtiger Ansatzpunkt für Selbsthilfeangebote für Angehörige.

(3) Behandlungsmotivation und Patientenzufriedenheit

Der Erfolg von medizinischen und psychologischen Behandlungen hängt wesentlich auch von motivationalen Faktoren des Patienten ab⁴⁰. Behandlungsmotivation betont ein aktives, vom Patienten bewusst eingegangenes, auf Kooperation zielendes Engagement, um ein therapeutisches Resultat zu erzielen oder präventiv etwas für seine Gesundheit zu tun. Eine hohe Therapiemotivation ist zu erwarten im akuten Stadium einer Erkrankung, bei einer Behandlung mit direkter Medikation (z. B. Chemotherapie) oder bei einer intensiven Betreuung. Im Gegensatz dazu ist die Therapiemotivation bei jenen Patienten eher niedrig, die Risiken in ihrem Verhalten nicht wahrnehmen, die Notwendigkeit einer Lebensstiländerung nicht akzeptieren und bei denen eine langfristige Vorbeugung wichtiger ist als eine kurzfristige symptomatische Behandlung. Dies betrifft insbesondere auch die Gesundheitsförderung in der Rehabilitation⁴¹.

³⁹ Strittmatter, R., Bengel, J. Angehörige krebskranker Menschen: Belastungen und Möglichkeiten psychosozialer Unterstützung. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*. 1998; 11 71-81.

⁴⁰ Hafen, K., Bengel, J. Jastrebow, J., Nübling, R. Konzept und Dimensionen der Reha-Motivation. *Prävention und Rehabilitation*. 2000; 12 1-10.

⁴¹ Bengel, J., Herwig, J. Gesundheitsförderung in der Rehabilitation. In: Jerusalem, M., Weber, H. (Hrsg.). *Psychologische Gesundheitsförderung – Diagnostik und Prävention*. Göttingen; Hogrefe im Druck.

Ein Motivationsmodell, das die möglichen Stadien einer Veränderungsbereitschaft abbildet, ist das transtheoretische Modell. Das Modell geht von einer stufenweisen Verhaltensänderung aus und nimmt an, dass sich Personen graduell darin unterscheiden, wie „bereit“ oder motiviert sie für eine entscheidende Veränderung einer bestimmten Lebensweise sind. Die Stufen des Modells repräsentieren Kategorien eines latenten Kontinuums der motivationalen Bereitschaft für eine Veränderung. Einhergehend mit der empirischen Prüfung wurden Messinstrumente für spezifische Verhaltensweisen entwickelt⁴².

Damit werden Motivation und Behandlungsbereitschaft selbst zu Zielen der Rehabilitation. Die erfordert, dass motivationale Faktoren genau erfasst werden. Folgende Ziele erscheinen wichtig:

1. Verbesserung der differenziellen Indikation von Patienten (Maßnahmen auswählen, die zur jeweiligen Motivation passen,
2. Zuweisung zu motivationsfördernden Maßnahmen von Patienten mit motivationalen Defiziten,
3. Abschätzung der Erfolgsaussicht einer Behandlung.

Insgesamt geht es dabei primär nicht um die „Anpassung“ der Patienten an das Behandlungsangebot, sondern es sollten spezifische Angebote für weniger motivierte Patientinnen und Patienten entwickelt und vorgehalten werden.

Ein der Behandlungsmotivation vergleichbar komplexes Konstrukt stellt die Patientenzufriedenheit dar. Insbesondere im Rahmen der Qualitätssicherung wird davon ausgegangen, dass die Patientenzufriedenheit ein Urteil der Patienten darstellt, in welchem Ausmaß à priori bestehende Erwartungen an die Behandlung bzw. Versorgung erfüllt wurden. Empirisch lässt sich diese Annahme nicht eindeutig belegen: Es finden sich zwar Zusammenhänge zwischen Patientenzufriedenheit und Erwartungen an die Behandlung sowie deren Erfüllung, allerdings werden diese Zusammenhänge häufiger in Querschnittstudien als in Längsschnittstudien gefunden, d.h. erfasst werden die Erwartungen nur „im Rückblick“ (retrospektiv). Insgesamt zeigt sich, dass die Zufriedenheit des Patienten nicht mit dem wahrgenommenen Ergebnis der Behandlung zusammenhängen muss.

⁴² Maurischat, C., Härter, M., Auclair, P. Kerns, R. D., Bengel, J. Preliminary validation of a German Version of Pain Stages of Change Questionnaire. The European Journal of Pain. 2002; 6 43-48.

Die Erwartungen der Patienten sind zu Beginn einer Behandlung oft vage entwickelt und verändern sich im Verlauf der Behandlung. Sie stellen demnach für den Patienten auch dann keine sichere Basis für eine spätere Evaluation dar, wenn sie vorab (prospektiv) anstatt retrospektiv. Daneben werden Zusammenhänge zwischen Patientenzufriedenheit und Depressivität bzw. Wohlbefinden gefunden^{43 44}. Im Vergleich mit den Behandlungseffekten oder Merkmalen der Behandlung sind diese Korrelationen sogar höher. Die Patientenzufriedenheit ist danach möglicherweise eher als Teilaspekt von Lebenszufriedenheit und subjektiver Gesundheit zu verstehen, denn als valide Beurteilung der Zufriedenheit mit der erhaltenen Behandlung.

Wird daher versucht, über Selbsthilfeaktivitäten das Coping der von chronischen Erkrankungen/Behinderungen betroffenen Menschen zu verbessern, dann gilt es, die Aspekte der Behandlungsmotivation und der Patientenzufriedenheit in den Blick zu nehmen.

(4) Zusammenhang zwischen der Messung der Lebensqualität und der Einschätzung von Coping-Erfolgen

Das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bezieht sich auf die Auswirkungen von Krankheit, Verletzung oder Behandlung einer Krankheit.⁴⁵ Neben der Einschätzung der körperlichen Verfassung werden auch die psychische Befindlichkeit, die sozialen Beziehungen und die funktionale Kompetenz erhoben.⁴⁶ Im Rahmen einer entwicklungs sensitiven Konzeption der Lebensqualität bei Kindern ist auch die Ausführung altersentsprechender Tätigkeiten ein wichtiger Indikator.⁴⁷ Es wird angenommen, dass eine gute Passung zwischen den Anforderungen der Erkrankung und den Coping-Ressourcen der Person ein Erleben von Wohlbefinden nach sich zieht. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist also ein Indikator für den gelungenen Bewältigungsprozess und damit als ein

⁴³ Jacob, G., Bengel, J., Das Konstrukt Patientenzufriedenheit: Eine kritische Bestandsaufnahme. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie. 2000; 48 280-301.

⁴⁴ Patientenzufriedenheit in der medizinischen Rehabilitation: Der Einfluss von Erwartungen, Depressivität, Lebenszufriedenheit und subjektiver Gesundheit. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin. 2002 23: 140-418.

⁴⁵ Spieth, L. E./Harris, C. V.: Assessment of health-related quality of life in children and adolescents: An integrative review. Journal of Pediatric Psychology, 1996.

⁴⁶ Bullinger, M./Ravens-Sieberer, U.: Grundlagen, Methoden und Anwendungsgebiete der Lebensqualitätsforschung bei Kindern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 44, 10, 1995, 391-399.

