



universität
wien

Titel der Diplomarbeit

**„Der Weg aus der Krise: Pflege- und
Kriseninterventionen bei Depressionen im
Erwachsenenalter“**

Verfasserin

Stefanie Stempfer

Angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, April 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaften

Betreuer: MMag. Dr. Ferdinand Holub

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre eidesstattlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne unzulässiger Hilfe Dritter und ohne Verwendung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quellen gekennzeichnet.

Weiter erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Stefanie Stempfer

Wien, am 4. April 2011

Danksagung

Zu Beginn möchte ich einen ganz besonderen Dank MMag. Dr. Ferdinand Holub gegenüber aussprechen, der sich zur Betreuung meiner Arbeit bereit erklärt und mir immer wieder Inputs sowie Verbesserungsvorschläge geliefert hat.

Ein besonderes Dankeschön gebührt auch meinen Eltern Brigitta und Martin Vogetseder, die mir das Studium der Pflegewissenschaft mit finanziellen Leistungen überhaupt ermöglicht und mich immer in meinem Vorhaben unterstützt haben.

Des Weiteren möchte ich mich ganz herzlich für die Unterstützung und Hilfsbereitschaft bei meinem Freund und meinen Studienkollegen bedanken sowie bei meiner Cousine, die mir während des gesamten Studiums mit Rat und Tat zur Seite gestanden hat.

Abschließend möchte ich noch allen weiteren Personen danken, die einen Beitrag zum Gelingen meiner Diplomarbeit geleistet haben.

In der nachfolgenden Arbeit wurde beabsichtigt auf geschlechtsspezifische Bezeichnungen verzichtet. Es wurde die männliche Bezeichnungsform ausgewählt, welche sowohl für weibliche als auch maskuline Personen steht.

Zusammenfassung

Trotz der Tatsache, dass sich zahlreiche Forschungen bereits mit Erklärungsmodellen, ätiologischen Ursachen, Symptomen, Verläufen und Begleiterscheinungen depressiver Störungen beschäftigen, liegen noch einige wissenschaftlich unergründete Forschungsbereiche zum Thema ‚Depression‘ vor.

Das Hauptaugenmerk der folgenden Arbeit gilt nicht nur der Beschreibung der Depression im Erwachsenenalter bezüglich theoretischer Ansätze, Klassifizierungen, therapeutischer Behandlungsmethoden, Prävention, etc., sondern auch möglicher Begleiterscheinungen, die eintreten können, wenn eine depressive Störung nicht identifiziert wird und betroffene Personen unbehandelt bleiben, wodurch sich im weiteren Krankheitsverlauf Suizidalität und akute Krisen entwickeln können. Um einen Praxisbezug zur vorwiegend theoretisch fundierten Abhandlung herzustellen, werden immer wieder Erfahrungsberichte und Fallbeispiele angeführt, sowie eine Befragung einer im psychiatrischen Bereich tätigen Person, die mit dem Umgang depressiver Patienten sowie suizidalen Verhaltensweisen vertraut ist.

Abstract

In spite of the fact that a large amount of scientific research already deals with explanatory models, etiological causes, symptoms, depressive courses and disease-related treatment effects, there are some scientifically unexplored research areas about ‘depression‘ left.

The main focus of the following thesis is not only the explanation of depression in adulthood regarding theoretical approaches, classifications, therapeutic treatments, prevention, etc., but also possible side effects that may occur if depressive disorders remain unidentified and untreated, which may develop an increased suicide risk and acute crises in the course of the disease. To produce a practical orientation on the mainly theoretically based paper, experience reports and case studies are given as well as a consultation of a psychiatric care professional, who is familiar with handling depressed patients and suicidal behaviours.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
2	Definitionen depressiver Störungen	5
2.1	Entwicklung einer Depression	7
2.1.1	Falldarstellungen.....	7
2.2	Epidemiologische Fakten	9
3	Symptomatik.....	11
4	Klassifikation	15
4.1	Klassifikation nach ICD-10	15
4.2	Klassifikation nach DSM-IV	19
4.3	Klassifikationskriterium: Verlauf.....	20
4.3.1	Falldarstellung.....	22
5	Erhebungsinstrumente depressiver Störungen	24
5.1	Beck-Depressions-Inventar (BDI).....	24
5.2	Hamilton Depressionsskala (Hamilton Depression Rating Scale – HDRS) ..	26
6	Depressionsmodelle und -theorien.....	30
6.1	„Verstärker-Verlustmodell“ nach Lewinsohn.....	31
6.2	Modell der „erlernten Hilflosigkeit“ nach Seligman	32
6.3	Kognitives Depressionsmodell nach Beck.....	33
6.3.1	Kognitive Triade	34
6.3.2	Denkstrukturen (Schemata).....	35
6.3.3	Fehlerhafte Informationsverarbeitung	35
6.4	Tiefenpsychologische Depressionstheorie	36
7	Behandlung depressiver Störungen	39
7.1	Pharmakologische Interventionen	39
7.2	Elektrokrampftherapie (EKT).....	41

7.3	Schlafentzug (Wachtherapie)	42
7.4	Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)	43
7.5	Interpersonelle Psychotherapie (IPT)	46
8	Suizid.....	48
8.1	Suizidalität	49
8.2	Risikogruppen und Risikofaktoren	51
8.3	Suizidale Entwicklung.....	54
8.3.1	Planung des Suizids	56
8.4	Präsuizidales Syndrom.....	57
8.4.1	Falldarstellung.....	59
8.5	Krisenintervention bei Suizidenten	60
8.5.1	Unterbringungsgesetz.....	63
8.5.2	Falldarstellungen.....	65
8.6	Suizidprophylaxe	66
9	Interview	70
9.1	Angaben zum Interviewpartner.....	70
9.2	Inhalt des Interviews.....	71
10	Grundlagen der Krisenintervention	76
10.1	Krisenbegriff und Formen von Krisen	77
10.1.1	Traumatische Krise	79
10.1.2	Veränderungskrise.....	80
10.1.3	Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).....	81
10.2	Krisenbewältigung – „Chance“ oder „Gefahr“	83
10.2.1	Eskalation: Von der Krise zum Notfall.....	85
10.3	Definitionen der Krisenintervention.....	87
10.4	Zielsetzung: Hilfe zur Selbsthilfe	89
10.5	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	91

10.6	Methoden und Konzepte der Krisenintervention.....	92
10.6.1	Allgemeines Kriseninterventionskonzept	93
10.6.2	»BELLA«-System: Interventionskonzept für akute Krisen.....	95
10.7	Spezielle Interventionstechniken	98
10.7.1	Problemlösungsansatz: Problemlösungstraining	99
10.7.2	Modifikation kognitiver Verzerrungen und Störungen	100
10.7.3	Weitere Interventionstechniken.....	102
10.8	Organisation der Krisenintervention	103
10.8.1	„Kriseninterventionszentrum Wien“	103
11	Forschungsstand.....	106
11.1	Studie: „Suicide Attempters‘ Memory Traces of Exposure to Suicidal Behavior – A Qualitative Pilot Study“	106
11.1.1	Ergebnisse.....	108
11.2	„A Pilot Study of the Suicide Victim’s Last Contact with a Health Care Professional“ und andere Studien.....	109
11.2.1	Ergebnisse.....	111
11.3	Handlungs- und Forschungsbedarf	113
12	Zusammenfassung/Diskussion.....	116
13	Ausblick.....	118
14	Literaturverzeichnis	120
14.1	Bücher.....	120
14.2	Zeitschriftenartikel	123
15	Tabellenverzeichnis.....	125
16	Abbildungsverzeichnis.....	127
17	Anhang.....	128
17.1	Transkript des Interviews.....	128
17.2	Curriculum Vitae.....	143

1 Einleitung

In der „Global Burden of Disease“ Studie (Mathers, Lopez & Murray, 2006) wird die Depression als primäre Ursachenquelle bezeichnet, durch welche die Lebensqualität eines Individuums stark beeinträchtigt wird und glückliche Lebensjahre eingebüßt werden müssen („Disability Adjusted Life Years“) (vgl. Lehr et al., 2008, S. 1).

Keine andere Krankheit birgt eine vergleichbare Suizidgefährdung als die Depression. Jährlich nehmen sich weltweit eine Million Menschen das Leben. Unter Berücksichtigung von Parasuiziden wächst diese Zahl, Schätzungen zufolge, auf rund 20 Millionen Suizidenten an. Hinsichtlich dieser Fakten ist zu berücksichtigen, dass nicht alle Selbstmorde und Suizidversuche auf eine depressive Störung zurückführbar sind, sehr wohl aber ein beträchtlicher Anteil. Ferner birgt die Depression oftmals die Gefahr einer psychischen Krisenentwicklung, gegen welche zur Wiederherstellung des ursprünglichen mentalen Gleichgewichts Interventionen eingeleitet werden sollten. Krisenpatienten müssen dem depressiven Leiden beziehungsweise der psychischen Krise aber nicht immer mit einer rein negativ besetzten Einstellung gegenüber treten. Die Krise kann aus allgemeiner Betrachtungsweise ebenso als Ausgangspunkt für neue Lebenswege betrachtet werden (vgl. Müller, 2009, S. 113f.).

„Die Depression ist gleich einer Dame in Schwarz. Tritt sie auf, so weise sie nicht weg, sondern bitte sie als Gast zu Tisch und höre, was sie zu sagen hat“ (C.G. Jung In: Hell, 2002, S. 5).

Inwiefern eine seelische Krise als Chance oder als Defizit betrachtet wird, hängt von mehreren Faktoren ab. Zum einen spielt die ausschlaggebende Ursache für die Krisenentstehung sowie die Sinnhaftigkeit, die der Patient der Krise selbst zuschreibt, eine große Rolle. Weiters nimmt die Krisenanfälligkeit, also die Vorbelastung eines Individuums, eine bedeutsame Stellung ein. Zum anderen kann ebenso die Beschaffenheit des gesellschaftlichen Umfelds zum Heranwachsen einer derartigen Gefährdung beitragen (vgl. Sonneck, 2000, S. 151).

Aufgrund der Tatsache, dass die Depression im Erwachsenenalter nach Substanzmittelabhängigkeit und Angsterkrankungen eine der häufigsten psychiatrischen Störungen in der Gesamtbevölkerung darstellt und außerdem eine

trendmäßige Zunahme depressiver Störungen gegenwärtig nachzuweisen ist (vgl. Hautzinger, 2010a, S. 10f.), habe ich das Thema meiner Diplomarbeit dem mannigfaltigen Krankheitsbild der Depression sowie der damit in Verbindung stehenden Suizidalität und Krisenintervention gewidmet.

Da meine Arbeit primär eine Literaturrecherche darstellt, wird die depressive Störung zu Beginn ausführlich und detailliert behandelt. Dabei werden theoretische Ausführungen zum Depressionsbegriff, zur Klassifizierung, zur Symptomatik sowie im Bezug auf theoretische Ansätze, welche die Entstehung einer Depression näher zu erläutern versuchen, angeführt. Ein weiterer Schwerpunkt meiner Arbeit bildet die Problematik bezüglich Suizid und Suizidalität, welchen häufig ein depressives Leiden vorausgehend war. Im Rahmen dieses Kapitels werden Risikofaktoren, suizidale Entwicklungen sowie suizidprophylaktische Maßnahmen und deren historischer Hintergrund bearbeitet. Aufgrund der Gefahr einer Weiterentwicklung von depressiven Verstimmungen zu akuten psychiatrischen Krisen oder Notfällen erfährt als dritter Schwerpunkt das Thema Krisen- und Notfallintervention bei akuten Depressionen und bei Suizidalität besondere Erwähnung. Zur Abwendung lebensgefährdender Krisen werden Interventionskonzepte, methodische Vorgehensweisen, theoretisch fundierte Ansätze sowie allgemeine Aspekte zur seelischen Krise und Krisenbewältigung behandelt. Im Zuge der Literaturarbeit kommen immer wieder Fallbeispiele und Erfahrungsberichte zum besseren Verständnis vor, um einen praktischen Bezug zur jeweiligen Thematik herstellen zu können. Ferner wird der praktische Teil durch ein qualitatives Interview unterstützt, um einen realitätsgetreuen Einblick in die Betreuung von depressiven und/oder suizidalen Patienten gewährleisten zu können.

Die pflegewissenschaftliche Relevanz meines Diplomarbeitsthemas „Der Weg aus der Krise: Pflege- und Kriseninterventionen bei Depressionen im Erwachsenenalter“ liegt in der Bedeutung dieses Aspektes für die Gesellschaft, wobei vor allem die Erkennung und die effiziente Reaktion auf potentielle Risikofaktoren, welche für die Entwicklung akuter Krisen oder suizidaler Verhaltensweisen verantwortlich sein können, einen entsprechenden Stellenwert erreichen müssen. Die Schaffung strukturierter Maßnahmen für eine Früherkennung negativer Einflussfaktoren und für eine mögliche Abwendung oder Reduktion dieser ist dabei im Bereich der Medizin, der Pflege sowie in der Psychologie unabdingbar.

Nicht nur zwischen Depression und Suizidalität ist von einem signifikanten Zusammenhang auszugehen, sondern auch zwischen der depressiven Erkrankung und der diesbezüglich distanzierten Grundeinstellung der Bevölkerung auf depressiv Leidende (vgl. Wagner, 2007, S. 37).

„(...) Ich denke, unsere Gesellschaft trägt einen Großteil der Schuld. Die Krankheit Depression wird einfach nicht genügend ernst genommen. Sie ist sozusagen ein Tabuthema. Einem Menschen, der an Depressionen leidet, muss es peinlich sein, dies in der Gesellschaft zu äußern – und das ist falsch. Ich denke, genau aus diesem Grund nimmt man Depressionen oft nicht richtig wahr und weiß vor allem nicht, wie man darauf reagieren soll als Angehöriger. (...)“ (Erfahrungsbericht In: Wagner, 2007, S. 37).

Dementsprechend muss bezüglich depressiver Erkrankungen, suizidaler Entwicklungen und hinsichtlich einer Weiterentwicklung in akute Krisen mehr Aufklärungsarbeit in der Gesellschaft geleistet werden. Die Bedeutung liegt hierbei in der Wichtigkeit gut strukturierter Kriseninterventionen sowie in der Verbreitung präventiver Maßnahmen, um die Betreuung und Behandlung depressiver und/oder suizidgefährdeter Patienten zu verbessern und um ein allgemeines Umdenken bezüglich psychischer Störungen in der Gesellschaft zu bewirken.

Mit der Aufklärung der Bevölkerung über Depression und Suizidalität muss sich aufgrund der stetigen Zunahme betroffener Personen in Zukunft auch die Pflegewissenschaft verstärkt auseinandersetzen. Aus diesem Grund ist es von pflegewissenschaftlicher Relevanz alle Altersgruppen der Bevölkerung über potentielle Risiken, Begleiterkrankungen und Präventionsmaßnahmen depressiver Störungen zu informieren.

„Die Wichtigkeit von Aufklärung bei Depression ist inzwischen Konsens unter Experten. In der Bevölkerung bestehen große Wissensdefizite beim Thema ‚Depression‘. Eine umfassende Aufklärung von Professionellen, Angehörigen und Betroffenen wird einhellig gefordert, denn durch Aufklärung kann eine deutliche Senkung der Suizidrate nachgewiesen werden“ (Kunz et al., 2009, S. 116f.).

Ferner müssen ebenso für bereits erkrankte Personen Angebote entwickelt werden, die ihren eigenen sowie den Bedürfnissen ihrer Angehörigen entsprechen. Dabei sollte die Pflegewissenschaft die Effektivität bereits bestehender Angebote

überprüfen und im Falle von Defiziten Maßnahmen zur Verbesserung einleiten. Dabei ist die Entwicklung von Programmen notwendig, mit denen eine umfassende Identifizierung von depressiven und/oder suizidgefährdeten Personen erzielt werden kann. Denn nur durch Erfassung von Risikogruppen und bereits erkrankter Personen können Unterstützungsmaßnahmen hinsichtlich der Alltags- und Krankheitsbewältigung zum Einsatz kommen und weiterentwickelt werden. Dadurch könnten pflegerische Kompetenzbereiche einen breiten Zugang zur Bevölkerung finden, wodurch eine weitgehende Verbesserung pflegerischer Versorgungs- und Aufklärungstätigkeiten erzielt werden würde.

In diesem Kontext ist aber anzumerken, dass die Aufgabe einer umfangreichen Aufklärung in der Bevölkerung nicht einzig und allein der Pflegewissenschaft obliegt, sondern auch in Verbindung mit Therapie-, Beratungs- und Behandlungstätigkeiten in den Aufgabenbereich mehrerer unterschiedlicher Professionen, wie zum Beispiel der Medizin und der Psychiatrie, fällt.

Die Erwartungen von Patienten haben sich in den letzten Jahren einer Wandlung unterzogen. Es wird nicht nur eine gebührende Qualifikation unterschiedlicher Professionen verlangt, sondern auch die Vermittlung umfangreicher Informationen zum Gesundheitsstatus. Diese neuartige Erwartungshaltung der Patienten umfasst alle Bereiche und Arbeitsgebiete des Gesundheitswesens (vgl. Kunz et al., 2009, S. 116), wodurch neue Strategien und Interventionen gegen Auswirkungen von Krankheiten sowie eine Implementierung neuer Problemlösungs- und Aufklärungsstrategien, sowohl von der Pflegewissenschaft als auch von anderen Fachgebieten, entwickelt und umgesetzt werden müssen.

2 Definitionen depressiver Störungen

Depressive Erkrankungen können wegen ihres häufigen Vorkommens als Problem der heutigen Zeit sowie als Konsequenz gegenwärtiger Tendenzen einer fortschreitenden Industrialisierung und Modernisierung betrachtet werden. Bezüglich einer angemessenen Verwendung des Depressionsbegriffes bestehen jedoch zahlreiche Unklarheiten und Unstimmigkeiten (vgl. Niklewski, Riecke-Niklewski, 1998, S. 19).

„Die Verwirrung um den Begriff Depression liegt nicht allein in einer möglicherweise falschen Ausweitung des Begriffs, und nicht nur medizinische und psychologische Laien verwenden ihn für die unterschiedlichsten psychischen Beeinträchtigungen, Störungen und Erkrankungen. Die Schwierigkeit liegt im Begriff selbst. Denn auch die medizinische Diagnose ist keine Erklärung. Wer von einer Depression spricht, beschreibt nur, und was er beschreibt und unter diesem Oberbegriff zusammenfasst, sind bestimmte Symptome, die auf eine Krankheit hinweisen, und nicht die Krankheit selbst“ (Niklewski, Riecke-Niklewski, 1998, S. 19).

Comer (2008) führt an, dass ein Großteil der Menschen aufgrund eines häufigen Auftretens und Erleidens von Niedergeschlagenheit oder „verdüsterten Gemütslagen“ annimmt, an einer Depression erkrankt zu sein. In den meisten Fällen liegt jedoch eine gewöhnliche Emotion vor, die möglicherweise als reaktive Antwort auf traurige Erlebnisse, Überbelastung oder stressfördernde Gedanken resultiert. Beinahe jeder Mensch leidet zeitweilig unter derartigen Gemütsverstimnungen, doch nur bei einer Minorität der Bevölkerung kann durch diagnostische Abklärung Gewissheit im Hinblick auf ein tatsächliches Bestehen einer depressiven Störung erlangt werden (vgl. Görlitz, 2010, S. 24). Die Anzahl bestehender aber nicht diagnostizierter Depressionen entzieht sich jeder Einschätzung.

Im Gegensatz zu diagnostischen Abklärungen vieler anderer Krankheitsbilder, die anhand einer spezifischen Begriffserklärung eindeutig bestimmt werden können, kann die Depression weder eine umfassende Definition noch eine gesicherte Ätiologie vorweisen (vgl. Niklewski, Riecke-Niklewski, 1998, S. 19).

Beispielsweise wird das Krankheitsbild der Depression aus symptomatischer Perspektive als „eine emotionale Störung mit trauriger Verstimmung, Interessensverlust und Antriebslosigkeit“ (Travers, 1998, S. 9) beschrieben. Aus syndromaler Betrachtungsweise hingegen wird dieser Begriff für „emotionale, kognitive, motorische und körperliche Veränderungen“ (Travers, 1998, S. 9) verwendet. Diese Erläuterungen verdeutlichen, dass der Begriff „Depression“ von unzähligen Autoren sowie von unterschiedlichen Fachbereichen auf verschiedenste Art und Weise gebraucht wird (vgl. Travers, 1998, S. 9).

Kraepelin (1904), welcher als einer der bedeutendsten Vertreter im Bereich der klinischen Psychiatrie gilt, beschreibt das mannigfaltige Krankheitsbild der Depression folgendermaßen:

„Depressionszustände sind gekennzeichnet durch das Auftreten einer einfachen psychischen Hemmung ohne Sinnestäuschungen und ohne ausgeprägte Wahnideen. Dem Kranken wird das Denken schwer; [...] Nichts vermag sein Interesse dauernd anzuregen; nichts macht ihm Freude; er ist unzufrieden mit sich selbst, gleichgültig geworden gegenüber seinen Angehörigen und dem, was ihm früher das Liebste war. Überall sieht er nur die Schattenseiten und die Schwierigkeiten; [...] Alles ist ihm verleidet; er hat keine Freude in der Welt, mag nicht mehr leben, wird mißmutig, unfreundlich, menschenscheu, bald weinerlich-verzagt oder ängstlich, bald reizbar und finster.

... Bisweilen tauchen in diesen Zuständen allerlei Zwangsvorstellungen auf. Die Kranken müssen wider ihren Willen grübeln, sich mit der Ausmalung unangenehmer Bilder beschäftigen. [...]“ (Kraepelin, 1904 In: Battegay 1991, S. 15).

Wie auch immer die Definitionen einer Depression von Autoren lauten, verweisen alle auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung und dem Körper in depressiven Zuständen (vgl. Travers, 1998, S. 37).

Die angeführten Begriffserklärungen und Ausführungen zur Thematik sowie zur Problematik depressiver Störungen zeigen, dass bis heute Schwierigkeiten bezüglich definitionsbedingter Erläuterungen im Bereich depressiver Erkrankungen bestehen und dass von derartigen psychischen Erkrankungszuständen nicht einzig die „Seele“

eines Individuums in Mitleidenschaft gezogen wird, sondern die Gesamtheit eines Individuums, sowohl in physischer als auch in psychischer Hinsicht, betroffen ist.

2.1 Entwicklung einer Depression

Hinsichtlich der Entwicklung von depressiven Erkrankungen ist anzuführen, dass diese nicht immer als eigenständige Krankheit auftreten müssen, sondern auch in Kombination oder als Begleiterscheinung sonstiger psychiatrischer Defizite vorhanden sein können (vgl. Menche, 2006, S. 332).

Durch diesen Sachverhalt wird die Theorie untermauert, dass das Krankheitsbild der Depression keine einheitliche Erkrankung im ätiologischen sowie im symptomatischen Sinne darstellt, sondern auf vielfältige Auslöser und Faktoren zurückgeführt werden kann (vgl. Rupp, 2010, S. 26).

Dabei kann der Beginn einer depressiven Krankheitsentstehung sowohl in unterschwelliger, in langsam anbahnender Form, aber auch als akut eintretender Prozess einhergehen. Personen, die relativ rasch eine depressive Störung entwickeln, beschreiben diese Zeit als eine unerwartet eingetretene „Düsternis in ihrer Seele“. Ein derartig rasches Eintreten ist im Gegensatz zu langsamen Entwicklungen jedoch eher selten anzutreffen. Der Höhepunkt einer Depression baut sich für gewöhnlich über Wochen oder Monate hinweg auf, ohne dass dem Betroffenen oftmals die unterschweligen seelischen sowie emotionalen Veränderungen bewusst werden (vgl. Müller-Rörich, 2007, S. 2f.).

In diesem Zeitraum können sich „latente“ Emotionen der Hoffnungslosigkeit und der Mutlosigkeit, die unter anderem von negativen Stimmungslagen bis hin zu suizidalen Verhaltensweisen begleitet werden können, im Unterbewusstsein entfalten und progressiv an die Oberfläche treten (vgl. Rupp, 2010, S. 26).

2.1.1 Falldarstellungen

„(...) Was den Beginn einer depressiven Episode angeht, so gibt es wohl vor allem zwei Möglichkeiten: Entweder sie beginnt ganz plötzlich, von heute auf morgen (so berichten es manche Betroffene) oder eben – wie ich es auch kenne – eher schleichend. Als ich damit zum ersten Mal zu tun hatte, bahnte sich die Depression über Monate hinweg an, aber das weiß ich auch erst jetzt im Rückblick. Damals war ich völlig ahnungslos: Es fühlte sich nur an, als würde ich

einfach immer weiter »abrutschen«, ohne dass ich etwas daran hätte verändern können. (...)

Heute kann ich sagen: Bei mir beginnt es wohl vor allem mit einer intensiven Grübelneigung, die immer stärker wird. Gedanken, Sorgen und Probleme, die sich einfach nicht mehr abschütteln lassen, sich Tag und Nacht im Kreis drehen und mich zermürben, ohne dass ich zu einer Lösung finden würde. Zwar mündet nicht jede Grübelphase in eine Depression, aber das ist so das erste Anzeichen, das mich inzwischen alarmiert. Es ist allerdings sehr schwer, für sich selbst einzuschätzen, wann man wirklich handeln muss: Man weiß nie so recht, wie sich solche Zustände entwickeln – entweder sie vergehen nach einiger Zeit von selbst wieder, oder aber sie setzen sich fest. Es wäre schon wichtig, rechtzeitig zu reagieren, aber das gelingt nicht immer. (...)“ (Erfahrungsbericht In: Müller-Rörich, 2007, S. 3).

Dieser Erfahrungsbericht stellt latente und progressiv sich entwickelnde Beeinträchtigungen als Resultat einer depressiven Erkrankung dar. Als Konsequenz der oftmals im Unterbewusstsein verlaufenden emotionalen und psychischen Veränderungen können nahezu alle Bereiche des Lebens in Mitleidenschaft gezogen werden (vgl. Müller-Rörich, 2007, S. 2f.).

„(...) Gerade habe ich das Gefühl, ich gehe morgen einfach nicht mehr zur Arbeit, bleibe im Bett liegen, rede nie wieder mit jemanden und setze mich mit nix mehr auseinander. Das würde alles natürlich nur noch schlimmer machen. Ich habe einfach das Gefühl, mit der Welt nicht klar zu kommen. Ich gehöre hier nicht her. Alles überfordert mich. Meine Arbeit macht mich fertig. Das Gefühl, mein Privatleben und meine Freunde werden weniger, habe ich seit über drei Jahren. Ich habe Angst zu vereinsamen, den Anschluss zu verlieren. Mittlerweile schlafe ich schon deutlich weniger, weil ich nicht mehr verzichten will. [...] Mein ach so wichtiges Privatleben ist aber auch eine Katastrophe. Aber auch wahrscheinlich wieder nur in meiner Wahrnehmung. Ich habe Angst, meine Freunde zu verlieren. Wenn ich mit Freunden oder Bekannten unterwegs bin, habe ich manchmal das Gefühl, alle können sich miteinander unterhalten, nur ich nicht oder nur mit mir nicht. Wenn dieses Gefühl auftritt, steigere ich mich manchmal so in dieses Gefühl rein, dass ich total blockiert werde, mich tatsächlich nicht mehr unterhalten kann und quasi fliehe, nach Hause gehe. Überhaupt fühle ich mich permanent

angespannt und blockiert. Ich bin nicht ich selbst. Die einzigen Momente, in denen ich mich entspannt und wie ich selbst fühlen kann, sind unter Leuten, die mir sehr nahe stehen, die ich aber auf Grund eines Umzugs nicht habe. Nähe ist sowieso schwer und geht nur mit Alkohol. Deshalb trinke ich grundsätzlich, wenn ich irgendwo hin gehe. Das erscheint als die einzige Chance, Spaß haben zu können und mit anderen klar zu kommen. Das ist irgendwie bitter [...]“ (Erfahrungsbericht In: Müller-Rörich, 2007, S. 4).

Die Depression stellt keine Krankheit dar, die wie viele körperliche Leiden nur einen bestimmten Teil des menschlichen Organismus beeinträchtigen. Diese wirkt sich aufgrund ihrer Komplexität an Symptomen und Auswirkungen auf die Gesamtheit eines Individuums aus. Aus diesem Grund bedeutet das Leiden an einer depressiven Störung Veränderungen, die das Leben einer Person grundlegend beeinträchtigen können (vgl. Müller-Rörich, 2007, S. 2f.).

2.2 Epidemiologische Fakten

Das Krankheitsbild der Depression stellt im Bezug auf Prävalenz eine der häufigsten psychiatrischen Störungen dar, die aufgrund ihrer oftmals latenten Symptome, sowohl in diagnostischer als auch in sozialer Hinsicht verkannt oder falsch diagnostiziert werden (vgl. Kunz et al., 2009, S. 109).

Laut Prognosen der Weltgesundheitsorganisation werden depressive Störungen in den nächsten Jahren zu jenen Krankheiten zählen, die neben den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die meisten Opfer einfordern werden. Hinsichtlich der Diagnostik und dem Auftreten depressiver Störungen ist in den letzten Jahren ein stetig zunehmender Trend beobachtbar, wodurch die Depression immer schwereren Ausmaßes auf die Bevölkerung Einfluss und auch vor jüngeren Altersgruppen keinen Einhalt nehmen wird (vgl. Hautzinger, 2010a, S. 10).

Schuyler und Katz geben in einer älteren Publikation (1973) an, wonach rund 12% aller erwachsenen Personen in ihrem Dasein zumindest eine depressive Verstimmung erleiden, deren Entwicklung von einem derartigen Schweregrad sei, dass eine professionelle Intervention eingeleitet werden müsste (vgl. Hautzinger, 2010b, S. 31).

Hautzinger (2006) führt an, dass rund 25 Millionen Europäer derzeit an einer depressiven Störung erkrankt sind, wobei die Depression in all ihren Ausprägungen und Formen mit 25% bis 30% eindeutig zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen zählt (vgl. Görlitz, 2010, S. 29). Dabei liegt *„das Lebenszeitrisko einer Depression bei zirka 18%, für dysthyme Störungen bei 4% und für bipolare Erkrankungen bei rund 3%“* (Hautzinger, 2007 In: Görlitz, 2010, S. 29).

Erhebungen unter Berücksichtigung der operationalen Erfassungskriterien einer depressiven Störung nach DSM-IV und ICD-10 ergeben eine Punktprävalenz von 6,3%. Im Gegensatz zur Punktprävalenz nimmt die Jahresprävalenz der Depression mit einer Häufigkeit von 11,9% bereits ein deutlich höheres Ausmaß an (vgl. Hautzinger, 2010a, S. 10f.).

Weitere Untersuchungen ergaben, dass aus geschlechtsspezifischer Perspektive etwa 8% der Männer und 14% der Frauen an einer schweren Depression leiden. Unter Berücksichtigung leichter Depressionen sowie depressiver Verstimmungen steigt die Zahl der Erkrankten auf insgesamt 28% (vgl. Görlitz, 2010, S. 29).

3 Symptomatik

Aufgrund der Tatsache, dass depressive Erkrankungen nicht nur das seelische Gleichgewicht eines Individuums stören, sondern mitunter weitere massive Beschwerden bedeuten, nehmen sie aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive einen hohen Stellenwert ein (vgl. Wittchen et al., 1999 In: Lehr et al., 2008, S. 1).

Zu den Leitsymptomen einer derartigen Störung zählen besonders emotional bedingte Verstimmungen und Gefühlsregungen wie Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit und Antriebslosigkeit. Neben diesen Kernsymptomen, welche für ein depressives Defizit sprechen, können jedoch noch zahlreiche weitere Begleiterscheinungen und Beeinträchtigungen angeführt werden, wie Zustände der Minderwertigkeit, Entmutigung, Sinnlosigkeit sowie Angst und Unruhe (vgl. Hautzinger, 2010a, S. 4).

„Stimmungen und Gefühlsregungen unterscheiden sich voneinander durch ihr Verhältnis zu Zeit. Den relativ überdauernden, über längere Zeitstrecken persistierenden Stimmungen stehen die kurzfristigen, unbeständigen Gefühlsregungen gegenüber“ (Glatzel, 1982, S. 9).

Stimmungen resultieren über eine längere Zeitperiode hinweg, ohne dass ein bestimmter Zeitpunkt eines Entwicklungsbeginns identifiziert werden kann. Diese gehen eine nachhaltige Bindung mit der Persönlichkeit des jeweiligen Individuums ein. Bezüglich der Entstehung von Gefühlsregungen kann hingegen weitgehend ein entwicklungsbedingter Anstoß sowie ein Abschluss vermerkt werden (vgl. Glatzel, 1982, S. 9).

Im Rahmen diagnostischer Abklärungen zur Feststellung einer depressiven Störung muss nach Krankheitszeichen und ihrer Zusammensetzung differenziert werden. Treten beispielsweise bestimmte Symptome einzeln in Erscheinung, so spricht man von einer Depression auf symptomatologischer Ebene. Kommen jedoch die Beeinträchtigungen als komplexartiges Konglomerat vor, welches *„emotionale, kognitive, motorische, motivationale, physiologische und endokrinologische Bestandteile“ (Hautzinger, 2010a, S. 4)* miteinander vereint, resultiert eine Depression auf syndromaler Ebene. Wie bereits angeführt, können somatische und psychische Symptome im Zuge einer depressiven Erkrankung gemeinsam auftreten.

Dies weist auf die Existenz akuter depressiver Syndrome hin (vgl. Hautzinger, 2010a, S. 4).

Dabei greifen personenbedingte Krankheitszeichen seelischer, körperlicher und sozio-kultureller Genese ineinander, wobei deren Zusammenwirken über den „leidenden“ Körper nach außen getragen wird (vgl. Gosciniak, 1998, S. 9).

psychisches Bild	somatisches Bild	Psychosoziale Folgen
<ul style="list-style-type: none"> - Affektstarre, innere Leere mit Traurigkeit - Anhedonie und Desinteresse - Adynamie, Erschöpfbarkeit, Lethargie - innere Unruhe, fahrig, anklammernd, klagsam - Selbstwertverlust, Schuldgefühle, Versagen - Verletzt, gekränkt, unverstanden, einsam - Suizidalität, Todessehnsucht - Zwangsgedanken, -befürchtungen, -impulse - Angst, Phobie, Katastrophenantizipation - Reizbarkeit, Dysphorie, Aggression - Grübelneigung – Entscheidungsunfähigkeit - Hypochondrismen mit somatischer Fixierung - Beziehungsstörung mit Distanz zum Umfeld - Verarmungsideen 	<ul style="list-style-type: none"> - kardiale Palpitationen, Extrasystolie, Dyskordie - thorakale Oppression, Globus, Dyspnoe - muskuläre schmerzhaftes Verspannungen - Kreislaufprobleme mit Schwindel - Dyssomnie mit frühem Erwachen - Kopfschmerzen, Spannungscéphalaea - Inappetenz und/oder Kohlehydrathunger - Sehstörungen ohne somatisches Korrelat - Obstipation von „wochenlanger“ Dauer - Diffuse Magen-Darm-Schmerzen, Völlegefühl - Tinnitus, Hörminderung, Ohrenschmerz - Libidoverlust, Dys-, Amenorrhö, Impotenz - Motorik kraftlos, schleppend, gebeugte Haltung - Stimme matt, leise, monoton 	<ul style="list-style-type: none"> - Distanzierung und Entfremdung von Bezugspersonen - Negativbewertung am Arbeitsplatz durch Leistungsabfall und Arbeitsunfähigkeit, Gefahr der Kündigung, Vertrauensverlust - wirtschaftliche Einbußen bei Selbstständigkeit - soziale Ausgrenzung wegen „Geisteskrankheit“ - Verlust pragmatischer Coping-Fähigkeiten - Selbstwertproblematik mit interaktiver Verunsicherung

Tabelle 1: Das depressive Syndrom (Gosciniak, 1998, S. 9)

In der Kategorisierung psychischer Symptome kann grundsätzlich zwischen zwei Haupttypen differenziert werden. Dabei ist bei der depressiven Störung entweder ein agitiert-depressives oder ein gehemmt-depressives Syndrom vorherrschend. Bei beiden Krankheitstypen sind depressive Verstimmungszustände, jedoch von unterschiedlicher Ausprägung und Dauer, gleichermaßen anzutreffen. Der betroffene Patient ist in beiden Fällen durch „niederschlagender Bedrücktheit“ beeinträchtigt. Der Fähigkeit, in angemessener Weise emotionale Reaktionen zeigen zu können, werden Schranken auferlegt, wobei diese im weiteren Krankheitsverlauf zur Gänze verloren geht. Durch einen derartigen Verlust an „*affektiver Resonanz*“ (Travers, 1998, S. 34) nimmt das Ausmaß der psychischen Patientenbelastung stetig zu. Der

Zustand reaktionsbedingter Gefühlskälte bewirkt, dass der Patient jeglicher Emotionalität und jeglichen gefühlsbetonten Erlebnissen beraubt wird (vgl. Travers, 1998, S. 34).

Der Verlust an Emotionen steht dabei in enger Verbindung mit einer physischen und psychischen Energielosigkeit sowie mit einem Mangel an autonomer Entschlussfähigkeit. Bei der „*teilnahmsarmen Depression*“ (Leonhard, 2003, S. 45) gilt diese gefühlsbedingte Verarmung, welche mit einem progressiven Verlust an Initiative und Motivation einhergeht, als wesentliches Kennzeichen (vgl. Leonhard, 2003, S. 45ff.).

Als weitere Symptome der Depression, welche ebenso als psychische Beeinträchtigungen gelten, kommen die Reduktion der Aufmerksamkeit und der Aufnahmefähigkeit in Frage. Aufgrund der defizitären Konzentrationsfähigkeit leidet der Patient unter erhöhter Entscheidungs- und Entschlussunfähigkeit. Er kann sich nicht eigenständig zwischen zwei oder mehreren Optionen entscheiden, wägt ständig Vor- und Nachteile von Alternativen ab und kann schließlich aufgrund seines seelischen Dilemmas keine zufriedenstellende Entscheidung fällen. Im Falle einer extrem ausgeprägten Denkbarriere, auch unter dem Begriff des depressiven Stupors bekannt, gibt sich der Patient aufgrund innerer Leere quasi auf. Oftmals ist er nicht mehr in der Lage, sich selbst zu versorgen. Erdrückende Ängste und Befürchtungen bewirken, dass nur mehr passiv an der Umwelt teilgenommen und lediglich pessimistische Erwartungen in Bezug auf Zukunft und Gesundheit vertreten werden (vgl. Travers, 1998, S. 34f.).

Depressive vertreten häufig die Ansicht, dass die eigene Person betreffende Entwicklungen, zum Beispiel die Zukunft betreffend, gegenwärtig nicht beeinflusst werden können, sei es durch eigenes Verhalten oder durch Veränderung von Rahmenbedingungen. Das Dasein des Betroffenen entspricht einer festgefahrenen Situation, welche im Wesentlichen von Misserfolg und Fehlschlägen geprägt ist. An einer Depression zu leiden bedeutet, keine flexiblen Lösungswege bezüglich zukünftiger Entwicklungen aufzeigen oder schaffen zu können. Die depressive Person befindet sich in einem Zustand, in dem Veränderungen beziehungsweise der Einsatz verschiedener Bewältigungsstrategien zur Beeinflussung künftiger Entwicklungen und Geschehnisse nicht in Erwägung gezogen werden (vgl. Glatzel, 1982, S. 41).