⁴⁷ Bullinger, M.; v. Mackensen, S.; Kirchberger, S.: Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern. In: Michels, H. (Hg.): Chronisch kranke Kinder und Jugendliche. Psychosoziale Betreuung und Rehabilitation. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, 1996, 33 – 48.

Prädiktor für die Entwicklung psychopathologischer Symptome anzusehen.⁴⁸ Bei der Erfassung sollten sowohl generische als auch krankheitsspezifische Module eingesetzt werden.⁴⁹ Auch die Befragung von Kindern und Eltern erscheint sinnvoll: Die häufig gefundenen Diskrepanzen zwischen Angehörigen und Betroffenen sind dabei nicht als Messfehler, sondern als interpretierbare Unterschiede anzusehen.

(5) Subjektives Krankheitserleben als Modell, um Coping-Strategien zu erfassen

In der sogenannten evidenzbasierten Medizin wird die Bedeutung wissenschaftlich belegter Kausalzusammenhänge für die Auseinandersetzung mit Erkrankungen/Behinderungen immer wieder hervorgehoben. Auch die Diskussionen in dieser Sichtweise sind - zu Recht - immer mehr an den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin orientiert. Beim Coping geht es jedoch in erster Linie um einen individuellen Krankheitsbewältigungsprozess und damit auch um den Umgang mit subjektiven Krankheitstheorien.

Der wesentliche Unterschied zwischen einer subjektiven Theorie und einer wissenschaftlichen Theorie liegt in der Funktion: Während wissenschaftliche Theorien eine allgemeingültige Beschreibung der Realität anstreben, erfüllt die subjektive Krankheitstheorie individuelle Bewältigungsfunktionen.⁵⁰ Durch die Bildung einer subjektiven Krankheitstheorie wird im Verlauf des Coping-Prozesses Orientierungsgewissheit (wieder-)erlangt, die eine biographische Einordnung der Ereignisse ermöglicht.⁵¹ Die subjektive Krankheitstheorie enthält Annahmen zur Identität der Erkrankung, zur Kausalität, zum zeitlichen Verlauf und den Konsequenzen der Erkrankung sowie Annahmen zur Heilung bzw. Behandlung.⁵²

Mit der Untersuchung subjektiver Krankheitstheorien wird nicht nach allgemeinen Mustern von Laientheorien über Krankheit, sondern nach subjektiver Sinn-

⁴⁸ Spieth u. Harris, 1996

⁴⁹ Bullinger et al., 1996

⁵⁰ Hartmannsgruber, L.: Die Bedeutung subjektiver Krankheitstheorien für die Behandlung des Typ-II-Diabetes. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 24(2), 1992, 209-220.

⁵¹ Flick, U.: Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Überblick und Einleitung. In: Flick, U. (HG): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Heidelberg, Asanger, 1991, 9-27.

⁵² Leventhal, H.; Meyer, D.; Nerenz, D. R.: The common sense representation of illness danger: In: Rachmann, S. (Hg.): Medical psychology. New York, Pergamon Press, 1980, 7-30.

stiftung der individuellen Patienten gesucht. Anknüpfend an die Stresstheorie⁵³ ist die subjektive Krankheitstheorie als „habituelles appraisal“ zu verstehen; als Neigung, krankheitsbezogene Stressoren im Rahmen eines individuellen, relativ überdauernden Bewertungssystems einzuordnen. Aus diesen Ausführungen wird deutlich, dass subjektive Krankheitstheorien als Risiko- oder Schutzfaktor der Krankheitsbewältigung wirken kann.

Auf dieser theoretischen Basis lassen sich nun unterschiedliche Typen von subjektiven Krankheitstheorien ableiten, z.B.:

- Krankheit als Schicksalsschlag
- Krankheit als Aufgabe, das Leben neu zu organisieren
- Krankheit als Begleiter
- Krankheit als Alltagslast

Derartige Typologien erlauben es, einerseits die Krankheitsbewältigungsstrategien der Betroffenen und des Umfeldes besser zu verstehen. Andererseits kann über Lebensqualitätsmessungen und die Analyse einzelner Stressoren ausgewertet werden, welche subjektiven Krankheitstheorien mit besseren oder schlechteren Coping-Effekten korrelieren.

Es lohnt sich daher, auch das Thema der subjektiven Krankheitstheorien bei der Selbsthilfearbeit in den Blick zu nehmen.

(6) Coping als Schlüssel zum Abbau bzw. zur Verhinderung psychischer Folgeerkrankungen bei chronischen Erkrankungen und Behinderungen

Die vorausgegangenen Darstellungen zeigen nicht nur, dass Krankheits-/Behinderungsbewältigung stets ein Aspekt des Krankheitsverlauf bzw. des Umgangs mit der Behinderung ist und dass der Coping-Erfolg gefördert werden kann. Es wird auch deutlich, dass das Coping eine wichtige Ressource zur Prävention psychischer Folgeerkrankungen in der Selbsthilfearbeit sein kann.

⁵³ vgl. z. B. Lazarus, R. S.: The Stress and Coping Paradigm. In Lazarus, R. S. (Hg.): 50 years of the research and theory of R. S. Lazarus. An analysis of historical and perennial issues. Mahwah, Erlbaum, 1998, 182-220.

VI. Weiterentwicklungspotential: Etablierung von Präventionsprogrammen in der Selbsthilfearbeit

Eine weitere Option zur Weiterentwicklung der Selbsthilfearbeit besteht darin, gezielt Präventions- und Trainingsprogramme zu integrieren. Dies sei am Beispiel des Trainingsprogramms LARS & LISA erläutert.⁵⁴

Grundgedanke des von der Universität Tübingen entwickelten Trainingsprogramms ist es, dem typisch depressiven Rückzugsverhalten ein Training zu selbstsicherem Verhalten („Just do it“) und zur Kontaktaufnahme („Get in touch“) entgegen zu setzen.

„Lust an realistischer Sicht & Leichtigkeit im sozialen Alltag“ (LARS & LISA) wurde basierend auf dem Modell der sozialen Informationsverarbeitung nach Dodge⁵⁵ entwickelt. Entsprechend ist das Ziel des Trainingsprogramms LARS & LISA, auf möglichst vielen Stufen der sozialen Informationsverarbeitung nach Dodge anzusetzen:

1. Auf der Stufe der *Entkodierung* von Informationen findet allerdings keine direkte Intervention durch das Trainingsprogramm statt, da bisher keine entsprechenden Maßnahmen bekannt sind.
2. Auf der Stufe der *mentalen Repräsentation* werden sozialen Stimuli Bedeutungen zugeschrieben. Um diese Bedeutungszuschreibung gezielt zu verändern, bietet es sich an, dysfunktionale automatische Gedanken der Jugendlichen im Sinne von Beck⁵⁶ zu identifizieren, in Zweifel zu ziehen und durch funktionalere zu ersetzen (Ein Schwerpunkt des LARS & Lisa-Programms: „THINK“ = Identifikation von dysfunktionalen Gedanken; Überprüfung des Realitätsgehalts dysfunktionaler Gedanken; Entwicklung funktionaler Gedanken; Üben funktionaler Gedanken). Um ein Verständnis und die notwendige Motivation für diese Intervention zu schaffen, ist es notwendig, vorher den Zusammenhang zwischen Kognitionen, Emotionen und Verhalten herauszuarbeiten („Magische Spirale“). Dieses

⁵⁴ Programm des Psychologischen Instituts der Universität Tübingen zur Prävention von Depressionen bei Jugendlichen, 2008

⁵⁵ Dodge, K.A.: A social information processing model of social competence in children. In: M. Perlmutter (Hrsg.): The Minnesota Symposium on Child Psychology, Hillsdale, NJ: Erlbaum, 18, 1986, 77-123; und Dodge, K.A.: Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. Annual Review of Psychology, 44, 1993, 559-584.