Diese psychischen Symptome treten häufig ebenso mit physischen Beeinträchtigungen in Erscheinung, welche vor allem im Bereich des Herzens und der Brust angesiedelt sein können. Beinahe alle Patienten klagen über Schlafstörungen in Verbindung mit erheblicher Tagesmüdigkeit und frühzeitiger Ermüdung. Als weitere körperliche Auswirkungen der Depression sind Kopfschmerzen, Verspannungen, sexuelles Desinteresse bis hin zum völligen Verlust des Libido anzuführen (vgl. Travers, 1998, S. 37f.).

Schwere Ausprägungen der Depression bewirken meist entsprechend schwere somatische und psychosomatische Beeinträchtigungen (vgl. Hell, 2002, S. 116).

4 Klassifikation

Depressionen mit akuter Ausprägung definieren sich dadurch, dass eine bestimmte Anzahl von spezifischen Krankheitszeichen auf einmal auftritt und über einen bestimmten Zeitraum andauert, wobei die Depression nicht durch eine andere Störung erklärbar beziehungsweise bedingt sein darf (vgl. Hautzinger, 2010a, S. 6f.).

Die Psychiatrie versucht bereits seit geraumer Zeit, eine strukturierte Ordnung in die Vielfalt depressiver Erscheinungsformen und Ausprägungen zu erreichen. Die Variabilität von Symptomen und Intensitäten der Depression verhindert eine Einteilung nach auslösenden Faktoren. Seit langem bemühen sich daher Experten um die Gewinnung neuer Erkenntnisse, um Verbesserungen im Bereich der Krankheitsfeststellung und der Einteilung depressiver Störungen erzielen zu können. Aus diesem Grund müssen hinsichtlich depressiver Einteilungssysteme bestimmte Kriterien berücksichtigt werden, wie beispielsweise der jeweilige Schweregrad und Verlauf der Depression sowie der Zusammenhang zwischen internalen oder externalen Auslösern, ohne primär konkrete Ursachenquellen oder Strukturparameter in diesem Kontext identifizieren zu wollen (vgl. Niklewski, Riecke-Niklewski, 1998, S. 66ff.).

Zur Diagnose depressiver Störungen sowie zur Erhebung der angeführten Klassifikationskriterien steht eine Bandbreite an erprobten Messinstrumenten zur Verfügung (vgl. Hautzinger, 2010a, S. 16).

Dabei haben sich vor allem die Klassifikationssysteme nach DSM-IV und ICD-10, welche von Experten entwickelt wurden, im medizinischen Bereich bewährt. Einzelne beziehungsweise mehrere gleichzeitig in Erscheinung tretende Krankheitszeichen der Depression werden hierbei in Gruppen eingeteilt, wobei infolge des Kategorisierungskonzeptes eine präzise Darstellung aller Erscheinungsbilder ermöglicht wird (vgl. Margue, 2007, S. 56).

4.1 Klassifikation nach ICD-10

Das Klassifikationsschema nach ICD-10 („International Classification of Diseases Nr.10“) stellt eines der bewährtesten Klassifikationssysteme bezüglich der Diagnose depressiver Krankheitsbilder weltweit dar (vgl. Margue, 2007, S. 56).

ICD-10	
F32	depressive Episode
F32.0	leichte depressive Episode
.00	ohne somatisches Syndrom
.01	mit somatischem Syndrom
F32.1	mittelgradige depressive Episode
.10	ohne somatisches Syndrom
.11	mit somatischem Syndrom
F32.2	schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F32.3	schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
.30	mit synthymen psychotischen Symptomen
.31	mit parathymen psychotischen Symptomen
F32.4	<i>depressive Episode, gegenwärtig remittiert</i>
F32.8	sonstige depressive Episoden
F32.9	nicht näher bezeichnete depressive Episode
F 33	rezidivierende depressive Störung
F33.0	rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode
.00	ohne somatisches Syndrom
.01	mit somatischem Syndrom
F33.1	rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
.10	ohne somatisches Syndrom
.11	mit somatischem Syndrom
F33.2	rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
F33.3	rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
.30	mit synthymen psychotischen Symptomen
.31	mit parathymen psychotischen Symptomen
F33.4	rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert
F33.8	sonstige rezidivierende depressive Störung
F33.9	nicht näher bezeichnete depressive Störung
F34	anhaltende affektive Störung
F34.0	Zyklothymia
F34.1	Dysthymia
F34.8	sonstige anhaltende affektive Störungen
F34.9	nicht näher bezeichnete anhaltende affektive Störung
F38	andere affektive Störungen
F38.0	andere einzelne affektive Störungen
.00	gemischte affektive Episode
F38.1	andere rezidivierende affektive Störungen
.10	rezidivierende kurze depressive Störung
.11	saisonale affektive Störung
.12	<i>rezidivierende gemischte affektive Episoden</i>
F38.8	sonstige andere näher bezeichnete affektive Störungen
F39	nicht näher bezeichnete affektive Störungen

Tabelle 2: ICD-Klassifikation depressiver Störungen (Dilling, Freyberger, 2010, S. 120f.)

Das oben abgebildete System wurde von der Weltgesundheitsorganisation („World Health Organisation“, WHO) entworfen und dient heutzutage als erprobtes Einteilungsschema sowohl für psychische Erkrankungen im Allgemeinen (ICD-10F), als auch für depressive Krankheiten im Speziellen (vgl. Niklewski, Riecke-Niklewski, 1998, S. 68).

Dabei orientiert sich diese Kategorisierung grundlegend an den Krankheitszeichen psychiatrischer beziehungsweise psychischer Störungen und nicht an potentiellen Auslösern. Im Rahmen der Vorgabe festgelegter Richtlinien für spezifische seelische Krankheiten soll einer willkürlichen diagnostischen Feststellung und Erhebung von Depressionen und anderen Beeinträchtigungen entgegengewirkt werden (vgl. Brinker, Grunst, Herrenbrück, 2006, S. 268).

Um das Vorliegen einer depressiven Episode diagnostisch feststellen zu können, werden vom Klassifikationssystem ICD-10 bestimmte Charakteristika vorgegeben. Zum einen muss die depressive Episode zumindest über einen Zeitraum von zwei Wochen andauern. In der Krankengeschichte des Klienten dürfen weder manische noch hypomanische Symptome bestehen, die vom Schweregrad den diagnostischen Merkmalen einer manischen oder hypomanischen Episode (F30) entsprechen würden. Zum anderen darf die Depression nicht auf missbräuchliches Verhalten beeinträchtigender Stoffe oder auf eine organische Behinderung zurückgeführt werden (vgl. Dilling, Freyberger, 2010, S. 133).

Patienten, welche beispielsweise an einer leichten (F32.0), mittelschweren (F32.1) oder massiven (F32.2 oder F32.3) depressiven Verstimmung erkrankt sind, leiden vor allem unter schwermütigen Zuständen, die mit Energielosigkeit und vermindertem Tatendrang einhergehen können (vgl. ebenda, 2010, S. 132).

Ferner muss, um das Krankheitsbild der Depression auf diagnostischer Ebene berücksichtigen zu können, die Ausprägung der Krankheitszeichen in einem für die betroffene Person nicht erträglichem Ausmaß bestehen und mindestens über zwei Wochen hinweg andauern. In dieser Periode treten beeinträchtigende Auswirkungen in Erscheinung, die aufgrund eines Ineinandergreifens der folgenden Symptome resultieren (vgl. Hautzinger, 2010a, S. 6f.).

Symptome der depressiven Episode	
Hauptsymptome (Gruppe 1)	<ul style="list-style-type: none"> - depressive Stimmung - Verlust von Interesse oder Freude - erhöhte Ermüdbarkeit
Zusatzsymptome (Gruppe 2)	<ul style="list-style-type: none"> - verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit - vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen - Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit - negative und pessimistische Zukunfts-perspektiven - Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen - Schlafstörungen - verminderter Appetit
Kennzeichen des Somatischen Syndroms (mind. 4 Symptome vorliegend)	<ul style="list-style-type: none"> - Interessensverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten - mangelnde emotionale Reagibilität - frühmorgendliches Erwachen; zwei oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit - Morgentief - der objektive Befund einer psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit - deutlicher Appetitverlust - Gewichtsverlust, häufig mehr als 5% des Körpergewichts im vergangenen Monat - deutlicher Libidoverlust
Psychotische Symptome	<ul style="list-style-type: none"> - Wahn - Halluzinationen - Stupor
Schweregradeinteilung der depressiven Episode (Mindestdauer: 2 Wochen)	<p>leichte depressive Episode (F32.0): 2 Symptome aus Gruppe 1 2 Symptome aus Gruppe 2 bei zusätzlichem somatischem Syndrom: F32.01</p> <p>mittelgradige depressive Episode (F32.1): mindestens 2 Symptome aus Gruppe 1 mindestens 3 Symptome aus Gruppe 2 bei zusätzlichem somatischem Syndrom: F32.11</p> <p>schwere depressive Episode: alle Symptome aus Gruppe 1 mindestens 4 Symptome aus Gruppe 2 ohne psychotische Symptome: F32.2 mit psychotischen Symptomen: F32.3</p>

Tabelle 3: Symptome der depressiven Episode (Harrington, 2001, S. 10f.)

Bestimmte Krankheitszeichen, die in der oben abgebildeten Tabelle angeführt sind, nehmen im klinischen Sinne eine universelle Stellung ein und werden daher als somatisches Syndrom bezeichnet. Dieses kann diagnostiziert werden, wenn zumindest vier der in weiterer Folge genannten Krankheitszeichen in Erscheinung getreten sind. Dazu zählen ein weitgehender Mangel an Interesse sowie an Begeisterung bezüglich normalerweise angenehmer Aktivitäten, eine defizitäre Reaktionsfähigkeit auf Geschehnisse jeglicher Art, die üblicherweise eine unmittelbare Antwort auslösen müssten, ein frühzeitiges Erwachen sowie ein „morgendliches Tief“ und eine deutliche Gewichtsabnahme durch veränderte Essgewohnheiten. Ferner können im Rahmen des somatischen Syndroms

Beeinträchtigungen wie Rastlosigkeit, gehemmte Bewegungsspontaneität sowie ein sexuelles Desinteresse angeführt werden (vgl. Dilling, Freyberger, 2010, S. 134).

4.2 Klassifikation nach DSM-IV

DSM-IV	ICD-10
296.xx Major Depression	
296.2x einzelne Episode	F32
296.21 leicht	F32.0
- ohne melancholische Merkmale	.00
- mit melancholischen Merkmalen	.01
296.22 mittelschwer	F32.1
- ohne melancholische Merkmale	.10
- mit melancholischen Merkmalen	.11
296.23 schwer, ohne psychotische Merkmale	F32.2
296.24 schwer, mit psychotischen Merkmalen	F32.3
- stimmungskongruent	.30
- stimmungsinkongruent	.31
296.25 teilremittiert	(F32.4)
296.26 vollremittiert	F32.4)
296.20 unspezifisch	F32.9
296.3x rezidivierend	F33
296.31 leicht	F33.0
- ohne melancholische Merkmale	.00
- mit melancholischen Merkmalen	.01
296.32 mittelschwer	F33.1
- ohne melancholische Merkmale	.10
- mit melancholischen Merkmalen	.11
296.33 schwer, ohne psychotische Merkmale	F33.2
296.34 schwer, mit psychotischen Merkmalen	F33.3
- stimmungskongruent	.30
- stimmungsinkongruent	.31
296.35 teilremittiert	(F33.4)
296.36 vollremittiert	F33.4
296.30 unspezifisch	F33.9
Bestimmung, ob	
- chronisch	(-)
- mit katatonen Merkmalen	(-)
- ohne/mit melancholischen Merkmalen	(s. oben)
- mit atypischen Merkmalen	(-)
- mit postpartalem Beginn	+O99
- mit saisonalem Muster	F38.80
300.4 Dysthyme Störung	F34.1
- Bestimmung, ob früher Beginn/später Beginn, ob mit atypischen Merkmalen	(-) (-)
311 Nicht näher bezeichnete depressive Störung	F32.9

Tabelle 4: Klassifizierung depressiver Störungen nach DSM-IV-TR vs. ICD-10 (Dilling, Freyberger, 2010, S. 491)

Das Klassifikationsschema DSM-IV („diagnostic and statistical manual of mental disorders“) bietet neben dem ICD-10 ein weiteres diagnostisches Einteilungsschema im Bereich psychiatrischer Erkrankungen an. Dieses kodiert unter Berücksichtigung standardisierter sowie spezifischer Vorgaben psychische Krankheiten, um eine

umfassende und präzise Feststellung der jeweiligen seelischen Erkrankung zu ermöglichen (vgl. Brinker, Grunst, Herrenbrück, 2006, S. 268).

Die angeführte Tabelle listet die Klassifizierung depressiver Störungen des DSM-IV-TR, das im Jahr 2000 veröffentlicht wurde, auf und stellt jene Kodierungen des ICD-10 den unterschiedlichen Ausprägungsformen gegenüber, welche diesen am ehesten entsprechen (vgl. Dilling, Freyberger, 2010, S. 445ff.).

Im Rahmen des DSM-IV nehmen Krankheitszeichen eine bedeutendere Stellung ein als potentielle Ursachen. Dabei berücksichtigt die diagnostische Erhebung einer depressiven Störung unterschiedliche Bereiche, wobei neben der Feststellung konkreter Krankheitszeichen beispielsweise auch das soziale Milieu des Patienten miteinbezogen wird (vgl. Brinker, Grunst, Herrenbrück, 2006, S. 268).

4.3 Klassifikationskriterium: Verlauf

Ein informativer Aspekt, der für die Klassifikation depressiver Störungen als förderlich erachtet wird, liegt in der Beurteilung des bisherigen sowie des prognostizierten Verlaufs einer depressiven Erkrankung. Prinzipiell muss hierbei zwischen verschiedenen Verlaufsformen von Depressionen differenziert werden. Unterschieden werden einmalige und rezidivierende, also wiederkehrende Depressionen sowie depressive Krankheitserscheinungen, deren Schwere inkonstant, jedoch von längerer Dauer ist. Bei der letzteren Verlaufsform ist eine Identifikation des Entwicklungsbeginns beinahe unmöglich, da die depressive Verstimmung Einfluss auf die Persönlichkeit des Klienten ausübt (vgl. Niklewski, Riecke-Niklewski, 1998, S.70). Allgemein kann man davon ausgehen, dass einphasige Depressionen eher selten sind und eine Ausnahme bilden (vgl. Hautzinger, 2010a, S. 14).

Rezidivierende Depressionen weisen Analogien zu depressiven Episoden auf. Diese unterscheiden sich jedoch von letzteren dadurch, dass sie weitgehend ohne melancholische oder psychotische Krankheitszeichen einhergehen. Die Diagnose einer wiederkehrenden depressiven Störung kann dann klinisch festgestellt werden, wenn diese mindestens über eine Zeitperiode von zwei Jahren ohne eine länger anhaltende Remissionsphase von zwei Monaten andauert (vgl. Thieme, 2007, S. 150).

Bei rezidivierenden Depressionen wird ferner zwischen unipolaren und bipolaren Verläufen unterschieden (vgl. Niklewski, Riecke-Niklewski, 1998, S. 70). Eine exakte Differenzierung zwischen diesen Verlaufsprozessen ist jedoch mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden, da man nicht mit Sicherheit davon ausgehen kann, dass Patienten nach depressiven Episoden von manischen Folgen verschont bleiben. Dies muss deswegen bei einer Unterscheidung berücksichtigt werden, da das Erkrankungsrisiko einer Manie nach drei unipolaren depressiven Episoden bereits zwischen 10% und 30% liegt, wodurch depressive Prozesse keine voraussehbaren Entwicklungen aufweisen. Jede Form kann hinsichtlich ihrer Dauer und Symptome aufgrund personenanhängiger Konstitutionen und Parameter unterschiedliche Verläufe annehmen, wodurch nur schwer prognostische Aussagen getätigt werden können. Aufgrund dieser Differenziertheit entwickelten Spezialisten das folgende Einteilungsschema (vgl. Hautzinger, 2010a, S. 12ff.).

Remission	Ist ein Zustand oder ein Zeitraum der vollständigen oder nur teilweisen Besserung von den depressiven Krankheitserscheinungen.
Recovery	Ein anderer Begriff für „recovery“ ist die Genesung. Darunter ist eine totale Remission von allen Symptomen über eine längere Zeitperiode zu verstehen. Dieser Zeitraum dauert je nach Kriterium zwischen zwei und sechs Monaten an und wird auf die aktuelle depressive Episode bezogen.
Relapse	Als „relapse“ wird der Rückfall bezeichnet. Damit ist das rezidivierende Auftreten der Krankheitszeichen während der Remission gemeint, bevor eine Genesung, „recovery“ erzielt und die aktuelle depressive Episode abgeschlossen werden kann.
Recurrence	Dies ist der englische Begriff für die Wiedererkrankung an einer neuen depressiven Episode und zwar nach einer vollständigen Genesung. Das rezidivierende Auftreten nach der totalen Gesundung bedeutet, dass nun die operationalen Kriterien zur diagnostischen Feststellung, an einer akuten Depression erkrankt zu sein, erfüllt sind.

Tabelle 5: Phasenverlauf einer depressiven Episode (Erstellt nach: Hautzinger, 2010a, S. 12f.)

Die Entwicklung einer Depression ist somit von Person zu Person verschieden, womit kein einheitliches Verlaufsmuster existiert. Jedoch kann man auf zahlreiche Größen zurückgreifen, die als repräsentative Konstanten in vielen wissenschaftlichen Untersuchungen verwendet werden, um eine grobe Gegenüberstellung einzelner Merkmale anstellen zu können. Dazu zählen zum Beispiel das Ersterkrankungsalter, die Phasenanzahl, die Phasendauer und die Phasenintensität. Neben diesen Kriterien werden ebenso der Zeitraum, das Intervall von symptomfreien Phasen sowie die Dauer dieser erfasst (vgl. Hautzinger, 2010a, S. 12f.).

Beispielsweise liegt die durchschnittliche Dauer einer einzelnen Phase bei unipolaren Verläufen bei fünf bis sechs Monaten. Patienten, die das dreißigste Lebensjahr bereits erreicht haben und an einer bipolaren Verlaufsform erkrankt sind, erleiden

durchschnittlich im Hinblick auf die Phasenanzahl sieben bis acht Episoden. Unipolare Patienten derselben Altersgruppe weisen hingegen zwischen vier und fünf Phasen auf (vgl. Hautzinger, 2010a, S. 12ff.).

Abschließend muss betont werden, dass, trotz zahlreicher Probleme im Bereich der Beobachtung und der Beurteilung individueller Depressionsverläufe, prognostischen Aussagen bezüglich der Klassifikation sowie der Auswahl angemessener Interventionen eine große Bedeutung zugeschrieben wird. Vor allem im Bezug auf medikamentöse Behandlungsmethoden sowie auf Interventionen, betreffend gesellschaftlicher Folgen und potentieller Suizidalität, zeigt sich die Bewertung des Krankheitsverlaufs als geeignete Hilfestellung. Prinzipiell müssen sich Therapeuten und Patienten aber vor Augen halten, dass beim Verlauf einer derartigen Störung, auch wenn angemessene Behandlungsmaßnahmen eingesetzt werden konnten, nicht immer mit einer vollständigen Genesung zu rechnen sein wird (vgl. Volk, 1998, S. 28f.).

4.3.1 Falldarstellung

„Im Alter von 25 Jahren erkrankte die Patientin erstmals an einer schweren Depression, die ätiologisch im Zusammenhang mit dem Unfalltod ihres Ehemannes stand, den sie erst ein halbes Jahr zuvor geheiratet hatte. Nach einem dreimonatigen stationären Aufenthalt wurde die Patientin gut gebessert entlassen. Sie nahm ihre Berufstätigkeit als Graphikerin wieder auf, lernte ihren 2. Mann kennen und heiratete erneut. Nach der Geburt ihres ersten Kindes, 4 Jahre später, trat eine erneute depressive Episode auf, die ambulant wurde. Im Alter von 32 Jahren, sie hatte sich mit ihrem Mann mittlerweile selbstständig gemacht, kam es nach einigen durchgearbeiteten Nächten zu einem für sie bislang unbekanntem Aktivitätsdrang. Sie verließ die Familie, reiste nach London und Paris, gab große Mengen Geld aus und wurde schließlich mit einer gereizten Manie wieder stationär aufgenommen. Unter Neuroleptikabehandlung klang die Manie nach einigen Wochen ab. Eine Rezidivprophylaxe lehnte die Patientin ab. Kurz nach der Entlassung musste die Patientin erneut aufgenommen werden. In einem der Manie folgenden schweren Zustand der Depression hatte sie versucht, sich die Pulsadern aufzuschneiden. Die nun folgende Behandlung zog sich über Monate hin. Der Ehemann kam kaum noch zu Besuch und eröffnete seiner Frau schließlich, dass er sich trennen werde. Die Patientin unternahm noch am selben

Abend einen erneuten Suizidversuch mit Tranquilizern, die sie während der stationären Behandlung gesammelt hatte. Nach neun Monaten kombinierter psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Behandlung wurde sie mit einer Lithium-Prophylaxe entlassen. Anhaltend beklagte die Patientin Durchschlafstörungen und morgendliche Angstgefühle. Noch vor der Scheidung ließ sie sich von ihrem Mann ihren Anteil aus dem gemeinsamen Unternehmen ausbezahlen, fand eine Anstellung bei einer großen Werbeagentur und rasch einen neuen Partner. Die Lithiumprophylaxe setzte sie wegen störenden Tremors ab. Nach zwei Jahren trat eine erneute depressive Episode auf. Vorausgegangen waren einige Wochen von Antriebsmangel bei gleichzeitiger Gereiztheit, was zu Auseinandersetzungen in ihrer Partnerschaft führte. Noch vor der Klinikaufnahme kündigte die Patientin ihren Job, da sie, unter depressiven Selbstzweifeln stehend, sich nicht mehr in der Lage fühlte, einer kreativen Tätigkeit nachzugehen. Es erfolgte eine Anbehandlung mit trizyklischen Antidepressivum. Während der jetzigen Erkrankungsphase traten rasche Wechsel von depressiver und manischer Verstimmtheit auf. So schlug ein depressives Zustandsbild innerhalb von 48 Stunden in eine Manie um, die nur wenige Stunden dauernd, von einer erneuten schweren Verstimmung gefolgt wurde. Das Antidepressivum wurde abgesetzt. [...]“ (Fallbeispiel In: Volk, 1998, S. 28f.).

An diesem Fallbeispiel wird ersichtlich, dass die Wirkungsweise von Interventionen, die zur Linderung depressiver Krankheitszeichen eingesetzt werden und deren Auswahl auf prognostischen Verlaufsaussagen bezüglich der depressiven Entwicklung basieren, nur schwer im Vorhinein abzuschätzen ist. Somit kann man von keiner Stabilität hinsichtlich künftiger Entwicklungen ausgehen, wodurch verstärkt die personenabhängige Individualität der Symptome ins Zentrum wissenschaftlicher Überlegungen rückt. Dieses Praxisbeispiel verdeutlicht ferner die Gefahr, dass auch nach dauerhaften Phasen der Symptomfreiheit erneut depressive Verstimmungen oder andere psychische Beeinträchtigungen auftreten können. Im erwähnten Exempel entwickelte sich nach zwei vorangegangenen, jedoch überwundenen depressiven Episoden mit unipolaren Verläufen eine „Gemütslage“ mit manischen Krankheitszeichen (vgl. Volk, 1998, S. 27ff.).

5 Erhebungsinstrumente depressiver Störungen

Im diagnostischen Bereich depressiver Krankheitszeichen können zahlreiche in der Praxis erprobte Mess- und Erhebungsinstrumente angeführt werden, die weltweit zum Einsatz kommen. Die einzelnen Verfahren sind dabei häufig auf eine bestimmte Personengruppe ausgerichtet, um präzise Erkenntnisse bezüglich der Depression und der damit in Verbindung stehenden Suizidalität erzielen zu können (vgl. Lehr et al., 2008, S. 1f.).

5.1 Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Das Beck-Depressions-Inventar (BDI) ist grundsätzlich auf die Erhebung des depressiven Schweregrades bei psychisch erkrankten Personen ausgerichtet (Hautzinger, Bailer, Woral & Keller, 2000). Neben der ursprünglichen Version kommt ferner eine vereinfachte Form des Beck-Depressions-Inventar (BDI-V) zum Einsatz (Schmitt, Alstötter-Gleich, Hinz, Maes & Brähler, 2006). Dieses findet im Wesentlichen bei nicht-stationär behandelten Patienten Anwendung sowie bei Patientengruppen, die an anderen psychiatrischen Erkrankungen leiden (vgl. Lehr et al., 2008, S.1f.).

Das ursprüngliche Depressions-Inventar dient als therapeutisches Hilfsmittel zur Erhebung informativer Angaben von depressiven Patienten. Dieses ermöglicht in kurzer Zeit nicht nur die Beurteilung der depressiven Ausprägung, sondern auch die Identifikation vorliegender Krankheitszeichen, um sofortige Interventionen einleiten zu können. Grundsätzlich stellt das Beck'sche Inventar einen Fragebogen bezüglich depressiver Erkrankungen dar, welcher aus mehreren Items aufgebaut ist, um wichtige Details bezüglich der negativen und pessimistischen Denkweise des erkrankten Individuums zu gewinnen und um erstmals einen groben Überblick hinsichtlich primärer Problematiken und Belastungen des Patienten zu erhalten (vgl. Hautzinger, 2010b, S. 127).

Aufgrund der zahlreichen Fragestellungen können unterschiedliche Gesichtspunkte der Depression identifiziert werden. Trotzdem muss der durchführende Untersucher über grundlegende Kenntnisse bezüglich der Bewertung psychiatrischer Störungen, Diagnosen und der Entwicklung von derartigen Krankheiten aufweisen, da in Kombination mit einer depressiven Störung eine Variabilität an Krankheitszeichen

auftreten kann. Umgekehrt kann die Depression aber auch als Begleiterscheinung beziehungsweise als Merkmal für andere, möglicherweise gravierendere, psychiatrische Erkrankungen, wie beispielsweise bei Bewusstseinspaltung, in Erscheinung treten (vgl. Hautzinger, 2010b, S. 131).

Die Urform des BDI von Beck (1978) enthält insgesamt 21 Gruppen von Ansichten, die mit jeweils vier Einstufungswerten (0, 1, 2 oder 3) ausgestattet sind. Je nach Befinden sollte der Patient jene Aussage ankreuzen, die am ehesten einer Beschreibung seines seelischen Zustands entspricht. Gegebenenfalls können auch mehrere Angaben angekreuzt werden. Die Auswertung der Items erfolgt ferner in Addition der markierten Werte, wobei bei multiplen Antworten jeweils der höchste Wert pro Item zum Gesamtwert hinzugezählt wird. Wird bei Item S »Ja« angegeben, wird diese Aussagengruppe mit Null bewertet (vgl. Beck, 1978 In: Hautzinger, 2010b, S. 383ff.).

A	0 Ich bin nicht traurig. 1 Ich bin traurig. 2 Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los. 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum noch ertrage.	L	0 Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren. 1 Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher. 2 Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren. 3 Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.
B	0 Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft. 1 Ich sehe mutlos in die Zukunft. 2 Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann. 3 Ich habe das Gefühl, dass die Zukunft hoffnungslos ist, und dass die Situation nicht besser werden kann.	M	0 Ich bin so entschlossen wie immer. 1 Ich schiebe Entscheidungen jetzt öfter als früher auf. 2 es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen. 3 Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.
C	0 Ich fühle mich nicht als Versager. 1 Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt. 2 Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge. 3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.	N	0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszusehen als früher. 1 Ich mache mir Sorgen, dass ich alt oder unattraktiv aussehe. 2 Ich habe das Gefühl, dass in meinem Aussehen Veränderungen eintreten. 3 Ich finde mich hässlich.
D	0 Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher. 1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher. 2 Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen. 3 Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt.	O	0 Ich kann so gut arbeiten wie früher. 1 Ich muss mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme. 2 Ich muss mich zu jeder Tätigkeit zwingen. 3 Ich bin unfähig zu arbeiten.
E	0 Ich habe keine Schuldgefühle. 1 Ich habe häufig Schuldgefühle. 2 Ich habe fast immer Schuldgefühle. 3 Ich habe immer Schuldgefühle.	P	0 Ich schlafe so gut wie sonst. 1 Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher. 2 Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst, und es fällt mir schwer wieder einzuschlafen. 3 Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.

F	0 Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein. 1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden. 2 Ich erwarte, bestraft zu werden. 3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu gehören.	Q	0 Ich ermüde nicht stärker als sonst. 1 Ich ermüde schneller als früher. 2 Fast alles ermüdet mich. 3 Ich bin zu müde, um etwas zu tun.
G	0 Ich bin nicht von mir enttäuscht. 1 Ich bin von mir enttäuscht. 2 Ich finde mich fürchterlich. 3 Ich hasse mich.	R	0 Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst. 1 Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher. 2 Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen. 3 Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.
H	0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen 1 Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen. 2 Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel. 3 Ich gebe mir für alles die Schuld, was schief geht.	S	0 Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen. 1 Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen. 2 Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen. 3 Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen. Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen: [] Ja [] Nein
I	0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun. 1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun. 2 Ich möchte mich am liebsten umbringen. 3 Ich würde mich umbringen, wenn ich es könnte.	T	0 Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst. 1 Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung. 2 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass es mir schwerfällt, an etwas anderes zu denken. 3 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass ich an nichts anderes mehr denken kann.
J	0 Ich weine nicht öfter als früher. 1 Ich weine jetzt mehr als früher. 2 Ich weine jetzt die ganze Zeit. 3 Früher konnte ich weinen, aber jetzt habe ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.		
K	0 Ich bin nicht reizbarer als sonst. 1 Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher. 2 Ich fühle mich dauernd gereizt. 3 Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.	U	0 Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt. 1 Ich interessiere mich weniger für Sex als früher. 2 Ich interessiere mich viel weniger für Sex. 3 Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren.

Tabelle 6: Beck-Depressions-Inventar (BDI) (Beck, 1978 In: Hautzinger, 2010b, S. 383ff.)

Insgesamt können die errechneten Gesamtwerte zwischen 0 und 63 Punkten liegen. Dabei hat Beck Orientierungsmarken formuliert, anhand welcher der Schweregrad der jeweiligen Depression gemessen werden kann. Bei einem Punkteergebnis zwischen 0-11 liegt keine depressive Störung vor. Werte zwischen 12-17 weisen bereits auf eine schwach ausgeprägte depressive Störung hin und eine Gesamtpunktezahl zwischen 18-26 spricht für eine mittelgradige Depression. Bei Erhebungen, die einen Gesamtwert von 27 oder höher ergeben, leidet der Betroffene unter einer schweren depressiven Ausprägungsform (vgl. Beck, 1978 In: Hautzinger, 2010b, S. 387).

5.2 Hamilton Depressionsskala (Hamilton Depression Rating Scale – HDRS)

Die vielfältigen Eigenschaften einer depressiven Störung sowie der Umstand, dass viele Symptome von subjektiver Natur und für Außenstehende oftmals nicht identifizierbar sind, erfordern im Bereich diagnostischer Erhebungen den Gebrauch

von klinischen Fremdbeurteilungsinstrumenten, wie sie zum Beispiel die Hamilton Depressionsskala (HDRS) darstellt (vgl. Reynolds & Kobak, 1995, S. 480).

APPENDIX I			
ASSESSMENT OF DEPRESSION			
Item No.	Score Range	Symptom	Score
1	0-4	Depressed mood	
2	0-4	Guilt	
3	0-4	Suicide	
4	0-2	Insomnia, initial	
5	0-2	" middle	
6	0-2	" delayed	
7	0-4	Work and interests	
8	0-4	Retardation	
9	0-2	Agitation	
10	0-4	Anxiety, psychic	
11	0-4	" somatic	
12	0-2	Somatic symptoms, gastrointestinal	
13	0-2	" " general	
14	0-2	Genital symptoms	
15	0-4	Hypochondriasis	
16	0-2	Loss of insight	
17	0-2	" " weight	
18	0-2	Diurnal variation { M E	
19	0-4	Depersonalization, etc.	
20	0-4	Paranoid symptoms	
21	0-2	Obsessional symptoms	

<i>Grading</i>	
0	Absent
1	Mild or trivial
2	} Moderate
3	
4	Severe
0	Absent
1	Slight or doubtful
2	Clearly present

Abbildung 1: Assessment of Depression (Hamilton, 1960, S. 61)

Die HDRS enthält, wie oben abgebildet, insgesamt 21 Variablen, wobei nur die ersten 17 Items das Basisrepertoire der HDRS darstellen. Die vier letzteren Variablen, und zwar Tagesschwankungen, Realitätsverlust, paranoide Symptome und Zwangsercheinungen werden extern angeführt, da Tagesschwankungen in erster Linie nicht als Maßeinheit einer depressiven Erkrankung und Intensität gelten, jedoch wichtige Details über die Ausprägungsart eines depressiven Krankheitsbildes liefern. Die letzten drei Variablen treten in diesem Zusammenhang derart selten in Erscheinung, dass keinerlei Notwendigkeit zur Einbeziehung ins Basisrepertoire der HDRS besteht (vgl. Hamilton, 1960, S. 56f.).

Die ursprüngliche Version der HDRS, bestehend aus 21 Symptomen, enthält pro Krankheitszeichen jeweils drei (0-2: „0-nicht vorhanden“, „1-zweifelhaft oder mild/gering“, „2-eindeutig/schwer“) oder fünf (0-4: „0-nicht vorhanden“, „1-zweifelhaft“, „2-mild“, „3-mäßig“, „4-schwer“) Einstufungsgruppen. Zur Beurteilung der depressiven Symptomatik wird durch Addition der ersten 17 Items ein Gesamtwert errechnet. Die erwähnten vier zusätzlichen Symptome sind zwar von klinischer Relevanz, werden aber, wie erwähnt, nicht in der Bewertung berücksichtigt. Da die Durchführung des Ratings üblicherweise zwei voneinander unabhängige

Untersucher erfordert, werden die Gesamtwerte beider Rater in weiterer Folge summiert (vgl. Baumann, 1976, S. 360).

Die HDRS gilt als eine der ersten Skalen, mithilfe derer der Schweregrad depressiver Störungen bei erwachsenen Personen erfasst werden konnte. Trotz einer bewährten Anwendung der HDRS ergaben sich hinsichtlich der Vorgabe von Anleitungen sowie der Ergebniskriterien Schwierigkeiten, wodurch nur ein geringer Grad an Zuverlässigkeit bezüglich personenbezogener Fragestellungen erreicht werden konnte. Aufgrund dieser Defizite verfassten einige Wissenschaftler, wie beispielsweise Endicott et al. (1981) und Williams (1988), diesbezüglich neue Kriterien beziehungsweise einen überarbeiteten Fragenkatalog, um präzisere Leitlinien zur Durchführung und Erkenntnisgewinnung anzubieten. Dementsprechend haben Reynolds und Kobak, basierend auf der ursprünglichen HDRS, das Hamilton Depressionsinventar (HDI) konzipiert (vgl. Reynolds & Kobak, 1995, S. 472f.).

Das HDI verfügt über drei unterschiedliche Versionen, mithilfe welcher Krankheitszeichen, die gegenwärtig als Kernsymptome bei nahezu allen depressiven Erkrankungen zutage treten, erfasst werden können. Die Grundform, bestehend aus 23 Items, entspricht den Kriterien des Klassifikationsschemas DSM-IV zur Erhebung einer endogenen Depression beziehungsweise einer „major depression“. Die aus 17 Items aufgebaute Version weist Analogien zur ursprünglichen HDRS auf und wird hauptsächlich im Bereich standardisierter Befragungen verwendet. Die Kurzform mit lediglich neun der 23 Items wird vor allem bei einem breiten Spektrum verschiedener Untersuchungen verwendet, bei denen aus Zeitmangel keine Basisversion des HDI durchgeführt werden kann (vgl. ebenda, 1995, S. 472f.).

Die 17-Item-HDI-Version entspricht, wie bereits erwähnt, den Symptomen der Depression, die im Jahre 1960 von Max Hamilton im Rahmen des HDRS formuliert wurden. Das HDI ergänzt nun die ursprünglichen Items des HDRS um sechs zusätzliche Symptome, um exakte Ergebnisse zu erreichen. Zu diesen ergänzenden Krankheitszeichen, welche auch in der Kategorisierung nach dem Klassifikationsschema DSM-IV anzutreffen sind, zählen „Hypersomnia“, welche als übermäßig lang andauernde Hauptschlafperiode definiert werden kann, „Distanziertheit“ (detachment), „Wertlosigkeit“ (feelings of worthlessness), „hoffnungsloser Pessimismus“ (helplessness-pessimism), „Hilflosigkeit“

(hopelessness) und abschließend „Entscheidungsunfähigkeit“ (difficulty making decisions) (vgl. Reynolds & Kobak, 1995, S. 473f.).

Die Forderung einer umfangreichen Erhebung sowie Bewertung von depressiven Krankheitszeichen wird durch die Anwendung multipler Untersuchungsfragen garantiert, wobei im Rahmen des HDI eine weitaus präzisere Evaluierung hinsichtlich individueller depressiver Krankheitszeichen ermöglicht werden kann (vgl. ebenda, 1995, S. 473f.).

Die zehnte Frage des HDI bezieht sich beispielsweise auf die Häufigkeit von Angstzuständen in den vergangenen zwei Wochen, wobei eine Antwortskala von 0 bis 4, also von „überhaupt keine“ über „selten“ bis hin zu „beinahe die ganze Zeit“, vorgegeben ist. Diese Fragestellung wird im Falle des Vorhandenseins schwerer Angstzustände von einer weiteren Untersuchungsfrage ergänzt, welche mit einer Antwortskala von „leicht“ bis „sehr stark ausgeprägt“ ausgestattet ist und sich im Wesentlichen auf die Intensität derartiger Zustände bezieht. Wird jedoch „überhaupt kein“ beziehungsweise ein „seltenes“ Auftreten angekreuzt, wird die ergänzende Frage übersprungen. Im weiteren Verlauf werden multiple Items gewichtet und summiert, um ein einheitliches Untersuchungsergebnis zu gewährleisten (vgl. ebenda, 1995, S. 473f.).

6 Depressionsmodelle und -theorien

Schon zu vorchristlichen Zeiten haben sich Menschen zu depressiven Verstimmungen Gedanken gemacht. Beispielweise hat Hippokrates in seinen Theorien schwermütige oder depressive Gefühlslagen auf eine unterschiedliche Zusammensetzung der Körpersäfte zurückgeführt. Dabei wird ein Übermaß an schwarzer Galle („melas“ = schwarz; „chole“ = Galle) als ausschlaggebender Faktor für viele körperliche, aber auch vor allem für zahlreiche psychische Erkrankungen herangezogen. Besonders seit den letzten Jahrzehnten scheint der Forschungsdrang hinsichtlich der Ätiologie depressiver Erkrankungen zugenommen zu haben. Nicht nur der Psychologie und der Medizin sind neue Erkenntnisse zu dieser Thematik zu verdanken, sondern auch anderen Wissenschaftsdisziplinen, wie der Biologie, der Pharmakologie, der Verhaltenswissenschaft, der Psychoanalyse sowie der neurologischen und psychiatrischen Grundlagenforschung (vgl. Niklewski, Riecke-Niklewski, 1998, S. 40f.).