⁵⁶ Beck, A. T.: Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York, NY: Hoeber, 1967; und Beck, A. T.: Cognitive therapy and the emotional disorders. New York, NY: Meridian, 1976.

Vorgehen ist ein Kernelement jeder kognitiven Therapie von Depressionen und hat sich in einer Vielzahl von Studien bewährt⁵⁷.

3. Auf der Stufe der *Vorbereitung der Reaktion* werden vorhandene Reaktionsalternativen auf soziale Stimuli aktiviert oder neue generiert. Diese Reaktionsalternativen werden auf der Stufe der *Evaluation und Selektion der Reaktion* dahingehend beurteilt, welche Konsequenzen sich aus ihnen ergeben und ob sie für die ausführende Person akzeptabel sind. Eine Reaktionsalternative, die diese beiden Stufen der sozialen Informationsverarbeitung erfolgreich durchlaufen hat, wird als letzte Stufe des Informationsprozesses realisiert. Bei Jugendlichen mit depressiven Störungen liegen auf der Stufe der Vorbereitung der Reaktion eine große Anzahl problemirrelevanter⁵⁸ und nur relativ wenige Reaktionsalternativen vor.^{59 60}
4. Auf der Stufe der Evaluation der Reaktion wird Rückzugsverhalten darüber hinaus von depressiven Jugendlichen positiver bewertet als durch nicht-depressive Jugendliche, obwohl erstere mehr negative und weniger positive Ergebnisse von (selbstunsicherem) Rückzugsverhalten erwarten als nicht-depressive Jugendliche.⁶¹ Die Probleme auf diesen beiden Stufen der Informationsverarbeitung bei depressiven Jugendlichen können nach unserer Ansicht am besten durch die Vermittlung möglichst vieler hilfreicher Reaktionsalternativen und der Demonstration ihrer positiven Konsequenzen bearbeitet werden. Hierzu können die weit verbreiteten und effektiven Methoden des Trainings sozialer Kompetenzen genutzt werden. Besonders erfolgversprechend scheinen Trainings selbstsicheren Verhaltens („Just do it“) und zur Kontaktaufnahme und -Aufrechterhaltung („Get in touch“) zu sein, da sie typisch depressiven Rückzugsverhalten diametral entgegengesetztes Verhalten einüben. Der Schwerpunkt dieses Teils des Trainingsprogramms sollte eindeutig auf Rollenspielen liegen, da mit dieser Methode die Probleme auf beiden Stufen der Informationsverarbeitung bearbeitet werden können.

Schwerpunkt des Trainingsprogramms LARS & LISA sind Rollenspiele. Die Jugendlichen können während der Rollenspiele neue und funktionale Reaktionsalternativen

⁵⁷ Hautzinger, M.: Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 2000.

⁵⁸ Mullins L.L./Siegel L.J./Hodges K.: Cognitive problem-solving and life event correlates of depressive symptoms in children, in: Journal of Abnormal Child Psychology, 1985, 305-314.

⁵⁹ Frye, A.A./Goodman, S.H.: Which social problem-solving components buffer depression in adolescent girls? Cognitive Therapy and Research, 24, 2000, 637-650.

⁶⁰ Quiggle, N.L./Garber, J./Panak, W.F./Dodge, K.A.: Social information processing in aggressive and depressed children, Child Development. 63, 1992, 1305-1320.

⁶¹ Garber, J./Quiggle, N.L./Panak, W./Dodge, K.A.: Aggression and depression in children: comorbidity, specificity, and cognitive processing: In D. Cichetti & S. Toth (Eds.), Rochester Symposium on Developmental Psychopathology: Internalizing and Externalizing of Dysfunction, Vol. 2, Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1991, 225-264.

beobachten bzw. ausprobieren und die eigenen Reaktionen, wie auch Reaktionen von anderen auf angemessenes Verhalten beobachten. Gleichzeitig trainieren sie die Umsetzung dieser neuen Reaktionsalternativen. Zusätzlich zu diesen inhaltlichen Bausteinen umfasst LARS & LISA ein Element, mit dessen Hilfe die Motivation zur aktiven Teilnahme der Schüler gefördert wird. Im Mittelpunkt steht hier die *Formulierung persönlicher Ziele* der Schüler („Find your aims“). In diesem Baustein arbeiten die Schüler heraus, welche Ziele sie haben und was sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt tun können, um diese Ziele zu erreichen. Laut Locke und Latham⁶² zeichnen sich gute Ziele dadurch aus, dass sie Verhalten motivieren, erreichbar sind und damit eine persönliche Herausforderung darstellen. Weiterhin sollten sie spezifisch, konkret vorstellbar (bildhaft) und in konkrete Subziele unterteilbar sein, so dass Fortschritte messbar sind.⁶³ Auf der Grundlage solcher Ziele wird den Schülern am Ende jeder Sitzung des Programms ihr persönlicher Nutzen von LARS & LISA vermittelt, indem wiederholt aufgezeigt wird, wie und warum ihnen die in LARS & LISA vermittelten Fähigkeiten helfen können, ihre Ziele zu erreichen. Weiterhin dienen diese Ziele als Anknüpfungspunkte für die inhaltlichen Schwerpunkte des Programms. Dieses Vorgehen wurde in Anlehnung an Kanfer, Reinecker und Schmelzer⁶⁴ gewählt und ähnlich wie im Einzeltherapieprogramm SELBST⁶⁵ an die jugendliche Zielgruppe adaptiert, um die Motivation der Jugendlichen und damit ihre aktive Mitarbeit im Rahmen von LARS & LISA zu fördern. Obwohl LARS & LISA aus Bausteinen besteht, die bereits in anderen Programmen - wie dem selektiven Präventionsprogramm „Coping with Stress“ Programm⁶⁶ - erfolgreich verwendet wurden, basiert es auf einer anderen theoretischen Konzeption.

⁶² Locke, E.A./Latham, G.P.: A theory of goal setting and task performance, NY, Prentice hall, 1990.

⁶³ Locke & Latham, 1990

⁶⁴ Kanfer, F.H./Reinecker, H./Schmelzer, D.: Selbstmanagement-Therapie (2. überarb. Auflage), Berlin, Springer, 1996.

⁶⁵ Döpfner, M./Walter, D.: Verhaltenstherapeutische Zugänge in der Adoleszenz. Psychotherapie im Dialog, 4, 2002, 345-352; und Rademacher, C./Walter, D./Döpfner, M.: SELBST – Ein Therapieprogramm zur Behandlung von Jugendlichen mit Selbstwert-, Aktivitäts- und Affekt-, Leistungs- und Beziehungsstörungen, Kindheit und Entwicklung, 11, 2002, 107-118.

⁶⁶ Clark, G.N./Hawkins, W./Murphy, M./Sheeber, L./Lewinsohn, P.M./Seeley, J.R.: Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: a randomized trial of a group cognitive intervention. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, 1995, 312-321.

VII. Weitere Strategien von Selbsthilfeorganisationen: Qualifikation von Gruppenleiterinnen und -leitern

Die Befragungen der Selbsthilfeorganisationen Verbändebefragungen aus den Jahren 2013 und 2017 haben ergeben, dass es wichtig ist, sich mit der Thematik von Depressionen und psychosomatischen Störungen chronisch kranker und behinderter Menschen zu befassen. Dennoch werden gerade viele kleinere und ehrenamtlich geführte Selbsthilfeorganisationen damit überfordert sein, groß angelegte Projekte zu Coping-Strategien, zu Trainingsprogrammen für Betroffene oder umfangreiche Informationsmaterialien zum Thema zu konzipieren und umzusetzen. Hierzu reichen die Ressourcen oft nicht aus, da schon die bestehenden Verbandsaufgaben in vielen Organisationen kaum zu schultern sind.

Auch in Selbsthilfeorganisationen besteht aber die Möglichkeit, insbesondere durch eine Sensibilisierung der Gruppenleiterinnen und -leiter, die Chance auf Früherkennung und auf einen adäquaten Umgang mit den Krankheitsbildern zu erhöhen.

Ferner besteht die große Chance darin, sich selbsthilfeübergreifend zu vernetzen. Hierzu sollten die übrigen Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen unbedingt auch den Kontakt

- zur Deutschen Depressionsliga e.V
 - zum Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK)
 - zum Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.
 - zur Deutschen Gesellschaft für bipolare Störungen
- suchen.

Arbeitsblatt „Seelische Belastungen in der Selbsthilfearbeit erkennen“

Die Ergebnisse einer weltweit durchgeführten WHO-Untersuchung zur Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen belegen, dass 8,6% der Patienten in Allgemeinarztpraxen unter Depressionen leiden, die durch rezidivierende und chronifizierte Verläufe zu einem hohen Grad an psychosozialer Beeinträchtigung (28,2%) führen. Darüber hinaus hat die Anzahl der Menschen, die an psychosomatischen Krankheiten (körperliche Erkrankungen, die durch psychische Faktoren ausgelöst und/oder verstärkt werden können) leiden, erheblich zugenommen.

Die gesundheitspolitischen Auswirkungen und Kosten psychischer und psychosomatischer Störungen sind erheblich. Die WHO erwartet für die nächsten Jahre eine weitere Zunahme von psychischen und psychosomatischen Störungen.

Menschen mit Behinderung/chronischer Erkrankung aller Altersgruppen sind aufgrund ihrer multifaktoriellen Belastungen besonders gefährdet, an einer psychischen und/oder an einer psychosomatischen Störung zu erkranken.

Insgesamt kommt es darauf an, die multiplen Belastungen, die mit dem Leben mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen verbunden sind, als solche ernst zu nehmen, aber gleichzeitig die Kompetenzen jedes Einzelnen zu stärken, diese Belastungen zu bewältigen. Der Austausch und die gegenseitige Unterstützung in der Selbsthilfegruppe bieten hierfür einen hervorragenden Rahmen.

Ausgangspunkt dieser Betrachtungen sollte daher nicht die Frage sein, ob depressive Störungen schon zu erkennen sind, sondern wie die psychische Gesundheit gestärkt werden kann. Psychische Gesundheit in diesem Sinne kann man als einen Zustand des Wohlbefindens definieren, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpft, die bestehenden Lebensbelastungen zu bewältigen und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen.

Symptome von Depressionen früh erkennen

Depressionen können jeden treffen. Doch einige trübselige Tage sind noch keine Depression, auch wenn wir sagen, dass wir „deprimiert“ sind. Solche Phasen sind ganz normal und gehen auch von allein wieder vorbei. Jeder Mensch fühlt sich gelegentlich niedergeschlagen oder hat keine Lust, etwas zu unternehmen. Es gibt aber einige wichtige Merkmale, an denen eine Depression von solchen temporären Verstimmungen unterschieden werden kann.

Erste Anzeichen

Mitunter treten bereits einige Frühsymptome auf, mit denen sich eine entstehende depressive Episode ankündigt. Sie können nach einem belastenden Erlebnis in Erscheinung treten, aber auch ganz ohne einen erkennbaren Anlass. Sie sind nicht immer zu erkennen und können auch von anderen Erkrankungen verursacht werden. Gerade bei wiederkehrenden depressiven Episoden kann es nützlich sein, als betroffene oder nahestehende Person einen herannahenden Schub zu erkennen und rechtzeitig Hilfe zu suchen oder anzubieten.

Auch wiederkehrende Schübe kündigen sich mit solchen „Erste Anzeichen Symptomen“ an, die ein erfahrener Arzt frühzeitig zu deuten weiß. Erste Anzeichen können sein:

- unspezifische Schmerzen
- Energiemangel und dauernde Müdigkeit
- Reizbarkeit und „schlechte Laune“
- plötzliches Auftreten von Angstgefühlen
- zunehmende Lustlosigkeit
- vermindertes oder nachlassendes sexuelles Interesse
- Appetitlosigkeit
- Schlafstörungen

Natürlich können solche Beschwerden auch auf eine andere Krankheit hinweisen oder nach kurzer Zeit wieder verschwinden, etwa wenn die auslösende Situation (z.B. Stress am Arbeitsplatz) nicht mehr besteht. Sollten sie jedoch bleiben, stärker werden und sich zu einer depressiven Episode entwickeln, ist es höchste Zeit, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Hauptsymptome

1. Niedergeschlagene, depressive Stimmung:

Dieses Symptom ist für Außenstehende nur schwer zu begreifen. Die Betroffenen empfinden eine Art innerer Leere, sie erleben nicht mehr die große Bandbreite an Emotionen, die ein gesunder Mensch zu fühlen vermag. Sie fühlen sich „gefühlstot“ oder sind „wie versteinert“. Hinzu kommt eine tiefe Mut- und Hoffnungslosigkeit gepaart mit unabwendbarer Verzweiflung. Auch für Mitmenschen positiv erscheinende Erlebnisse oder Ereignisse haben keinen stimmungsaufhellenden Einfluss auf die Gefühlslage des Betroffenen.

2. Freudlosigkeit, Interessenverlust

Eine Depression nimmt dem betroffenen Menschen nach und nach die Fähigkeit, Freude zu empfinden und sich für etwas zu begeistern. Nichts macht mehr Spaß. Nicht nur die Freude am Leben geht verloren, sondern auch das Interesse an früher gern ausgeübten Tätigkeiten. Hobbys, Freundschaften und

Beziehungen werden vernachlässigt, und der Betroffene zieht sich zurück. Das Gefühl der Lustlosigkeit kann auch zum Verlust der Libido führen.

3. Müdigkeit und Antriebslosigkeit

Das dritte charakteristische Kennzeichen für eine Depression ist die permanente Müdigkeit und der Energieverlust, der das Leben der betroffenen Personen entscheidend beeinträchtigt. Das kann soweit führen, dass der Patient nicht mehr in der Lage ist, am Alltag teilzunehmen. Er fühlt sich schon morgens wie gerädert, und allein das Aufstehen kostet unglaublich viel Energie. Anfangs werden vor allem größere Unternehmungen als kraftraubend empfunden, später kosten selbst kleine, alltägliche Verrichtungen viel Mühe oder es fehlt gleich ganz die Energie dazu. Die Antriebslosigkeit kann sogar dazu führen, dass der Betroffene sich selbst vernachlässigt, da selbst die Kraft zum Duschen oder Essen zubereiten fehlt. Manche depressiven Menschen empfinden diese Energielosigkeit wie eine tonnenschwere Last, die auf ihnen lastet oder an ihnen hängt und die sie nicht abschütteln können.