Dabei haben vor allem der kognitive und der verhaltenstheoretische Ansatz Anerkennung im wissenschaftlichen Bereich erlangt. Im Rahmen kognitiver Theorien ist als einer der wichtigsten Vertreter Aaron T. Beck anzuführen. Dieser geht in seinem Depressionsmodell davon aus, dass depressive Erkrankungen weitgehend von „verzerrten, negativen“ Gedanken verursacht werden und dass diese im Zuge einer kognitiven Therapie regelmäßig durch positive, realitätsbezogene Muster ersetzt werden müssen. Im behavioralen Bereich haben sich besonders die Theorien von Lewinsohn und Seligman durchgesetzt, welche die Entstehung einer Depression auf einen Mangel an positiven Verstärkern zurückführen (vgl. McNamara & Horan, 1986, S. 23).

Es muss jedoch angemerkt werden, dass aufgrund der Variabilität von Symptomen und depressiven Erscheinungsformen keiner der in weiterer Folge angeführten Ansätze eine treffende, allumfassende Ursachenaufklärung anbieten kann. Es ist aus allgemeiner Betrachtungsweise eher unwahrscheinlich, dass die Entwicklung eines derartigen psychischen Defizits nur auf einen bestimmten Parameter zurückgeführt werden kann. Aus diesem Grund sind multifaktorielle Erklärungstheorien in der heutigen Zeit von großer Bedeutung und gewinnen in neueren wissenschaftlichen Erhebungen zunehmend an Anerkennung (vgl. Hautzinger, 2010a, S. 23).

6.1 „Verstärker-Verlustmodell“ nach Lewinsohn

Lewinsohns verstärkungstheoretischer Ansatz (1984) besagt, dass das Krankheitsbild der Depression im Wesentlichen durch Defizite an positiven Anreizen, sei es durch einen Mangel an „angenehmen“ Lebensereignissen oder sei es durch ein Dominieren kritischer Erlebnisse, resultiert, wodurch eine Dauerhaftigkeit depressiver Beeinträchtigungen sowie lethargische Verhaltensweisen auftreten (vgl. Volk, 1998, S. 99).

Beim „Verstärker-Verlustmodell“ dominiert die Annahme, dass Lernprozesse weitgehend über positive Reaktionen erfolgen, wodurch Individuen vornehmlich behaviorale Muster imitieren, deren erfolgreiche und nutzenbringende Wirkungsweise bereits erprobt ist. Als wesentliches Merkmal der Depression gilt, dass betroffene Menschen aufgrund der psychischen Beeinträchtigung ihr Verhalten nicht selbstständig zu positiver Entfaltung hin steuern können. Dabei können weder bereits erprobte Verhaltensweisen eingesetzt, noch neuartige Verhaltenstechniken entwickelt beziehungsweise angewandt werden. Der Betroffene beginnt, tägliche Erfahrungen verstärkt pessimistisch zu betrachten. Je seltener ein Individuum positive Bestärkung erfährt, umso häufiger treten negative Gedanken und Erlebnisse ins Bewusstsein (vgl. Niklewski, Riecke-Niklewski, 1998, S. 49f.).

Diesen Sachverhalt beschreibt Hautzinger (2010a, S. 26) genauer in seiner „Verstärker-Verlust-Hypothese akuter Depressionen“, welche besagt, dass eine geringe Anzahl an positiven Anreizen das psychische Wohlbefinden stark in Mitleidenschaft zieht und depressionsfördernde Auswirkungen zur Folge haben kann. Dabei ist die Zahl begünstigender Faktoren durch drei wesentliche Variablen bedingt und zwar von der Anzahl an Geschehnissen, die möglicherweise eine positive Wirkung nach sich ziehen, vom jeweiligen Zeitpunkt, zu dem diese einsetzbar sind, und abschließend vom *„instrumentellen Verhaltensrepertoire (Kompetenz), um sich so verhalten zu können, dass Verstärkung erfolgt“* (Hautzinger, 2010a, S. 27). Zusammenfassend gilt, dass die individuelle Kompetenz eines Organismus, positive Verstärkung zu erfahren, einen relativ großen Einfluss auf die Anzahl depressionsbegünstigender Faktoren hat (vgl. Hautzinger, 2010a, S. 26f.).

6.2 Modell der „erlernten Hilflosigkeit“ nach Seligman

Dieses Modell (1975) beschäftigt sich, ähnlich wie das „Verstärker-Verlustmodell“ von Lewinsohn, mit den Prozessen des Lernens. Dabei erfährt eine Person beispielweise durch gravierende Misserfolge eine weitgehende „Kontrolllosigkeit“ und überträgt laut der Hilflosigkeitshypothese daraus resultierende inaktive Verhaltensweisen auf andere Situationen beziehungsweise auf die gesamte Lebensführung (vgl. Niklewski, Riecke-Niklewski, 1998, S. 50).

„Hilflosigkeit als Unvermögen, einem aversiven Reiz zu entkommen, wird in Situationen gelernt, in denen das betroffene Individuum über keine Kontrollmöglichkeit verfügt, in denen sich also die Umweltgegebenheiten unabhängig von seinem Zutun verändern können“ (Glatzel, 1982, S. 68f.).

Seligman vertritt die Ansicht, dass Parallelen und Analogien zwischen der erlernten Hilflosigkeit und dem Krankheitsbild der Depression bestehen (vgl. Glatzel, 1982, S. 68f.). Als einflussreicher Faktor stellt dabei die Auffassung vieler Depressiver dar, wonach die Folgen ihres Verhaltens keine Auswirkungen haben („unkontrollierbar“ sind) und wodurch sich ein Verlust jeglicher Tatkraft und Aktivität einstellt. Der Betroffene verfügt nicht mehr über die Fähigkeit, Situationen und Lebenslagen wahrzunehmen, welche sehr wohl Tatendrang erfordern würden (vgl. Niklewski, Riecke-Niklewski, 1998, S. 50).

Die Hilflosigkeitshypothese betont ferner, dass erst aufgrund des Kontrollverlusts eine persönliche Machtlosigkeit verursacht wird. Auf dieser Feststellung beruht, je nach Beschaffenheit der individuellen psychischen Stabilität, eine sich auf andere Funktionen und Gebiete ausbreitende Beeinträchtigung, welche für die Entwicklung einer schweren depressiven Störung verantwortlich sein kann. Die Entwicklung einer Depression ist dabei weitgehend von der Erwartung abhängig, nicht nur gegenwärtig einem Zustand der Kontrolllosigkeit zu unterliegen, sondern auch in Zukunft einer totalen Hilflosigkeit ausgesetzt zu sein. Dieser Sachverhalt kann durch den Begriff der „Kausalattribution“ (Hautzinger, 2010a, S. 29) näher erläutert werden, welche beschreibt, dass Personen durch erlebte Mängel nach der Ursache ihrer Machtlosigkeit suchen. *„Diese Art der Ursachenzuschreibung (Kausalattribution) bestimmt nun die weitere Entwicklung, die Stabilität und Universalität der emotionalen, motivationalen, motorischen, vegetativen und kognitiven*

Veränderungen“ (Hautzinger, 2010a, S. 29). Die folgende Abbildung stellt das Konzept der Hilflosigkeit anhand der Kausalattribution und zutage getretenen Krankheitszeichen dar (vgl. Hautzinger, 2010a, S. 28ff.).

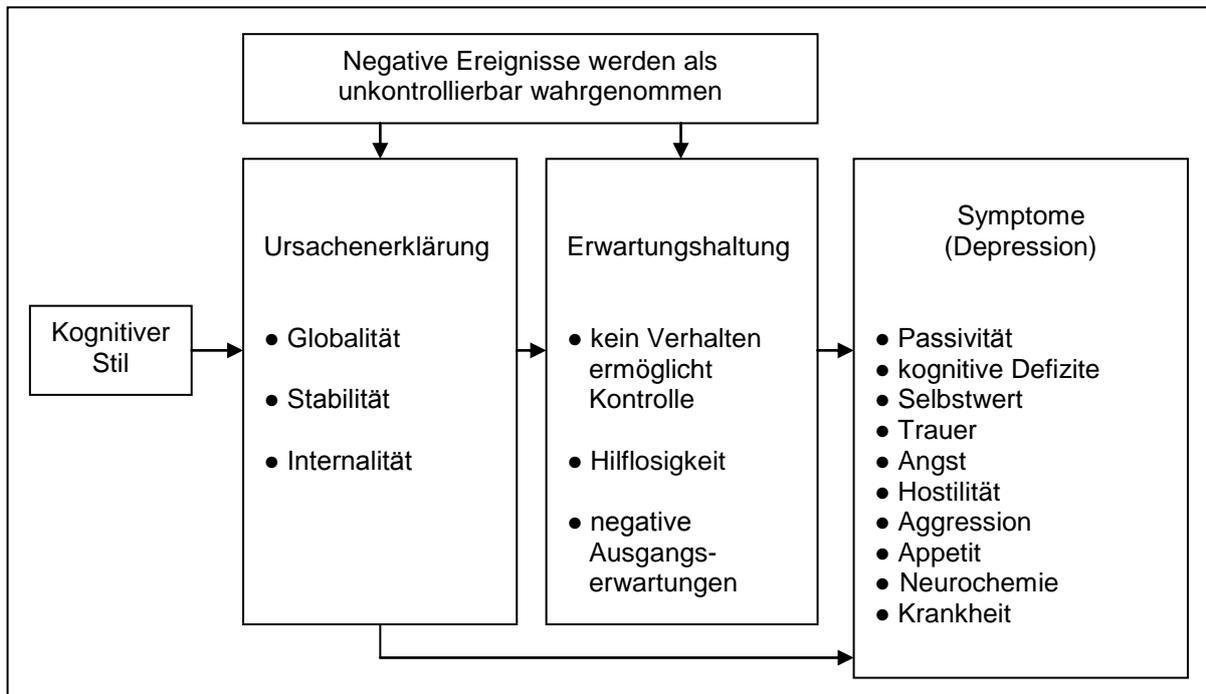


Abbildung 2: Modell der erlernten Hilflosigkeit (Hautzinger, 2010a, S. 29)

Auch Frese und Schöffthaler-Rühl sind im Rahmen zahlreicher Studien (1976), welche einen zentralen Bezug zur Theorie Seligmans aufweisen, zu der Überzeugung gelangt, dass behaviorale Muster wie Inaktivität, Störungen der Konzentrations- und Aufnahmefähigkeit sowie weitere körperliche Krankheitszeichen bei depressiven wie auch bei hilflosen Personen gleichermaßen vorzufinden sind (vgl. Glatzel, 1982, S. 69).

6.3 Kognitives Depressionsmodell nach Beck

Kognitive Prozesse, wie beispielsweise die Verarbeitung von Sinneseindrücken oder „wertbesetzte Auffassungen“, üben Einflüsse auf die Gefühlsebene eines Individuums aus, vor allem bei depressiven Patienten. Im Rahmen des kognitiven Ansatzes sind gefühlsbedingte Reaktionen sowie Gedankengänge eines depressiv Leidenden darauf zurückzuführen, dass meist nur negative Bestandteile einer vielschichtigen Situation vom Betroffenen wahrgenommen beziehungsweise pessimistische Ansichten vertreten werden, die jedoch nicht mit der tatsächlichen Wirklichkeit übereinstimmen (vgl. Volk, 1998, S. 97f.).

Beck identifiziert dabei einen Prozess, wie depressive Menschen ihre Erlebnisse einordnen und entwickelt auf Grundlage dessen ein Depressionskonzept, welches sich aus den „Denkstrukturen (Schemata), der fehlerhaften Informationsverarbeitung sowie der kognitiven Triade“ (Aguilera, 2000, S. 54) zusammensetzt (vgl. Aguilera, 2000, S. 54.).

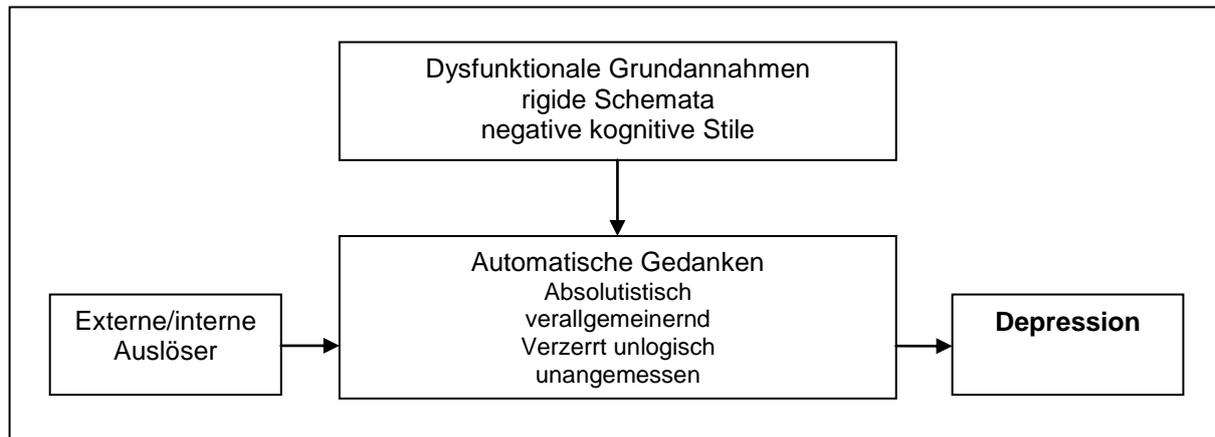


Abbildung 3: Kognitives Modell der Depression nach Beck (Beck, 1974 In: Volk, 1998, S. 73)

6.3.1 Kognitive Triade

Die kognitive Triade erläutert die negative Perspektive eines Depressiven bezüglich seines Selbstbildnisses, seiner Umgebung sowie seiner zukünftigen Erwartungen und Vorstellungen (vgl. Glatzel, 1982, S. 68).

Diese Interpretationen können als die drei grundlegendsten Eigenschaften depressiver Denkprozesse angeführt werden. Durch das äußerst pessimistische Selbstbild resultieren massive Selbstzweifel und ein vermindertes Selbstwertgefühl. Durch die grundsätzliche negative Einstellung gegenüber Erlebnissen und Erfahrungen werden Geschehnisse im Leben eines Depressiven immer als Misserfolg, eigene Inkompetenz oder Herabsetzung interpretiert. Als drittes typisches Kennzeichen des depressiven Denkens ist die Überzeugung des Erkrankten anzuführen, dass künftige Entwicklungen zu keinerlei Verbesserung seiner Lebensumstände führen werden und dass gegenwärtige Konfliktsituationen oder Beeinträchtigungen bestehen bleiben würden (vgl. Aguilera, 2000, S. 54.).

Die persönliche Grundeinstellung des Betroffenen, immer mit Misserfolg und Zurückweisung konfrontiert zu werden, kann dafür verantwortlich sein, dass Zustände der inneren Betäubung und Antriebslosigkeit überwiegen. Körperliche sowie seelische Beschränkungen werden ebenso auf extrem pessimistische

Zukunftsdeutungen zurückgeführt, wodurch im Rahmen des kognitiven Modells auch die physischen Symptome einer Depression gedeutet werden können (vgl. Hautzinger, 2010b, S. 43).

6.3.2 Denkstrukturen (Schemata)

„Nach Grawe (2000) sind unsere emotionellen, kognitiven und handlungsbezogenen Bewältigungsweisen nach Schemata organisiert, gemäß welchen wir neue Herausforderungen zu lösen versuchen und zugleich entsprechend der neuen Erfahrung modifizieren“ (Rupp, 2010, S. 7).

Können diese Denkstrukturen jedoch über einen längeren Zeitraum hinweg nicht abgerufen werden, erfolgt eine Überlastung anpassungsbedingter Funktionen, wodurch sich im Laufe der Zeit beständige Defizite im kognitiven Bereich ergeben (vgl. Rupp, 2010, S. 7).

Die sogenannten Schemata bezeichnen demnach Systeme des Denkens, die im Laufe des Daseins vom Menschen erlernt werden und dessen wertbesetzte Haltung verkörpern. Diese Schemata resultieren aus den Erfahrungen einer Person, wodurch sie einen Einfluss auf die Denkweise dieser haben. Aufgrund der Depression ist das Individuum nicht mehr dazu imstande, hinsichtlich einer bestimmten Erfahrung oder Situation, ein entsprechendes kognitives Schema einzusetzen, da die kognitive Störung weitgehend einer funktionierenden sowie effektiven Denkweise entgegenwirkt (vgl. Aguilera, 2000, S. 55).

6.3.3 Fehlerhafte Informationsverarbeitung

Die defizitäre Informationsverarbeitung stellt nach Becks Depressionstheorie ein weiteres Merkmal depressiver Kognitionen dar. Beck (1971) führt an, dass das Denken eines Depressiven in Gegenüberstellung zu realitätsbezogenen Denkprozessen eines gesunden Individuums von „dürftiger Natur“ ist (vgl. Aguilera, 2000, S. 55).

Bezüglich defizitärer Informationsverarbeitung können unterschiedliche Formen und Ausprägungen differenziert werden (vgl. Aguilera, 2000, S. 55), wobei als repräsentative Deformationen des Denkens *„willkürliche Schlussfolgerungen, selektive Abstraktionen, Personalisieren, Übergeneralisieren und Minimieren*

positiver, erfolgreicher Erfahrungen“ (Hautzinger, 2010a, S. 30) anzuführen sind (vgl. Hautzinger, 2010a, S. 30).

„Primitives“ Denken	„Reifes“ Denken
1. <i>Eindimensional und global</i> : Ich bin ängstlich.	<i>Multidimensional</i> : Ich bin etwas ängstlich, ziemlich großzügig und ganz intelligent.
2. <i>Invariabel</i> : Ich war immer ein Feigling und werde immer einer sein.	<i>Variabel</i> : Meine Angst ändert sich von Zeit zu Zeit und von Situation zu Situation.
3. <i>Verabsolutierend und moralistisch</i> : Ich bin ein jämmerlicher Feigling.	<i>Relativierend und nicht wertend</i> : Ich bin ängstlicher als die meisten Leute, die ich kenne.
4. „ <i>Charakterdiagnose</i> “: Ich habe einen Charakterfehler.	„ <i>Verhaltensdiagnose</i> “: Ich gehe zu oft Situationen aus dem Weg und habe viele Ängste.
5. <i>Irreversibel</i> : Da ich von Grund auf schwach bin, kann man nichts ändern.	<i>Reversibel</i> : Ich kann Methoden lernen, um Situationen standzuhalten und um meine Ängste zu bekämpfen.

Tabelle 7: Vergleich primitiver und reifer Denkprozesse (Hautzinger, 2010b, S. 46)

Wie bereits angeführt, treffen Personen, die einer „primitiven“ Denkweise unterliegen, fehlerhafte Folgerungen und Entschlüsse, die weder auf einer tatsächlichen Informationsbasis noch auf einen realen kontextuellen Zusammenhang zurückgeführt werden können. Hinsichtlich der Informationsverarbeitung besteht ferner die Gefahr einer „selektiven Abstraktion“, im Rahmen welcher nur Fragmente einer komplexen Sachlage betrachtet und ohne Bezug zum Sachverhalt interpretiert werden. Durch die Berücksichtigung einiger weniger Details tendieren Depressive zu einer verbindungslosen Informationsbewertung, wodurch eine überwiegend negative Interpretation auf die Gesamtsituation transferiert wird. Als weitere Formen des primitiven Denkens gelten ferner absolutistische Denkprozesse sowie ein äußerst gering ausgeprägter Grad an Flexibilität. Hinsichtlich eines solchen Denksystems hebt sich der Begriff des „Schwarz-Weiß-Denkens“ hervor, wobei negative Bewertungen und Auslegungen dominieren. Aufgrund dieser Denkweise kann das Individuum nur selten bestehende Verbindungen und Zusammenhänge seines Daseins erfassen, wodurch sich dieses aufgrund seiner kognitiven „Primitivität“ in einem festgefahrenen System befindet (vgl. Aguilera, 2000, S. 55).

6.4 Tiefenpsychologische Depressionstheorie

Tiefenpsychologische Theorien, die sich mit dem Krankheitsbild der Depression auseinandersetzen, postulieren, dass durch therapeutische Interventionen, die sich speziell auf die Identifikation und Bearbeitung versteckter Erinnerungen beziehen, eine Linderung depressiver Krankheitszeichen erreicht werden kann. Dabei gilt als zentrale Zielsetzung die Erfassung kognitiver, emotionaler sowie behavioraler

Informationen in den unbewussten Strukturen eines Individuums (vgl. Niklewski, Riecke-Niklewski, 1998, S. 45).

Als Begründer der Psychoanalyse sowie als Urheber ursprünglicher tiefenpsychologischer Theorien ist Sigmund Freud anzuführen, der latente Emotionen und Gedanken dem Verstand „bewusst“ zu machen versuchte (vgl. Aguilera, 2000, S. 41).

Für die Entwicklung einer depressiven Erkrankung ist der negative Einfluss von traumatisierenden Erlebnissen und von erschwerten Rahmenbedingungen von großer Bedeutung. Es konnte durch Studien belegt werden, dass vor der Krankheitsentstehung der Patient häufig gravierende Geschehnisse erfahren hat, die nicht durch Problemlösungsstrategien bewältigt werden konnten (vgl. Hautzinger, 2010a, S. 23). Das Erleben von „life-events“ kann demnach als ausschlaggebender Faktor hinsichtlich der Entstehung depressiver Erkrankungen gelten. Es muss jedoch angemerkt werden, dass bislang noch kein ursächliches Verhältnis zwischen traumatisierenden Lebensereignissen und der Entstehung einer Depression nachgewiesen werden konnte. Erst unter Berücksichtigung der seelischen Vulnerabilität eines Individuums kann dieser Zusammenhang verdeutlicht werden (vgl. Volk, 1998, S. 75f.).

Dies bedeutet, dass depressive Störungen nur dann auf spezifische Belastungserfahrungen zurückgeführt werden können, wenn betroffene Personen eine entsprechende Vulnerabilität im Sinne einer psychischen Verwundbarkeit aufweisen. Der Unterschied zwischen krankheitsfördernden Variablen, wie sie beispielsweise Verlusterlebnisse darstellen, und den Verwundbarkeitsgrößen besteht darin, dass die belastenden Variablen den Erkrankungszeitpunkt beeinflussen. Letztere hingegen bestimmen, ob diese Variablen überhaupt krankheitsfördernde Effekte für die jeweilige Person bedeuten (vgl. Hautzinger, 2010a, 23f.).

Die meisten Vertreter der Tiefenpsychologie konzentrieren sich hinsichtlich der Ursachenklärung einer Depression auf die Bearbeitung von kritischen Geschehnissen und Erfahrungen, die in der Kindheit von Patienten stattgefunden haben. In den Anfängen der Psychoanalyse vertritt Freud die Annahme, dass ein Kind infolge eines Verlusts der Mutter mit Emotionen (z.B. Wut und Ärger) reagiert. Diese Gefühle sind jedoch mit der Liebe zur Mutter unvereinbar, wodurch das Kind

die empfundene Erregung und Wut gegen sich selbst zu richten beginnt und sich eine depressive Erkrankung entwickeln kann (vgl. Niklewski, Riecke-Niklewski, 1998, S. 45ff.).

Der depressiv Erwachsene ist demnach im Rahmen des psychoanalytischen Ansatzes in einer bestimmten Kindheitsphase gefangen, wodurch dieser kontinuierlich danach strebt, sein Selbstbewusstsein durch externe Bestätigung zu stärken. Aufgrund des permanenten Strebens nach Bestätigung von außen resultiert eine „*orale Abhängigkeit*“ (Glatzel, 1982, S. 15), wodurch der Betroffene zu devoten Verhaltensweisen gegenüber anderen tendiert (vgl. Glatzel, 1982, S. 15).

7 Behandlung depressiver Störungen

Obwohl bezüglich der genauen Ursachenklärung depressiver Krankheitsformen unterschiedliche Ansichten bestehen, gibt es zahlreiche Behandlungsmethoden, welche eine hohe Erfolgsrate aufweisen. Diese Interventionsmaßnahmen können unterschiedlicher Natur sein, wobei pharmakologische, physikalische, psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungsmethoden Anwendung finden. Je nach Art, Ausprägung und anderen individuellen Faktoren können Interventionen auch kombiniert eingesetzt werden, vor allem bei Depressionen mit unipolarem Verlauf (vgl. Hautzinger, 2010a, S. 44f.).

Welche therapeutischen Interventionsmaßnahmen konkret zum Einsatz kommen und ob eine depressive Erkrankung auf ambulantem Wege oder doch im Zuge eines stationären Klinikaufenthaltes behandelt werden soll, ist von der Intensität der depressiven Symptome, von der Umgebung des Patienten sowie von dessen Persönlichkeitsstruktur abhängig (vgl. Menche, 2006, S. 333).

7.1 Pharmakologische Interventionen

Unter pharmakologischen Interventionsmaßnahmen ist die Linderung depressiver Symptome anhand von Medikationen vor allem mit tri- und tetrazyklischen Antidepressiva sowie mit MAO-Inhibitoren (Monoaminoxidase-Hemmer) und mit selektiven Antidepressiva zu verstehen. Zur letzteren Medikamentengruppe zählen selektive Serotoninrückaufnahmehemmer (SSRI), selektive Noradrenalinrückaufnahmehemmer (SNRI) und selektive Serotonin-Noradrenalinrückaufnahmehemmer (SSNRI) (vgl. Hautzinger, 2010a, S. 45).

Laut wissenschaftlichen Erhebungen bewirken derartige Interventionen bei etwa 70% der medikamentös behandelten Patienten, welche speziell an endogenen Formen einer Depression leiden, durch Reduktion und Linderung der beeinträchtigenden Symptome einen Behandlungserfolg. Bei anderen Ausprägungen depressiver Erkrankungen verzeichnet der Einsatz medikamentöser Interventionen eine niedrigere Erfolgsquote (vgl. Menche, 2006, S. 333).

Den Begriff trizyklischer Antidepressiva kann man von der chemischen Zusammensetzung des jeweiligen Medikaments ableiten, wobei die chemische

Struktur trizyklischer Präparate einer kreisförmigen molekularen Anordnung gleicht. Erwähnenswert ist, dass diese Medikamentengruppe als erste zur Linderung von Depressionen im medizinischen Bereich eingesetzt wurde (vgl. Niklewski, Riecke-Niklewski, 1998, S. 109f.).

Trotz des breit gefächerten Angebots an Medikationen mit antidepressiver Wirkung kann man die Effekte des ausgewählten Präparates aufgrund der Individualität von Patienten nicht prognostizieren. Aus diesem Grund orientiert man sich an einem Nebenwirkungskatalog (vgl. Menche, 2006, S. 333).

Trizyklische Antidepressiva	Selektive Antidepressiva
<ul style="list-style-type: none"> – Blutdrucksenkung oder Steigerung – Verlangsamter oder beschleunigter Herzschlag – Mundtrockenheit oder erhöhter Speichelfluss – Verstopfung oder Durchfall – Verstärktes oder vermindertes Schwitzen – Hitzewallungen oder Frösteln – Hautrötungen oder Blässe – Müdigkeit und Schlafstörungen – Verminderter oder vermehrter Harn- drang – Übelkeit und Erbrechen – Kopfschmerzen – Schwindel 	<ul style="list-style-type: none"> – Übelkeit und Brechreiz – Durchfall (seltener Verstopfung) – Kopfschmerzen – Innere Unruhe – Verzögerung von Orgasmus und Ejakulation – Schlafstörungen – Schwitzen – Sehr selten (v.a. bei älteren Patienten) Bewegungsunruhe

Tabelle 8: Nebenwirkungsspektrum trizyklischer und selektiver Antidepressiva (Erstellt nach: Niklewski, Riecke-Niklewski, 1998, S. 109ff.)

Im Rahmen pharmakologischer Interventionsmaßnahmen zur Linderung akuter, depressiver Erkrankungen mit unipolaren Verläufen wurden aufgrund der oftmals massiven Nebenwirkungen Richtlinien zur Verabreichung antidepressiver Medikationen formuliert. Als wichtigster Leitsatz, der bei einer derartigen Behandlung berücksichtigt werden muss, gilt die Abstimmung der Präparate auf die Persönlichkeit und auf die körperliche Verfassung des Patienten. Zu berücksichtigen sind auch andere Faktoren, wie beispielsweise der Konsum beeinträchtigender Substanzen, Sozialkontakte, Lebensverhältnisse und Ähnliches. Häufig erfolgt die Ersteinstellung in stationären oder ambulanten Einrichtungen, abhängig von einem eventuellen Suizidrisiko. Die therapeutische Wirkung von Antidepressiva entfaltet sich meist erst nach Wochen. Daher sind anfangs regelmäßige Kontrollen und eine Aufklärung der Patienten über diese Thematik entscheidend für einen Behandlungserfolg (vgl. Hautzinger, 2010a, S. 46f.).

7.2 Elektrokrampftherapie (EKT)

Die praktische Durchführung der Elektrokrampftherapie (EKT oder Heilkrampfbehandlung) reicht geschichtlich betrachtet bis ins Mittelalter zurück, wodurch sie zu den ältesten Interventionen in der Psychiatrie zählt. Jedoch ist die Elektrokrampftherapie bis heute mit einer negativen und umstrittenen Einstellung behaftet, da sie in ihren Anfängen ohne Narkose durchgeführt wurde und zahlreiche Knochenbrüche, irreversible Schädigungen des Gehirns sowie Todesfälle forderte. Erst seit 1990 gewinnt die EKT durch den Nachweis positiver Effekte im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen durch die „American Psychiatric Association“ wieder an praktischer Bedeutung zurück, nachdem ihre Anwendung seit der Einführung von Antidepressiva zur Behandlung psychischer Störungen drastisch zurückgegangen ist (vgl. Schott, 2003, S. 4f.).

Als wichtigste Anzeige für die effektive Anwendung der Elektrokrampftherapie heute gilt das Vorliegen einer schweren endogenen Depression mit massiven Krankheitszeichen (ICD-10-Symptomatik: F31.4/5, F32.2/3, F33.2/3), bei welcher anderweitige Maßnahmen bislang weder zu einem Therapieerfolg noch zu einer Verbesserung der depressiven Symptomatik geführt haben. Dabei ist die positive Wirkungsweise der EKT bei schwersten depressiven Krankheitserscheinungen durch eine Bandbreite wissenschaftlicher Untersuchungen bewiesen (Fink, 2000; Buchan et al., 1992; McCall et al., 2000), wodurch diese Form der Intervention seit geraumer Zeit als wirksamste Maßnahme zur Behandlung derartiger Syndrome gilt (vgl. Wild, 2003, S. 6f.).

Bezüglich ihrer praktischen Durchführung ist anzuführen, dass durch Zufuhr elektrischer Energie zerebrale Krampfanfälle beim narkotisierten Patienten initiiert werden, wobei durch medikamentöse Unterstützung eine Lockerung des Muskelapparates herbeigeführt wird (vgl. Brinker, Grunst, Herrenbrück, 2006, S. 301). Charakteristisch für die Anwendung der Elektrokrampftherapie ist, dass sie nur von wenigen Nebenwirkungen begleitet wird (vgl. Hautzinger, 2010a, S. 48).

Als ergänzendes therapeutisches Vorgehen kann zusätzlich zur EKT unter Berücksichtigung bestimmter Vorgaben die Verabreichung von antidepressiven Wirkstoffen erfolgen. Dabei ist zu beachten, dass vor allem bei älteren Patienten durch diese Kombination Nebenwirkungen im kognitiven Bereich eintreten können,

wodurch die Einnahme von Antidepressiva bei dieser Patientengruppe während der EKT-Behandlung reduziert werden sollte. Ferner kann durch die Verabreichung von SSRI das Niveau der Krampfanfälle vermindert werden. Dieser Umstand muss vor allem bei der richtigen Dosierung elektrischer Energie beachtet werden, um einen Behandlungserfolg garantieren zu können (vgl. Bork, 2003, S. 64).

7.3 Schlafentzug (Wachtherapie)

Die Wachtherapie, früher auch unter dem Begriff des Schlafentzuges bekannt, stellt heute besonders bei akuten, depressiven Erkrankungen eine ergänzende, therapeutische Maßnahme während stationärer Klinikaufenthalte dar (vgl. Hautzinger, 2010a, S. 47).

Der historische Ursprung des Schlafentzugs ist auf die deutschen Psychiater Schulte und Tölle zurückzuführen, welche diese Interventionsform zu einem therapeutischen Grundtypus zur Linderung depressiver Symptome und Krankheiten gemacht haben. In mehreren wissenschaftlichen Erhebungen haben sie die positive Wirkungsweise des Schlafentzugs bei depressiv Erkrankten belegt. Dabei konnten sie nachweisen, dass bei rund 60% bis 70% ihrer Probanden, die an einer regulären, depressiven Form litten und mit einem Schlafentzug therapiert wurden, deutliche Verbesserungen des psychischen Wohlbefindens eingetreten sind (vgl. Niklewski, Riecke-Niklewski, 1998, S. 133f.).

Das Verfahren des vollständigen Schlafentzuges gilt heutzutage als veraltete Vorgehensweise, da ähnliche Therapieerfolge auch mit partiellen Formen der Wachtherapie erzielbar sind (vgl. Brinker, Grunst, Herrenbrück, 2006, S. 301). Charakteristisch für den teilweisen Schlafentzug ist, dass der Patient zu üblichen Zeiten schläft, jedoch zwischen 1.00 und 2.00 Uhr morgens aufgeweckt und durch Aktivitäten von einem erneuten Einschlafen abgehalten wird (vgl. Wagner, 2007, S. 130).

Zusammenfassend ist zu erwähnen, dass diese Behandlungsform aufgrund ihrer einfachen Realisierung und des minimalen Nebenwirkungsspektrum relativ schnell zu einer Verbesserung des seelischen Wohlbefindens bei depressiven Patienten führen kann. In den meisten Fällen wird diese Therapieform zur Behandlung depressiver Erkrankungen, ähnlich wie bei der Elektrokrampftherapie, in Zusammenwirken mit pharmakologischen Interventionen eingesetzt. Im Vergleich zur

EKT findet der Schlafentzug als alleinige Behandlungsmaßnahme jedoch nur sehr selten Anwendung. Trotz nachgewiesener Wirksamkeit und stimmungsaufhellenden Effekten ist nach einem einzigen Schlafentzug eine dauerhafte Verringerung der Symptomatik nur bei rund 5% der behandelten Patienten zu erwarten (vgl. Volk, 1998, S. 104f.).

7.4 Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)

Die Kognitive Verhaltenstherapie ist unter den psychologischen Behandlungsansätzen anzuführen. Diese hat sich zur Behandlung akuter Depressionen deswegen in den letzten Jahrzehnten bewährt, weil sie als problemzentrierte, organisierte und spezialisierte Intervention für depressive Störungen eine effiziente Maßnahme im psychologischen Bereich darstellt (vgl. Hautzinger, 2010a, S. 48).

Lange Zeit verstand man unter den Konzepten der Verhaltenstherapie reine Theorien des Lernens, welche keine Rücksicht auf die Vorgeschichte eines Individuums nahmen. Unter dieser Annahme galt, dass behaviorale Modifikationen ohne Bezug zum lebensgeschichtlichen Hintergrund eines Menschen auf Bestärkung sowie Bestrafung zurückzuführen sind (vgl. Niklewski, Riecke-Niklewski, 1998, S. 94). Heute umfasst die Verhaltenstherapie jedoch *„eine Vielzahl von Behandlungsmethoden, die alle auf der Annahme beruhen, dass menschliches Verhalten erlernt ist und daher auch wieder verlernt werden kann“* (Margue, 2007, S. 103). Als primäre Zielsetzung gilt, dass erlernte Verhaltensformen, die als Ursache für die Krankheitsentwicklung verantwortlich gemacht werden können, einer Modifikation unterzogen werden müssen, damit adaptive Verhaltensweisen übernommen und praktiziert werden können (vgl. Margue, 2007, S. 103).

„Die automatisch ablaufenden kognitiven Prozesse sind das Ergebnis von Lernen und Sozialisation, nicht der Ausdruck von Absicht oder Unvermögen“ (Hautzinger, 2010a, S. 62). Trotz dieses Umstandes werden manche Reaktionen als abstrakte, widersprüchliche oder unangemessene Vorgänge angesehen. Dabei liegt die Ursache dieser Unangemessenheit in der eindimensionalen Wahrnehmung der depressiven Personen (vgl. Hautzinger, 2010a, S. 62).

Alles-oder-nichts-Denken	Du siehst alle Dinge in Schwarz-Weiß-Kategorien. Sobald deine Leistung nicht ganz so perfekt ist, siehst du dich als totalen Versager an.
Übertriebene Verallgemeinerung	Du siehst ein einzelnes negatives Ereignis als Modell einer unendlichen Serie von Niederlagen.
Geistiger Filter	Du greifst dir ein einzelnes negatives Detail heraus und suhlst dich ausgiebig darin, so dass dein gesamtes Wirklichkeitsbild getrübt wird, genauso, wie ein Tropfen Tinte einen ganzen Becher Wasser einfärbt.
Abwehr des Positiven	Du weist positive Erfahrungen ab, indem du darauf bestehst, dass sie aus irgendeinem Grund „nicht zählen“. Auf diese Weise kannst du deine negative Gedankenüberzeugung aufrechterhalten, die ganz im Gegensatz zu deinen alltäglichen Erfahrungen steht.
Voreilige Schlussfolgerungen	Du gelangst zu negativen Interpretationen, auch wenn keine unumstößlichen Tatsachen vorhanden sind, die deine Schlussfolgerungen erhärten können. - <i>Gedankenlesen</i> : Du bildest dir ein, dass dir jemand ablehnend gegenübersteht und machst keinerlei Anstalten, dir darüber Klarheit zu verschaffen. - <i>Falsche Vorhersagen</i> : Du erwartest, dass die Dinge sich ungünstig entwickeln werden, und du bist überzeugt, dass deine Vorhersage eine bereits feststehende Tatsache ist.
Über- und Untertreibung	Du überschätzt die Wichtigkeit bestimmter Dinge (zum Beispiel einen deiner Fehler oder die Leistung eines anderen) oder du unterschätzt andere Aspekte so stark, dass sie schließlich ganz winzig erscheinen (zum Beispiel deine eigenen Fähigkeiten oder die Schwächen anderer Leute).
Emotionale Beweisführung	Du nimmst an, dass deine negativen Gefühle notwendigerweise genau das ausdrücken, was wirklich geschieht: „Ich fühle es, also muss es wahr sein.“
Wunschaussagen	Du versuchst, dich mit Aussagen wie „man sollte“ oder „man sollte nicht“ zu motivieren. Anforderungen, wie „man muss“ oder „es hätte sich gehört“ gehören ebenfalls dazu. Durch den Druck, der dadurch entsteht, fühlst du dich aber teilnahmslos.
Etikettierungen	Hierbei handelt es sich um eine besonders übertriebene Form der Verallgemeinerung. Anstatt dir über deinen Irrtum klarzuwerden, drückst du dir ein negatives Etikett (Selbstbeschreibung) auf. Es lautet: „Ich bin ein ewiger Verlierer.“ Wenn das Verhalten eines anderen bei dir Anstoß erregt, gibst du ihm ein negatives Etikett: „Er ist ein Vollidiot!“ Falsches Etikettieren bedeutet, ein Ereignis mit einer ungenauen und emotional aufgeladenen Sprache zu beschreiben.
Dinge persönlich nehmen	Du glaubst, für ein negatives äußeres Ereignis verantwortlich zu sein, obwohl du damit in Wirklichkeit gar nichts zu tun hast.