Nebensymptome

Neben den drei Hauptsymptomen gibt es weitere Symptome, die ebenfalls häufig auftreten können:

1. Konzentrationsprobleme und verminderte Aufmerksamkeit

Betroffene haben oft Schwierigkeiten damit, sich auf etwas zu konzentrieren. Die Kreativität leidet, das Denkvermögen ist eingeschränkt, und es kann sogar zu Gedächtnisstörungen kommen. Im Extremfall können die Symptome sogar mit einer Demenz verwechselt werden!

2. Selbstzweifel und mangelndes Selbstwertgefühl sowie Schuldgefühle

Ein recht typisches Symptom sind der Verlust des Selbstvertrauens und starke Selbstzweifel. Depressive Menschen nehmen sich selbst oft als wertlos, nutzlos und Belastung für ihr Umfeld wahr. Das ist besonders schwierig, da sie selbst machtlos gegen dieses Gefühl sind und nicht in der Lage sind, es zu ändern. Sie neigen zum Grübeln und sind äußerst kritisch mit sich selbst. Im Extremfall kommt es zu Wahnvorstellungen.

3. Pessimistische Zukunftsvorstellungen

Wer eine Depression hat, ist oft nicht mehr in der Lage, sich eine positive Zukunft vorzustellen oder diese aktiv zu planen. Jede Hoffnung auf Besserung geht verloren, und jeder neue Tag wird als weitere Belastung erlebt. Typisch ist auch eine übertriebene Sorge um die Zukunft und ein Gefühl der Hilflosigkeit. Die Situation erscheint ausweglos.

4. Ängste

Etwas 80% der an Depressionen erkrankten Menschen leiden zusätzlich an

Angstgefühlen, die von gelegentlichen Panikattacken und unbestimmten Angstzuständen bis hin zu ausgewachsenen Angststörungen reichen.

5. Selbsttötungsgedanken

Wenn die negativen Gedanken, die Hoffnungslosigkeit und die innere Leere immer mehr Raum einnehmen und dadurch der Leidensdruck immer stärker wird, erscheint der eigene Tod manchmal als einziger Ausweg aus der Dunkelheit. Beinahe alle Patienten mit einer schweren Depression haben Suizidgedanken. Es wird vermutet, dass etwa 10% der von schweren und wiederkehrenden depressiven Störungen betroffenen Menschen durch Selbsttötung versterben. Wenn ein depressiver Mensch nur die leisesten Anzeichen äußert, Selbsttötung begehen zu wollen, sollte umgehend ein Arzt oder ein Krankenhaus aufgesucht werden!

In den allermeisten Fällen treten nicht all diese Symptome gleichzeitig auf. Viele Patienten leiden an mindestens zwei Haupt- und zwei Nebensymptomen, deren Heftigkeit mit dem Tagesverlauf schwankt. Typisch ist ein morgendliches Tief mit einer leichten Verbesserung der Beschwerden am Nachmittag.

Körperliche Symptome

Körper und Seele bilden eine Einheit. Darum ist es nur logisch, dass eine psychische Erkrankung wie die Depression auch ganz konkrete körperliche Symptome hervorrufen kann.

Viele Betroffene klagen über massive Schlafstörungen. Sie haben Probleme mit dem Einschlafen, erwachen mitten in der Nacht oder früh am Morgen und haben dann mit besonders heftigen Symptomen zu kämpfen. Häufig ist eine Verminderung des Appetits zu beobachten, in deren Folge der Betroffene an Gewicht verliert. Die zu den Hauptsymptomen zählende Antriebslosigkeit kann sich auch körperlich äußern: Der Patient redet langsam und leise, Mimik und Gestik sind starr und alle Bewegungen zäh und langsam. Im Extremfall kann der Betroffene nur unter größter Anstrengung sprechen oder sich bewegen.

Weitere körperliche Beschwerden sind Schmerzen, Atembeschwerden, Verdauungsbeschwerden oder Druckgefühle auf der Brust und Kreislaufprobleme. Manchmal sind diese Symptome so stark, dass sie andere Depressionsanzeichen überlagern und die Diagnose dadurch erschweren.

Außerdem sind depressive Menschen oft weiteren Gesundheitsrisiken ausgesetzt, da sie tendenziell einen ungesünderen Lebensstil führen. Wer eine akute Depression hat, dem fehlt meistens die Kraft, sich um einen gesunden Lebensstil oder eine ausgewogene Ernährung zu kümmern, und dass die typischen Symptome einer Depression zu Bewegungsmangel führen, erklärt sich ja fast von selbst.

Eine Depression gilt als Risikofaktor für andere Krankheiten, etwa Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen und kann bereits vorhandene Erkrankungen verschlimmern. Umgekehrt erhöht eine Behandlung der Depression auch die Heilungschancen für andere Krankheiten. Das Immunsystem depressiver Menschen ist geschwächt. Ältere Menschen, die an einer Depression leiden, geraten leicht in lebensbedrohliche Situationen, wenn sie sich zurückziehen und nicht daran denken, zu essen oder zu trinken.

Wie ist die Gesprächsatmosphäre in der Gruppe?

Nicht selten werden psychische Probleme in Selbsthilfegruppen auch tabuisiert. Teilweise wird ohnehin ein fehlender Austausch über emotionale Themen beklagt. Ein Austausch zu solchen Themen kann auch dann erschwert sein, wenn unter den Mitgliedern der Selbsthilfegruppe die Behinderung/Erkrankung unterschiedlich stark ausgeprägt ist, so dass auch die Belastungssituationen für die Betroffenen sehr unterschiedlich sind. In einer Befragung aus dem Jahr 2013⁶⁷ wurden als Wünsche an die Selbsthilfe zum einen der verstärkte Austausch mit anderen Betroffenen über Gefühle und Umgang mit schwierigen Situationen benannt und zum anderen der Wunsch geäußert, Bewältigungsstrategien zu erlernen, um Depressionen vorzubeugen.

Die Selbsthilfearbeit muss dafür sensibel sein, ob ein Mitglied der Selbsthilfegruppe nur niedergeschlagen ist, oder ob tatsächlich eine behandlungsbedürftige Problematik vorliegen könnte. Das ist nicht immer leicht zu unterscheiden und eine definitive Diagnose kann natürlich nur der Arzt stellen. Wenn Sie sich nicht sicher sind, ist es besser, die Person anzusprechen, als die Anzeichen zu ignorieren.

Wie können die anderen Gruppenmitglieder mit der Situation umgehen?

Für die anderen Gruppenmitglieder ist es nicht leicht, mit der Depression eines Gruppenmitglieds umzugehen.

Schließlich sind sie von den Auswirkungen der Krankheit unmittelbar betroffen. Gleichzeitig wissen sie oft nicht, wie sie sich richtig verhalten sollen, werden unsicher und haben Angst, Fehler zu machen. In diesem Kapitel findet man Ratschläge, wie man einem Gruppenmitglied am besten helfen kann und auch, was man besser vermeiden sollte.

Zunächst einmal sollte man akzeptieren, dass die Person wirklich krank ist. Nicht in schlechter Stimmung oder traurig oder gestresst, sondern krank.

⁶⁷ „Depression – Volks- oder Modekrankheit, S. 11, 8. Round Table der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe mit den Selbsthilfeorganisationen am 12. November 2012 im Ärztehaus Dortmund, S. 11

Darum gehört ein Mensch mit Depression auch in ärztliche Behandlung, auch wenn er es selbst vielleicht für sinnlos hält. Wenn man vermutet, dass eine nahestehende Person depressiv ist, er oder sie aber nicht zum Arzt gehen möchte, sollte man sie mit Mitgefühl und Akzeptanz bei der Suche nach einem Arzt und der Terminabsprache unterstützen und ihn oder sie am besten auch dorthin begleiten. Man sollte der Person zeigen, dass man für sie da ist!

Auch wenn man sich einem Angehörigen gegenüber verpflichtet fühlt und ihm gerne helfen würde, sollte man darauf achten, sich selbst dabei nicht zu vernachlässigen und auch negative Gefühle zuzulassen. Besonders, wenn einen die Situation sehr belastet und man sich erschöpft und ausgelaugt fühlt, sollte man sich ebenfalls Hilfe suchen. Auch der Austausch mit anderen Angehörigen depressiver Menschen kann eine große Unterstützung sein. Vielleicht könnte man sich bei dem jeweiligen Hausarzt oder dem behandelnden Psychotherapeuten seines Angehörigen erkundigen, ob es eine solche Selbsthilfegruppe in der Nähe gibt. Man sollte keine Angst davor haben, mit nahestehenden Personen über eigene Gefühle zu sprechen und Hilfe von ihnen anzunehmen. Gerade jetzt ist ein soziales Netzwerk aus Freunden, Familien und Bekannten sehr wichtig. Es gibt auch andere unterstützende Einrichtungen, an die man sich auf der Suche nach Hilfe wenden kann, z.B. den sozialpsychiatrischen Dienst.

Man muss geduldig sein! Es bringt nichts, mit dem Betroffenen über seine scheinbar ausweglose Lage zu diskutieren, ihn von der eigenen Sichtweise zu überzeugen, denn das wird nicht gelingen. Besser ist es, der erkrankten Person immer wieder zu zeigen, dass man für sie da ist und sie ernst nimmt. Sinnvoll ist es, einfach nur zuzuhören, ohne gut gemeinte Ratschläge zu erteilen. Allerdings sollte man allzu überbehütendes Verhalten vermeiden, denn das wird von den Betroffenen oft als störend empfunden. Man sollte also versuchen, eine gute Balance zu finden. Auch sollte man körperliche Krankheitsanzeichen des Erkrankten ernst nehmen, selbst wenn sie einem übertrieben erscheinen mögen. Das sollte man dem Betroffenen auf keinen Fall sagen! Man sollte immer daran denken, dass sich die Wahrnehmung des Patienten durch die Depression verschiebt. Er dramatisiert nicht, sondern empfindet auch leichte Schmerzen als kaum zu ertragende Pein: Sprüche wie „Reiß dich doch mal zusammen!“ oder „So schlimm ist das doch nicht!“ sind in dieser Situation unangebracht.

Auch wenn der Betroffene sich abweisend verhält, sich zurückziehen möchte oder gefühllos erscheint, darf man dieses Verhalten nicht persönlich nehmen. Er oder sie tut das nicht mit Absicht oder um andere zu kränken. Es ist die Depression, die dieses Verhalten verursacht. Natürlich darf man seine negativen Gefühle vorsichtig äußern, wenn es einem richtig erscheint. Man sollte jedoch vorsichtig sein und seinen Frust nicht ungehindert ablassen. Wahrscheinlich hilft es einem selbst und der depressiven Person mehr, wenn man mit einer vertrauten Person oder einem Menschen in ähnlicher Situation spricht.

Wenn der Betroffene Suizidabsichten äußert oder vermehrt über den Tod spricht, sollte man umgehend reagieren. Je nach Situation sollte man mit ihm unverzüglich den Arzt aufsuchen oder einen Rettungswagen alarmieren! Auch leiseste Andeutungen sollte man sofort ernst nehmen. Es bringt übrigens nichts, sie dem Betroffenen auszureden. Besser ist es, Mitgefühl zu zeigen und Alternativen anzubringen. Auch ein „Nicht-Suizid-Vertrag“, in dem sich der Betroffene dazu verpflichtet, keine Selbsttötung zu begehen, kann hilfreich sein. In jedem Fall sollte man den behandelnden Arzt informieren und selbst ebenfalls Rat und Hilfe suchen.

Auch alle wichtigen Entscheidungen sollten nun auf später verschoben werden, egal ob sie berufliche oder private Dinge betreffen. Denn der erkrankte Mensch ist nicht in der Lage, eine begründete Entscheidung zu fällen, mit der er nach seiner Genesung noch einverstanden ist.

Eine große Unterstützung für den Betroffenen ist die Einhaltung einer täglichen Routine. Ein geregelter Tagesablauf mit festen Zeiten für das Aufstehen und Zubettgehen, die Körperpflege sowie die Einnahme der Mahlzeiten bietet ihm ein Gerüst, an dem er sich festhalten kann. Regen Sie immer wieder kleine Aktivitäten an (gemeinsamer Spaziergang, Blumengießen o.ä.), ohne den Kranken (oder dich selbst) zu überfordern.

Vermeiden sollte man appellatives, wertendes oder vergleichendes Verhalten, das sich in Aussagen wie „Früher hast du doch immer so gern Sport gemacht!“ oder „Stell dich mal nicht so an!“ äußert. Im schlimmsten Fall verstärkt man damit die Schuldgefühle der erkrankten Person noch. Auch gut gemeinte Ratschläge, Aufmunterungsversuche oder Bagatellisierung der Depression werden nicht die gewünschte Wirkung zeigen.

Zum besseren Überblick fassen wir noch einmal die wichtigsten Verhaltensregeln im Umgang mit depressiven Personen in Selbsthilfegruppen, die sich mit anderen Gesundheitsfragestellungen beschäftigen, zusammen:

- Akzeptiere die Depression als ernsthafte Erkrankung!
- Informiere dich über die Krankheit!
- Pass auf dich auf!
- Überschreite deine Grenzen nicht! Weder kannst du den Psychotherapeuten spielen, noch die perfekte Betreuungsperson sein
- Mach den Betroffenen keine Vorwürfe und vermeide gute Ratschläge und Diskussionen!⁶⁸

⁶⁸ T. Breise, „Depressionen, der Weg zurück zu mir“. Seite 55 ff.

Selbsthilfe ist ja gerade eine wichtige Ressource, um die Balance zwischen Traurigkeit und Freude, Hoffnungslosigkeit und Zuversicht, Ärger und Spaß wieder herzustellen.