Tabelle 9: Gedankliche Verzerrungen und idiosynkratische Denkfehler vieler Depressiver (Hautzinger, 2010a, S. 63)

Aufgrund der in der Tabelle angeführten Kognitionen werden bei Interventionen, die aus dem Feld der kognitiven Verhaltenstherapie stammen, hauptsächlich defizitäre Verhaltensmuster, Werthaltungen und Interpretationen aufgearbeitet. Der Patient soll erkennen, dass defizitäre Prozesse krankheitsfördernde Faktoren darstellen und einer Wandlung unterzogen werden müssen, um die Krankheitszeichen der Depression reduzieren beziehungsweise beseitigen zu können (vgl. Margue, 2007, S. 103f.).

Um diese kognitiven Mängel beeinflussen und verändern zu können, bestehen zahlreiche Techniken, welche Pössel und Hautzinger (2009) in der folgenden Tabelle zusammengefasst haben (vgl. Hautzinger, 2010a, S. 64).

	Gedankliche Verzerrungen	Kognitive Interventionen
Übergeneralisierung	Wenn es in einem Fall stimmt, dann trifft es in jedem ähnlichen Fall auch zu.	Aufdecken der mangelhaften Logik. Suche nach Kriterien, welche Fälle „ähnlich“ sind bzw. in welchem Ausmaß sie es sind.
Selektive Abstraktion	Die einzigen Ereignisse, die zählen, sind Misserfolge, Entbehrungen usw. Man sollte sich an Irrtümern und Schwächen messen.	Man lasse den Patienten Buch führen, um die von ihm/ihr unbeachteten Erfolge identifizieren zu können.
Übertriebenes Verantwortungsgefühl	Ich bin verantwortlich für jedes Misslingen, Versagen usw.	Reattribution, alternative Erklärungen zusammentragen.
Annehmen einer zeitlichen Kausalität, Vorhersage ohne zeitliche Evidenz	Wenn es in der Vergangenheit zutraf, wird es immer zutreffen.	Aufdecken der mangelhaften Logik. Benennen von Faktoren, die das Ergebnis ungeachtet früherer Ereignisse beeinflussen können.
Bezugnahme auf die eigene Person	Ich stehe im Mittelpunkt der allgemeinen Aufmerksamkeit.	Benennen von Kriterien, um festzustellen, wann und unter welchen Bedingungen der Patient im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht.
Katastrophisieren	Denke immer an das Schlimmste. Es wird dir sicher zustoßen.	Kalkulieren realistischer Wahrscheinlichkeiten. Konzentration auf Ereignisse, bei denen nicht das Schlimmste eintraf.
Dichotomes Denken	Es gibt nur zwei extreme Beurteilungskriterien (schwarz oder weiß, gut oder schlecht).	Demonstrieren, dass Ereignisse anhand eines Kontinuums beurteilt werden.

Tabelle 10: Kognitionsverändernde Techniken (Pössel, Hautzinger, 2009 In: Hautzinger, 2010a, S. 64)

Hinsichtlich der Anwendung kognitionsverändernder Techniken muss berücksichtigt werden, dass der Prozess einer kognitiven Veränderung häufig eine längere Behandlungsperiode in Anspruch nimmt und potentielle Rückfälle nicht ausgeschlossen werden können. Die erlernten Automatismen treten besonders in Krisensituationen wieder in den Vordergrund, wodurch gefühlsmäßige Reaktionen schwerwiegend beeinträchtigt werden. Aus diesem Grund müssen diese Techniken durch regelmäßiges Training eingeübt und angewandt werden, um eine erfolgreiche Veränderung und Verbesserung „gedanklicher Mängel“ herbeiführen zu können (vgl. Hautzinger, 2010a, S. 65).

Zum Abschluss der Therapie sollte der Patient in seinen Verhaltensweisen, Denkmustern sowie in seiner Werthaltung soweit geübt sein, dass er die erlernten Verhaltensweisen zur Verhinderung des Wiederauftretens depressiver Zustände eigenständig anwenden kann (vgl. Margue, 2007, S. 103f.).

7.5 Interpersonelle Psychotherapie (IPT)

Historisch betrachtet ist die interpersonelle Psychotherapie (IPT) auf Adolph Meyer (1957) zurückzuführen, der für die Entstehung psychischer Krankheiten das gesellschaftliche Umfeld eines Individuums als bedeutsamen Faktor betrachtet. Dabei betrifft diese Form psychotherapeutischer Interventionen sowohl den psychodynamischen als auch den lerntheoretischen Bereich. Der theoretische Hintergrund basiert auf der Hypothese, dass eine depressive Krankheitsentstehung als Folge zwischenmenschlicher Defizite resultiert (vgl. Volk, S. 94f.).

Dieser therapeutische Zugang vertritt ferner die Ansicht, dass die Entwicklung depressiver Erkrankungen grundsätzlich auf drei Entstehungsphasen basiert, auf der Symptombildung, auf sozialen und interpersonellen Beziehungen sowie auf Persönlichkeitsfaktoren. Dabei muss beachtet werden, dass eine depressive Störung neben individuellen Faktoren immer in einem gesellschaftlichen und zwischenmenschlichen Zusammenhang betrachtet werden muss. Als primäre Zielsetzungen sind im Allgemeinen die Reduktion beeinträchtigender Krankheitszeichen sowie die Lösung zwischenmenschlicher Konflikte anzuführen, ohne dabei mögliche Umgestaltungen innerhalb der individuellen Patientenpersönlichkeit zu verursachen (vgl. Hautzinger, 2010a, S. 73f.).

Wie bereits erwähnt, können therapeutische Interventionen zur Depressionsbehandlung nicht nur einzeln, sondern auch kombiniert zum Einsatz kommen. Dies gilt auch für Verfahren der interpersonellen Psychotherapie, wobei diese in den meisten Fällen mit pharmakologischen Behandlungen kombiniert werden. Im Wesentlichen sollten die angeführten Ziele interpersoneller Verfahren in einem Behandlungszeitraum von zwölf bis 20 Sitzungen verwirklicht werden, indem vor allem gegenwärtige Problematiken und aktuelle physische sowie psychische Beeinträchtigungen thematisiert und in Bearbeitung genommen werden sollten (vgl. ebenda, 2010a, S. 73f.).

Anfangssitzungen zum Symptommanagement (ca. 1. bis 3. Sitzung)

1. Auseinandersetzung mit der Erkrankung (Depression)
 - a) Symptomerhebung,
 - b) den Patienten über Depression und Behandlungsmöglichkeiten informieren,
 - c) der Patient erhält die „Krankenrolle“,
 - d) die Abklärung der Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung.
2. Herstellen des Zusammenhangs zwischen Erkrankung und interpersonellem Kontext durch Exploration der:
 - a) Art der Beziehungen,
 - b) Erwartungen des Patienten und der Bezugspersonen aneinander und Erfüllung dieser Erwartungen,
 - c) befriedigenden und unbefriedigenden Aspekte dieser Beziehung,
 - d) Veränderungswünsche des Patienten hinsichtlich der Beziehung.
3. Identifizieren von Problembereichen
 - a) Bestimmen des Hauptproblems, das mit dem Beginn der Erkrankung in Zusammenhang steht,
 - b) Festlegen von Behandlungszielen,
 - c) Bestimmen, welche Beziehungen bzw. welcher Aspekt einer Beziehung im Zusammenhang mit der Erkrankung steht und welche Veränderungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen,
 - d) IPT-Konzept erklären und schließen.

Tabelle 11: Anfangssitzungen zum Symptommanagement (ca. 1.-3. Sitzung) (Hautzinger, 2010a, S. 74f.)

Im Bereich der Durchführung ist weiters zu beachten, dass je nach problembedingten Konstellationen und individuellen Charaktereigenschaften depressiver Patienten unterschiedliche Bearbeitungstechniken zur Verbesserung neuer oder bereits vorhandener Problemlösungsstrategien sowie zur Modifikation sozialer Fähigkeiten und Fertigkeiten heranzuziehen sind (vgl. Volk, 1998, S. 94f.).

Dabei muss die methodische Vorgehensweise auf die Vermittlung effizienter Bewältigungsprozesse und Taktiken zentriert sein, die der Patient eigenständig zur Abwehr aktueller oder künftiger depressiver Entwicklungen einsetzen kann (vgl. Niklewski, Riecke-Niklewski, 1998, S. 96f.).

8 Suizid

Psychoanalytische Ansätze legen die Vermutung nahe, dass ein Selbstmord als letzter Ausweg, als letzte Etappe einer fortschreitenden depressiven Entwicklung angesehen werden kann (vgl. Heinemann, Hopf, 2001, S. 114f.), wobei Suizidalität, die auf schwerwiegende psychische Beeinträchtigungen zurückzuführen ist und weitere gravierende Störungen im kognitiven Bereich bewirken kann, nur bei menschlichen Wesen anzutreffen sei (vgl. Bronisch, 2007, S. 8).

Die Entfaltung suizidaler Kognitionen und Verhaltensweisen verlangt nicht die Existenz einer akut ausgeprägten Depression. Bereits schwache Verstimmungen reichen aus, um von derartigen Gedankengängen geplagt zu sein, wodurch das Risiko einer depressiven Person enorm ansteigt (vgl. Wagner, 2007, S. 37).

Als suizidale Verhaltensweisen sind Suizidankündigungen, seien es direkte Suizidhinweise oder seien es indirekte Androhungen, Suizidversuche und der tatsächliche Suizid anzuführen. Dabei sind den erwähnten Handlungen meistens massive Suizidgedanken vorausgehend, welche bereits bei sehr jungen Menschen in Erscheinung treten können (vgl. Sonneck, 2000, S. 151).

Laut Definition der Weltgesundheitsorganisation von 1989 stellt der Selbstmordversuch *„eine Handlung mit nicht tödlichem Ausgang dar, bei der ein Individuum absichtlich ein nicht habituelles Verhalten beginnt, das ohne Intervention von dritter Seite eine Selbstschädigung bewirken würde, oder absichtlich eine Substanz in einer Dosis einnimmt, die über die verschriebene oder im Allgemeinen als therapeutisch angesehene Dosis hinausgeht und die zum Ziel hat, durch die aktuellen oder erwarteten Konsequenzen Veränderungen zu bewirken“* (Bronisch, 2009, S. 37). Diese Beschreibung umfasst teilweise eine unmittelbare Gefährdung der persönlichen Integrität, sei es in körperlicher oder psychischer Hinsicht, die aber nicht unbedingt mit einem Todeswunsch in Verbindung stehen muss. Auf der anderen Seite verweist diese Begriffserklärung auf ein Verhalten, welches primär auf die Umgestaltung und Modifikation externer Rahmenbedingungen ausgerichtet ist (vgl. Bronisch, 2009, S. 37).

Es ist notwendig, zu verstehen, dass Suizidgedanken nicht unbedingt eine Selbsttötungswunsch beinhalten müssen und dass eine Selbstmordabsicht noch

keine definitive Entscheidung darstellt, womit Interventionen zur Verhinderung eingeleitet werden können (vgl. Sonneck, 2000, S. 164). Wissenschaftliche Untersuchungen in den letzten Jahren haben ergeben, dass

- *„etwa 20-30 % in den nächsten 10 Jahren einen weiteren Suizidversuch unternehmen werden;*
- *10% in den nächsten 10 Jahren an einem Suizid sterben werden;*
- *die höchste Suizidgefahr im ersten Halbjahr nach dem Suizidversuch besteht;*
- *der Grad der objektiven vitalen Lebensbedrohung kein Maß für die weitere Suizidgefährdung ist;*
- *ein erhöhtes Suizidrisiko bei Patienten besteht, die bereits in psychiatrischer Behandlung waren, sei es wegen Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit, sei es aufgrund depressiver, aber auch schizophrener Erkrankungen;*
- *etwa 10 % der Suizidversuche, die in Allgemeinkrankenhäusern nach Suizidversuch behandelt werden, durch psychotische Erkrankungen charakterisiert sind“ (Sonneck, 2000, S. 161f.).*

8.1 Suizidalität

„Suizidalität kann definiert werden als die Summe all derjenigen Denk- und Verhaltensweisen eines Menschen, die selbstdestruktiven Charakter haben und das eigene Versterben direkt oder indirekt in Kauf nehmen sowie dieses aktiv oder durch Unterlassung anstreben“ (Travers, 1998, S. 44).

Prinzipiell gilt, dass Personen, die an einer äußerst schweren depressiven Störung leiden, in der Regel suizidale Gedanken aufweisen, welche nicht nur massive Beeinträchtigungen des seelischen Wohlbefindens bewirken, sondern auch das mentale Gleichgewicht des Betroffenen verschieben (vgl. Wagner, 2007, S. 37).

Schätzungen zufolge sterben etwa 15-20% aller Patienten, die an einer rezidivierenden, depressiven Form erkrankt sind, durch Begehen eines Suizids (vgl. Lieb, Heßlinger, Jacob, 2006, S. 29). Der Selbstmord wird dabei in den meisten Fällen als letzter Ausweg aus einer aussichtslosen Krisensituation betrachtet, wenn das seelische Dilemma ein nicht mehr ertragbares Ausmaß annimmt und der Tod die Bedeutung einer rettenden Lösung annimmt. Der Beweggrund eines Selbstmordversuches kann häufig aber auch einen appellativen Charakter beinhalten

und muss nicht unbedingt mit dem Wunsch, zu sterben, verbunden sein (vgl. Niklewski, Riecke-Niklewski, 1998, S. 144f.).

Weitere Anhaltspunkte, anhand derer suizidale Verhaltensweisen begründbar sind, stellen extreme Emotionen der Verzweiflung und Erniedrigung, die Erlösung von Selbstvorwürfen, Minderwertigkeitskomplexe oder auch zwanghafte psychotische Aggressionen dar (vgl. Hautzinger, 2010a, S. 77).

Lässt man die Motive eines Selbsttötungsversuches unberücksichtigt, kann die Gemütslage und das Leben eines Individuums von suizidaler Gefährdung als eine Situation beschrieben werden, in der im Wesentlichen die negativen Aspekte und Emotionen dominieren. Das Dasein unter diesen Umständen ist somit für den Betroffenen unerträglich geworden, der Versuch, seinem Leben ein Ende zu setzen, stellt den letzten Ausweg aus dieser Krise dar. Hinsichtlich der Identifikation von Personen, welche tatsächlich einem unmittelbaren Selbsttötungsrisiko ausgesetzt sind, bestehen bis heute große Schwierigkeiten (vgl. Niklewski, Riecke-Niklewski, 1998, S. 144ff.).

Aus diesem Grund stellt die Suche nach potentiellen Suizidenten einen der anspruchsvollsten Aufträge im Bereich sozialer Tätigkeiten und Berufsfelder dar (vgl. Sonneck, 2000, S. 151).

*„Denn die einen sind im Dunkeln
Und die andern sind im Licht.
Und man siehet die im Lichte
Die im Dunkeln sieht man nicht“*

(Bertholt Brecht: Dreigroschenoper In: Bronisch, 2007, S. 8).

Als Hilfestellung zur Identifikation gefährdeter Personengruppen hat Bronisch (1998) die wichtigsten Faktoren, die auf eine akute Suizidalität hinweisen, zusammengefasst (vgl. Bronisch, 2009, S. 41).

Indikatoren für akute Suizidalität:
<ol style="list-style-type: none"> 1) Patient distanziert sich nicht von Suizidideen/Suizidversuch, auch nicht nach einem ausführlichen Gespräch 2) Patient erlebt drängende Suizidgedanken 3) Patient wirkt ausgesprochen hoffnungslos 4) Patient hat keine Zukunftsperspektive 5) Patient ist sozial isoliert, hat sich in letzter Zeit zunehmend zurückgezogen 6) Patient hat Konflikt, der zu Suizidideen/Suizidversuch führte, nicht gelöst 7) Patient reagiert ausgesprochen gereizt/aggressiv oder ist agitiert, ein tragfähiger Gesprächsrapport kommt nicht zustande 8) Patient hat schwere depressive Verstimmung, eventuell mit depressiven Wahnideen. <p><i>Anamnestische Aspekte:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Patient hat eine Suchterkrankung 2) Patient befindet sich in einer akuten psychotischen Episode 3) Patient hat einen oder mehrere Suizidversuche in der Vorgeschichte 4) Patient hat ein Suizidarrangement getroffen, das eine Auffindung schwierig oder unmöglich macht 5) Patient unternahm bereits einen Suizidversuch mit harter Methode oder hat Suizidgedanken mit harter Methode 6) Patient hat positive Familienanamnese mit Suiziden und/oder Suizidversuchen 7) Patient zeigt mangelnde Impulskontrolle, z.B. bei akuter Alkoholintoxikation und im Alkoholentzug

Tabelle 12: Indikationen für akute Suizidalität (Bronisch, 1998 In: Bronisch, 2009, S. 41)

Eine besondere Stellung nimmt im Rahmen der angeführten Indikationen die Existenz eines depressiven Gemütszustandes ein. Wie bereits angeführt, leidet beinahe jeder Suizident zumindest an einer leichten depressiven Gemütsverstimmung, wodurch es im Zuge der suizidalen Abklärung und Einschätzung notwendig ist, erstmals die entsprechenden Krankheitszeichen, wie Aufmerksamkeitsstörungen, Niedergeschlagenheit, gedrückte Stimmung, etc., zu identifizieren (vgl. Bronisch, 2009, S. 41).

Ferner werden im Bereich der Identifikation suizidgefährdeter Personen die Kriterien der Risikogruppen, der suizidalen Entwicklung und des präsuizidalen Syndroms als Hilfestellung herangezogen (vgl. Sonneck, 2000, S. 151).

8.2 Risikogruppen und Risikofaktoren

Als potentiell suizidgefährdete Personen gelten Populationen, deren suizidale Gefährdung von einem höheren oder deutlich höheren Maße ist als jenes der normalen Bevölkerung (vgl. Sonneck, 2000, S. 151f.).

1. „Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige,
 2. Depressive aller Arten,
 3. Alte und Vereinsamte,
 4. Personen, die durch eine Suizidankündigung, und
 5. solche, die durch einen Suizidversuch (Parasuizid) auffällig wurden“
- (Sonneck, 2000, S. 152).

Bezüglich der Risikogruppe von Menschen, die an einer depressiven Krankheit leiden, ist anzumerken, dass etwa 30% aller unternommenen Suizide auf diese Population zurückzuführen sind (vgl. Sonneck, 2000, S. 152).

Ferner können neben den bereits angeführten Indikationen akuter Suizidalität einige Einflussgrößen genannt werden, die aufgrund bestimmter Lebensbedingungen ebenso für eine ausgeprägte suizidale Gefährdung sprechen (vgl. Travers, 1998, S. 44f.).

Suizidale Risikogruppen unter Berücksichtigung bestimmter Lebenssituationen:
<ul style="list-style-type: none"> – Die Geschlechterkorrelation zeigt bei den Suiziden ein deutliches Überwiegen der Männer, wobei bei den Suizidversuchen der Frauenanteil führend ist – Bei den Suiziden überwiegt der Anteil der Menschen über 50 Jahre, bei den Suizidversuchen der Anteil der Menschen zwischen dem 15. und 35. Lebensjahr – Menschen mit Suiziden in der Familienanamnese – Menschen in biologischen Krisen (z.B. Pubertät, Wechseljahre) – Ältere (einsame) Menschen – Menschen mit schweren körperlichen Erkrankungen, chronisch oder unheilbar Kranke (gerade bei Menschen über 60 Jahren spielen schwere körperliche Erkrankungen häufig eine Rolle) – Flüchtlinge und aus ethnischen, religiösen oder politischen Gründen Verfolgte – Alleinstehende ohne enge Beziehungen, besonders ohne familiäre Bindungen – Menschen, die schon einmal mit Suizid gedroht oder einen Suizidversuch unternommen haben. Besonders in den ersten Monaten nach einem Suizidversuch ist statistisch gesehen die Wahrscheinlichkeit für einen erneuten Versuch hoch – Menschen mit psychischen Krankheiten: <ul style="list-style-type: none"> • Depressive, die noch bzw. wieder genug Antrieb zum Suizid haben • Menschen mit Wahnideen und Halluzinationen. Bei solchen Patienten kann der Suizidversuch z.B. auch durch Stimmen, die den Suizid befehlen, ausgelöst werden • Alkoholranke, Medikamenten- und Drogenabhängige – Inhaftierte – Menschen in schwierigen Lebenssituationen (Arbeitslosigkeit, Verschuldung...)

Tabelle 13: Suizidalität unter Berücksichtigung bestimmter Lebenssituationen (Erstellt nach: Grunst, Renn, 2006, S. 469f.)

Vor allem junge Frauen, deren depressive Episode auf akute Belastungs- oder Krisensituationen zurückzuführen ist, sind einem gesteigerten Suizidrisiko ausgesetzt. Ihre suizidalen Verhaltensweisen sind dabei meist von impulsiver Natur. Häufig werden von weiblichen Suizidenten „weiche“ Methoden zur Selbsttötung gewählt, wie beispielsweise eine Überdosis an Tabletten, weil diese nicht unbedingt

mit einem tödlichen Ausgang verbunden sein müssen. Im Gegensatz zu Frauen ergreifen Männer in der Regel „harte“ Methoden, welche lediglich - wenn überhaupt - nur ein kleines Zeitfenster für eine mögliche Rettung aus der lebensbedrohlichen Situation bieten. Diese Methoden zeichnen sich durch extreme Brutalität und Skrupellosigkeit aus. Erschießen, Erhängen oder andere Tätigkeiten, bei denen der Tod als garantierte Konsequenz eintritt, sind unter diesen Vorgehensweisen anzuführen (vgl. Travers, 1998, S. 44f.).

Im Rahmen der Einschätzung und Bewertung suizidaler Gefährdungen bei depressiven Personen müssen nach Pöldinger (1980) die folgenden Risikofaktoren berücksichtigt werden (vgl. Gosciniak, 1998, S. 30).

Suizidhinweise	kritische Situation	verstärkende Faktoren	Umweltsituation
<ul style="list-style-type: none"> • frühere Selbstmordversuche • Suizid einer Bezugsperson • direkte/indirekte Suiziddrohung • konkrete Vorstellungen über Art und Weise des Suizids 	<ul style="list-style-type: none"> • Beginn und Abklingen depressiver Phasen • Versündigungs- oder Krankheitswahn • biologische Krisenzeit wie Pubertät, Gravidität etc. • Alkoholismus, Toxikomanie • unheilbare Krankheit 	<ul style="list-style-type: none"> • „unheimliche Ruhe“ nach Unruhe und SM-Drohung • angstvoll-agitiertes Verhalten • Insuffizient und Schuldgefühle • Affekt- u. Aggressionsstau • quälende Dys-somnie, chronische Schmerzen • richtungsweisende Träume 	<ul style="list-style-type: none"> • familiäre Zerrüttung in der Kindheit • berufliche oder finanzielle Probleme • Mangel an Aufgaben und Lebensperspektiven • soziale Isolation • Scheidung, Verlust von Bezugspersonen • mangelnde religiöse Bindung

Tabelle 14: Risikofaktoren bezüglich der Suizidalität (Pöldinger, 1980 In: Gosciniak, 1998, S. 30)

Ein erhöhtes Suizidrisiko besteht beispielsweise, wenn der Depressive von Entmutigung, Verlust des Lebenssinns und Minderwertigkeitskomplexen geplagt wird. Für depressive Personen in einem solchen Stadium sind Aussagen wie: „Ich habe die Bedeutung meines Lebens verloren!“ oder „Es wäre für alle besser, wenn ich nicht mehr da wäre“ typisch und lassen bereits auf eine ausgeprägte Suizidgefahr schließen (vgl. Niklewski, Riecke-Niklewski, 1998, S. 144f.).

Bei Suizidgefährdeten, die von ausgesprochener Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit gekennzeichnet sind, findet das Denken nur mehr im Hier und Jetzt statt. Jeglicher Zukunftsbezug sowie die Abwägung möglicher Konsequenzen für Angehörige, die durch den Suizid verursacht werden könnten, sind verloren gegangen. Die auslösende Ursache oder der Konflikt, die als Motiv für die Suizidgedanken gelten, bleiben ungelöst. Einziger Lösungsweg für den Patienten bietet die Durchführung seines tatsächlichen Suizides (vgl. Hautzinger, 2010a, S. 77f.).

8.3 Suizidale Entwicklung

Ähnlich wie die Umformung eines gewöhnlichen Trauerverhaltens in eine deutlich erkennbare Depression kann ebenso der Gedankengang an einen Suizidversuch fließend zu einer tatsächlichen Selbsttötung übergehen, wobei diese Wandlung beziehungsweise Gefahr für Außenstehende oftmals nicht wahrnehmbar ist (vgl. Travers, 1998, S. 44f.).

Pöldinger (1968) führt an, dass jeder suizidalen Aktivität ein suizidaler Entstehungsprozess, welcher mehrere entwicklungsbedingte Phasen umfasst, vorausgeht (vgl. Sonneck, 2000, S. 167).

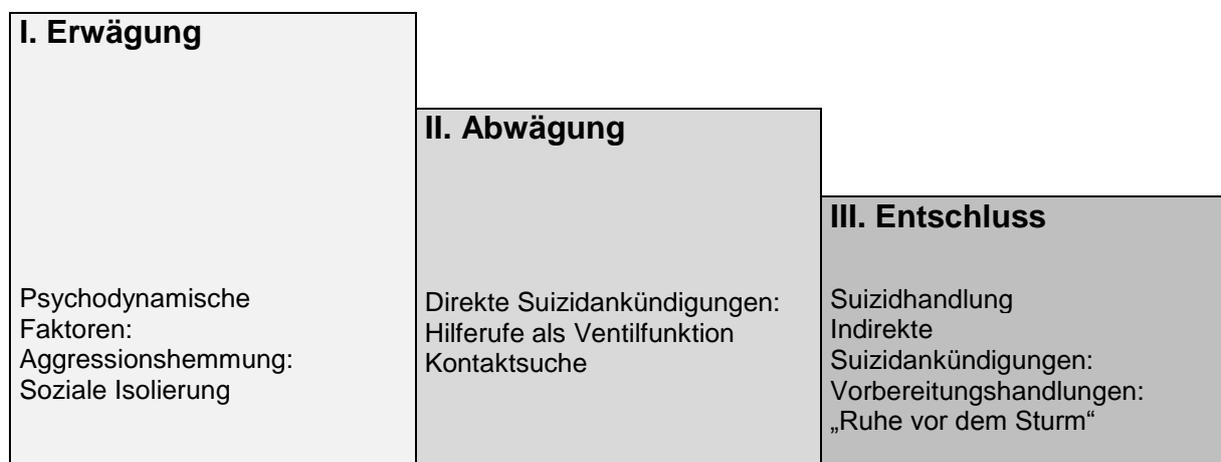


Abbildung 4: Stadien der suizidalen Entwicklung (Pöldinger, 1968 In: Sonneck, 2000, S. 167)

In der ersten Phase, der Erwägung, wird die Selbsttötung als Bewältigungsstrategie, also als potentieller Lösungsversuch betrachtet, wobei noch kein konkreter Entschluss einer endgültigen Durchführung getroffen ist. Diese Phase ist besonders von unterschwelligem Emotionen gekennzeichnet, in der unter anderem tiefsitzende Aggressionen ins Bewusstsein gelangen, die aber nicht nach außen hin abgebaut werden können (vgl. Sonneck, 2000, S. 167). Diese Phase bezeichnet Pöldinger als Stadium der Erwägung, in welcher die „Distanzierung und Steuerungsfähigkeit“ (Grunst, Renn, 2006, S. 472) der betroffenen Person noch im vollen Maß aktiv sind. Pöldinger sieht im Selbstmord eine potentielle Problemlösungs- beziehungsweise Bewältigungsmethode, durch welche der Suizident seinen aktuellen Konflikten zu entfliehen versucht (vgl. Grunst, Renn, 2006, S. 472).

Wird die Option des Suizids einmal bewusst als Lösungsweg bewertet, werden einerseits lebenserhaltende und andererseits destruktive Energien, die in allen stecken, freigesetzt. Diese Zwiespältigkeit bezieht sich auf die Thematik der zweiten

Phase, der Abwägung (vgl. Sonneck, 2000, S. 167). Pöldinger beschreibt dieses Stadium als eine von Suizidimpulsen und mehrdeutigen Gedankengängen geprägte Phase, wobei der anfänglich erhaltenen Distanzierung und Steuerungsfähigkeit bereits beeinträchtigende Hindernisse entgegengestellt sind (vgl. Grunst, Renn, 2006, S. 472).

Die Theorie Sigmund Freuds, in welcher die Erkenntnis im Vordergrund steht, dass der Suizid als eine gegen das Ich gerichtete Aggression aufgefasst werden kann, untermauert die Beschreibung Pöldingers selbstzerstörerischer Verhaltensweisen in dieser suizidalen Entwicklungsphase. Freud verweist in seinen Ansichten jedoch nicht nur auf die Bedeutung der Aggression, sondern auch auf die Wichtigkeit selbstsüchtiger Problematiken (vgl. Heinemann, Hopf, 2001, S. 114f.).

Charakteristisch für depressive Personen, die sich in dieser Entwicklungsphase befinden und zunehmend suizidalen Gedanken verfallen, ist, dass die plötzlich auftretenden destruktiven und selbstverletzenden Verhaltensweisen unter Umständen bereits zu lebensbedrohlichen Konsequenzen führen können. Zu diesen riskanten Aktionen zählen beispielsweise ein übermäßiger Konsum beeinträchtigender Substanzen oder andere waghalsige Aktivitäten, die möglicherweise ein letales Ende nehmen könnten. Als alarmierender Aspekt kann ebenso das Überlassen geliebter Gegenstände, die mit einem emotionalen Wert verbunden sind, bewertet werden (vgl. Niklewski, Riecke-Niklewski, 1998, S. 144ff.).

Hinweise einer vorangeschrittenen suizidalen Entwicklung:
– Plötzliche, unerklärliche Ruhe und Freude nach vorangegangener Phase der Verzweiflung („präsuizidale Aufhellung“, Erleichterung über den Entschluss der Selbsttötung)
– Verfassen eines Testaments
– Verschenken von persönlichem Eigentum
– Sammeln von Medikamenten
– Heftige Selbstvorwürfe oder Schuldwahn
– Aussagen über Sinnlosigkeit des Lebens
– Reden über Suizid, besonders bei Angabe konkreter Vorstellungen und Pläne
– Bericht über drängende Impulse, sich umzubringen
– Angabe von imperativen Stimmen, die den Suizid befehlen
– Antriebssteigerung durch Medikamente bei weiter bestehender depressiver Verstimmung
– Frühere Suizide, Suizide in der Familie

Tabelle 15: Anzeichen fortgeschrittener suizidaler Entwicklung (Erstellt nach: Grunst, Renn, 2006, S. 472)

Einige Suizidenten tragen ihre suizidale Belastung offen nach außen. Sie äußern beispielsweise konkrete Pläne, in welcher Art und Weise sie ihrem Leben ein Ende setzen wollen oder sprechen ihre Bewunderung gegenüber Personen aus, die

bereits einen Suizid begangen haben (vgl. Niklewski, Riecke-Niklewski, 1998, S. 144ff.).

Direkte Suizidankündigungen mit appellativen Charakteristiken stellen häufig aber auch Versuche einer Person dar, Hilfe von Außen zu bekommen. Diese Androhungen dürfen keinesfalls unberücksichtigt bleiben, da ansonsten die dritte Phase, der endgültige Entschluss, die Suizidhandlung durchzuführen, in Kraft tritt. Ist die definitive Entscheidung gefallen, dem Leben ein Ende zu setzen, stellt sich erstmals seit Beginn der Krise und der suizidalen Entwicklung ein Zustand innerer Ruhe und Entspannung beim Betroffenen ein. Dieser ungewohnte, psychische Zustand der zum Suizid bereiten Person wird von der sozialen Umgebung meist wahrgenommen, aber falsch interpretiert. Oftmals glauben Außenstehende, dass ihr Angehöriger infolge einer Krisenbewältigung wieder zur gewohnten Normalität zurückgekehrt ist und sein inneres Gleichgewicht wiederhergestellt hat (vgl. Sonneck, 2000, S. 167).

In diesem Stadium sind jedoch die Fähigkeiten der Distanzierung und Steuerung zur Gänze inaktiv, die Entscheidung zur Selbstmordhandlung ist bereits besiegelt, weshalb konkrete Planungen zur Durchführung des Suizids vorgenommen werden (vgl. Grunst, Renn, 2006, S. 472).

8.3.1 Planung des Suizids

Die Planung eines Suizids kann bedeutsame und aufschlussreiche Informationen zur Bewertung und Beurteilung der jeweiligen Suizidgefährdung einer Person liefern. Bezüglich der Beurteilung des Selbsttötungsrisikos sind von Professionen im Wesentlichen die folgenden drei Aspekte zu berücksichtigen. Primär muss erhoben werden, welche Gefahren die ausgewählte Methodik zur Durchführung des Suizids mit sich bringen. Methoden, wie sich zu erschießen oder zu erhängen, bergen weitaus größere Todesgefahren als die Einnahme von Medikamenten, da bei dieser nicht unbedingt mit einem tödlichen Ausgang zu rechnen ist (vgl. Aguilera, 2000, S. 239). Im Rahmen der suizidalen Bewertung nach Methodenselektion muss jedoch berücksichtigt werden, dass keinesfalls aufgrund der gewählten Vorgehensweise differenziert werden kann, ob als Zielsetzung tatsächlich eine endgültige Selbsttötung oder ein hilfesuchender Parasuizid angestrebt worden ist (vgl. Travers, 1998, S. 44f.).

Als zweiter Anhaltspunkt zur Einschätzung der Suizidalität muss geklärt werden, welche Hilfsmittel einem Suizidenten zur Durchführung überhaupt zur Verfügung stehen. Dabei muss erläutert werden, ob der Betroffene die nötigen Hilfsmittel einsetzen kann, wodurch die Androhung einer Person, sich zu erschießen, besonders ernst genommen werden sollte, wenn diese auch tatsächlich im Besitz einer Waffe ist (vgl. Aguilera, 2000, S. 239). Im Zuge der Verfügbarkeit von Tatwaffen sind aufgrund regionaler Bestimmungen Differenzen anzutreffen, wodurch Planungen und Vorgehensweisen von Suizidenten beeinflusst werden. Dieser Sachverhalt kann durch einen Vergleich zwischen den USA und Europa verdeutlicht werden. Da in Amerika aufgrund der gesetzlichen Waffenbestimmungen deutlich mehr Menschen im Besitz von Schusswaffen sind, nimmt die Zahl der Selbstmorde durch Erschießen dort ein wesentlich drastischeres Ausmaß an als in Österreich oder Deutschland (vgl. Travers, 1998, S. 44f.).

Abschließend muss geklärt werden, wie realistisch eine Suizidankündigung beziehungsweise wie konkret die Planung eines Selbstmordes aufbereitet worden sind. Damit ist gemeint, ob der Suizident möglicherweise bereits einen konkreten Zeitpunkt des Suizids festgelegt hat, welche Vorkehrungen schon getroffen worden und wie stark die Gedanken an das Begehen des Suizids ausgeprägt sind. Treffen diese Aspekte zu, liegt ein besonders kritisches Suizidrisiko vor (vgl. Aguilera, 2000, S. 239).

8.4 Präsuizidales Syndrom

Bei Suizidversuchen von Personen, die an keiner psychischen Erkrankung leiden, liegt häufig ein sogenanntes „präsuizidales Syndrom“ vor. Die Betroffenen sind von Vereinsamung, sozialer Isolation und unter Umständen von aggressiven Stimmungen gegenüber ihrem sozialen Umfeld geprägt. Diese Aggressionen können jedoch nicht nach außen hin mitgeteilt werden, wodurch negative Reaktionen vom Patienten auf sich selbst übertragen werden (vgl. Grunst, Renn, 2006, S. 469).

Die These des präsuizidalen Syndroms dient ebenso wie bereits angeführte theoretische Ansätze als Hilfestellung zur Abschätzung der jeweiligen Selbstmordgefährdung von Patienten. Dabei ist die Beschreibung und Charakterisierung dieses Syndroms auf den Arzt und Individualpsychologen Erwin Ringel zurückzuführen, der mithilfe des präsuizidalen Syndroms den aktuellen

psychischen Zustand des Patienten vor der konkreten Suizidhandlung erläutert (vgl. Glatzel, 1982, S. 190).

Diese seelische Gemütsverfassung, den eine suizidgefährdete Person unmittelbar vor der Selbstmordhandlung aufweist, erklärt Ringel (1953) anhand von drei Merkmalen, durch „*die Einengung, durch gehemmte und gegen die eigene Person gerichtete Aggression sowie abschließend durch Selbstmordphantasien*“ (Sonneck, 2000, S. 168). Diese drei Charakteristika beeinflussen sich in einem wechselseitigen Zusammenspiel und bewirken in Form einer Intensivierung die Selbstmordhandlung, sofern intervenierende Handlungen unterlassen bleiben (vgl. Sonneck, 2000, S. 168).

Die erste Eigenschaft, die Einengung, kann als situationsbedingte Hemmung betrachtet werden, welche besonders der Auslebung individueller Kompetenzen Barrieren auferlegt. Diese Hemmung tritt infolge des Erlebens gravierender Misserfolge oder begrenzender Verhaltensweisen auf (vgl. ebenda, 2000, S. 168f.).

Davon Betroffene treten der Befriedigung alltäglicher Bedürfnisse mit Überforderung und Stress gegenüber. In akuten Fällen werden jegliche Tätigkeiten und Aktivitäten in sozialer, beruflicher, familiärer und hygienischer Hinsicht vernachlässigt oder kommen gar zum Stillstand (vgl. Wagner, 2007, S. 39).

Als wesentlich einschneidender wird jedoch die „*dynamische Einengung*“ (Sonneck, 2000, S. 168) wahrgenommen, welche weitgehend die Vernunft sowie Emotionen und Verhaltensweisen eines Patienten betreffen (vgl. Sonneck, 2000, S. 168f.). Die Gemütslage ist dabei von schwerer Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit und vielen anderen pessimistischen Gedanken geprägt (vgl. Wagner, 2007, S. 37).

Im Hinblick auf das zweite Kennzeichen des präsuizidalen Syndroms, der gehemmten Aggression, muss geklärt werden, „*ob diese Hemmung auf eine spezifische Persönlichkeitsstruktur, auf spezielle psychische Erkrankungen oder auf fehlende oder sehr problematische zwischenmenschliche Beziehungen zurückgeht*“ (Sonneck, 2000, S. 169), um durch therapeutische Interventionen eine Linderung beziehungsweise Beseitigung der lebensbedrohlichen Umstände erzielen zu können (vgl. Sonneck, 2000, S. 168f.).

Diesbezüglich weist der Suizidgefährdete die Hemmung auf, seine Aggression gegenüber anderen Personen zum Ausdruck zu bringen. Diese Hemmschwelle gilt

jedoch nicht für die Ausübung aggressiver Verhaltensweisen gegen das eigene Ich. Als Anzeichen, die ebenso für eine erhöhte bis akute Suizidalität sprechen, können erstmals getätigte Suizidankündigungen sowie klare Vorstellungen hinsichtlich der Durchführung von Selbsttötungen bewertet werden (vgl. Wagner, 2007, S. 39).