Eine *behandlungsbedürftige Depression mit Krankheitswert* dagegen ist eine anerkannte psychische Erkrankung. Sie beeinträchtigt die Alltagsbewältigung manchmal so stark, dass die Patienten zu den einfachsten Tätigkeiten nicht mehr in der Lage sind. Sie müssen sich meist zwingen, zur Arbeit zu gehen, Hausarbeiten zu verrichten oder mit ihren Kindern zu spielen. Sie fühlen sich energielos, leer, gelähmt oder einfach nur „miserabel“. Sie wachen oft sehr früh auf und geraten dann - wenn sie im Bett liegen bleiben und nicht gegensteuern - oft in einen negativen Grübelkreislauf, der tagelang anhalten kann. Dies kann in schweren Fällen zu Selbsttötungsgedanken als vermeintlich letzte Fluchtmöglichkeit aus den Belastungen des Lebens führen.⁶⁹

Die Selbsthilfearbeit muss dafür sensibel sein, ob ein Mitglied der Selbsthilfegruppe nicht nur niedergeschlagen ist, sondern ob tatsächlich eine behandlungsbedürftige Problematik vorliegen könnte.

⁶⁹ Gudrun Görlitz, „Selbsthilfe bei Depressionen“, S. 25, Fachratgeber Klett-Cotta

VIII. Organisationen und Netzwerke

Aktionsbündnis Seelische Gesundheit

→ seelischegesundheit.net

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH)

→ integrationsaemter.de

Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK)

→ bapk.de

Deutsche DepressionsLiga e.V.

→ depressionsliga.de

Deutsche Gesellschaft für bipolare Störungen e.V. (DGBS)

→ dgbs.de

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE)

→ bpe-online.de

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

→ dgppn.de

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE)

→ dve.info

European Alliance against Depression e.V.

→ eaad.net

Stiftung Deutsche Depressionshilfe

→ deutsche-depressionshilfe.de

IX. Literatur

Baider, L./Kaplan De-Nour, A.: Cancer and Couples - its impact on the healthy partner: methodological considerations, In: Baider, L./Cooper, CL./Kaplan De-Nour, A. (eds.) Cancer and the family, 2nd ed. Chichester; Wiley, 2000, 41-51

Beck, A. T.: Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects, New York, NY: Hoeber, 1967.

Beck, A. T.: Cognitive therapy and the emotional disorders, New York, NY: Meridian, 1976.

Bengel, J./Beutel, M./Broda, M./Haag, G./Härter, M./Lucius-Hoene, G./Methny, F.A./Potreck-Roge, F./Stegie, R./Weis, J.: Chronische Erkrankungen, psychische Belastungen und Krankheitsbewältigung, in: Psychother Psych Med, 53 (2), 2003; 83-93.

Bengel, J./Herwig, J.: Gesundheitsförderung in der Rehabilitation, in: Jerusalem, M./Weber, H. (Hrsg.): Psychologische Gesundheitsförderung - Diagnostik und Prävention. Göttingen; Hogrefe im Druck.

Beutel, M.: Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen, Weinheim; Edition Medizin VCH 1988.

Boothe, B.: Der Patient als Erzähler in der Psychotherapie, Göttingen; Vandenhoeck & Ruprecht 1994.

Breise, T.: Depressionen. Der Weg zurück zu mir, Bornheim, 2016

Bullinger, M./Ravens-Sieberer, U.: Grundlagen, Methoden und Anwendungsgebiete der Lebensqualitätsforschung bei Kindern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 44, 10, 1995, 391-399.

Bullinger, M.; v. Mackensen, S.; Kirchberger, S.: Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern. In: Michels, H. (Hg.): Chronisch kranke Kinder und Jugendliche. Psychosoziale Betreuung und Rehabilitation. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, 1996, 33 - 48.

Bundesärztekammer (BÄK)/Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)/Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.): Patientenleitlinie zur S3-Leitlinie/Nationalen Versorgungs-Leitlinie „Unipolare Depression“, 2. Auflage, Version 2, 2016.

Clark, G.N./Hawkins, W./Murphy, M./Sheeber, L./Lewinsohn, P.M./Seeley, J.R.: Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: a randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1995, 312-321.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)/Bundesärztekammer (BÄK)/Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) et al. (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression: S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“ - Langfassung 2. Auflage, Version 5, 2015, www.depression.versorgungsleitlinien.de

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Langfassung). S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 2013.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): ICD-10-GM Version 2017: Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). Affektive Störungen (F30-F39).

Dodge, K.A.: A social information processing model of social competence in children. In: M. Perlmutter (Hrsg.): *The Minnesota Symposium on Child Psychology*, Hillsdale, NJ: Erlbaum, 18, 1986, 77-123.

Dodge, K.A.: Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annual Review of Psychology*, 44, 1993, 559-584.

Döpfner, M./Walter, D.: Verhaltenstherapeutische Zugänge in der Adoleszenz. *Psychotherapie im Dialog*, 4, 2002, 345-352.

Filipp S. H./Ferring, D.: Who blames the victim? Kausal- und Verantwortlichkeitszuschreibungen im Umfeld einer Krebserkrankung, in: Koch, U./Weis, J. (Hrsg.): *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung*. Stuttgart; Schattauer 1998, 25-36.

Flick, U.: Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Überblick und Einleitung. In: Flick, U. (HG): *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*. Heidelberg, Asanger, 1991, 9-27.

Frye, A.A./Goodman, S.H.: Which social problem-solving components buffer depression in adolescent girls? *Cognitive Therapy and Research*, 24, 2000, 637-650.

- Garber, J./Quiggle, N.L./Panak, W./Dodge, K.A.:** Aggression and depression in children: comorbidity, specificity, and cognitive processing: In D. Cichetti & S. Toth (Eds.), Rochester Symposium on Developmental Psychopathology: Internalizing and Externalizing of Dysfunction, Vol. 2, Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1991, 225-264.
- Görlitz, G.:** Selbsthilfe bei Depressionen, Stuttgart, S.A., 2015.
- Groen, G./Ihle, W./Ahle, M.E./Petermann, F.:** Ratgeber Traurigkeit, Rückzug, Depression, Göttingen, 2012.
- Grossmann, K.:** Der Fluss des Erzählens, Heidelberg; Auer 2000.
- Hafen, K./Bengel, J./Jastrebow, J./Nübling, R.:** Konzept und Dimensionen der Reha-Motivation, Prävention und Rehabilitation, 12, 2000; 1-10.
- Härter, M./Hahn, D./Baumeister, H./Reuter K./Bengel, J.:** Psychische Komorbidität bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen - eine epidemiologische Studie in der stationären medizinischen Rehabilitation, in: Pawils, S. und Koch, U., „Psychosoziale Versorgung in der Medizin“, 2006.
- Härter, M./Baumeister, H./Bengel, J. (Hrsg.):** Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen, Springer Medizin Verlag Heidelberg, 2007.
- Hartmannsgruber, L.:** Die Bedeutung subjektiver Krankheitstheorien für die Behandlung des Typ-II-Diabetes. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 24(2), 1992, 209-220.
- Hautzinger, M.:** Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 2000.
- Jacob, G./Bengel, J.:** Das Konstrukt Patientenzufriedenheit: Eine kritische Bestandsaufnahme, Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 48, 2000, 280-301.
- Kanfer, F.H./Reinecker, H./Schmelzer, D.:** Selbstmanagement-Therapie (2. überarb. Auflage), Berlin, Springer, 1996.
- Keller, M./Henrick, G./Beutel, M./Sellschopp, A.:** Wechselseitige Belastung und Unterstützung bei Paaren mit einem Krebskranken, Psychother Psych med Psychol. 48, 1998, 358-368.
- Kepplinger, J.:** Partnerschaft und Krebserkrankung: Psychosoziale Belastungen, soziale Unterstützung und Bewältigung bei Paaren mit tumorkrankem Partner, Münster; Lit 1996.