Als letztes Kriterium des von Ringel formulierten Syndroms ist anzumerken, dass *„die Kombination von Suizidgedanken mit affektiver Einengung (fehlende affektive Resonanz, mangelndes affektives Ansprechen) deutlich auf Suizidalität hinweist“* (Sonneck, 2000, S. 169). Das bedeutet, dass Selbstmordvorstellungen, die aktiv getätigt werden, häufig als appellative Anzeichen im Sinne eines hilfesuchenden Parasuizides gedeutet werden können. Treten derartige Drohungen oder Ankündigungen jedoch in latenter Weise nach außen und erfolgt die konkrete Planung eines tatsächlichen Selbstmordes, so ist von einer akuten, lebensbedrohlichen Gefährdung der betroffenen Person auszugehen, wodurch ehestens professionelle Kriseninterventionen eingeleitet werden müssen. Trotz des Umstandes, dass die meisten Parasuizide einen appellativen, also hilfesuchenden Charakter beinhalten, dürfen auch diese nicht bagatellisiert werden (vgl. Sonneck, 2000, S. 169).

8.4.1 Falldarstellung

„(...) Ich bin ein Eisblock, alles prallt an mir ab, und ich spüre nichts mehr. Alle Leidenschaft ist weg. Ich kann nichts Gutes finden, empfinde alles als sinnlos und frage mich, wofür ich noch lebe. Ich lebe anscheinend nur noch, um mechanisch meine Ziele zu erreichen, aber was ist das für ein Leben? Vielleicht das echte Leben? Sieht so die Realität aus? Ist die Welt tatsächlich so trist und arm? War alles andere Illusion? Was ist mit all den Ideen und Träumen, die ich einmal hatte? War das alles falsch? Soll das jetzt so weitergehen? (...) Ich traue mir nicht mehr. Ich traue mich nicht, Energie und Arbeit in etwas zu stecken, weil ich befürchte, dass es wieder eine Illusion ist. Wozu mich noch anstrengen? Ist doch alles wahrscheinlich der falsche Weg (...) Ich renne und renne, ich schwanke, ich treibe, ich verliere mich und alles bleibt, wie es ist. Ich bin fertig. (...)“
(Erfahrungsbericht In: Wagner, 2007, S. 39).

Menschen, die sich in einer derartig aussichtslosen Lage befinden, empfinden kleinste Ansprüche und Erwartungen an sich als überfordernd. Noch so belanglose

Begebenheiten können dazu führen, dass sich die bereits prekäre Situation zu einem kritischen Höhepunkt ausweitert. Die Komplexität derartiger Geschehnisse dominiert verstärkend die Psyche sowie den Körper des Betroffenen, wodurch Emotionen der Verzweiflung und Einschränkungen bezüglich autonomer Entscheidungskompetenzen resultieren. Diese Umstände reduzieren in weiterer Folge die Sinnhaftigkeit sowie den Wert des eigenen Daseins, die natürliche Hemmschwelle des Menschen, seinem Leben ein Ende zu setzen, sinkt auf ein kritisches, lebensgefährliches Niveau. All diese Anzeichen, von denen der angeführte Erfahrungsbericht handelt, können als Hinweise für das Vorliegen eines präsuizidalen Syndroms bewertet werden (vgl. Wagner, 2007, S. 39).

8.5 Krisenintervention bei Suizidenten

Bei Personen, die sich in einer seelischen Krise befinden, liegt oftmals eine akute suizidale Gefährdung vor, wodurch im Zuge einer Krisenintervention die Notwendigkeit einer umfassenden Einschätzung der jeweiligen Suizidalität von Krisenpatienten besteht. Ist eine gravierende suizidale Ausprägung beim Klienten vorzufinden, muss diese unmittelbar in Bearbeitung genommen werden. Dabei müssen sich Therapeuten oder andere Fachleute genügend Zeit zur Identifizierung der Suizidproblematik einräumen (vgl. Dross, 2001, S. 54ff.).

Interventionsmaßnahmen, die aufgrund eines Suizidversuches eingeleitet werden, umfassen im Wesentlichen drei Phasen. Diese beinhalten einerseits Verfahren, deren primäre Zielsetzung einer raschen Reduktion somatischer Beeinträchtigungen gelten, diagnostische Erhebungen zur Identifikation potentieller psychischer Erkrankungen und andererseits Interventionen, die spezifisch der Krise gewidmet sind (vgl. Sonneck, 2000, S. 157).

Da der Selbstmord die letale Konsequenz einer akut ausgeprägten, depressiven Störung darstellt, benötigen Angehörige eines Kriseninterventionsteams umfassende Kompetenzen, um einen Suizidenten sowie dessen suizidale Gefährdung erfassen und richtig einschätzen zu können (vgl. Hautzinger, 2010b, S. 56). Aus diesem Grund wird gegenwärtig die Krise als das für die Behandlung ausschlaggebende Kriterium betrachtet, da diese häufig der Wegbereiter einer akuten Suizidgefährdung ist und derartige Verhaltensweisen als potentielle Bewältigungstechniken aus einer verfahrenen Situationen angeführt werden können (vgl. Sonneck, 2000, S. 152f.).

Im Rahmen von Kriseninterventionen, die infolge eines Suizidversuches eingeleitet werden, ist es wichtig, dass therapeutische Fachkräfte gegenüber suizidalen Verhaltensweisen eine objektive Stellung vertreten, wobei zum Aufbau einer effektiven Beziehung zum Klienten die folgenden Leitlinien berücksichtigt werden sollten (vgl. Bronisch, 2009, S. 48).

Leitsätze zum therapeutischen Umgang mit Suizidalität:
1) Suizidversuche basieren in den meisten Fällen auf sehr subjektiven Bilanzen des eigenen Lebens, die meistens korrigierbar sind.
2) Therapeut und Patient müssen sich darüber im Klaren sein, dass ein Suizid etwas ist, was <i>nicht</i> rückgängig gemacht werden kann.
3) Nahezu jeder Suizidversuch enthält als wesentliches Element einen Appell an eine menschliche Bindung.
4) Der Therapeut muss mit dem suizidalen Patienten einen zeitlichen Aufschub vereinbaren, während dessen er – noch einmal – mit dem Patienten die Lebenssituation genau anschauen kann.
5) Kein Therapeut kann einen Patienten mit chronischer Suizidalität von einem Suizidversuch/Suizid langfristig abhalten. Der Therapeut muss mit der Tatsache fertig werden, dass er nicht um jeden Preis Leben erhalten kann.
6) Der Therapeut muss für den Patienten stellvertretend Hoffnung darstellen können.
7) Ein Suizidversuch ist immer ernst zu nehmen, und es müssen auch bei suizidalen Gesten therapeutische Maßnahmen in Erwägung gezogen werden.

Tabelle 16: Leitsätze zum therapeutischen Umgang mit Suizidalität (Bronisch, 2009, S. 48)

Die Intervention im Sinne der therapeutischen Grundeinstellung wird als Behandlungsvertrag zwischen dem Patienten, dessen Angehörigen und dem Therapeuten betrachtet. Ziel dieser Vereinbarung ist, alle Beteiligten, die sowohl psychisch als auch physisch unter den gegenwärtigen Bedingungen leiden, weitgehend zu entlasten, damit diese erneut ein ausreichendes Maß an Stressverarbeitungskompetenzen sowie an autonomer Entschluss- und Aktionsfähigkeit erlangen. Dabei stellt die eingesetzte Intervention keine Maßnahme dar, mithilfe welcher individuelle Charaktereigenschaften von Beteiligten einer Wandlung unterzogen werden, sondern als unterstützende Hilfeleistung, anhand welcher gemeinsam unter Einbeziehung aller Betroffenen die Bedeutung der belastenden Krise erarbeitet wird (vgl. Rupp, 2010, S. 90).

Zu Beginn der Intervention muss ehestens ein Zusammentreffen mit dem Suizidenten eingeleitet werden, um die prekäre Situation mit all ihren gesellschaftlichen und lokalen Rahmenbedingungen erfassen zu können. Dabei muss der Patient bei vollem Bewusstsein sein, da Krisenpatienten, die sich zum Suizid entschieden haben, häufig bereits unter Beeinträchtigung bewusstseinsstrübender Substanzen stehen (vgl. Sonneck, 2000, S. 157).

Während der Erstgespräche nimmt der Patient häufig eine erregte und aggressive Haltung gegenüber dem Gesprächspartner ein, wodurch der Therapeut am Anfang der Intervention oftmals nicht in der Lage ist, eine kommunikative Gesprächsbasis aufzubauen. Der Patient kann unter einer extrem ausgeprägten Depression oder unter wahnhaften Vorstellungen leiden, die ebenfalls das Zustandekommen und den Verlauf eines produktiven Dialoges gravierend beeinträchtigen können. Möglicherweise befindet sich der suizidgefährdete Patient, wie bereits erwähnt, aber auch in einem durch Substanzmittel beeinträchtigten Zustand, wodurch Angehörige oder andere nahe Bezugspersonen eine bedeutsame Rolle einnehmen. Die Einbeziehung Angehöriger an therapeutischen Interventionen ist unter derartig schwierigen Umständen häufig notwendig, besonders wenn sich zu Beginn der Krisenintervention der Patient noch weigert, an Gesprächen oder anderen Hilfeleistungen teilzunehmen (vgl. Hautzinger, 2010a, S. 77f.).

In der Anfangsphase der Krisenintervention muss die Beschaffenheit der Sachlage im Sinne gesellschaftlicher Rahmenbedingungen des Patienten erhoben werden. Eine umfangreiche Analyse dieser Faktoren nimmt besonders bei vielschichtigen Erscheinungen, wie sie Selbstmordversuche bilden, eine wichtige Stellung ein. Weiters muss in Erwägung gezogen werden, welche konkrete Institution oder Dienstleistung bei Suizidversuchen in Anspruch genommen werden kann. Da es sich bei rund 90% aller Parasuizide um Selbsttötungsversuche anhand von Substanzmittelmissbrauch (Intoxikationen) handelt, wird der Großteil aller Behandlungen zur erstmaligen Abwehr der physischen Gefährdung primär im Rahmen eines stationären Klinikaufenthalts vollzogen. Welche weiteren Angebote jedoch nach der Entgiftung herangezogen werden, ist von der lokalen Infrastruktur abhängig. Als erfolgsversprechend gilt jedenfalls die Betreuung durch ein eher kleines Interventionsteam, das in Kooperation mit psychiatrischen Einrichtungen den Patienten direkt nach der körperlichen Behandlung durch problemzentrierte Angebote unterstützt (vgl. Sonneck, 2000, S.157f.).

Als wichtigste Größen für den Erfolg der Intervention gelten im Rahmen der oben genannten Leitlinien, wenn auch häufig mit Schwierigkeiten verbunden, die Herstellung einer vertrauensvollen Beziehung sowie die Pflege und Kräftigung einer kommunikativen Gesprächsbasis zwischen dem professionellen Behandlungspersonal und dem Suizidenten (vgl. Bronisch, 2009, S. 48).

Hinsichtlich der Verwirklichung dieser therapeutischen Anforderungen ist eine rasche Reduktion beeinträchtigender Belastungen beim Klienten dienlich, indem dieser erstmals von allen konfliktverursachenden Faktoren und Personen isoliert wird. Dabei müssen die belastenden Umstände des Patienten in Erfahrung gebracht werden, damit das professionelle Team ein Verständnis für die Problematiken des Klienten und in weiterer Folge gemeinsam mit dem Suizidenten alternative Lösungsvorschläge entwickeln kann (vgl. Hautzinger, 2010a, S. 77f.).

Im Falle einer bestehenden, suizidalen Gefährdung bei nicht abklärungsfähigen Patienten, die bereits in stationärer Behandlung sind und dennoch eine akute Suizidalität aufweisen, muss das Kriseninterventionsteam sowie das Pflegepersonal bestimmte Sicherheitsvorkehrungen treffen, um selbst- und/oder fremdverletzende Verhaltensweisen verhindern zu können. Darunter sind Maßnahmen zu verstehen, wie beispielsweise die Verlegung des Suizidenten in ein speziell zur Beobachtung eingerichtetes Patientenzimmer, die Aufsicht durch Fachkräfte bei der Medikamentenverabreichung sowie die Entfernung von Gegenständen, mit denen Verletzungen herbeigeführt werden könnten. Unter diesen Sicherheitsmaßnahmen ist auch die Art der Unterbringung zum Schutz des suizidgefährdeten Patienten anzuführen. Spricht sich ein Patient zum Schutz sowie zur Sicherheit seines Lebens beispielweise gegen die Aufnahme auf einer geschützten oder geschlossenen Station aus, muss gegebenenfalls eine Zwangseinweisung durchgeführt werden (vgl. Grunst, Renn, 2006, S. 474).

8.5.1 Unterbringungsgesetz

Die Beeinflussung einer Person zur Durchführung seiner suizidalen Vorstellungen bedeutet durchaus ein aktives Handeln. Tätigkeiten der Beihilfe bezüglich suizidaler Verhaltensweisen seitens Dritter können aber auch in Form eines Unterlassens bestimmter Rechtspflichten geleistet werden. Eine beabsichtigte Gewährung eines Selbstmordversuches beziehungsweise ein Unterlassen von Hilfeleistungen zur Abwehr suizidaler Verhaltensweisen zieht für einen bestimmten Personenkreis gesetzliche Sanktionen nach sich. Ein derartiges Verhalten gilt demnach nur für jene Personen als eine gesetzeswidrige Handlung, denen eine „*besondere Rechtspflicht zum Eingreifen im Sinne einer Garantenstellung (§2 StGB) auferlegt ist, wobei diese im Allgemeinen auf Gesetz, Vertrag und vorausgegangenes Tun (‚gefahr-begründendes Vorverhalten‘) beschränkt wird*“ (Sonneck, 2000, S. 281). Bezüglich

dieser gesetzlichen Bestimmung machen sich beispielsweise Eltern, die nicht in suizidale Tätigkeiten ihres Kindes eingreifen, strafbar. Aber auch Personen, denen aufgrund ihrer beruflichen Stellung eine Pflicht zur Verhinderung derartiger Aktivitäten zukommt, wie beispielsweise dem Lehr- und Pflegepersonal sowie Personen mit medizinischer Ausbildung, begehen aufgrund der Unterlassung ihrer Pflichten rechtswidrige Handlungen (vgl. Sonneck, 2000, S. 281).

Die Einweisung in eine psychiatrische Klinik darf nicht als letzter Ausweg aus einer hoffnungslosen Situation beziehungsweise suizidalen Krise betrachtet werden. Oftmals entfalten Veränderungen räumlicher Begebenheiten beziehungsweise ein Wechsel des üblichen Patientenumfelds in ein neuartiges therapeutisches Setting positive Wirkungsweisen beim Krisenpatienten, wodurch dieser neue Energien sowie nutzenbringende Ressourcen wahrnehmen und sammeln kann. Die Auswirkung derartiger Wirkungsmechanismen ist im Wesentlichen jedoch davon abhängig, in welcher Art und Weise und mit welchen Vorkehrungen ein Milieu vollzogen wird, da die Rahmenbedingungen, die zu Beginn einer stationären Intervention vorzufinden sind, Auswirkungen auf den weiteren Verlauf therapeutischer Maßnahmen haben. Anders als bei freiwilligen Überweisungen in eine psychiatrische Klinik ist die Ausgangslage einer Zwangseinweisung von einem „Interessenskonflikt“ gekennzeichnet. Patienten können während eines seelischen Notfalls häufig keine autonome Entscheidung oder keine der Realität entsprechende Aktion treffen (vgl. Rupp, 2010, S. 94f.).

„Nach dem Unterbringungsgesetz berechtigt eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung aufgrund einer psychischen Erkrankung, den Patienten fürsorglich zurückzuhalten, wenn keine andere Möglichkeit existiert, die drohende Gefahr abzuwenden“ (Lieb, Heßlinger, Jacob, 2006, S. 30).

Demnach gilt eine Zwangseinweisung dann als unerlässlich, wenn aufgrund einer psychiatrischen oder psychischen Störung, wie zum Beispiel eine schwere Depression mit akuter Suizidalität, ein beträchtliches Risiko für irreversible Selbst- und/oder Fremdverletzungen besteht, welches zur Verhinderung spezielle Interventionen sowie einen Aufenthalt in einer dafür geeigneten Institution verlangt. Aufgrund der akuten Gefahr einer körperlichen und psychischen Schädigung müssen Maßnahmen zur Abwehr dieser unter Berücksichtigung gesetzlicher Bestimmungen und Vorkehrungen durchgeführt werden. Anzumerken ist, dass nur bestimmte

fachlich ausgebildete Personen eine Zwangseinweisung anordnen dürfen und dass dabei eine Reihenfolge von Gesetzesnormen beachtet werden müssen. Dies bedeutet, dass lediglich Ärzte unter Mitwirkung juristischer oder medizinischer Amtspersonen die rechtliche Befugnis, Entschlüsse über potentielle Zwangseinweisungen zu treffen, innehaben (vgl. Rupp, 2010, S. 94ff.).

8.5.2 Falldarstellungen

„Ein 42-jähriger Ingenieur leidet seit seinem 30. Lebensjahr an einer rezidivierenden depressiven Erkrankung. Vor ca. zwei Wochen hatte sich erneut innerhalb von drei Tagen eine schwere depressive Episode mit schwerer Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Grübeln, Schlafstörungen, Antriebslosigkeit und Suizidgedanken eingestellt. Am Tag der Klinikeinweisung war der Patient zu einer nahe gelegenen 100 m hohen Brücke gefahren, wo er sich durch einen Sprung in die Tiefe suizidieren wollte. Die Ehefrau des Patienten, die er durch einen Abschiedsbrief in Kenntnis gesetzt hatte, hatte die Polizei verständigt. Die Polizisten konnten ihren Mann gerade noch rechtzeitig von seinem Vorhaben abhalten und brachten ihn in die Klinik.

Bei Aufnahme in der Klinik bietet der Patient ein schwer depressives Zustandsbild mit akuter Suizidalität. Er ist mit seinem Aufenthalt in der Klinik nicht einverstanden, will entlassen werden bzw. andernfalls mit seinem Rechtsanwalt sprechen“ (Falldarstellung In: Lieb, Heßlinger, Jacob, 2006, S. 47).

Da depressive Störungen und suizidale Verhaltensweisen eng miteinander verbunden sind, ist im Rahmen der diagnostischen Abklärung sowie der Erstellung eines Behandlungsplanes der suizidale Schweregrad zu erheben. Im Falle des Vorliegens einer akuten Selbst- und/oder Fremdgefährdung kann der Patient trotz Verweigerung zwangsweise behandelt und laut dem Unterbringungsgesetz in eine Klinik eingewiesen werden (vgl. Lieb, Heßlinger, Jacob, 2006, S. 30).

„Pip ... Pip ... Pip ... ganz leise dringt es in mein Bewusstsein. Sind es sphärische Klänge? Ganz langsam durchdringen einige Gedanken mein Hirn. Sie sind noch nicht geordnet. Aber dieses monotone Piepsen kommt mir sehr bekannt vor. Mit einem Schlag wird mir klar: ‚Es ist ein Monitor!‘ Ganz vorsichtig versuche ich mich zu bewegen. Es geht nicht. Ich versuche zu schlucken. Es geht nicht. Irgendetwas steckt in meinem Mund. Aber was? Langsam versuche ich die Augen zu öffnen.

Die Lider sind schwer. Nach einiger Zeit gelingt es mir. Ich sehe eine weiße Gestalt, die mit einem Bett vorüberfährt. Auf dem Bett liegt jemand, aber er ist mit einem weißen Leintuch zugedeckt. Weißes Leintuch ... Bett ... Körper ... Tod. Diese Gedanken jagen durch mein Hirn. Plötzlich wird mir alles klar. Ich liege auf einer Intensivstation, und man hat soeben einen Toten an mir vorbeigefahren. So eine Scheiße! Wieder nicht geklappt! Warum liege nicht ich auf diesem Bett, zugedeckt mit einem weißen Leintuch. Der Neid könnte einen fressen. Am besten, ich mache die Augen wieder zu. Nach einiger Zeit öffne ich sie wieder. Ich taste (in Gedanken) systematisch meinen Körper ab und bemerke, in jeder Körperhöhle steckt ein Schlauch. Magensonde, intubiert, Kavakatheter, Dauerkatheter und zu allem Überfluss ein intraarterieller Katheter. Außerdem bin ich angebunden. An meinem Kopfende steht ein Monitor, eine Perfusorspritze mit Dopamin, eine Spüllösung und sogar eine Nährlösung. An alles haben sie gedacht, nur an eines nicht.

Sie haben mich nicht gefragt, ob ich will. Je munterer ich werde, desto aggressiver bin ich.

Wenn ich könnte, würde ich alle umbringen. Die Schwestern sind sehr freundlich, und vor allem fragen sie nicht. Ich kann ihre Freundlichkeit nicht erwidern, denn ich bin verdammt zu leben“ (Bericht einer Suizidentin In: Sonneck, 2000, S. 158).

Der angeführte Bericht verdeutlicht, dass nicht alle Patienten über die Vereitelung ihres Suizidversuches glücklich sind, wodurch aggressive Emotionen und Anspannung im Inneren des Patienten zutage treten können. Trotz der Enttäuschung, die manche Patienten aufgrund ihrer Rettung empfinden, sollten Erstgespräche unmittelbar nach der Aufwachphase durchgeführt werden. Es ist notwendig, dass die individuelle Situation der betroffenen Person in Augenschein genommen wird, in der sich diese unmittelbar nach dem Selbsttötungsversuch wiederfindet. Die Abklärung dieser Parameter stellt die Vorbereitung zur Verhinderung bezüglich weiterer Suizidversuche dar (vgl. Sonneck, 2000, S. 157ff.).

8.6 Suizidprophylaxe

Seit geraumer Zeit versucht man durch strukturierte Präventionsmaßnahmen suizidalen Verhaltensweisen vorzubeugen, wobei Österreich eine besondere Stellung in den Anfängen der Suizidprophylaxe einnahm und sozusagen als Vorreiter für spätere Entwicklungen in diesem Feld galt. Als erklärendes Beispiel kann

angeführt werden, dass der erste weltumspannende Kongress zum Thema Suizid und seiner bestmöglichen Präventionsmaßnahmen erstmals im Jahre 1960 in Wien stattgefunden hat, welcher die Bildung der „Internationalen Vereinigung für Selbstmordprophylaxe“ im Jahre 1965 initiierte (vgl. Sonneck et al., 2008, S. 17).

Im Rahmen suizidprophylaktischer Maßnahmen liegt eine Bandbreite an unterschiedlichsten Interventionen vor, anhand welcher potentiellen Suizidgefährdungen entgegen gewirkt werden kann. Dabei sollte im Sinne einer wirksamen Anwendung der in weiterer Folge angeführten Vorbeugungsmaßnahmen einige Grundsätze zur Durchführung von Kriseninterventionen sowie zur Verhinderung von Selbstmordversuchen berücksichtigt werden. Diese Richtlinien wurden bereits 1933 von der „Deutschen Gesellschaft für Suizidprophylaxe“ formuliert und betreffen die Felder folgender Maxime, „*die theoretische Basis, die Organisationsstruktur, die Qualifikation der Mitarbeiter, Hilfsangebote, die Kooperation, die Ethik sowie abschließend die Evaluation*“ (Sonneck, 2000, S. 269). Dabei kann als zentrale Zielsetzung dieser Eckpfeiler die Ermöglichung und Förderung einer funktionierenden Gesprächsbasis angeführt werden, welche eine weitgehende Unterstützung von Klienten begünstigt (vgl. Sonneck, 2000, S. 269ff.).

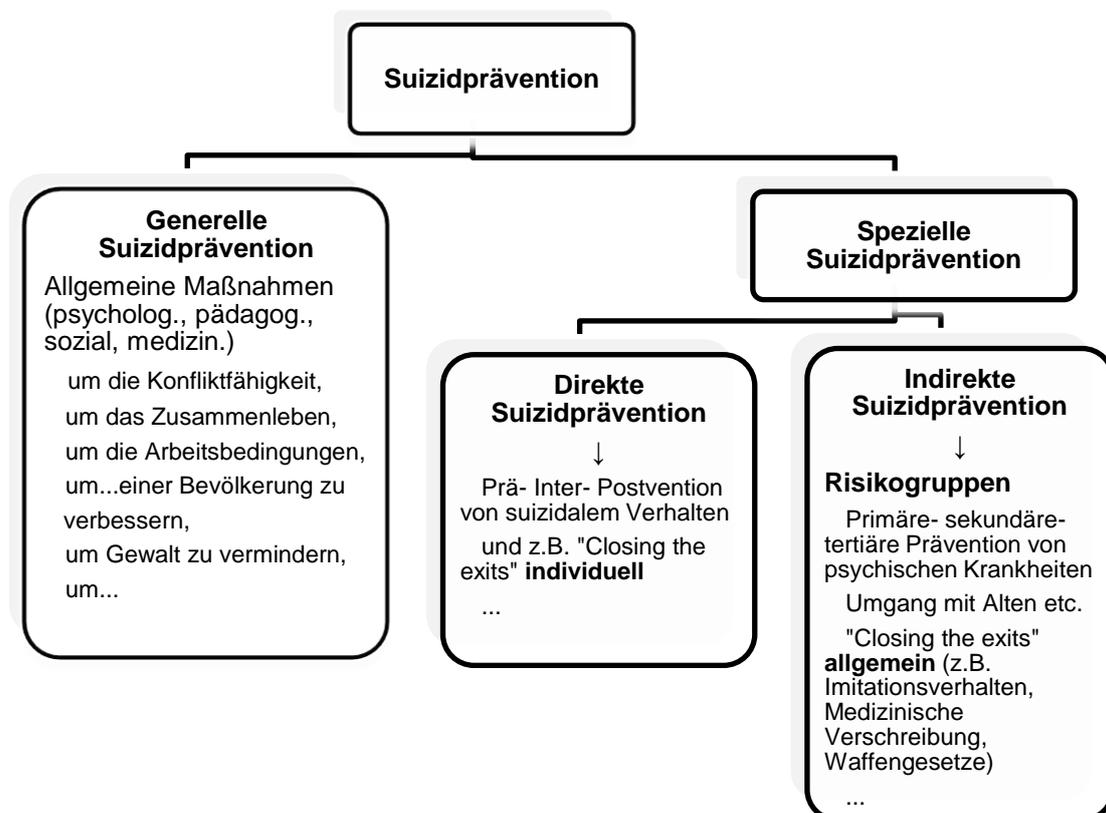


Abbildung 5: Schema der Suizidprävention (Sonneck, 2000, S. 271)

Wie die abgebildete Grafik zeigt, kann man generelle, direkte und indirekte Suizidpräventionen differenzieren, wobei die letzten beiden Präventionsbereiche als spezifische Formen der Vorbeugung und Verhinderung zusammengefasst werden. Die generellen Maßnahmen der Suizidprophylaxe stützen sich auf pädagogische, psychologische, medizinische sowie soziale Maßnahmen, die zum Ziel haben, die Kompetenzen der Bevölkerung zu fördern beziehungsweise in ihren Grundlagen zu stärken, um den alltäglichen Herausforderungen entgegenzutreten zu können. Bei unmittelbaren sowie indirekten Präventionsmaßnahmen als spezielle Formen der Suizidprophylaxe stehen entweder Tätigkeiten im Vordergrund, die direkt auf einen bestimmten Suizidenten zentriert sind oder Maßnahmen, welche die Erfassung gefährdeter Personengruppen anstreben, um rasch Behandlungsmaßnahmen zur Abwehr suizidaler Aktivitäten durchführen zu können. Bezüglich dieser Zielgruppen, wie sie beispielsweise Personen in einer seelischen Krise oder mit einer psychiatrischen Störung bilden, gilt es, effiziente Problem- und Bewältigungsstrategien zu vermitteln (vgl. Sonneck, 2000, S. 270f.).

Im Hinblick auf die Bewältigung akuter Krisen beziehungsweise einer suizidalen Gefährdung ist es besonders sinnvoll, die Kompetenzen des Klienten durch Anbindung an soziale Strukturen und Beziehungen zu stärken, da diese Vorgehensweise eine der wirkungsvollsten präventiven Maßnahmen darstellt (vgl. Hautzinger, 2010a, S. 78).

„Die Deutsche Gesellschaft für Suizidprophylaxe“ hat ferner zehn Aktionsfelder formuliert, deren Arbeitsgebiete im Wesentlichen von verschiedenen Experten, Mitarbeitergruppen und Einrichtungen erfüllt werden. Zu diesen Arbeitsgebieten zählen *„ein erhöhtes Bewusstsein, die Unterstützung und Behandlung, Kinder und Jugendliche, Erwachsene, ältere Menschen, Risikogruppen, Schulung und Entwicklung, die Einschränkung der Erreichbarkeit von Suizidmitteln, eine Zusammenführung regionalen Wissens und gesetzliche Voraussetzungen“* (Sonneck, 2000, S. 272). Die Erfüllung prophylaktischer Maßnahmen kann bestmöglich durch eine gesteigerte und intensivere Aufklärungsarbeit bezüglich dieser Aktionsfelder erfolgen. Die traditionelle Einstellung zur Suizidthematik gilt überholt, wodurch im Zuge einer personennahen Aufklärung der Selbstmord beziehungsweise der Tod neue Werte erhalten muss (vgl. Sonneck, 2000, S. 272).

Es muss hervorgehoben werden, dass *„der Suizid über die gesamte Lebensspanne eine tragische Rolle spielt und entsprechende Präventionsprogramme so gestaltet werden müssen, dass sie auch den verschiedenen Altersgruppen Rechnung tragen, was im österreichischen Suizidpräventionsplan (Suicide Prevention Programm Austria, SPA) erarbeitet wurde“* (Sonneck et al., 2008, S. 67f.).

9 Interview

Wie bereits zu Beginn der Diplomarbeit erwähnt, wird der praxisrelevante Teil dieser überwiegend theoretischen Arbeit durch ein qualitatives Interview gebildet, um einen realitätsgetreuen Einblick in die Betreuung und Pflege von depressiven und/oder suizidalen Patienten zu gewährleisten.

Da unmittelbare Befragungen von Krisenpatienten beziehungsweise von depressiven und/oder suizidgefährdeten Patienten auf psychiatrischen Stationen oder in Anstalten aufgrund ihrer seelischen Verfassung und aufgrund von Vorschriften nicht möglich waren, habe ich eine ehemalige psychiatrische Krankenschwester zum Thema Depression und Suizidalität sowie zu ihren Ansichten bezüglich dieser Thematik befragt. Ziel der Befragung ist die Herstellung einer theoretischen und praktischen Verbindung, um bestimmte Abhandlungen meiner Diplomarbeit bezüglich der Behandlung derartiger Patientengruppen, der Suizidprophylaxe und anderer Angaben mit praktischen Fundierungen zu untermauern.

9.1 Angaben zum Interviewpartner

Bevor auf den inhaltlichen Teil der Befragung eingegangen wird, sollen noch einige Angaben zum Interviewpartner angeführt werden. Bei der befragten Person, handelt es sich um eine 27-jährige Diplomkrankenschwester mit psychiatrischer Zusatzausbildung, die jedoch aktuell im unfallambulantem und nicht mehr im psychiatrischen Bereich tätig ist. Nach vorerst schriftlicher Kontaktaufnahme und telefonischer Abklärung der Anonymität, der Sicherheit von persönlichen Daten, des Verwendungszwecks und anderer abklärungsnotwendiger Faktoren, stimmte die Interviewpartnerin einer Befragung zu. Da die Befragte bereits vier Jahre nicht mehr aktiv in der psychiatrischen Pflege gearbeitet hat, habe ich ihr zwei Tage vor unserem Treffen den Interviewleitfaden zugesendet, damit sie sich gewisse Elemente bezüglich zu besprechender Themenbereiche wieder ins Gedächtnis rufen kann. Das Interview fand, um Störfaktoren zu isolieren, bei mir zu Hause und nicht an einem öffentlichen Setting statt. Abschließend sei erwähnt, dass das Interview insgesamt 36 Minuten gedauert hat und dass das gesamte Transkript der Befragung im Anhang nachzulesen ist.

9.2 Inhalt des Interviews

Als Intervieweinstieg sollte die Befragte erstmals allgemeine Fragestellungen zu ihrer beruflichen Ausbildung und ihrer aktuellen Tätigkeit beantworten, um die anfängliche Nervosität zu reduzieren. Nachdem anfangs eher allgemeine Themen besprochen werden, geht es im weiteren Interview konkret um primäre Aufgabenstellungen, mit denen sie als psychiatrische Krankenschwester auf einer geschlossenen Station betraut war. Sie erzählt, dass manche Patienten, die an einer akuten Depression leiden, nur schwer ihre alltäglichen Bedürfnisse, sei es in sozialer oder sei es in hygienischer Hinsicht, erfüllen können und für kleinste Anforderungen Hilfestellungen von professionellen Personen in Anspruch nehmen müssen.

„Und somit warst du dann der Ansprechpartner für die Patienten. [...] In der Früh hast du diese dann eben zur Morgentoilette und zum Frühstück motiviert, sodass sie eben aus dem Bett kommen (,) und dass sie eben am Frühstück teilnehmen. Dann haben die Therapien begonnen ... Wir haben dabei geschaut, dass sie dann auch wirklich teilnehmen, weil oft haben sich diese davor gedrückt, weil es sie einfach nicht interessiert hat (,) oder aber nicht konnten, weil es ihre Erkrankung nicht zugelassen hat. [...] Dann die Medikamente verabreicht. Falls wirkliche Probleme bestanden, dann hat man eben auch interdisziplinär zusammengearbeitet ... Zum Beispiel, wenn diese recht viele Schulden gehabt haben oder so, dass man eben einen Sozialarbeiter darauf angesetzt hat, damit sich dieser eben die Probleme dann anschaut“ (Interview, Zeile 33).

Ferner berichtet die Interviewpartnerin von den verschiedenen psychiatrischen Diagnosen, mit denen sie während ihrer Berufstätigkeit zu tun hatte sowie von charakteristischen Merkmalen, die konkret für eine depressive Diagnostik sprechen: *„sitzt abgeschottet irgendwo am Rand – eher zurückgezogen – starres Gesicht – wenig Mimik – in sich gekehrt – kataton – zu nichts mehr zu motivieren“ (Interview, Zeile 89).* Die Befragte gibt aber im Rahmen dieser Beschreibungen an, dass nicht immer eine klare Patientendiagnostik feststellbar war und dass dadurch in den meisten Fällen eine diagnoseübergreifende Betreuung notwendig gewesen wäre.

Aufgrund des nachweislichen Zusammenhangs zwischen akuten depressiven Störungen und suizidalen Verhaltensweisen beziehen sich meine nächsten Fragestellungen auf die Problematik selbst- und/oder fremdgefährdenden Verhaltens

sowie auf mögliche Voraussetzungen, Konsequenzen und Sicherheitsvorkehrungen im Sinne einer Zwangseinweisung. Zunächst gibt die Interviewpartnerin an, dass beim Patienten als Grundvoraussetzung eine Selbst- und/oder Fremdgefährdung vorliegen müsse, da eine Zwangseinweisung ansonsten nicht rechtsgültig wäre. Diese Gefährdung muss von einem Amtsarzt durch ein Attest bestätigt werden, wodurch er eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik anordnen könne.

„Und der Amtsarzt leitet das dann ein ... Der gibt dann eben auch in der Psychiatrie Bescheid. Der zuständige Facharzt empfängt dann den Patienten [...] eruiert, ob nach wie vor eine Selbst- oder Fremdgefährdung besteht. Sollte dies der Fall sein, würde der Patient dann in den geschlossenen Bereich gebracht werden und (,) nach sechs bis zwölf Stunden, glaube ich, muss ein zweiter Facharzt dann den Patienten nochmals begutachten. Also nochmals mit ihm ins Gespräch gehen und schauen, ob die Gefährdung nach wie vor noch aufrecht ist. Wenn dies sein sollte, wäre die Zwangseinweisung dann rechtsgültig, und innerhalb von ein, zwei Tagen (,) einen Tag glaube ich, kommen dann die Patientenanwältin und die Richterin in die Psychiatrie. Dann kommt es, so gesagt, zu einer Verhandlung, in der geklärt wird, ob das alles rechtsgültig ist ... Wie es eben dem Patienten zu diesem Zeitpunkt geht, ob die Unterbringung dann wieder aufgehoben werden kann oder ob eben nach wie vor eine Gefährdung besteht“ (Interview, Zeile 128).

Weiters erzählt sie, dass eingewiesene Patienten ihre Kleidung abgeben müssen sowie Gegenstände, die nicht nur für die Patienten selbst, sondern auch für das Personal potentielle Gefahren darstellen könnten.

„Es kann aber auch sein, dass sie dort mit Stühlen oder irgendwelchen anderen dort befindlichen Sachen schmeißen (,) dass sie einen anpacken oder würgen möchten. Dafür hatten wir dann Sicherheitsuhren am Handgelenk. Mit so Sensoren wird dabei der Notruf ausgelöst. Da kommen dann alle, die Dienst haben“ (Interview, Zeile 156).

Das angeführte Zitat unterstreicht, wie wichtig Sicherheitsvorkehrungen in psychiatrischen Betreuungsbereichen sind und wie schnell Angriffe auf die persönliche Integrität geschehen können. Auf die Frage, ob akute Suizidalität an bestimmten Anzeichen depressiver Personen erkennbar sei, führt die Befragte an,

dass Patienten individuelle Verhaltensweisen bei akuter Selbsttötungsgefahr zeigen. Zu differenzieren sind manche, die sich früher schon von der Gruppe zurückgezogen hätten und jetzt noch isolierter leben und andere Patienten, die eben früher schon über ihre Tötungsgedanken gesprochen haben und sich jetzt aber durch einen bestehenden Suizidentschluss nicht mehr anderen mitteilen.

„Dann kommt der Arzt (,) und klärt die Suizidalität ab. Ob der Patient wirklich den Gedanken hat oder ob es ihm nur aus irgendwelchen anderen Gründen so schlecht geht. Und je nach dem, wie ernst zu nehmend das dann wirklich ist, wird der Patient dann untergebracht oder kann im offenen Bereich bleiben. Oft wird er aber nicht gleich untergebracht, wenn er Suizidgedanken hat. Dann (,) macht man quasi einen Vertrag, in dem er per Handschlag versprechen muss, dass er sich die nächsten ein, zwei Stunden nichts antut. Sollten jedoch die Gedanken, also die Zwangsgedanken, so schlimm werden (,) müssen die Betroffenen mit einer Pflegeperson Kontakt aufnehmen“ [...] (Interview, Zeile 213).

Nach dieser Problematik folgt der Themenbereich interdisziplinärer Zusammenarbeit. Die Interviewpartnerin berichtet, dass auf ihrer Station eine entsprechende Zusammenarbeit zum Beispiel mit zwei Sozialarbeitern stattgefunden hätte, die sich um die finanziellen und sozialen Verhältnisse der Patienten außerhalb der Klinik gekümmert haben, da depressive Personen aufgrund ihrer schlechten, seelischen Verfassung nicht immer den Alltag bewältigen könnten, wodurch diese oftmals Schulden anhäufte oder in vermüllten Wohnungen leben müssten. Ferner gibt sie an, dass unter regelmäßiger Rücksprache mit verschiedenen Therapeuten, wie Musik-, Kunst- und Ergotherapeuten zusammengearbeitet wurde. In diesen Rücksprachen konnten dann die Fortschritte gewisser Patienten sowie therapeutische Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der individuellen Patientenbedürfnisse mitgeteilt werden. Die Befragte weist darauf hin, dass man auf die unterschiedlichen Bedürfnisse sowie psychiatrischen Störungen von Patienten Rücksicht nehmen müsse, da man diese ansonsten überforderte. Außerdem müssen die unterschiedlichen therapeutischen Angebote altersgerecht angepasst werden.

„ ... man muss ja auch zwischen den Depressionen unterscheiden [...] weil ja die älteren Menschen ganz andere Interessen haben als die jüngeren. Die Leute im mittleren Alter (,) also bis fünfzig Jahren, die sind ja ganz anders aufgewachsen. Wenn ein 70-jähriger Bauer auf der Station ist, wird der nicht basteln, weil der

überhaupt nichts mit dem anfangen kann. Der hat seine Lebzeit lang gearbeitet (,) mit sinnvollen Tätigkeiten. Für den ist das (,) naja, der sieht sich keinen Sinn darin. Deswegen wird Basteln nichts für den sein ... Und da ist es eben gut, zu schauen, für wen welche Beschäftigungen überhaupt in Frage kommen, dass eben jüngere Patienten eher an modernen Gruppen, wie Kunsttherapien, teilnehmen. Manch älterer Patient mag solche Sachen dann doch wieder und blüht dabei auf, aber (,) man muss das eben probieren, weil oft die Ablehnung im Vornhinein schon da ist. [...]“ (Interview, Zeile 311).

Genauso wie manche ältere Patienten Vorurteile gegenüber bestimmten therapeutischen Interventionen hegen, ist in der Bevölkerung noch heute eine negative Grundhaltung gegenüber Depressionen sowie anderen seelischen Erkrankungen verinnerlicht, wodurch die Psychiatrie und psychiatrische beziehungsweise psychische Störungen auch heutzutage noch Tabuthemen darstellen. Diese Einstellung könnte sich in den nächsten Jahren ändern, da die Häufigkeit depressiver Erkrankungen mit großer Wahrscheinlichkeit ansteigen wird.

„ ... Also, meiner Meinung nach, hängt das sicher viel damit zusammen, dass in den letzten Jahren einfach die Gesellschaft recht schnelllebig geworden ist. Ahm (,) es wird mehr verlangt, es geht alles weit schneller. Es gibt schon so viele Reizüberflutungen, finde ich, angefangen von den Medien her ... Angefangen vom Fernseher, vom Computer über alles ... Und das hat es einfach früher nicht gegeben. Sicher hat es früher auch Erkrankungen gegeben. Aber, ich finde, dass jetzt der Druck so groß geworden ist auf die Bevölkerung. Es gilt ja oft auch der Burn-Out als Einstieg in die Depression, sodass eben das eine in das andere übergeht ... Genauso wie man eben oft weniger Zeit für sich selber hat (,) und immer unter Dauerstress ist. Der Arbeitsplatz ist oft gefährdet, Schulden, viel arbeiten, wenig Frischluft (,) nur Stress ... Das wird alles mitunter damit zusammenhängen. Und auch bei Kindern und Jugendlichen (,) der Druck wird einfach immer größer. In der Schule wird mehr verlangt (,) und man sieht ja auch, dass sie oft einfach nicht mehr raus gehen wollen ... Der Fernseher ist der erste Erziehungsmechanismus. Die kleinen Kinder werden vor dem Fernseher gesetzt, einer immensen Reizüberflutung ausgesetzt (,) und so ist der erste Grundstein oftmals gelegt“ (Interview, Zeile 68).

Die abschließende Frage an die Interviewpartnerin, ob der Druck auf die Menschen in Zukunft noch weiter ansteigen wird, bejaht diese. Nach ihrer Ansicht drohe der Gesellschaft eine äußerst drastische Entwicklung und Zukunftsperspektive.

„[...] Wenn man sich zum Beispiel Jugendliche anschaut... Früher waren in den Psychiatrien eher Behinderte oder Verhaltensauffällige, aber die Zahl der Depressiven im Kindes- und Jugendalter jetzt (,) das ist ja alles wahnsinnig im Steigen! Das allein schon ... Dann die ganzen Drogen, die es früher nicht gegeben hat und heute eingenommen werden, auf die sie dann im wahrsten Sinne des Wortes ‚hängen bleiben‘ (,) von depressiv dann über Schizophrenie (,) und so weiter ... Was noch dazu kommt, ist, dass die Familienstruktur sich ändert. Die Eltern bekommen Kinder, gehen sofort wieder arbeiten. Die Kinder sind die meiste Zeit alleine daheim (,) wodurch sich diese vernachlässigt (,) nicht angenommen fühlen. Dann kommt meistens eine Persönlichkeitsstörung auch noch dazu (,) und dann hat man, so schlimm es sich auch anhört, die besten Weichen für die nächste Generation ... So würde ich das jetzt mal sagen“ (Interview, Zeile 454).

10 Grundlagen der Krisenintervention

Die historischen Wurzeln der Krisenintervention finden ihren Ursprung im Jahre 1944, als Eric Lindemann zusammen mit Gerald Caplan erstmals eine Theorie zur Krise darlegt. Als Anstoß für die Entwicklung dieser Krisentheorie gilt eine schwere Brandkatastrophe 1942 in Boston mit einer Vielzahl von Brandopfern (vgl. Sonneck et al., 2008, S. 70).

Schon zur damaligen Zeit vertreten Lindemann und Caplan die Ansicht, dass *„eine Krise Menschen empfänglich für Veränderungen macht, dass Krisenintervention in relativ kurzer Zeit (etwa zehn Sitzungen) durchgeführt werden kann, dass unterstützende Netzwerke von Freunden, Paraprofessionellen und Geistlichen wichtig seien und dass eine adaptive Krisenlösung zu andauernder positiver Lebensveränderung führen kann“* (Sonneck et al., 2008, S. 70f.).

Vor allem Lindemann hat sich mit den seelischen Reaktionen in Krisen, die durch traumatisierende Belastungssituationen hervorgerufen wurden, beschäftigt und zu diesem Thema wissenschaftliche Untersuchungen angestellt (vgl. Rupp, 2010, S. 6). Dabei konzentriert sich dieser besonders auf die Erforschung und Analyse kognitiver Auffälligkeiten während lang anhaltender Trauerphasen (vgl. Aguilera, 2000, S. 26f.).

Aus den zahlreichen Untersuchungen und Forschungen, die Lindemann zu dieser Thematik durchgeführt hat, leitet er ab, dass für die Entwicklung prophylaktischer Interventionen von besonderer Wichtigkeit sei, *„den theoretischen Hintergrund des Konzeptes der emotionalen Krise am Beispiel der Trauerreaktion einer näheren Betrachtung zu unterziehen“* (Aguilera, 2000, S. 26). Er vertritt die Hypothese, dass kritische Situationen, wie sie beispielsweise Todesfälle darstellen, mit gefühlsbedingten Beeinträchtigungen einhergehen, wodurch eine Serie von Adaptionprozessen ausgelöst werden, die entweder einen Ausweg im Sinne einer weitgehenden Bewältigung der seelischen Krise bewirken oder aber weitere defizitäre Reaktionen initiieren. Auf Basis derartiger Überlegungen entwickelt Lindemann bezüglich effizienter Kriseninterventionen Techniken sowie theoretisch fundierte Konzepte (vgl. Aguilera, 2000, S. 26f.).

Grundsätzlich erwies sich das von Lindemann und Caplan gemeinsam entwickelte Kriseninterventionskonzept als effizient, wobei dieser konzeptuelle Ansatz im Laufe

der Zeit regelmäßig Verbesserungen und Modifikationen unterzogen wurde (vgl. Sonneck et al., 2008, S. 72).

Trotz der damaligen Sachlage und der Notwendigkeit einer strukturierten und organisierten Krisenintervention beziehungsweise Krisenprävention verstreichen weitere Jahre bis das modifizierte Modell der Suizidprophylaxe von Lindemann und Caplan über die USA nach Österreich gelangt und Anwendung in lokalen suizidpräventiven Tätigkeiten und Maßnahmen hierzulande findet (vgl. ebenda, 2008, S. 18).

1970 hat Erikson einen weiteren theoretischen Ansatz bezüglich der Untersuchung und Kategorisierung von Krisen entwickelt, welcher sich im Wesentlichen mit kritischen Lebensumständen in der Adoleszenz auseinandersetzt. Seit 1980 werden wissenschaftliche Erkenntnisse, die das Syndrom „Posttraumatic Stress Disorder“ betreffen, im diagnostischen und quantitativen Manual psychischer Beeinträchtigungen DSM berücksichtigt. Weitere Theorien zur Entstehung seelischer Krisen, die sich im Laufe der Jahre entwickelt und durchgesetzt haben, basieren auf der Stresstheorie (Kessler et al., 1985), auf sozialen Lerntheorien, auf der Life-event-Forschung (Wortmann & Silver, 1989) sowie auf der Chaostheorie (Ciompi et al., 1992) (vgl. Rupp, 2010, S. 6).

10.1 Krisenbegriff und Formen von Krisen

Der Begriff „Krise“ stammt ursprünglich aus dem Altgriechischen und bezeichnet in seiner Wortbedeutung eine Reinigung, durch welche diverse Fragmente beziehungsweise Details einer Einheit entzweit werden, wodurch Krisen die Bedeutung einer grundlegenden Wendung im Entscheidungsgeschehen annehmen. Dabei befinden sich diese in einem Kontinuum zwischen einer emotionalen Katharsis, also dem Reinigungsprozess, und einer akuten Gefährdung, in dem Erfolg und Misserfolg die wesentlichen Bewegungen darstellen (vgl. Sonneck et al., 2008, S. 69).

Durkheim vertritt bereits 1879 die Annahme, *„dass Krisen Ausdruck eines bestandsgefährdenden Ungleichgewichtszustands bzw. eines Desintegrationsprozesses eines sozialen Systems sind und günstigstenfalls zu einer Neueinstellung, aber primär doch Wiederherstellung des ursprünglichen Gleichgewichtszustands führen“* (Sonneck et al., 2008, S. 69).

Laut Caplans Begriffserklärung (1961) wird eine Krise dann ausgelöst, wenn Personen bezüglich der Erreichung von Lebenszielen Barrieren auferlegt sind, die sie momentan mit bislang bewährten Bewältigungsstrategien nicht überwinden können. Dadurch folgt eine Phase der Zerrüttung und Erregung, in der immer wieder neue, jedoch ergebnislose Bewältigungsversuche unternommen werden (vgl. Aguilera, 2000, S. 30). In derartig kritischen Situationen ist entscheidend, in welchem Verhältnis die persönliche, psychische Last zu den jeweiligen abrufbaren Problemlösungsstrategien und Unterstützungsressourcen stehen und welche persönlichen Kompetenzen und Eigenschaften ein Individuum vorweisen kann (vgl. Dross, 2001, S. 10).

Unter einer seelischen Krise ist also eine Störung der psychischen Balance zu verstehen, wobei man konkret zwischen dem Begriff der „Krise“ und des „Notfalls“ differenzieren muss. Die Krise wird infolge einer massiven internen oder externen Belastungssituation hervorgerufen, welche das mentale Wohlbefinden eines Individuums in außerordentlicher Weise beeinträchtigt und stört. Ein wesentlicher und stetig progredienter Teil der seelischen Kräfte wird dabei für die Bewältigung und Überwindung aktueller Problemquellen eingesetzt. Der Notfall hingegen zeichnet sich dadurch aus, dass er als Sonderform der seelischen Krise betrachtet werden kann und bei Vorhandensein unmittelbar Interventionen eingeleitet werden müssen, da das Risiko einer Selbst- und/oder Fremdgefährdung besteht (vgl. Rupp, 2010, S. 3f.).

Von einer Krise wäre somit erst dann zu sprechen, „wenn ein Zustand psychischer Belastung eingetreten ist, der sich deutlich von der Normalbefindlichkeit einschließlich ihrer Schwankungen abhebt, als kaum mehr erträglich empfunden wird und zu einer emotionalen Destabilisierung führt. Wenn die widererfahrenen Ereignisse und Erlebnisse die bisherigen Lebensgewohnheiten und –umstände und die Ziele massiv in Frage stellen oder unmöglich machen. Und wenn die veränderte Situation nach Lösungen verlangt, die aber mit den bisher verfügbaren oder selbstverständlichen Möglichkeiten der Problemlösung oder Anpassung nicht bewältigt werden können“ (Dross, 2001, S.10).

Hinsichtlich der angeführten Erläuterungen zum Krisenbegriff ist zusammenfassend anzumerken, dass dieser auf keiner diagnostischen Grundlage im traditionellen Sinne beruht und auch kein einheitliches Erkrankungsbild darstellt. Die Basis dieses Begriffes wird eher von einem bedrohlichen Schweregrad beziehungsweise von einer

akuten Ausprägung des jeweiligen Zustandes gebildet, wodurch zur Verhinderung potentieller Gefährdungen und Schädigungen sofort Maßnahmen zu setzen sind. Dies bedeutet, dass sich das ursprüngliche Verständnis der Krise als „*psychogene Störung*“ (Sonneck, 2000, S. 15) besonders in den vergangenen zehn Jahren verändert hat. Heutzutage wird die Krise vielmehr als akuter Status in Entwicklungen und Verläufen unterschiedlicher Krankheiten verstanden, wodurch sich aus den Maßnahmen einer psychosozialen Krise Interventionen in Richtung akutpsychiatrische Notfallbehandlung entwickelt haben (vgl. Sonneck, 2000, S. 15).

10.1.1 Traumatische Krise

Die „traumatische Krise“ stellt laut Cullberg (1978) eine durch einen individuellen Anlass akut aufwallende Problemsituation dar, welche mit extremer Erregung einhergeht und das mentale Wohlbefinden sowie die gesellschaftliche Identität extrem beeinträchtigt. Aufgrund der Akuität dieser kritischen Situation entfaltet sich ein negativer Einfluss auf die Sicherheitsressourcen beziehungsweise Schutzmechanismen des Individuums, wodurch dieses lebensnotwendige Bedürfnisse nicht in vollem Maße befriedigen kann. Als Krisenanlässe mit derartig traumatisierender Wirkung können ein plötzliches Ausscheiden einer geliebten Person, schwere Erkrankungen, Missbrauchsfälle, etc. angeführt werden. Der Verlauf einer traumatischen Krise ist in vier grundlegende Phasen gegliedert, die Schockphase, die Reaktionsphase, die Bearbeitungsphase und abschließend die Phase der Neuorientierung (vgl. Sonneck, 2000, S. 33f.).

Im Schockzustand wird die Wahrnehmung realitätsgetreuer Tatsachen dem Betroffenen entzogen. Der innere Zustand emotionaler, psychischer Zerrüttung führt zu sinnlosen, oftmals impulsiven Tätigkeiten oder aber auch, wenn das regressive Verhalten besonders ausgeprägte Formen annimmt, zu einem komatösen Zustand, in dem kein Kontakt mehr zur Wirklichkeit vorhanden ist. Häufig können betroffene Personen nach Überwindung der Schockphase keinerlei Erinnerungen an diese Zeit abrufen. Die Reaktionsphase hingegen ist durch seelische Abwehrprozesse gekennzeichnet, um der Wirklichkeit entsprechende Sachverhalte angepasst in die Wahrnehmung integrieren zu können (vgl. ebenda, 2000, S. 33f.).

Als solche Abwehrmechanismen gelten „*Veränderungsphänomene, Verleugnungstendenzen, starke Abhängigkeitswünsche, Rationalisierung der*

Ereignisse, sozialer Rückzug mit selbstzerstörerischen Tendenzen (Alkohol- und Medikamentenmissbrauch)“ (Sonneck, 2000, S. 34).

Zu Beginn der Bearbeitungsphase löst sich der Betroffene erstmals von den Erinnerungen und Begleiterscheinungen der vergangenen Traumatisierung. Allmählich rücken persönliche Wünsche sowie Zukunftsvorstellungen wieder in den Vordergrund. In der letzten Phase, der Neuorientierung, hat der Patient bereits genügend Selbstwertgefühl aufgebaut, um neue Kontakte und soziale Beziehungen zu knüpfen. Zusammenfassend bedeutet die Erreichung dieser Phase eine Gewinnung an neuem Lebensmut und an nützlicher Lebenserfahrung (vgl. Sonneck, 2000, S. 33f.).

10.1.2 Veränderungskrise

Die „Veränderungskrise“ entsteht laut Caplan (1964) infolge eines weitgehenden Wandels sozialer Rahmenbedingungen und Lebensverhältnisse, wie beispielsweise durch den Verlust einer nahen Bezugsperson (vgl. Rupp, 2010, S. 3).

Lebensveränderungskrisen setzen, ähnlich wie bei anderen Krisenauslösern, nicht mit sofortiger Akuität ein, sondern bauen ihre bedrohliche Ausprägung allmählich auf, jedoch innerhalb von maximal sechs Wochen. Diese zeichnen sich ebenso durch einen charakteristischen Phasenverlauf, jedoch in sechs Entwicklungsstadien, aus. Im Gegensatz zur „traumatischen Krise“ entwickelt sich der akute Höhepunkt der Veränderungskrise zum Schluss der dritten Phase und erreicht im vierten Entwicklungsstadium seine vollständige Ausprägung. In Gegenüberstellung mit dem kritischen Erlebnis bleiben zu Beginn die erlernten und praktizierten Problemlösungsstrategien, seien es persönliche Kompetenzen, bewährte Strategien oder seien es anderweitige Hilfsressourcen, erfolglos, wodurch die ersten Anzeichen einer Lebensveränderungskrise in Form von Spannungszuständen und innerer Unruhe zutage treten (vgl. Sonneck, 2000, S. 36f.).

Veränderungskrisen (G. CAPLAN)	Traumatische Krisen (J. CULLBERG)
<p>1. Phase: Konfrontation mit Ereignis</p> <p>2. Phase: Lösung misslingt – Gefühl des Versagens</p> <p>3. Phase: Mobilisierung aller Bewältigungskapazitäten führt zu a) Lösung, Bewältigung. b) Rückzug mit Resignation Chronifizierungsgefahr</p> <p>4. Phase: Vollbild der Krise mit innerer „Lähmung“ oder ziellosen Aktivitäten. <i>Gefahren:</i> Fixierung und Chronifizierung, Krankheit, Missbrauch, Suizidalität</p> <p>5. Phase: Bearbeitung: des Krisenanlasses und seiner Konsequenzen</p> <p>6. Phase: Neuanpassung</p>	<p>1. Phase: Schockphase: Zustand der Betäubung oder chaotisch-ungesteuerte Aktivitäten</p> <p>2. Phase: Reaktionsphase: Konfrontation mit Realität, Versuche, sie zu integrieren <i>Gefahren:</i> Fixierung: Wenn intrapsychische Konflikte aktiviert werden. Chronifizierung: Wenn soziale Isolierung, wenn äußere Hilfsstrukturen unbefriedigend, Krankheit, Missbrauch, Suizidalität.</p> <p>3. Phase: Bearbeitungsphase: Lösung von Trauma und Vergangenheit</p> <p>4. Phase: Neuorientierung: Selbstwertgefühl wieder gewonnen, neue Beziehungen hergestellt</p>

Abbildung 6: Verlauf von akuten Krisen (Sonneck, 2000, S. 57)

10.1.3 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Ähnlich wie das vielschichtige Krankheitsbild der Depression ist die „posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)“ anhand bestimmter Kernsymptome charakterisiert, durch welche dieses Syndrom klar abzugrenzen und zu definieren ist. Trotz der diagnostischen Eigenheiten einer posttraumatischen Belastungsstörung, die in der folgenden Tabelle angeführt werden, wird die Diagnose einer PTBS häufig missverstanden oder falsch gestellt. Zur Entstehung eines derartigen Syndroms führen Bile (1993) und Symes (1995) an, dass eine derartige Störung immer dann auftreten kann, wenn Personen Augenzeugen eines dramatischen Geschehnisses werden oder persönlich unmittelbare Traumatisierungen erlitten haben, wobei sich die Erkrankungshäufigkeit auf beide Geschlechter gleichermaßen verteilt (vgl. Aguilera, 2000, S. 85f.).

Prinzipiell sind posttraumatische Belastungsstörungen somit auf Erlebnisse zurückzuführen, in denen sowohl die psychische als auch die physische Integrität des Menschen essentiell bedroht sind. Ist die betroffene Person, aus welchen Gründen auch immer, aber nicht in der Lage, angemessen in dieser

Gefahrensituation zu handeln, treten Emotionen der Panik, des Kontrollverlusts und der Hilflosigkeit auf (vgl. Sonneck, 2000, S. 51).

A	Die betroffene Person war einem kurz- oder langanhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das bei nahezu jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.
B	Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen, lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.
C	Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Ereignis.
D	Entweder 1. oder 2. 1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern. 2. Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei oder mehr der folgenden Merkmale: a. Ein- und Durchschlafstörungen, b. Reizbarkeit oder Wutausbrüche, c. Konzentrationsschwierigkeiten, d. Hypervigilanz, e. Erhöhte Schreckhaftigkeit.
E	Die Kriterien B., C. und D. treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf. (Aus bestimmten Gründen, z.B. wissenschaftliche Untersuchungen, kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden, dies sollte aber gesondert angegeben werden.)

Tabelle 17: Diagnostische Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS-F43.1) (Dilling, Freyberger, 2010, S. 174f.)

Die Krankheitszeichen eines posttraumatischen Syndroms können zuerst Symptome einer gewöhnlichen Reaktion auf einschneidende Ereignisse sein, wodurch die Diagnose daher nur dann gestellt werden kann, wenn die Symptome mindestens über einen Zeitraum von drei Monaten bestehen bleiben. Zu beachten ist ferner, dass erst Monate oder sogar Jahre nach der eigentlichen Traumatisierung die Beeinträchtigungen, ausgelöst durch eine posttraumatische Störung, in Erscheinung treten können (vgl. Aguilera, 2000, S. 85ff.).

Die Symptomatik einer derartigen Störung zeichnet sich durch eine Bandbreite unterschiedlicher Krankheitszeichen aus. Grundsätzlich kann man intrusive und konstriktive Symptomgruppen sowie Krankheitsanzeichen der Übererregung differenzieren (vgl. Sonneck, 2000, S. 52).

Intrusive Krankheitszeichen bedeuten, dass die betroffene Person durch das traumatische Ereignis sowohl psychisch als auch somatisch geprägt ist. Dadurch können regelmäßig sogenannte „Flash-backs“ ausgelöst werden, wodurch der Betroffene infolge von Impulsen, die oftmals nur in einem geringen Grade Ereignisse der ursprünglichen Traumatisierung andeuten, immer wieder von vergangenen

Affekten und Emotionen überrollt wird. Unter konstruktiven Krankheitszeichen sind beispielsweise Apathie, Abgestumpftheit sowie Freudlosigkeit als reaktives Empfinden auf die Traumatisierung zu verstehen. Als Folgeerscheinung beziehungsweise als Begleiterkrankungen resultieren häufig depressive Störungen. Traumatisierte Menschen können ferner aufgrund der psychischen Überlastung zu Substanzmittelmissbrauch, zu selbstverletzenden Handlungen bis hin zu suizidalen Verhaltensweisen neigen (vgl. Sonneck, 2000, S. 52).

10.2 Krisenbewältigung – „Chance“ oder „Gefahr“

„Am Anfang habe ich mich immer gefragt: ‚Warum? Warum ICH?‘

Ich habe immer nach der Antwort gesucht, wofür ich bestraft werde, dass ich diese Krankheit habe. Heute denke ich anders darüber. Du hast gefragt, welche Bedeutung Depressionen für unseren Lebensweg haben: Ich denke, sie SIND unser Lebensweg. Jeder hat halt einfach seinen Weg im Leben zu gehen. Das ist so, das kann man nicht ändern. Man kann nur entscheiden, WIE man ihn geht“ (Erfahrungsbericht In: Hass, 2007, S. 241).

Jegliche Geschehnisse des alltäglichen Lebens bedeuten Einflüsse auf den Körper und das seelische Gleichgewicht. Dabei reagiert jedes Individuum unterschiedlich auf Reizeinflüsse sowie auf Lebensumstände und interpretiert diese auf verschiedene Art und Weise. Wie der Mensch im Grunde ein krisenauslösendes Erlebnis, wie beispielsweise ein langandauerndes Leiden einer Depression, aufnimmt und verarbeitet, ist weitgehend von seinen Erfahrungen der Vergangenheit sowie von seinen Erwartungen an die Gegenwart und Zukunft abhängig (vgl. Aguilera, 2000, S. 189).

Es gibt Zeitperioden, in denen Probleme und Konflikte das Leben erschweren und so eine Störung des emotionalen und psychischen Gleichgewichts bewirken. Solche Problemsituationen müssen aber nicht unbedingt in einer akuten Krise eskalieren, sondern können im Zuge einer oftmals langwierigen und mühevollen Bewältigung auch als Angelpunkt für eine neue Lebensweise betrachtet werden (vgl. Sonneck, 2000, S. 29).

Die Bewältigung und Lösung von Krisen kann die körperlichen und seelischen Kräfte aufzehren. Durch die Krisenauflösung stehen dem Menschen aber häufig wertvolle

Erfahrungen und Lebenschancen zur Verfügung, wie das folgende Zitat von Joseph Addison (1672-1719) unterstreicht (vgl. Aguilera, 2000, S. 189).

„Nichts, das wirklich wertvoll ist, kann ohne Schmerzen und Mühen erreicht werden“ (Joseph Addison In: Aguilera, 2000, S. 189).

Auch der chinesische Schriftzug für „Krise“ deutet die positiven Aspekte eines psychischen Ungleichgewichtszustandes an. Das chinesische Zeichen für den Begriff „Krise“ setzt sich dabei aus zwei unterschiedlichen Schriftzügen zusammen, wobei das linke Schriftzeichen für „Gefahr“ und das rechte für „Chance“ steht (vgl. Sonneck, 2000, S. 29).

Abbildung 7: Chinesisches Schriftzeichen für Krise (Sonneck, 2000, S. 29)

Im Hinblick auf Bewältigungsmöglichkeiten besteht eine Bandbreite an variabel anwendbaren Strategien und Techniken, wobei ein Individuum in einer Krisensituation nicht frei zwischen Krisenreaktionen - „Gefahr“ oder „Chance“ - wählen kann. Die Bewältigung ist von persönlichkeitsbezogenen Eigenschaften und Kompetenzen abhängig, welche wiederum von bestimmten Parametern gekennzeichnet sind. Zum einen weisen Menschen aufgrund ihrer Veranlagungen und vergangenen Erfahrungen eine unterschiedlich ausgeprägte Vulnerabilität auf, wodurch die Empfindung von Leid und Not auf einem Kontinuum stark schwanken kann. Zum anderen wird durch die Krisensituation die Notwendigkeit existentieller Bedürfnisbefriedigung und persönlicher Zielerreichung hinterfragt. Ferner erfordert eine Krisenlösung Ressourcen materieller, gesellschaftlicher und individueller Natur, deren Disponibilität von Person zu Person verschieden ist. Auch durch die Krise hervorgerufene Abweichungen der ursprünglichen Lebensverhältnisse können unterschiedliche Auswirkungen auf den Betroffenen haben. Im Rahmen dieser Einflussfaktoren werden die individuellen Kompetenzen zur Wiederherstellung des psychischen Wohlbefindens sowie zur Neustrukturierung bisheriger Lebensbedingungen beeinflusst (vgl. Dross, 2001, S. 13).

Befindet sich jemand bereits in einer seelischen Krise, sollten grundsätzlich Gedanken darüber angestellt werden, was die betreffende Person selbst zur

Verbesserung ihres psychischen Zustandes tun kann, und erst in einem zweiten Schritt, wo und inwieweit Unterstützung von anderen, auch von professionellen Helfern, in Anspruch genommen werden muss. Aufgrund der Tatsache, dass im Zuge einer Krisenbewältigung nicht alle Problematiken auf Anhieb beseitigt werden können, sollte der Fokus vorerst auf gegenwärtigen Schwierigkeiten liegen. Die Ursachen für alle anderen psychischen Beeinträchtigungen sollten erst in weiterer Folge, geordnet nach Ausmaß ihrer Dringlichkeit und nach Vorhandensein unterstützender Ressourcen, in Angriff genommen werden. Es ist wichtig, sich darüber Klarheit zu verschaffen, welche Lebensbereiche konkret von der Krise erfasst sind, welche Ziele angestrebt werden und welche Ressourcen zur Erreichung notwendig sind. Prinzipiell sollte jede Chance genutzt, sowie jede Form einer Gefährdung erkannt werden (vgl. Sonneck, 2000, S. 30f.).

Obwohl viele Betroffene oftmals nicht in der Lage sind, sich selbst durch Anwendung von erlernten Problemlösungsstrategien Abhilfe zu verschaffen, zögern diese häufig, Institutionen, die mit der professionellen Unterstützung psychisch Leidender vertraut sind, aufzusuchen. Diese Personen sind oftmals der Ansicht, dass sich kein anderer für ihre Schwierigkeiten interessiert, wodurch diese Menschen aufgrund einer verzerrten Denkweise nicht selten den Sinn ihres Daseins verlieren und den Suizid als Alternative beziehungsweise als einzigen Lösungsweg für ihr seelisches Dilemma betrachten (vgl. ebenda, 2000, S. 30f.).

10.2.1 Eskalation: Von der Krise zum Notfall

Krisen können laut Ulich (1987) aus chronologischer Perspektive als begrenzte Zustände mit einem Anfang und einem Ende beschrieben werden. Dabei wird die Entwicklung einer Krise einem Individuum erstmals bewusst, wenn bisherige Optionen der Bewältigung und Lösung ergebnislos bleiben. Unter genauerer Betrachtung bezeichnet die Krise daher keinen Zustand, sondern vielmehr eine dynamische Abfolge mangelhafter Such- und Testvorgänge von Lösungsstrategien. Aus diesem Grund nehmen Menschen in Krisen oftmals viel zu spät professionelle Unterstützung in Anspruch (vgl. Dross, 2001, S. 11).

Der akute seelische Notfall entsteht meist schleichend in Form von betäubenden Ohnmachtsgefühlen, Zorn und innerer Vulnerabilität, wobei unter Umständen typische Abläufe in der Psyche eines Individuums beobachtet werden können. Das

„psychopathologische“ Konzept des unmittelbaren psychischen Notfalls beschreibt dabei das Problem defizitärer Bewältigungs- und Problemlösungsstrategien, wodurch sich sowohl geistige als auch physische Energien am Rande der Erschöpfung befinden. Patienten finden sich in einem seelisch und körperlich bereits so labilen Zustand wieder, in dem auch die Fähigkeit, Kräfte zu regenerieren, abhanden gekommen ist. Emotionen der Verzweiflung, Hilflosigkeit, selbstverletzende Verhaltensweisen bis hin zu lebensgefährlichen Suizidhandlungen können ab diesem Zeitpunkt meist nur mit Hilfe und Unterstützung professioneller Fachpersonen abgewendet werden (vgl. Rupp, 2010, S. 13).

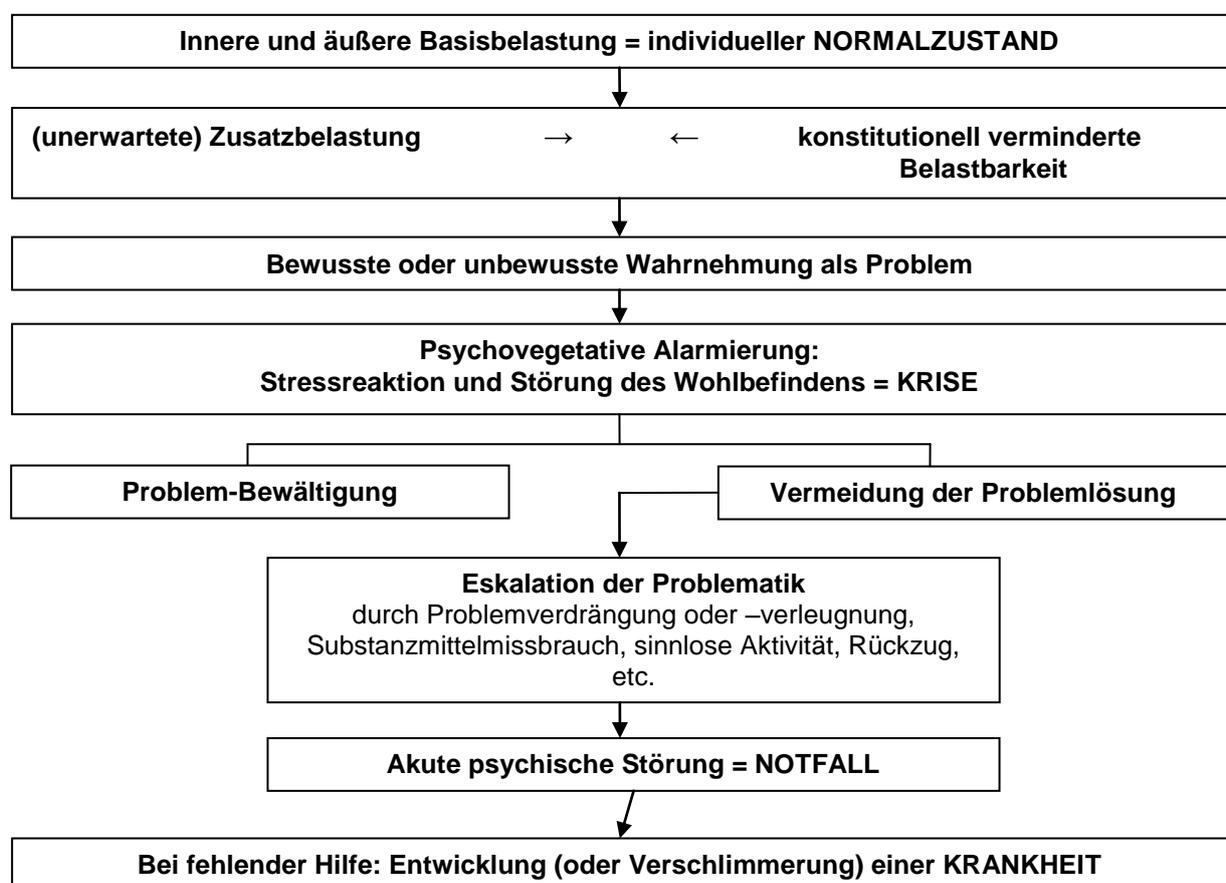


Abbildung 8: Eskalationsphasen von der Krise zum Notfall und schließlich zur Krankheit (Rupp, 2010, S. 16)

Kernaussage des Eskalationskonzeptes ist, dass psychische Notfallsituationen in einem individuellen Rahmen bezüglich zeitlicher Entwicklungen, Auslöser und anderer Faktoren entstehen können, sodass durch eine rechtzeitige Identifikation von entwicklungsbedingten Vorstadien eines Notfalls Interventionen zur raschen Reduktion belastender Faktoren und zur Verhinderung destruktiver Handlungen eingeleitet werden können. Dabei ist für die Weiterentwicklung von einer seelischen Krise zu einem psychiatrischen Notfall die Beständigkeit einer für den Patienten

unlösbaren Problematik verantwortlich. Je stärker dabei die Vulnerabilität eines Individuums ausgeprägt ist, desto geringer ist dieses mit einer ausreichenden Belastbarkeit ausgestattet. Wenn sich aus einer Krise ein akuter, seelischer Notfall entwickelt, kann dies meist darauf zurückgeführt werden, dass die betroffene Person einer zusätzlichen, meist plötzlichen Belastung ausgesetzt ist, welche nicht mit üblich praktizierten Coping-Strategien aufgearbeitet werden kann (vgl. Rupp, 2010, S. 16f.).

Unter Umständen ist aber ein seelischer Notfall nicht leicht von einer Krise abzugrenzen. Die Krise kann sich zu einem Notfall weiterentwickeln sowie auch der Notfall nach entsprechender medizinisch-therapeutischer Betreuung wieder auf die Krise zurückgeführt wird. Prinzipiell sind aber sechs Gruppen von Kernsymptomen anzuführen, die einzeln oder einander ergänzend für das Vorkommen eines psychiatrischen Notfalls sprechen. Laut Katschnig und David (1990) zählen zu diesen Gruppen *„Verwirrtheit und Bewusstseinstrübung; Verworrenheit und Realitätsverlust (Wahn, Halluzinationen); Erregung, psychomotorische Unruhe und Aggressivität; Depressivität, Verzweiflung und Suizidalität; Angst; Hemmung, Antriebslosigkeit und Stupor“* (Katschnik & David, 1990 In: Sonneck, 2000, S. 93). Auffällig ist, dass außer den ersten Symptomen (Verwirrtheit, Bewusstseinstrübung; Verworrenheit, Realitätsverlust) ansonsten alle anderen Krankheitszeichen auch bei Krisen, wenn auch in milderer Form anzutreffen sind. Sind jedoch die erwähnten Kernsymptome derartig massiv ausgeprägt, sodass jegliche kommunikativen Fähigkeiten versiegen, ist von einem akuten psychiatrischen Notfall auszugehen (vgl. Sonneck, 2000, S. 91ff.).

10.3 Definitionen der Krisenintervention

„Die Krisenintervention ist die logische gedankliche Fortführung der Kurztherapie. Das therapeutische Mindestziel der Krisenintervention ist die psychologische Auflösung der unmittelbaren Krise und die Wiederherstellung des Funktionsgrades, den die betreffende Person vor der Krise aufgewiesen hat. Im Idealfall gelingt es der Krisenintervention jedoch, eine Steigerung der Funktionalität herbeizuführen“ (Aguilera, 2000, S. 48).

Die Krisenintervention umfasst demnach alle Tätigkeiten und Handlungen, die einen Krisenpatienten bei der Lösung aktueller Problematiken und Belastungen unterstützen. Dadurch können beeinträchtigende gesellschaftliche, mentale sowie

klinische Konsequenzen, die als defizitäre Adaption oder geistige Degeneration beinahe in jeder Krisensituation anzutreffen sind, verhindert werden. Diese Begriffserklärung deutet auf die Heterogenität von Krisen hin sowie auf die Erfordernis einer umfassenden Individualität und Flexibilität im Rahmen der Auswahl und Anwendung geeigneter Interventionen (vgl. Sonneck, 2000, S. 15f.).

Als wichtigstes Merkmal einer Krisenintervention gilt die Anhäufung aller potentiellen Ressourcen, um irreversible Schädigungen jeglicher Art bestmöglich verhüten zu können. Bei Interventionen im Rahmen von Notfall- oder Krisensituationen steht der Handlungsbedarf im Vordergrund, wodurch die Ursachenklärung der Krise vorerst zu einem nebensächlichen Bestandteil wird. Viele Maßnahmen müssen daher ohne Vorkenntnisse bezüglich jeweiliger Reaktionen eines Krisenpatienten auf gesetzte Interventionen angewandt werden, um ehest möglich eine potentielle suizidale Gefährdung oder andere psychische Beeinträchtigungen reduzieren zu können. Aus diesem Grund ist es von großer Bedeutung, auf die Wirkung rascher, einfach durchzuführender Behandlungsmaßnahmen zu vertrauern (vgl. Rupp, 2010, S. 4).

Grundsätzlich beruht die Wirksamkeit derartiger Interventionen auf der Erfüllung und Berücksichtigung mehrerer unterschiedlicher Faktoren. Primär ist der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung für die Klärung des aktuellen Krisenanlasses, des gegenwärtigen Gesundheitsstatus, der gesellschaftlichen Lage des Betroffenen sowie für die Identifikation abrufbarer Unterstützungsressourcen unumgänglich. Ferner können bestimmte Parameter angeführt werden, die als Eckpfeiler der Krisenintervention gelten. Dazu zählen der Erstkontakt (persönlich oder telefonisch), Handlungen zur Linderung akuter Belastungen sowie unmittelbare Hilfeleistungen bei akuten Notfällen und die Planung weiterer therapeutischer Interventionen, um nach Abwendung der akuten Gefährdung Ressourcen der Selbsthilfe zu vermitteln (vgl. Sonneck, 2000, S. 95).