- Kleinmann, A.:** The illness narrative. Suffering, healing and the human condition, New York; Basic Books, 1988.
- Koch, U./Härter, M./Jakob, U./Siegrist, B.:** Parental reactions to cancer in their children, In: Baider, L., Cooper CL., Kaplan De-Nour, A. (eds). Cancer and the family. Chichester; Wiley, 1996, 149-170.
- Koch, U./Weis J.:** Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung, Stuttgart; Schattauer 1998.
- KOSA/KVWL (Hrsg.):** Tagungsdokumentation: Depression - Volks- oder Modekrankheit?, 8. Round Table der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe mit den Selbsthilfeorganisationen am 12.11.2011 im Ärztehaus in Dortmund, 2011.
- LAG SELBSTHILFE NRW/Netzwerkbüro Frauen und Mädchen mit Behinderung und chronischer Erkrankung NRW/AOK Rheinland Hamburg:** Projektbericht „Depressionen und psychosomatische Störungen bei Behinderung/chronischer Erkrankung im Fokus der Selbsthilfe“, Münster, 2013.
- Larisch, A./Neeb, C./de Zwaan, M./Pabst, C./Tiede, H./Ghotrani, A./Olsson, K./Hoeper, M./Kruse, J.:** Psychische Belastung und psychosomatischer Behandlungswunsch von Patienten mit Pulmonaler Hypertonie, Psychother Psych Med, 10., 2014, 1055.
- Lucius-Hoene G./Deppermann, A.:** Narrative identity empiricized. A dialogical and positioning approach to autobiographical research interviews, Narrative Inquiry. 10, 2000, 199-222.
- Lazarus, R. S.:** The Stress and Coping Paradigm. In Lazarus, R. S. (Hg.): 50 years of the research and theory of R. S. Lazarus. An analysis of historical and perennial issues. Mahwah, Erlbaum, 1998, 182-220.
- Leventhal, H.; Meyer, D.; Nerenz, D. R.:** The common sense representation of illness danger: In: Rachmann, S. (Hg.): Medical psychology. New York, Pergamon Press, 1980, 7-30.
- Locke, E.A./Latham, G.P.:** A theory of goal setting and task performance, NY, Prentice hall, 1990.
- Lucius-Hoene, G.:** Leben mit einem Hirntrauma. Autobiographische Erzählungen von Kriegshirnverletzten und ihren Ehefrauen, Bern; Huber, 1997.
- Lucius-Hoene, G.:** Narrative Bewältigung von Krankheit und Coping-Forschung, Psychotherapie & Sozialwissenschaft. 4, 2002, 166-203.

- Maurischat, C./Härter, M./Auclair, P./Kerns, R. D./Bengel, J.:** Preliminary validation of a German Version of Pain Stages of Change Questionnaire, *The European Journal of Pain*, 6, 2002, 43-48.
- Meinders, F./Stegie, R./Bengel, J.:** „Ich habe Angst, dass das Leben an mir vorbei geht“: Auswirkungen der Pflege für Angehörige von Demenzpatienten, *Psychomed*, 12, 2000, 206-210.
- Meinders, F.:** Sind Angehörige von chronisch kranken älteren Menschen nur belastet? Positives Erleben und Lebenszufriedenheit bei Angehörigen demenziell erkrankter Menschen, Regensburg; Roderer, 2001.
- Morschitzky, H./Sator, S.:** Wenn die Seele durch den Körper spricht, Psychosomatische Störungen verstehen und heilen, Walther Verlag, Düsseldorf, 2004.
- Mullins, L.L./Siegel, L.J./Hodges, K.:** Cognitive problem-solving and life event correlates of depressive symptoms in children, in: *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1985, 305-314.
- Muthny, F. A./ Bechtel, M./Spaete, M.:** Laienätiologien und Krankheitsverarbeitung bei schweren körperlichen Erkrankungen. Eine empirische Vergleichsstudie mit Herzinfarkt-, Krebs-, Dialyse-, und MS-Patientinnen, *Psychother Psych med Psychol*, 42, 1992, 41-53.
- Muthny, F.A.:** Erfassung von Verarbeitungsprozessen mit dem Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV), *Die Rehabilitation*, 35 IX-XVI, 1996.
- Patientenzufriedenheit in der medizinischen Rehabilitation:** Der Einfluss von Erwartungen, Depressivität, Lebenszufriedenheit und subjektiver Gesundheit, Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 23, 2002, 140-418.
- Pössel, P./Horn, A.B./Seemann, M./Hautzinger, M.:** Trainingsprogramm zur Prävention von Depressionen bei Jugendlichen, LARS & LISA, Göttingen, 2004.
- Quiggle, N.L./Garber, J./Panak, W.F./Dodge, K.A.:** Social information processing in aggressive and depressed children, *Child Development*. 63, 1992, 1305-1320.
- Rademacher, C./Walter, D./Döpfner, M.:** SELBST - Ein Therapieprogramm zur Behandlung von Jugendlichen mit Selbstwert-, Aktivitäts- und Affekt-, Leistungs- und Beziehungsstörungen, *Kindheit und Entwicklung*, 11, 2002, 107-118.
- Roesler, C.:** Narrative Identitätskonstitution in den Lebensgeschichten chronisch Kranker und Behinderter und die Bedeutung kultureller Sinnstiftungsmuster,

Dissertation. Freiburg; Psychologisches Institut der Albert-Ludwig-Universität 2000.

Rosenthal, G.: Biografisch-narrative Gesprächsführung: Zu den Bedingungen heilsamen Erzählens im Forschungs- und Beratungskontext. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft*, 4, 2000; 204-227.

Schipper, S./Wiesmeth, S./Wirtz, M./Twork, S./Kugler, J.: Krankheitsverarbeitungsstile und gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Multiple-Sklerose-Erkrankten, in: *Psychother Psych Med*, 61 (8), 2011, 347-355.

Schütze F.: Das narrative Interview in Interaktionsfeldstudien, Hagen; Fernuniversität 1987.

Spieth, L. E./Harris, C. V.: Assessment of health-related quality of life in children and adolescents: An integrative review. *Journal of Pediatric Psychology*, 1996.

Stegie, R.: Familien mit behinderten Kindern, In: Koch, U./Lucius-Hoene, G./Stegie R. (Hrsg.), *Handbuch der Rehabilitationspsychologie*. Berlin; Springer 1988, 120-139

Strittmatter, R./Bengel, J.: Angehörige krebskranker Menschen: Belastungen und Möglichkeiten psychosozialer Unterstützung, *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*. 1998; 11 71-81.

Techniker Krankenkasse - TK-Pressse & Politik: TK-Studie: „Depressionsatlas“, erstellt am 28.01.2015.

Wiehe, K.: Zwischen Schicksalsschlag und Lebensaufgabe - Subjektive Krankheitstheorien als Risiko- oder Schutzfaktoren der Bewältigung chronischer Krankheit im Kindesalter, *Prax Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*, 55, 2006, 3-22.

Wittchen, H.-U./Jacobi, F./Klose, M. et al.: Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichtserstattungen des Bundes, H. 51, Berlin: Robert Koch-Institut (Hrsg.), 2010.