Durch Anleitung eines professionellen Behandlungsteams und durch Berücksichtigung der erwähnten Faktoren sollte der Klient in autonomer und effektiver Entschluss- und Handlungskompetenz seine aktuelle Krise aktiv bezwingen können (vgl. ebenda, 2000, S. 95).

Anzumerken ist, dass in Krisen das vollständige Spektrum depressiver Krankheitszeichen vertreten sein kann, wodurch eine Differenzierung

beziehungsweise Abgrenzung der Krise von dauerhaften Depressionen schwierig wird. Es können massive depressive Symptome in Erscheinung treten, welche Körperhaltung, Mimik, Gestik, Sprachverhalten sowie motorische Fertigkeiten stark beeinträchtigen. Dabei sind unter Umständen als offensichtlich geltende Anzeichen einer depressiven Störung anzutreffen, wie beispielsweise Wahn- und Suizidvorstellungen, die im Rahmen einer alleinigen Krisenintervention oftmals nicht beseitigt werden können (vgl. Dross, 2001, S. 31).

10.4 Zielsetzung: Hilfe zur Selbsthilfe

Das primäre Ziel der Krisenintervention bildet die Vermittlung von „Hilfe zur Selbsthilfe“ im Sinne der Förderung autonomer Krisenlösungs- beziehungsweise Problembewältigungskompetenzen. Zur Erreichung dieser Zielsetzung muss sich die betroffene Person zunächst ihres psychischen Zustandes bewusst werden, um eigenständige Lösungsstrategien zur Problembewältigung erlangen und praktizieren zu können. Unter dieser Voraussetzung nehmen die zunächst eingesetzten Interventionen die Bedeutung einer „aktiven Krisenbewältigung“ ein. Wichtig ist, dass der Betroffene selbst an der Bewältigung seiner Krise arbeitet und keinen passiven Verhaltensmustern verfällt, indem er bewusst der Problemsituation entflieht (vgl. Sonneck, 2000, S. 18f.).

Im Hinblick auf Interventionskonzepte, welche auf die Linderung akuter Krisensituationen zentriert sind, kann aus professioneller Perspektive zwischen „unmittelbaren und übergeordneten“ Zielsetzungen differenziert werden.

„I. *Unsere **unmittelbaren** Ziele sind:*

- a) *Beziehung zwischen Klient und uns herstellen*
- b) *Seine schwere Symptomatik erleichtern*
- c) *Problembewältigung einleiten: Wir verhelfen dem Klienten dazu, Widersprüchlichkeiten zu erkennen, das Problem zu definieren, dessen gefühlsmäßige und reale Bedeutungen zu erfassen und sich für eine Veränderung zu entscheiden. Diese soll durch ein zielgerichtetes, dem Klienten zumutbares und mögliches Verhalten **sofort** begonnen werden“ (Sonneck, 2000, S. 77).*

„II. Unsere **übergeordneten** Ziele sind: Der Klient soll

- a) *Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl entwickeln,*
- b) *Entscheidungsfähigkeit wieder erreichen,*
- c) *alternative konstruktive Verhaltensweisen finden und erproben“ (Sonneck, 2000, S. 77).*

Der Klient soll im Sinne der übergeordneten Ziele, die aktive sowie autonome Gestaltung seiner Lebensverhältnisse wiedererlangen, indem er von inaktiven Gemütsverstimnungen zu aktiver Selbstständigkeit übergeht (vgl. Sonneck, 2000, S. 77).

Zusammenfassend liegt das Bestreben einer Krisenintervention also in der Unterstützung und Förderung autonomer Fähigkeiten und Kompetenzen der psychisch erkrankten Person sowie seiner Umwelt, um in akuten Krisen Selbsthilfemaßnahmen anwenden zu können. Dabei steht, wie bereits erwähnt, die kurzfristige Realisierbarkeit intervenierender Maßnahmen im Zentrum, da nachhaltige, gravierende Einschnitte in die individuelle Persönlichkeitsstruktur des Patienten in akuten Phasen weder sinnvoll noch durchführbar wären (vgl. ebenda, 2000, S. 18f.).

Als primäre Zielsetzung einer akuten Notfallsituation hingegen gilt die Gewährleistung von „Sicherheit durch Schutz“ (vgl. Rupp, 2001, S. 58f.).



Abbildung 9: Zielsetzungen je nach Dringlichkeit der Intervention (Rupp, 2010, S. 59)

Es muss nicht nur dem Notfallpatienten Sicherheit gewährt werden, sondern auch der unmittelbare Personenkreis des Patienten muss aufgrund einer potentiellen Selbst- und/oder Fremdgefährdung in Schutz genommen werden. Im Rahmen der Erreichbarkeit umfassender Sicherheit nehmen die Ressourcen des Schutzes eine dominante Stellung ein (vgl. Rupp, 2010, S. 58f.).

Trotz der Tatsache, dass niemals ein absolutes Schutzniveau aller Beteiligten erreicht werden kann, sollten weitgehend alle verfügbaren Sicherheitsmaßnahmen aktiviert und Schutzkräfte mobilisiert werden. Die primären Sicherheitsressourcen sollten aus dem sozialen Umfeld des Betroffenen stammen. Erst nach Aufbau eines Sicherheitsnetzes kann der Patient wieder unabhängig von professionellen Hilfskräften bestehen und eigenständig leben. Dabei wird dem Klienten vermittelt, wie in Momenten existentieller Bedrohung Selbsthilfemaßnahmen oder Ressourcen des sozialen Sicherheitsnetzwerkes angewandt werden können (vgl. ebenda, 2010, S. 58f.).

10.5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die Organisation zur Unterstützung und Hilfe in seelischen Krisen- und Notfallsituationen ist durch eine ausgedehnte Infrastruktur charakterisiert, welche aus vielen unterschiedlichen Institutionen und Diensten, die wiederum mit verschiedenen Aufgaben der Intervention vertraut sind, aufgebaut ist. Das Versorgungsnetz an Helfern wird hauptsächlich vom umfassenden Tätigkeitsbereich der Sozialpsychiatrie, von sozialpsychiatrischen Krisendiensten, von stationären Hilfsmaßnahmen mit privater Trägerschaft, von bestimmten amtlichen Institutionen, von der Kirche, von Hausärzten, von Psychotherapeuten sowie von privaten Stiftungen gebildet. Man muss sich dieses Netzwerk als interdisziplinäres Betreuungsgefüge im Fachbereich der Sozialpsychiatrie vorstellen, dessen Mitarbeiter ein gemeinsames Ziel verfolgen, und zwar professionelle Hilfsmaßnahmen und Unterstützung in psychischen Notfällen anzubieten (vgl. Rupp, 2010, S. 50f.).

Aus diesem Grund fordern Notfallinterventionen im Rahmen seelischer Krisen die integrative Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen, welche Aufgabenstellungen aus dem Bereich der Pflege, der Psychotherapie, der Medizin sowie der Sozialarbeit miteinschließen (vgl. ebenda, 2010, S. 4).

Intervention im Bereich seelischer Krisen und psychiatrischer Notfälle erfordern deshalb eine gut strukturierte und professionelle Zusammenarbeit, um sicherstellen zu können, dass für den Großteil aller akuten Problematiken sofortige Sachkenntnisse abrufbar sind. Darunter sind Maßnahmen der Sozialarbeit, pflegerische, medizinische bis hin zu psychotherapeutischen Therapiemethoden zu verstehen (vgl. Sonneck, 2000, S. 91f.).

Der geforderte Grundsatz einer interdisziplinären Kooperation und Koordination bei der Behandlung von Depressionen oder während Kriseninterventionen nimmt bezüglich der Wiederherstellung des seelischen Gleichgewichts eine bedeutende Rolle ein. Im Falle einer defizitären Zusammenarbeit, muss der eigentlich hilfeschuchende Patient unter Umständen die Position des Vermittlers zwischen den einzelnen Professionen einnehmen. Gerade für Menschen, die aufgrund einer depressiven Erkrankung professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, kann die Vermittlerrolle mit Überforderung einhergehen, wodurch beim Patienten Zustände der Verwirrung, der Verzweiflung und erhöhte Bedenken hinsichtlich des Behandlungserfolges hervorgerufen werden (vgl. Wagner, 2007, S. 288).

Als Voraussetzung für eine funktionierende, erfolgsversprechende Krisenintervention von depressiven und/oder suizidalen Patienten müssen professionelle Fachkräfte, seien es Therapeuten, Ärzte oder Pflegekräfte, bestimmte Qualifikationen aufweisen. Dazu zählt neben ausreichender Berufserfahrung, Fachkenntnissen und emotionaler Belastbarkeit auch die Fähigkeit zur Kooperation mit anderen Berufsgruppen, um in Absprache mit Beteiligten anderer Arbeitsbereiche die bestmögliche Betreuung des Krisenpatienten erzielen zu können (vgl. Kunz et al., 2009, S. 198f.).

10.6 Methoden und Konzepte der Krisenintervention

Die Vorgehensweise während einer Krisenintervention ist vor allem durch Flexibilität und rasches Reaktionsvermögen gekennzeichnet. Dies bedeutet jedoch nicht, dass das Vorgehen vollkommen wahllos ist, sondern, dass Interventionen der jeweiligen Situation und Persönlichkeit des Klienten entsprechend durchgeführt werden müssen. Primäre Tätigkeitsfelder umfassen dabei die Herstellung einer Beziehungsebene, die Vertiefung in die emotionale Gemütslage und eventuelle Suizidalität des Klienten sowie abschließend die Bearbeitung gegenwärtiger Rahmenbedingungen und des sozialen Umfelds. Die methodische Vorgehensweise

wird sich aufgrund individueller Charakteristika von Patienten an den aktuellen Konstellationen orientieren müssen, auch deshalb, weil menschliche Entwicklungen, menschliche Krisen und Krisenanlässe heterogenen Ausmaßes sind (vgl. Sonneck, 2000, S. 27f.).

Somit nehmen im Rahmen strukturierter Vorgehensweisen die verschiedenen sowie individuellen Aspekte der Krise ausschlaggebende Positionen ein. Die essentiellen Ansätze einer Krise werden dabei vom Krisen Anlass, von deren persönlichen Bedeutung für den Klienten, von der Krisenanfälligkeit, von der Reaktion des Umfeldes sowie vom individuellen, personenabhängigen Krisenverlauf gebildet. Für die Planung und Sinnhaftigkeit der Intervention stellt der jeweilige Krisen Anlass den primären Ausgangspunkt dar. Es ist vorerst abzuklären, auf welche Umstände, seien es gravierende Lebensveränderungen oder seien es traumatisierende Erlebnisse, die Krise zurückzuführen und mit welcher subjektiv empfundenen Bedeutung diese aus der Betrachtung des Betroffenen verbunden ist (vgl. ebenda, 2000, S. 18).

Eine strukturierte Vorgehensweise der Krisenintervention ist im Allgemeinen durch die folgenden Interventionsschritte gekennzeichnet:

- *„Akzeptieren des gefährdeten oder gefährlichen Verhaltens als Notsignal*
- *Verstehen der Bedeutung und subjektiven Notwendigkeit dieses Notsignals*
- *Bearbeitung der gescheiterten Bewältigungsversuche*
- *Aufbau einer tragfähigen Beziehung*
- *Wiederherstellen der wichtigsten Beziehungen*
- *Gemeinsame Entwicklung alternativer Problemlösungen für die aktuelle Krise*
- *Gemeinsame Entwicklung alternativer Problemlösungen für künftige Krisen*
- *Kontaktangebote als Hilfe zur Selbsthilfe*
- *Einbeziehung von Angehörigen (unter Berücksichtigung der individuellen Situation)“ (Bronisch, 2009, S. 30)*

10.6.1 Allgemeines Kriseninterventionskonzept

In einzelnen Fällen ist jedoch aufgrund bestimmter Umstände nicht immer ein typisches Interventionsvorgehen beziehungsweise Konzept einsetzbar. Kriseninterventionen beinhalten aber in den meisten Fällen zumindest die Schritte der Einschätzung, der Interventionsplanung, der Intervention selbst sowie

abschließend die Phase der Krisenlösung und der Zukunftsplanung (vgl. Aguilera, 2000, S. 51ff.).

Der erste Schritt der Krisenintervention bedeutet, eine erstmalige Einschätzung und Beurteilung, betreffend individueller Problematiken des Betroffenen, durchzuführen. Dabei werden spezielle Techniken und Verfahren zur Identifikation des Krisenauslösers und der eigentlichen gegenwärtigen Krise, die den Patienten professionelle Unterstützung in Anspruch hat nehmen lassen, angewandt. Ebenso wichtig ist die Feststellung einer potentiellen Fremd- und/oder Selbstgefährdung, im Falle welcher eine unmittelbare Überweisung auf eine psychiatrische Station einzuleiten wäre (vgl. Aguilera, 2000, S. 51ff.). Wichtig ist, dass die Abwendung potentieller Selbst- und/oder Fremdgefährdungen eine Vorrangstellung gegenüber allen anderen Interventionsschritten einnimmt (vgl. Dross, 2001, S. 37).

Nach umfassender Einschätzung eventueller Risiken und Identifikation krisenauslösender Faktoren, wird mit der Planung weiterer Interventionsschritte begonnen. Als vorrangiges Ziel gilt hierbei nicht die Herbeiführung gravierender Persönlichkeitsveränderungen, sondern die Regeneration des ursprünglichen, psychischen Gleichgewichts, um eine Verbesserung der Lebensqualität zu bewirken (Aguilera, 2000, S. 51ff.).

Grundsätzlich sollten sich Maßnahmen zur Abwendung akuter Krisen an den Lebenszielen des Patienten sowie an vorhandenen Lösungsstrategien und Ressourcen orientieren, da die oftmals kurze Reaktionszeit, die dem Interventionsteam zur Linderung akuter Symptome zur Verfügung steht, nur wenig Handlungsspielraum für den Einsatz neuartiger Techniken und Zielsetzungen erlaubt beziehungsweise zulässt. Aus diesem Grund müssen vorerst krisenbedingte Beeinträchtigungen bereits existierender Bewältigungsstrategien reduziert werden (vgl. Dross, 2001, S. 36). Hinsichtlich der methodischen Durchführung und der Auswahl geeigneter Interventionen muss angemerkt werden, dass die therapeutische Vorgehensweise ferner von der Qualifikation sowie von den Kompetenzen des behandelnden Krisenteams abhängig ist (vgl. Aguilera, 2000, S. 51ff.).

Im Rahmen der Problembearbeitung bilden Konflikte, defizitäre Beziehungsstrukturen und soziale Spannungen besonders ausschlaggebende Konstanten. Aus diesem Grund müssen sich professionelle Fachpersonen immer vor

Augen halten, dass jegliche Krisen, auch jene, die auf keinen interpersonellen Sachverhalt zurückgeführt werden können, immer weitere Betroffene miteinschließen, wodurch Themen sozialer Ablehnung, Ängste und Sehnsüchte in Krisentherapien angesprochen werden müssen. Als eine effektive Hilfestellung gilt hierbei das Rollenspiel, in dem der Therapeut die abweisende Gegenposition zum Klienten einnimmt. Problematiken, deren krisenauslösende Parameter bereits fokussiert und geklärt werden konnten, können im Zuge eines Problemlösungsverfahrens (siehe Problemlösungsansatz, Kapitel 10.7.1) weiter bearbeitet werden (vgl. Dross, 2001, S. 40).

In der letzten Phase der „Krisenauflösung und Zukunftsplanung“ gilt es, effektive Problemlösungstechniken, welche zur Wiederherstellung des seelischen Gleichgewichts geführt haben, hervorzuheben. Die gesteigerte Kompetenz des Problemlösungsverhaltens sowie die Verbesserung der psychischen Gesundheit bewirken, dass der Klient seine Fortschritte erstmals wahrnimmt, wodurch sein Selbstwertgefühl positiv beeinflusst wird. Der Klient beginnt erneut mit der Verwirklichung von Wünschen und Lebenszielen. Bezüglich der Planung künftiger Vorstellungen und Zielsetzungen sollte der Therapeut Anleitungen geben, damit vom Patienten vor allem die Umsetzung realistischer Erwartungen angestrebt wird (vgl. Aguilera, 2000, S. 51ff.).

10.6.2 »BELLA«-System: Interventionskonzept für akute Krisen

Das »Bella«-System, ursprünglich verfasst von Lahninger und Lembden, bietet eine praktische Anleitung zur raschen Behandlung von Patienten in akuten Krisensituationen an (vgl. Sonneck, 2000, S. 96ff.).

*„**B**eziehung aufbauen*

***E**rfassen der Situation*

***L**inderung von Symptomen*

***L**eute einbeziehen, die unterstützen*

***A**nsatz zur Problembewältigung“ (Sonneck, 2000, S. 97)*

Die einzelnen Bestandteile dieses Kriseninterventionssystems umfassen konkrete Aussagen, die für eine übersichtliche und nachvollziehbare Beschreibung der einzelnen Interventionsphasen sorgen. In Gegenüberstellung zu anderen Konzepten

beziehungsweise methodischen Vorgehensweisen fordert der Interventionsablauf des „Bella-Systems“ die Erfüllung gewisser Interventionsaufträge, die nicht nur eine bestimmte Zielsetzung beinhalten, sondern auch Impulse zu einem bestimmten methodischen Vorgehen aussenden (vgl. Kunz et al., 2009, S. 195f.), wie anhand der folgenden Abbildung zu erkennen ist.

Kriseninterventionskonzept B E L L A → Beziehung aufbauen	
<ul style="list-style-type: none"> ● schaffe einen einladenden Anfang 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Grüss Gott! Ich bin...</i> - <i>Wollen Sie Platz nehmen?</i> <li style="text-align: center;"><i>Pause</i> - <i>Was kann ich für Sie tun?</i>
<ul style="list-style-type: none"> ● höre dem Klienten aufmerksam und einfühlsam zu 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Ich kann gut verstehen, dass das für Sie ein Problem ist!</i> - <i>Wollen Sie mir mehr erzählen?</i>
<ul style="list-style-type: none"> ● vermittele dem Klienten, dass du ihn ernst nimmst und dass du dir seiner Schwierigkeiten bewusst bist 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Ich sehe, es fällt Ihnen schwer, darüber zu reden!</i>

Tabelle 18: Kriseninterventionskonzept BELLA - Beziehung aufbauen (Erstellt nach: Sonneck, 2000, S. 97)

Zu Beginn jeder Intervention muss eine Beziehungsebene zum Betroffenen hergestellt werden, indem professionelle Fachpersonen diesem Beachtung, Interesse und Ernsthaftigkeit vermitteln (vgl. Sonneck, 2000, S. 77ff.), wobei der Aufbau einer empathischen, vertrauenswürdigen Beziehung nur dann zustande kommen kann, wenn der Betreuer dem Krisenpatienten einfühlsam und interessiert gegenübertritt. Patienten in Krisen weisen eine starke Erwartungshaltung auf, wodurch sich der Berater, um verstehen zu können, in die Situation des Klienten hineinversetzen muss, auch wenn sich diese weitgehend von seiner eigenen Lebenslage unterscheidet (vgl. Dross, 2001, S. 21).

Die Situation des Patienten muss sowohl in emotionaler als auch in somatischer Hinsicht, im Sinne körperlicher sowie suizidaler Begleiterscheinungen, belichtet werden, indem die Ausprägung panischer und/oder depressiver Symptome sowie deren Auswirkungen auf den Zustand des Klienten einer Einschätzung unterzogen werden. Neben dem Krisenanlass müssen hinsichtlich der Durchführung des Interventionsvorhabens ebenso die gegenwärtigen Lebensverhältnisse des Klienten sowie dessen soziales Umfeld an Personen, die unmittelbar von der psychischen Krise des Klienten betroffen sind, ermittelt werden. Ferner müssen die vom Patienten bislang praktizierten Bewältigungs- und Problemlösungsstrategien auf ihre Effektivität hin geprüft und in Augenschein genommen werden. Wichtig ist, die Intervention auf die gegenwärtige Situation und deren Strukturparameter zu beziehen (vgl. Sonneck, 2000, S. 77ff.).

Bewältigungsstrategien von Krisenpatienten werden durch individuelle, problembezogene sowie gesellschaftliche Möglichkeiten bestimmt. Hinsichtlich persönlicher Ressourcen müssen die verlorenen positiven Eigenschaften des Klienten regeneriert werden, damit in der Krise vorherrschende Minderwertigkeitsgefühle und Selbstzweifel beseitigt werden können (vgl. Dross, 2001, S. 25f.).

Kriseninterventionskonzept B E L L A → Leute einbeziehen, die unterstützen	
• versuche Hilfssysteme des Klienten von ihm einsetzen zu lassen	- <i>Gibt es jemanden, mit dem Sie darüber reden können?</i>
• wenn notwendig, auch Hilfssysteme wie Selbsthilfegruppen und Institutionen	- <i>Es gibt da eine Selbsthilfegruppe, die sich mit diesen Problemen besonders befasst!</i>

Tabelle 19: Kriseninterventionskonzept BELLA - Leute einbeziehen, die unterstützen (Erstellt nach: Sonneck, 2000, S. 99)

Die Klärung der sozialen Situation stellt einen wichtigen Faktor des Interventionskonzeptes dar. Als besondere Einflussgrößen können gesellschaftliche Schwierigkeiten, psychischer sowie physischer „Ballast“ und verfügbare Ressourcen angeführt werden. Dabei nehmen die Ermittlung und Aktivierung bereits bestehender sozialer Unterstützungssysteme, wie sie Nachbarn, Angehörige oder andere Bezugspersonen bilden, besondere Positionen ein. Notfalls muss auch auf andere Hilfssysteme hingewiesen werden, wie beispielsweise auf Sozialhilfeorganisationen und Selbsthilfegruppen (vgl. Sonneck, 2000, S. 77ff.).

Hinsichtlich der Planung weiterer Gespräche muss ein konstruktives Setting geschaffen werden. Dabei wird fixiert, welche und wie viele Personen an den folgenden Gesprächen teilnehmen werden, wie viele Kontaktaufnahmen erforderlich sind und in welchen zeitlichen Intervallen diese stattfinden sollen. Diese Rahmenbedingungen der therapeutischen Betreuung müssen in einem Übereinkommen zwischen Klient und Krisenberater unter Berücksichtigung gemeinsamer Wünsche, Optionen und Zielsetzungen festgelegt werden. Die Intervention anlässlich eines akuten Krisenzustandes sollte laut dem „Bella-System“ nach etwa zehn bis zwölf Sitzungen beendet sein, wobei der Klient auf den Abschluss der Therapie gut vorbereitet werden sollte. In einem Abschlussresümee wird nochmals besprochen, was der Klient letztlich im Zuge der therapeutischen Betreuung erreicht hat, auf welche Weise er sein Ziel erlangt hat und wie er sich gegen Probleme in der Zukunft wappnen kann (vgl. ebenda, 2000, S. 77ff.).

Trotz getroffener Vorbereitungen auf die Beendigung einer Krisentherapie, bleiben bestimmte Problematiken oftmals ungeklärt, wodurch in den meisten Fällen an die beendete Krisenintervention weitere therapeutische Maßnahmen anzuschließen sind, wie beispielsweise eine Kurzzeittherapie. Als Ziel einer solchen Nachfolgebehandlung gilt die Erreichung einer weitgehenden psychischen Stabilisierung des Klienten, indem die ursprüngliche Thematik der Krise weiter aufarbeitet wird. Bleibt der psychische Zustand eines Patienten aber weiterhin kritisch, muss dem Klienten eine Langzeittherapie angeraten werden (vgl. Sonneck, 2000, S. 77ff.).

Abschließend ist anzuführen, dass das Konzept der Krisenintervention prinzipiell nur dann eine erfolgreiche Anleitung zur Hilfe und Unterstützung darstellt, wenn es sich um die Abwendung akuter Krisen sowie um Krisen mit potentieller Suizidgefährdung handelt. Im Falle chronischer Suizidalität oder chronifizierter Krisen werden derartige Interventionen nach Henseler (1981) als nur wenig hilfreich eingeschätzt (vgl. ebenda, 2000, S. 20).

10.7 Spezielle Interventionstechniken

Eine akzeptierende und respektable Grundeinstellung sowie ein Verständnis für den Anlass der Krise sowie für den Krisenpatienten fördern den Wiederaufbau eines geschädigten Selbstwertgefühls sowie die Regeneration des seelischen Wohlbefindens. Dabei können einige spezifische Interventionstechniken zur Krisentherapie angeführt werden, die der „Belichtung verworrener Situationen“ und der damit mehr oder weniger in Verbindung stehenden Diskrepanzen dienen. Der angemessene Einsatz einer speziellen Technik ergibt sich je nach vorhandenen Kenntnissen über die jeweilige Störung. Bei depressiven Erkrankungen kommen vor allem Verfahren der Aktivitätssteigerung und der kognitiven Therapie zum Einsatz. Bei kognitiven Defiziten, die auf Traumatisierungen zurückzuführen sind, werden vorzugsweise direkte Konfrontationstechniken angewandt (vgl. Dross, 2001, S. 44).

10.7.1 Problemlösungsansatz: Problemlösungstraining

Der Problemlösungsansatz besagt nach Black (1946), dass Situationen, die nach einer Reaktion verlangen, für gewöhnlich folgerichtige Gedanken auslösen. Durch die Krise werden jedoch Problemlösungsprozesse infolge emotionaler Aufregung und kognitiver Barrieren erschwert, wodurch keine verlässlichen Informationen für Lösungsversuche abrufbar sind. Dieser Vorgang kann sich sowohl bewusst als auch unbewusst vollziehen, wobei mit zunehmender Akuität einer Belastung der Problembewältigungsprozess verstärkt ins Bewusstsein des Individuums rückt (vgl. Aguilera, 2000, S. 61f.).

John Dewey hat im Jahre 1910 Schritte beziehungsweise Phasen definiert, welche im Allgemeinen von einer klassischen Problemlösung durchlaufen werden. Zu Beginn wird der Prozess der Problemlösung von der Identifikation der jeweiligen Herausforderung eingeleitet, die, je nach Ausprägung des Schwierigkeitsgrades ins Bewusstsein rückt. In einem weiteren Schritt wird der Ursprung der Problematik bestimmt sowie in ihren Eigenschaften dargelegt. Zur Lösung und Bewältigung des Problems definiert das Individuum potentielle Alternativen und wägt diese nach ihrer Erfolgswahrscheinlichkeit und möglichen Folgewirkungen ab. Nach Abschätzung und Bewertung tatsächlich ausführbarer Lösungswege, wird jene Methode ausgewählt, welche die Person mit der größten Erfolgswahrscheinlichkeit bewertet (vgl. ebenda, S. 65).

Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2000) führen an, dass im Rahmen einer effektiven Problembewältigung prinzipiell zwischen verschiedenen Problemtypen zu differenzieren sei. Zu unterscheiden sind Problematiken, deren Zielerreichungsgrad grundsätzlich mit einer hohen Erfolgswahrscheinlichkeit ausgestattet ist, sowie Problembereiche, die durch Lösungsversuche definitiv nicht verändert werden können. Im Zuge eines Problemlösungstrainings ist daher ausschlaggebend, Ziele anzustreben, deren Erreichbarkeit für den Klienten realistisch erscheinen. Vorausgesetzt der Betroffene ist dazu fähig, aktuelle Problembereiche und erreichbare Zielsetzungen gemeinsam mit dem Therapeuten zu benennen und selbst die Verantwortung für Handlungen zu tragen, kann mithilfe eines derartigen Trainings nicht nur die Auflösung gegenwärtiger Problemsituationen, sondern auch eine weitgehende Bekräftigung eigener Kontroll- und Leistungskompetenzen erreicht werden (vgl. Dross, 2001, S. 49).

Laut Liebeck (1996) sollten zu Beginn des Problemlösungstrainings die Problematiken und Zielsetzungen des Klienten erläutert werden, wobei unter anderem verschiedene Bewältigungstechniken trainiert und diese nach positiven sowie negativen Aspekten beurteilt werden sollten. Möglicherweise müssen zusätzliche Informationen über gegenwärtige Schwierigkeiten eingeholt werden. Anschließend wird eine ausgewählte Lösungsstrategie schrittweise umgesetzt, wobei die einzelnen Phasen nach Nutzen und Kompetenzsteigerung des Klienten Bewertung erfahren. Bei Kriseninterventionen sollten vor allem jene Lösungsversuche ausgewählt werden, die mit erfolgsversprechenden und chancenreichen Veränderungen einhergehen und deren Umsetzung in möglichst kurzer Zeit erfolgen kann (vgl. Dross, 2001, S. 49f.).

10.7.2 Modifikation kognitiver Verzerrungen und Störungen

Der Schwerpunkt kognitiver Ansätze liegt im Wesentlichen in einer kognitiven Umstrukturierung. Der Betroffene lernt etappenweise, seine pessimistische und negative Sichtweise der Dinge, welche er aufgrund kognitiver Defizite vertritt, zu verändern (vgl. Niklewski, Riecke-Niklewski, 1998, S. 94).

Da Krisen ein großes Erfordernis an kognitiver Flexibilität verlangen, entsprechen bisher vertretene Überzeugungen beziehungsweise Denkmuster nur selten tatsächlichen Sachverhalten. In der kognitiven Verhaltenstherapie wurden daher verschiedene Techniken und Strategien entwickelt, um derartige defizitäre Überzeugungen sowie Werthaltungen auf ihren Tatsachengehalt überprüfen und modifizieren zu können. Eine besondere Technik stellt dabei der „Sokratische Dialog“ dar. Dabei erlernt der Klient, eigenständig kognitive Verzerrungen zu identifizieren und Antithesen zu verfassen, um alternative Erlebnisse erfahren zu können (vgl. Dross, 2001, S. 50).

Patienten sollten ferner angeleitet werden, wie sie zukünftig depressive Episoden, Krisensituationen oder rezidivierende, depressive Phasen selbstständig meistern können. Im Rahmen der Erlangung von Selbsthilfemaßnahmen werden regelmäßig Übungssituationen simuliert, um das Gelernte und Vermittelte für künftige Krisen und Problemsituationen verfügbar zu machen. Zur Vorbereitung auf potentielle Krisen oder akute, depressive Episoden hat sich vor allem das Hilfsmittel der Notfallplanung

herausgefiltert. Dabei wird gemeinsam mit dem Patienten ein Plan erstellt, welcher Maßnahmen und Methoden zur Selbsthilfe umfasst (vgl. Hautzinger, 2010a, S. 65f.).

<p>Phase 1: ● Schlüsselprobleme benennen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Probleme herausarbeiten, Überblick verschaffen, Kriterien: Dringlichkeit, Wichtigkeit - Veränderbarkeit; Bezug zur Intervention herstellen, kognitiv – behaviorale Formulierung ● Aufbau einer therapeutischen Beziehung - Patienten in negativer Sichtweise akzeptieren, Interesse (aktives Zuhören) - Professionalität (Kenntnis der Störung, Sicherheit), beruhigende Versicherungen - Arbeitsbündnis, empirisches Vorgehen
<p>Phase 2: ● Vermittlung des therapeutischen Modells</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zusammenhang von Gedanken, Gefühlen und Verhalten anhand der Erlebnisse des Patienten herausarbeiten - Elemente und Struktur der Therapie ableiten und darstellen
<p>Phase 3: ● Aktivitätsaufbau</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erfolg-Vergnügen-Technik, Wochenplanung - Gestuftes Vorgehen, realistische Standards setzen - den Ablauf planen: Wie sieht der erste Schritt aus? Welche Hilfen kann es geben?
<p>Phase 4: ● Kognitive Techniken (werden meist schon beim Aktivitätsaufbau eingesetzt)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erfassen von negativen Gedanken und Einstellungen - Zusammenhang von negativen Gedanken, Gefühlen und Verhalten verdeutlichen - Kognitionen als Hypothesen, nicht als Fakten akzeptieren lernen - Realitätstestung, Reattribution, alternative Erklärungen finden, Entkatastrophisieren - Pros und Contras, kurzfristige und langfristige Konsequenzen von Einstellungen
<p>Phase 5: ● Kompetenztraining</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rollenspiele - Kommunikationsübungen (mit Partner/Familie) - klare Instruktionen - Bezug zu Problemen des Patienten (darf nicht nur dem Therapeuten klar sein!) - erneutes Üben - Transfer in den Alltag
<p>Phase 6: ● Rückfallverhinderung, Notfallplanung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beibehaltung der Interventionen, die besonders geholfen haben - Auslöser von Krisen und Frühsymptome erkennen - Vorbereitung auf Rückschläge, Notfallplan

Tabelle 20: Behandlungsphasen und zugeordnete Behandlungsmethoden der Kognitiven Verhaltenstherapie bei akuter Depression (Hautzinger, 2003 In: Hautzinger 2010a, S. 49)

Im Rahmen kognitiver Interventionen muss der Therapeut Verständnis für die emotionale Erregung und kognitive Verzerrung seines Klienten haben. Aufgrund der begrenzten Betreuungszeit sollte der Behandlungsschwerpunkt hauptsächlich defizitäre Denkmuster und Grundannahmen des Klienten betreffen, wie beispielsweise generalisierte Annahmen („Mein ganzes Leben ist von Misserfolgen geprägt“). Als primäres Ziel gilt, dem Klienten zu vermitteln, dass mithilfe erlernter Techniken Kognitionen situationsbedingt adaptiert und dadurch entlastende Effekte erzielt werden können (vgl. Dross, 2001, S. 50f.).

10.7.3 Weitere Interventionstechniken

Angesichts des Umstandes, dass Krisenpatienten an innerer Spannung, Angst und Nervosität leiden, werden oftmals Entspannungsmethoden zur Linderung psychischer Erregung eingesetzt. Besonders das Muskelentspannungstraining von Jacobson, dessen Aneignung etwa 20 Minuten einer Therapiesitzung in Anspruch nimmt, und in weiterer Folge zu Hause fortgeführt werden sollte, erfreut sich großer Nachfrage. Imaginative Methoden hingegen beanspruchen jedoch mehr Zeit und setzen im Rahmen einer Krisenintervention entsprechende Kenntnisse voraus. Die „innere Imagination“ kann laut Lazarus (1996) für verschiedene Therapieziele angewandt werden. Einerseits kann dadurch Klarheit in Problem- und Konfliktsituationen, die vom Klienten verleugnet werden, erzielt werden, andererseits dient dieses Verfahren aber auch zur Bildung positiv besetzter, zur Entspannung anregender Imaginationen. Als weiterer Verwendungszweck gilt die voraussichtliche Lösung von Problemen. Besonders vorteilhaft an dieser Interventionstechnik ist, dass das gesamte Wahrnehmungsspektrum von Gefühlen, Kognitionen bis hin zu Aktivitäten des Klienten miteinbezogen wird, wodurch eine raschere Reorganisation mentaler Vorstellungen bewirkt werden kann (vgl. Dross, 2001, S. 46ff.).

Als weitere Interventionstechniken, die im Bereich der Krisenbewältigung Anwendung finden, sind das „Krisentagebuch, das Focusing, die Zeitprojektion und das Stressimpfungstraining“ anzuführen (vgl. ebenda, 2001, S. 46ff.).

Bei Klienten, die eine von Misserfolg geprägte Situation verleugnen, kann die Wahrnehmung beziehungsweise das Problemlösungsverhalten durch Rollenspiele gefördert werden. Dabei können die Rahmenbedingungen eines Szenarios so lange verändert werden, bis eine zufriedenstellende Lösungsstrategie resultiert, die in weiterer Folge erlernt und auch praktiziert wird. Bei Krisenpatienten tritt häufig der Fall ein, dass sich Angehörige oder andere Bezugspersonen zurückziehen, mit abwehrenden Verhaltensweisen reagieren oder den Betroffenen nicht ernst nehmen. Liegen Problematiken sozialer Isolation oder regressiver Kommunikation vor, können durch Rollenspiele Simulationen derartiger Situationen durchgespielt werden (vgl. ebenda, 2001, S. 51).

10.8 Organisation der Krisenintervention

Effektive Maßnahmen zur Krisenabwehr sollten so geregelt und strukturiert sein, dass je nach Akuität einer Krise schnell und allzeitbereit die erforderlichen psychiatrischen, psychotherapeutischen sowie sozialen Interventionen und auch andere Hilfsdienste erreichbar sind. Ein besonderes Beispiel „gemeindenaher Krisenversorgung“ bietet die Niederlande, wo durch Hausärzte in allen Versorgungsgebieten 24-stündige Dienste zur Krisenabwehr angeboten werden. Die „regionalen Institute für die ambulante geistige Gesundheit“ sind als Träger eines ambulanten Krisenzentrums im Rahmen berufsübergreifender Zusammenarbeit mit Bereitschaftsdiensten und psychiatrischen Krisenstationen organisiert (vgl. Dross, 2001, S. 87).

In Deutschland beispielsweise ist eine derartige regionale Krisenversorgung nicht vorhanden. Aufgrund der strikten Trennung zwischen Sozial- und Gesundheitswesen sowie zwischen ambulanter und stationärer Behandlung und der daraus resultierenden Kostenfrage bezüglich Sozialversicherungen und staatlichen Leistungen konnte in Deutschland bislang keine klare und übersichtliche Organisation der Krisenversorgung erreicht werden (vgl. ebenda, 2001, S. 87).

10.8.1 „Kriseninterventionszentrum Wien“

Hinsichtlich des Arbeitsschwerpunktes des Kriseninterventionszentrums in Wien vollzog sich bereits ein Übergang von postventiver Betreuung nach begangenen Suizidversuchen zu präventiven Maßnahmen hin zur Verhinderung von Selbstmordversuchen, also zu einer Intervention bei unmittelbar lebensgefährlichen Krisen. Auch im Rahmen angewandter Methoden gab es Veränderungen, indem man zunehmend von der traditionellen Fürsorge abkam und verstärkt auf neue therapeutische Methoden und Ansätze vertraute (vgl. Sonneck et al., 2008, S. 60).

Dabei sollte durch ein möglichst früh eingesetztes therapeutisches Interventionsvorgehen nicht nur das persönliche Leiden des Depressiven und/oder des Suizidenten gelindert, sondern auch einer körperlichen als auch seelischen Chronifizierung entgegengewirkt und dadurch die Anzahl stationärer Aufenthalte gesenkt werden (vgl. ebenda, 2008, S. 60).

In der Gegenwart betrachtet sich das Kriseninterventionszentrum „als eine im präventiven Bereich tätige Ambulanz zur Bewältigung von akuten psychosozialen Krisen und Krisen mit hohem Suizidrisiko und/oder bei drohender Gewalt“ (Sonneck et al., 2008, S. 60). Hierbei wird ein breit gefächertes Angebot an Betreuungsmaßnahmen dargelegt, das sich aus Beratungen, psychotherapeutischen Maßnahmen, Kurzzeittherapien und begleitenden medizinischen Unterstützungsleistungen zusammensetzt. Jeder Notleidende beziehungsweise jede Person, die sich in einer akuten seelischen Krise oder als ein Angehöriger einer derartig leidenden Person das Kriseninterventionszentrum aufsucht, kann sofort ohne etwaige Voranmeldung oder Ankündigung im Zuge eines Erstgesprächs Hilfe von einem Mitarbeiter in Anspruch nehmen. Dabei kann der Hilfesuchende auf Verlangen das Recht seiner Anonymität geltend machen (vgl. Sonneck et al., 2008, S. 60ff.).

Im Zuge des Erstgesprächs sollen gegenwärtige Problematiken, der aktuelle seelische Gesundheitszustand, Bestrebungen des Klienten als auch dessen sozialen Rahmenbedingungen einer umfassenden Abklärung unterzogen werden. Im Falle einer akut bedrohlichen Krisensituation liegt das vorrangige Ziel erstmals in der Schaffung einer entspannten und harmonischen Situation durch Herbeiführung einer raschen emotionalen Entlastung und Entfernung von psychischen Belastungen. Bei der Betrachtung von auslösenden Faktoren und Ursachen sollte im Rahmen einer umfangreichen Analyse eine weitgehende Distanzierung von der ursprünglichen Problematik erzielt werden. Dadurch werden während des Gesprächs besonders die Kompetenzen, welche die Eigeninitiative und die Selbsthilfekompetenzen des Klienten betreffen, gestärkt und verbessert (vgl. ebenda, 2008, S. 60ff.).

Hinsichtlich der weiterführenden Betreuung nach einem Erstgespräch im Kriseninterventionszentrum ist anzumerken, dass rund 50% der Klienten weitere Behandlungsangebote vom Kriseninterventionszentrum wünschen und in Anspruch nehmen. 5% der Klienten, die einer Weiterbetreuung durch das Interventionszentrum zugestimmt haben, entziehen sich trotz Absprache weiterführenden Angeboten. Bei 20% aller Klienten wird nur ein Erstgespräch geführt, teils, weil diese bereits im Zuge eines Gesprächs ausreichend Hilfe erfahren haben, oder teils durch Weitervermittlung an andere Institutionen wie Krankenhäuser, Sozialämter, etc. (vgl. ebenda, 2008, S. 60ff.).

Als weitere Betreuungs- und Behandlungsangebote im Kriseninterventionszentrum Wien können die folgenden Tätigkeiten angeführt werden: *„Einzelberatung, Einzelkurzpsychotherapie, Fokalpsychotherapie, Partner- und Familienberatung und –therapie, Medikamentöse Therapie, Sozialberatung, Angehörigenberatung, kurzfristige finanzielle Aushilfen, Unterstützung im Kontakt mit anderen Institutionen und Behörden, spezielle Beratungen in psychosozialen Krisen für MitarbeiterInnen von Firmen (Employee Assistance Programme), Gruppenberatungen nach Suiziden und traumatischen Ereignissen (u.a. für Familien, Schulklassen, MitarbeiterInnen von Firmen)“* (Sonneck et al., 2008, S. 62f.).

11 Forschungsstand

11.1 Studie: „Suicide Attempters‘ Memory Traces of Exposure to Suicidal Behavior – A Qualitative Pilot Study“

Im Rahmen dieser Studie wird die Bedeutung von Forschungsmodellen, welche suizidale Verhaltensweisen in Verbindung mit vergangenen Erfahrungen und Suizidhandlungen untersuchen, zur Einschätzung der Suizidalität hervorgehoben. Derartige „Gedächtnisspuren“, wie sie in der angeführten Studie erforscht werden, können von bewusster als auch unbewusster Natur sein. Die Erinnerung an bestimmte Ereignisse, die sich durch eine direkte Beteiligung an suizidalen Handlungen auszeichnen, wie sie beispielsweise im Kreise der Familie stattfinden können, kann unter Umständen Aufschluss über die Sinnhaftigkeit einer Selbsttötung geben, wodurch individuelle Coping-Strategien, Selbstmordabsichten sowie Maßnahmen von Suizidenten beeinflusst werden können (vgl. Ventrice et al., 2010, S. 97).

Vertreter kognitiver Ansätze sind der Ansicht, dass bestimmte Schemata, welche jegliche Prozesse der Informationsverarbeitung miteinschließen, in gewissen Situationen aktiviert werden, wodurch Ventrice, Valach, Reisch und Michel (2010) die Hypothese aufgestellt haben, dass sich die Erinnerungsspuren („engrams“) suizidaler Personen von nicht-suizidalen Menschen unterscheiden müssen. Demnach galt als Hauptaugenmerk dieser Studie die Erforschung von Gedächtnisspuren. Untersucht wurden zehn Probanden, die bereits einen Suizidversuch begangen haben, sowie zehn nicht-suizidale Probanden. Bezüglich der methodischen Vorgehensweise ist anzumerken, dass alle Teilnehmer narrativen, semistrukturierten Interviews unterzogen, auf Video aufgenommen und deren Aussagen vollständig transkribiert wurden (vgl. ebenda, 2010, S. 93f.).

Als Intervieweinstieg wurde die folgende Fragestellung gewählt:

„Denken Sie an ein Kind, welches nicht weiß, dass sich ein Mensch töten und Selbstmord begehen kann. Bitte versuchen Sie, genau an diesen Punkt in ihrer Kindheit zurückzukehren und erzählen Sie, an welche Erfahrungen Sie sich erinnern, als Sie erstmals mit der Möglichkeit des Selbstmordes konfrontiert wurden?“ (Intervieweinstieg In: Ventrice et al., 2010, S. 94)

Im zweiten Teil der Befragung wurden zur Identifikation von Gedächtnisspuren vor allem Schlagworte als Impuls eingesetzt:

„Können Sie weitere Erlebnisse anführen, die zurückblickend mit suizidalen Verhaltensweisen in Verbindung stehen könnten? Zum Beispiel in Ihrer Familie oder in der Schule?“ (Interview In: Ventrice et al., 2010, S. 94)

Bei der Analyse der durchgeführten Interviews wurden die angegebenen Erinnerungen bezüglich suizidaler Verhaltensweisen diskutiert, wobei einzelne Kategorien von Gedächtnisspuren definiert und kodiert wurden. Dieses Kodierungssystem umfasst insgesamt acht Kategorien, die inhaltlich charakteristische Merkmale von Erinnerungen bezüglich suizidaler Verhaltensweisen (direkt/indirekt, Suizidmethode) betreffen, zehn Kategorien bezüglich ihrer Ursachen (Beziehungsprobleme, Depression) sowie weitere acht Kategorien, die sich auf den Erstkontakt mit Suizidalität (Familie, Schule, Medien) beziehen (vgl. Ventrice et al., 2010, S. 94).

Von den untersuchten Suizidenten waren acht weiblichen und zwei männlichen Geschlechts und wiesen ein Durchschnittsalter von 37 (22-43) Jahren auf. Die zeitlichen Intervalle der suizidalen Probanden zwischen dem letzten Selbsttötungsversuch und der Interviewerhebung reichten von drei Wochen bis hin zu 25 Jahren, wobei letzteres eine Ausnahme bildete. Zur Erfassung des depressiven Schweregrades kam das BDI zum Einsatz, wobei bezüglich dieser Probandengruppe ein Durchschnitts-BDI von 28,5 erreicht wurde, das in sieben Fällen der klinischen Diagnose einer depressiven Episode und in drei Fällen einer bipolaren Störung entsprach. Auffallend ist, dass bei der nicht-suizidalen Kontrollgruppe (vier Frauen, sechs Männer; Durchschnittsalter 35,5) ein ähnlich hoher BDI von 24,7 anzutreffen war, wobei bei acht Personen eine depressive Episode, bei einer Person eine bipolare Störung und bei einem weiteren Probanden eine Sozialphobie diagnostiziert werden konnte. Ferner wurden alle Teilnehmer dem „Suicide Opinion Questionnaire“ (SOQ; Domino, 1996) unterzogen, wodurch es zur Patienteneinstellung bezüglich Suizidalität kam. Erstaunlich ist, dass anhand der Ergebnisse des BDI keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Probandengruppen entdeckt werden konnten. Ebenso wenig konnten Korrelationen zwischen den BDI-Resultaten und den Ergebnissen aus den SOQ festgestellt werden (vgl. ebenda, 2010, S. 94f.).

11.1.1 Ergebnisse

Anhand der Studienresultate wurde deutlich, dass sich aufgrund der erhobenen Anzahl von Gedächtnisspuren („engrams“) die Gruppe suizidaler Probanden nicht von der Kontrollgruppe ohne suizidale Vorgeschichte unterschied (98 vs. 94 engrams). Jedoch wiesen Suizidenten (14%; N=94), die in der Vergangenheit Zeuge eines Suizids oder suizidaler Verhaltensweisen bei anderen Personen wurden, einen höheren Anteil von Erinnerungsspuren auf, welche der Kategorie *„eines direkten Ausgesetzt-seins von suizidalen Verhaltensweisen durch andere Personen“* („engrams of direct exposure to suicidal behavior of others“) zugerechnet wurden, als Nicht-Suizidenten (2%; N=98). Von den insgesamt 192 Erinnerungen, standen 104 Erfahrungen mit durchgeführten und vollendeten Suiziden in Verbindung, wobei keine Differenzen bezüglich der Häufigkeitsverteilung zwischen den beiden Untersuchungsgruppen vorzufinden waren (49% - „suicide attempters“ vs. 51% - „nonattempters“). Ferner berichteten 24% der Suizidenten, dass sie in der Vergangenheit häufiger unter persönlichen suizidalen Krisen litten (vgl. Ventrice et al., 2010, S. 96).

Bezüglich jener Kategorien, die den Erstkontakt mit Suizidalität betrafen, stieß man bei der Ergebnisauswertung auf beachtliche Ähnlichkeiten zwischen den Probandengruppen. Dabei berichteten die meisten Untersuchungspersonen über suizidale Verhaltensweisen, die erstmals im Kreise der Familie oder der Freunde stattgefunden hätten. Im Hinblick auf die Grundeinstellung der Probanden zur Suizidthematik konnte ebenso auf keine signifikante Abweichung geschlossen werden, obwohl die Gruppe der Suizidenten häufiger dazu tendierten, Suizide mit Beziehungsproblemen (15% vs. 7%) und psychiatrischen Erkrankungen (6% vs. 1%) zu assoziieren als mit depressiven Störungen (14% vs. 20%) (vgl. ebenda, 2010, S. 96).

Zusammenfassend ist anzuführen, dass „suicide attempters“ bedeutend mehr Erinnerungen an direkte suizidale Handlungen abrufen konnten als „nonattempters“, obwohl die Gesamtzahl an Erinnerungsspuren bezüglich der Suizidalität im Allgemeinen auf keine Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen hindeutete. Trotz zahlreicher Parallelen zwischen den Probanden hat diese Studie bestätigt, dass Personen mit suizidaler Vorgeschichte eine gewisse Akzeptanz

gegenüber Suizidalität aufweisen und mit einer höheren Wahrscheinlichkeit selbst einen Suizid begehen (vgl. Ventrice et al., 2010, S. 96f.).

11.2 „A Pilot Study of the Suicide Victim’s Last Contact with a Health Care Professional“ und andere Studien

Ein Feingefühl beziehungsweise Verständnis für Personen und deren Motive, Selbstmord zu begehen, sollte als wichtiger Faktor in der Suizidprävention betrachtet werden. Die Selbsttötung gilt dabei als komplexes Verhalten, welches sowohl biologische als auch psychosoziale Komponenten miteinschließt. Das Zusammenwirken mehrerer Faktoren kann für eine potentielle Selbstgefährdung verantwortlich sein, wodurch präventive Zugänge vermehrt auf der Früherkennung relevanter Einflussfaktoren basieren sollten, um suizidalen Vorstellungen frühzeitig durch Interventionen entgegenwirken zu können (Draper, 1995). Suizidopfer nehmen oft Monate vor ihrem Tod Kontakt zu Therapeuten, besonders zu Hausärzten („general practitioners – GPs“) auf. In einer Untersuchung kontaktierten 73% aller Suizidopfer ihren Hausarzt drei Monate vor Begehen des Selbstmordes und 22% sogar eine Woche vorher (Pirkis & Burgess, 1998). Die Ergebnisse einer anderen Studie zeigten, dass 44% aller Suizidenten einen Monat vor ihrer Selbsttötung Kontakte zu Angehörigen der Primärversorgung suchten, wobei dieser Prozentsatz bei Suizidenten über 55 Jahren auf 58% anstieg (Luoma, Martin & Pearson, 2002). Aus geschlechtsspezifischer Perspektive sind männliche Suizidenten im Gegensatz zu Frauen weniger bereit, ihre suizidalen Absichten mitzuteilen (Isometsa et al., 1995). Trotz zahlreicher Erhebungen zu diesem Sachverhalt (Juurlink, Herrmann, Szalai, Kopp & Redelmeier, 2004; Obafunwa & Busuttil, 1994; Vassilas & Morgan, 1994), sind die bisherigen Untersuchungen bezüglich der Inhalte dieser getätigten Gespräche lückenhaft. Aufgrund dessen bestehen auch Unklarheiten hinsichtlich der Anzahl von Kontakten, die sich konkret auf direkte oder indirekte Ursachen eventueller Selbsttötungen beziehen (vgl. Draper et al., 2008, S. 96f.).

Allerdings kann eine zunehmende Evidenz bezüglich der behandelten Thematik verzeichnet werden, da Interventionen der Primärversorgung durch eine verbesserte Einschätzung und Behandlung von Depressionen effektivere Strukturen im Bereich der Suizidprophylaxe bewirken. Die Aus- und Fortbildung von Allgemeinmedizinern zur Depressions- und Suizidproblematik, vor allem ältere Menschen betreffend, fördert die Erkennung depressiver sowie suizidaler Symptome (Pfaff & Almeida,

2003). Ferner haben randomisierte Kontrollstudien ergeben, dass durch Zusammenarbeit der primären und der psychiatrischen Versorgung eine Verbesserung bezüglich der Behandlung und der Verminderung depressiver sowie suizidaler Krankheitszeichen bei älteren Personengruppen erzielt werden konnte (Alexopoulos et al., 2005; Bruce et al., 2004; Unutzer et al., 2002;). Aus diesem Grund werden in der vorliegenden Pilotstudie Resultate über die Kontaktaufnahme von Suizidopfern mittlerer und älterer Personengruppen zu Angehörigen des Gesundheitswesens dargestellt. Als primäre Ziele gelten dabei die Feststellung der Durchführbarkeit einer derartigen Untersuchung sowie die Beschreibung charakteristischer Merkmale erwähnter Kontakte in Verbindung mit der Identifikation des Morbiditäts- und Suizidrisikos (vgl. Draper et al., 2008, S. 96f.).

Für die Studie wurden alle Todesfälle infolge eines Suizids zwischen April 2003 und April 2004, bei Personen, die über 35 Jahre waren und somit eine potentielle Eignung für die vorliegenden Forschungszwecke aufwiesen, durch die Gerichtsmedizin in Sydney eruiert. Nachdem die Gerichtsmediziner geeignete Fälle selektiert hatten, wurden die nächsten Angehörigen des Suizidenten erstmals telefonisch über das Projekt informiert. Nach Erhalt der Zustimmung, wurde der nächste Verwandte über das Suizidopfer befragt, wobei eine verbesserte Version des „Rochester Suicide Behavior Profile“ Anwendung fand. Die Interviews umfassten demografische Daten sowie Informationen über den jeweiligen Suizidanlass, die in Verbindung mit dem „Structured Clinical Interview for DSM-IV“ erhoben wurden. Unter Daten des Suizidanlasses sind Aussagen des Opfers über eventuelle Selbsttötungsabsichten zu verstehen (SCID; Spitzer, Gibbon & Williams, 1994). Weitere Informationen bezüglich der Kontakte mit diesen Suizidopfern in den vorangegangenen drei Monaten wurden von den jeweiligen Therapeuten und Medizinerinnen zur Verfügung gestellt. Nach Zustimmung der nächsten Angehörigen wurden auch diese zum Suizidenten im Zuge eines semistrukturierten Interviews befragt, vor allem über das Setting, die Dringlichkeit sowie über die Gründe und Hauptaspekte für ein Treffen mit dem Suizidopfer. Weitere Daten betrafen die vom Klienten geschilderten Symptome (inklusive Medikamentenverschreibung), die Behandlung sowie die zeitliche Vereinbarung des nächsten Termins. Die Datensammlung bezog sich außerdem auf die Befolgung getroffener Vereinbarungen (und Behandlungsmethoden im Allgemeinen), auf Kenntnisse über körperliche und psychiatrische Erkrankungen, auf aktiven oder passiven Substanzmittelmissbrauch,

auf Leistungsfähigkeit, Schlafstörungen, Schmerzen und Strategien zur Schmerzbehandlung, auf Unfallanfälligkeit, Suizidversuche und nicht-suizidale, aber vorsätzliche Selbstverletzungen. Nach der umfangreichen Informationssammlung wurden alle mit Video aufgezeichneten Befragungen mit Verwandten und professionellen Fachpersonen transkribiert und jeder Einzelfall detailliert mit Fallnotizen versehen (vgl. Draper et al. 2008, S. 97f.).

11.2.1 Ergebnisse

Elf von den untersuchten 52 Suizidopfern suchten drei Monate vor Begehen des Selbstmordes keine Hilfe bei Angehörigen des Gesundheitswesens auf. In den übrigen 41 Fällen wurden jedoch 68 Kontaktaufnahmen mit HCPs („health care professionals“) verzeichnet. Von diesen 68 HCPs erklärten sich lediglich 37 zur Studienteilnahme bereit. Von den restlichen 31 HCPs, die nicht an der Studie und somit an keiner Befragung teilnahmen, erhielt man von 17 HCPs Informationen aus polizeilichen Aussagen und von 8 HCPs begrenzte Daten aus anderen Quellen. Die Interviews mit den 37 HCPs fanden in einem Zeitraum zwischen zehn bis 14 Monaten nach dem Patientensuizid statt. Bezogen auf die unterschiedlichen Ausbildungen der HCPs (15 Allgemeinmediziner, zehn Psychiater, zwei nicht-psychiatrische Spezialisten, ein Notaufnahmearzt, fünf „clinical nurse consultants“, zwei Psychologen, zwei Sozialarbeiter) konnte man auf keine Unterschiede in den Ergebnissen zwischen interviewten und nicht befragten HCPs schließen (vgl. Draper et al., 2008, S. 98f.).

Als Hauptgrund für ein letztes Aufsuchen professioneller Fachpersonen vor Begehen des Selbstmordes wurden bei 23 Gesprächen psychische Aspekte angegeben. Dies umfasste fünf Kontakte nach einem kürzlich vergangenen Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, wobei bei dreien bereits ein Suizidversuch vorausgegangen war. Acht HCP-Kontakte betrafen körperliche Beschwerden, fünf soziale Probleme und ein Gespräch handelte von situationsbedingten Schwierigkeiten in einem Pflegeheim. Die durchschnittliche Dauer eines solchen Gespräches lag bei 50 bis 60 Minuten. Nur zwölf Gespräche dauerten weniger als 20 Minuten. Je älter die Klienten waren, umso kürzer verlief der Kontakt. Ferner haben bei 28 HCP-Treffen die Verstorbenen bereits zuvor Behandlungsinterventionen für ihre psychischen Beeinträchtigungen erhalten. Bei 26 Suizidopfern war eine aktuelle Diagnose ihrer psychischen Störung bekannt. 27 aller untersuchten Fälle standen zum Zeitpunkt

ihres Todes in psychischer beziehungsweise fachärztlicher Betreuung (vgl. Draper et al., 2008, S. 98f.).

Im Rahmen der Interpretation und Diskussion der Ergebnisse muss auf eine Anzahl von Einschränkungen hingewiesen werden. Zum einen haben die HCP-Befragungen erst durchschnittlich zehn bis 14 Monate nach den Selbstmorden stattgefunden. Diese Zeitperiode könnte Auswirkungen auf die Richtigkeit und Exaktheit von HCP-Aussagen haben. Da die vorliegende Pilotuntersuchung unkontrolliert war, konnte anhand von Parametern nicht zwischen den letzten Gesprächen und anderen HCP-Kontakten unterschieden werden. Auch im Hinblick auf die Stichprobengröße liegt eine beschränkte Aussagekraft der Resultate vor. Anhand des Umstands, dass nur HCPs, deren Teilnahme vom nächsten Angehörigen des Suizidenten bewilligt wurde, sich an der Studie beteiligten, kam es möglicherweise zur Verzerrung der Ergebnisse. Außerdem können aufgrund der Altersgrenze von 35 Jahren keine Aussagen und Schlussfolgerungen für jüngere Suizidentengruppen angestellt werden (vgl. Draper et al., 2008, S. 99f.).

Wie bereits erwähnt, sollte als primäres Ziel in dieser Pilotstudie die Durchführbarkeit einer derartigen Untersuchung festgestellt werden, indem die Kontaktaufnahmen von Suizidopfern zu professionellen Fachkräften analysiert wurden. Da über 54% der berechtigten HCPs zur Mitwirkung bereit waren und über 86% der HCPs von Konfrontationen mit Suizidopfern innerhalb eines Monats vor deren Selbsttötung berichten konnten, galt die Studie als erfolgreich. Manche HCPs empfanden diese Befragungen als eine Art Nachbesprechung, da sie vorher oftmals nur wenig Gelegenheit hatten, über den Tod eines Patienten zu sprechen. Überraschenderweise verfügten sieben HCPs vor der Anfrage zur Studienteilnahme über keinerlei Kenntnisse über den Suizid ihrer Patienten (vgl. ebenda, 2008, S. 99f.).

Eine fehlerhafte oder falsche Diagnose hinsichtlich depressiver Störungen und der Suizidgefährdung kann fatale Folgen für die Betroffenen haben (Suominen, Isometsa & Lonnqvist, 2004). Rund 75% aller Verstorbenen dieser Studie wiesen die Diagnose einer psychiatrischen Beeinträchtigung auf und standen zum Zeitpunkt ihres Todes in entsprechender Behandlung. Großteils wurden den Patienten antidepressive Medikamente verschrieben, wenngleich die „Einnahmetreue“ bei nahezu einem Drittel der Fälle ein Problem darstellte. Bei über 60% aller Patienten, bei denen die

Diagnose einer „major depression“ festgestellt wurde, fand eine Einschätzung der jeweiligen Suizidgefährdung statt, wobei sich jedoch anscheinend kein einziger Patient durch suizidale Verhaltensweisen beeinträchtigt gefühlt hatte. Dabei erfolgten Erhebungen bezüglich potentieller Suizidalität häufiger, wenn der behandelnde HCP eine psychiatrische Ausbildung aufwies (vgl. Draper et al., 2008, S.99f.).

11.3 Handlungs- und Forschungsbedarf

Aufgrund eines stetig zunehmenden Grades an Komplexität ist das Individuum in der heutigen Gesellschaft verstärkt einschneidenden Belastungen ausgesetzt, wodurch sich die Gesamtsituation des Einzelnen, sei es in sozialer oder in gesundheitlicher Hinsicht, oft verschlechtert. Beeinträchtigungen nehmen immer gravierendere Ausmaße an, wodurch die Tätigkeiten und Aktivitäten im Rahmen von Kriseninterventionen ebenfalls komplexere Formen annehmen müssen. Somit besteht die Notwendigkeit, eingeleitete Kriseninterventionen zunehmend auf mehrere unterschiedliche Lebensbereiche des Menschen auszurichten. Da die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten in den letzten Jahren angestiegen ist, sollten fachliche und inhaltliche Fortbildungen im Bereich von Kriseninterventionen und vor allem hinsichtlich der Suizidproblematik stattfinden, um den trendmäßigen Entwicklungen weitgehend entgegenwirken zu können (vgl. Sonneck et al., 2008, S. 65f.).

Seit langem ist bekannt, dass Suizidopfer einen Zustand offensichtlicher Zufriedenheit ausstrahlen, wenn der Entschluss zur Selbsttötung gefallen und weitgehende Vorkehrungen bereits getroffen worden sind. Dieser Umstand wirft bezogen auf die angeführte Studie von Draper, Snowdon und Wyder („A Pilot Study of the Suicide Victim’s Last Contact with a Health Professional“, 2008) die Frage auf, wie oft während der Entwicklung einer depressiven Episode klinische Untersuchungen durchgeführt werden sollten, und zwar unabhängig davon, inwieweit der Patient suizidale Vorstellungen oder Zeichen einer erhöhten Suizidgefährdung aufweist. Vor allem bei Patienten, die an einer chronischen, aber weniger schwer ausgeprägten Depression leiden, stellt die frühzeitige Identifikation suizidaler Gefährdungen eine große Herausforderung dar. Aus diesem Grund ist eine effektive Aus- und Weiterbildung von Angehörigen im Gesundheitswesen für Strategien der Suizidprophylaxe und Verhinderung unerlässlich (Pfaff & Almeida, 2003) (vgl. Draper et al., 2008, S. 99f.).

Im Hinblick auf die Studie von Draper, Snowdon und Wyder (2008) muss angeführt werden, dass in Deutschland Hausärzten eine besondere Schlüsselfunktion in der Krisenversorgung zukommt, wobei eine hausärztliche Stellung auch von Allgemeinmedizinern, praktischen Ärzten, Internisten und Psychiatern eingenommen werden kann. Beinahe 85% aller Patienten mit psychischen Erkrankungen ziehen einen Allgemeinmediziner zu Rate. Weitere retrospektive Untersuchungen (Reimer, 1996) zu dieser Thematik haben ergeben, dass 40-50% aller Suizidenten in Deutschland vor Begehen ihres Selbstmordes einen Arzt kontaktieren. Auch im Bereich der Diagnostik müssen Entwicklungen und Verbesserungen angestrebt werden. Die diagnostische Abklärung psychiatrischer Notfälle, seelischer Störungen und chronischer Krankheiten zählt bereits zu Routinehandlungen. Hinter physischen Symptomen vorhandene, latente Depressionen, Ängste oder die Identifikation der damit in Verbindung stehenden Suizidalität können oftmals aber nicht festgestellt werden (vgl. Dross, 2001, S. 88).

Demnach spricht Hautzinger (2010a) bezüglich depressiver Erkrankungen Praxisempfehlungen aus und fordert aufgrund des aktuellen Forschungsbedarfs, dass sich künftige wissenschaftliche Erhebungen verschiedener Wissenschaftszweige besonders auf die folgenden Bereiche konzentrieren sollten (vgl. Hautzinger, 2010a, S. 88f.):

- *„Wirksamkeit unter alltäglichen Praxisbedingungen der Klinik und der Ambulanz.*
- *Qualitätssicherung und Evaluation unter verschiedenen Rahmenbedingungen.*
- *Systematische Ausweitung der Behandlungsansätze auf und kontrollierte Studien an chronifizierten und schweren Depressionen.*
- *Kontrollierte Studien zur Rückfallprophylaxe bei rezidivierenden Depressionen.*
- *Kontrollierte Untersuchungen diagnostischer, psycho- und pharmakotherapeutischer Ansätze bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen.*
- *[...] Erforschung von Wirkmechanismen verbunden mit der Untersuchung von therapiebedingten Veränderungen auf den verschiedensten Ebenen. [...]*“ (Hautzinger, 2010a, S. 81f.).

Hinsichtlich der von Hautzinger (2010a) angeführten Praxisempfehlungen und Forschungsbereiche, die noch weitere empirische Erkenntnisse erfordern, muss wiederum auf die unterschiedlichen Professionen und Berufsgruppen hingewiesen werden, deren Aufgabe es ist, den Wissenszuwachs in verschiedenen Forschungsfeldern zu fördern.

Im Rahmen dieses Wissensbedarfes ist ebenso auf die Rolle der Pflegewissenschaft einzugehen. Diese sollte, die Themen Depression und Suizidalität betreffend, vor allem Untersuchungen bezüglich interdisziplinärer Arbeitsweisen zur Betreuung depressiver und/oder suizidaler Patienten anstellen. Es ist wichtig, zu ergründen, wie berufsübergreifendes Zusammenarbeiten beispielsweise in den verschiedenen Institutionen funktioniert, welche Probleme beziehungsweise Störfaktoren diese be- oder verhindern und auf welche Weise Verbesserungen zur raschen Linderung depressiver und/oder suizidaler Symptome von Patienten durch Studien, Analysen und Implementierungen aus dem Wissenschaftsbereich der Pflege erzielt werden können.

Ferner ist anzumerken, dass bislang nur wenig Studien bezüglich der Lebensqualität von Depressiven und/oder Suizidenten im Bereich der Pflegewissenschaft durchgeführt wurden, wodurch wiederum auf Wissensdefizite verwiesen werden kann, die einer bestmöglichen Patientenbetreuung und Versorgung entgegenwirken. Die Anstellung von Studien und Untersuchungen zur Lebensqualität ist deswegen von höchster Notwendigkeit, da sich die Lebensqualität durch Autonomie in Entschluss- und Handlungsfähigkeit auszeichnet und diese Eigenschaften jedoch von depressiven Erkrankungen weitgehend beeinträchtigt werden beziehungsweise in vollkommene Dysfunktionalitäten übergehen (vgl. Ehrenberg, 2008, S. 253).

12 Zusammenfassung/Diskussion

Aufgrund der zahlreichen Auslöser depressiver Störungen und dem breiten Spektrum an Symptomen, die mit einer depressiven Erkrankung einhergehen können, gilt die Depression bereits seit Jahrzehnten als eine der komplexesten Krankheiten in der Bevölkerung, wodurch diese im ätiologischen sowie im symptomatologischen Sinne weiter erforscht werden muss.

Selbstständigkeit, autonome Entscheidungskompetenz sowie soziale Handlungsfähigkeit bilden heutzutage Grundlagen für Lebensqualität. Depressive Erkrankungen verursachen jedoch Defizite hinsichtlich dieser Faktoren (vgl. Ehrenberg, 2008, S. 253).

Wie bereits angeführt zeichnet sich das mannigfaltige Krankheitsbild der Depression durch eine Vielzahl psychischer als auch körperlicher Beeinträchtigungen aus, wie beispielsweise Angst, Anspannung, Minderwertigkeitsgefühle, Magen-Darmbeschwerden, Kopfschmerzen, etc. (vgl. Gosciniak, 1998, S.9). Aufgrund der individuellen Zusammensetzung depressiver Symptome resultieren auch heute noch Fehldiagnosen, wodurch zur eigentlichen Linderung der Symptomatik oftmals falsche Behandlungsstrategien angeordnet und die ursprünglichen Leiden der Patienten weiter verschlimmert werden. Der Umstand, dass bestimmte depressive Erkrankungen fehldiagnostiziert oder unentdeckt bleiben, kann bei manchen Patienten aufgrund der massiven seelischen und körperlichen Belastung Todeswünsche hervorrufen, wodurch die Krisenanfälligkeit und die Suizidalität von Betroffenen sowie von Bezugspersonen drastisch ansteigen (Bischkopf, 2005). Depressiv Erkrankte haben bei rechtzeitiger Diagnosefeststellung eine gute Genesungschance, da zahlreiche Behandlungsmöglichkeiten, vor allem in kombinativer Anwendung, nachweisbare Behandlungserfolge verzeichnen (vgl. Kunz et al., 2009, S. 109f.).

Trotz diagnostischer Abklärung und fachgemäßer Behandlung depressiver Störungen darf die Suizidalität eines Depressiven jedoch nicht völlig außer Acht gelassen werden, da eine akute suizidale Gefährdung vor allem bei „gereizten, aggressiven und agitierten“ Formen der Depression häufig unerkannt bleibt (vgl. Dross, 2001, S. 55).

In diesem Zusammenhang rücken Krise und Krisenintervention in den Vordergrund. Die seelische Krise kann dabei als Lebenslage beschrieben werden, in der ein Individuum schwerwiegende Belastungen oder soziale Konflikte nicht eigenständig durch bislang praktizierte Problemlösungsstrategien beseitigen kann. Der Betroffene wird von innerer Anspannung, Angst und depressiven Verstimmungen heimgesucht, wodurch aufgrund der subjektiven Ausweglosigkeit suizidale Vorstellungen zunehmen. Kommt es zur Eskalation eines derartigen Gemütszustandes und besteht eine unmittelbare Selbst- und/oder Fremdgefährdung des Krisenpatienten und/oder weiterer Beteiligter ist es Aufgabe der Krisenintervention vorerst die lebensbedrohliche Gefahr abzuwenden beziehungsweise die Suizidalität zu reduzieren und erst in therapeutischen Folgeschritten Selbsthilfemaßnahmen zu vermitteln, um so das psychische Gleichgewicht des Patienten wieder herzustellen (vgl. Aguilera, 2000, S. 25f.).

Im Rahmen einer Krisenintervention sind unterschiedliche Konzepte, wie zum Beispiel das „Bella-System“ zur Abwendung akuter Krisen sowie Krisen mit potentieller Suizidgefährdung, und Interventionstechniken, die je nach Krisenanlass und Patientenpersönlichkeit eingesetzt werden sollten, um die erhofften Wirkungsweisen, wie beispielsweise eine Neubildung von Selbstwertgefühl, zu erzielen. Dabei ist es wichtig das therapeutische Vorgehen sowie die Auswahl bestimmter Interventionstechniken dem Krisenpatienten und seiner individuellen Persönlichkeit anzupassen. Als erfolgsversprechende Vorgehensweisen können „Entspannungstrainings, Focusing, Imagination, Rollenspiele“, etc. angeführt werden (vgl. Dross, 2001, S. 44ff.).

Trotz der Notwendigkeit einer umfassenden Aufklärung und Prävention bezüglich Depression, Suizidalität und akuter Krisen, bestehen noch zahlreiche Defizite. Vor allem die Infrastruktur bezüglich der Erreichbarkeit von Krisendiensten oder anderer Institutionen ist in manchen Regionen, besonders im ländlichen Bereich eher mangelhaft. In derartigen Lokalitäten ist oftmals nur das nächst gelegene Krankenhaus mit professioneller Krisenintervention betraut (vgl. Dross, 2001, S. 88). Aus diesem Grund muss noch sehr viel Arbeit und Zeit in die Ausreifung und Entwicklung umfassender Tätigkeiten im Sinne der Aufklärung, der Prävention und professioneller Krisenangebote von verschiedenen Berufszweigen investiert werden.

13 Ausblick

Als ich nach langem Studieren wissenschaftlicher Werke und Arbeiten den Entschluss gefasst habe, meine Diplomarbeit dem Thema Depression im Erwachsenenalter zu widmen, muss ich zugeben, dass ich erst im Laufe weiterer Recherchen den deutlichen Zusammenhang zwischen Depression und Suizidalität entdeckt habe und in welchem kritischen Ausmaß eine depressive Krankheit mit Todessehnsüchten und umgekehrt einhergehen kann. Schon vorher war mir klar, dass suizidale Verhaltensweisen eine enge Verbindung mit psychiatrischen Störungen aufweisen. Dieses Ineinandergreifen beziehungsweise wie gravierend und rapid derartige Vorstellungen auf einen Menschen Einfluss nehmen können, wurde mir aber erst im Zuge dieser Recherchen bewusst. Nachdem ich mich bereits zu Beginn meiner Diplomarbeit vor allem mit theoretischen Erklärungsansätzen, depressiven Entwicklungen, Verläufen, Klassifikationssystemen, Symptomerscheinungen und Behandlungsmethoden depressiver Störungen auseinandergesetzt habe, widmete sich mein Interesse zunehmend der Suizidalität depressiver Personen und den damit in Verbindung stehenden Kriseninterventionen.

Es war für mich überraschend, mit welchen Herausforderungen und Schwierigkeiten die Identifikation von Suizidenten verbunden ist, und welche Wissensdefizite noch heute bezüglich präventiver und krisenvorbeugender Angebote trotz Bemühungen aufklärender Institutionen und Programme in der Bevölkerung bestehen. Mancher Betroffener weiß nicht, wohin mit seinen Problemen, findet keine Anlaufstelle um professionelle Hilfe in seiner kritischen Notsituation zu bekommen. Aus diesem Grund müssen, meiner Ansicht nach, mehr Interventionszentren, wie beispielsweise das „Kriseninterventionszentrum Wien“, eingerichtet und Präventionsprogramme, wie der „österreichischer Suizidpräventionsplan“ („Suicide Prevention Programm Austria“, SPA), die jede Altersgruppe in der Grundbevölkerung ansprechen, gestartet werden. Die Aufklärungs- und Präventionsarbeit bezüglich Depression, Suizidalität und Abwendung akuter Krisen befindet sich noch in den Kinderschuhen, wodurch verschiedene Professionen aus Bereichen der Medizin, der Pflege, der Psychiatrie und vielen anderen ihren Beitrag liefern müssen.

Diese Aufgaben, wie beispielsweise die Erstellung neuer Beratungskonzepte bei Depressionen und/oder Suizidalität beziehungsweise die Implementierung neuer

Vorgehensweisen, sollten basierend auf umfassenden Forschungs- und Studienergebnissen auch vom Feld der Pflegewissenschaft übernommen werden. Dabei müssen ebenso bislang bewährte Konzepte analysiert und notfalls modifiziert werden, indem die Pflegewissenschaft auf Grundlage empirischer Fundierung durch die Anstellung von Studien zu verschiedenen Themenbereichen, wie beispielsweise die Lebensqualität von depressiven und/oder suizidalen Patienten oder die Analyse bewährter sowie die Entwicklung neuer Pflege-, Präventions- und Interventionskonzepte betreffend, neuartige Maßnahmen, Konzepte und Entwicklungen in defizitären Tätigkeitsfeldern einsetzt.

14 Literaturverzeichnis

14.1 Bücher

Aguilera, D.C. (2000): Krisenintervention. Grundlagen – Methoden – Anwendung. Bern: Hans Huber

Battegay, R. (1991): Depression. Psychophysische und soziale Dimension – Therapie. Bern: Hans Huber

Beck, A.T.: Beck-Depressions-Inventar (BDI). In: Hautzinger, M. (Hrsg.). (2010b): Kognitive Therapie der Depression. Weinheim, Berlin, Basel: Beltz, S. 383-387

Beckmann, H. (Hrsg.). (2003): Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie. Stuttgart: Georg Thieme

Bork, S.: Elektrokrampftherapie. Praktische Durchführung der Elektrokrampftherapie. In: Eschweiler, G.W., Wild, B. & Bartels, M. (Hrsg.). (2003): Elektromagnetische Therapien in der Psychiatrie. Elektrokrampftherapie (EKT), Transkranielle Magnetstimulation (TMS) und verwandte Verfahren. Darmstadt: Steinkopff, S. 63-72

Brinker, K.-H., Grunst, S. & Herrenbrück, S.: Der Weg zur Diagnose in der Psychiatrie. In: Grunst, S. & Sure, U. (Hrsg.). (2006): Pflege Konkret. Neurologie – Psychiatrie. Lehrbuch für Pflegeberufe. 3., vollständig überarbeitete Auflage. München: Urban & Fischer, S. 254-269

Brinker, K.-H., Grunst, S. & Herrenbrück, S.: Spezielle Therapieverfahren in der Psychiatrie. In: Grunst, S. & Sure, U. (Hrsg.). (2006): Pflege Konkret. Neurologie – Psychiatrie. Lehrbuch für Pflegeberufe. 3., vollständig überarbeitete Auflage. München: Urban & Fischer, S. 298-315

Bronisch, T. (2007): Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention. München: C.H. Beck

Bronisch, T., Bohus, M., Dose, M., Reddemann, L. & Unckel, C. (2009): Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen. Therapeutische Hilfe bei Suizidalität, Selbstschädigung, Impulsivität, Angst und Dissoziation. Stuttgart: Klett-Cotta

Dilling, H. & Freyberger, H.J. (Hrsg.). (2010): WHO Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien ICD-10: DCR-10 und Referenztabelle ICD-10 v.s. DSM-IV-TR. Bern: Hans Huber

Dross, M. (2001): Krisenintervention. Göttingen: Hogrefe

Ehrenberg, A. (2008): Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Eschweiler, G., Wild, B. & Bartels, M. (Hrsg.). (2003): Elektromagnetische Therapien in der Psychiatrie. Elektrokrampftherapie (EKT), Transkranielle Magnetstimulation (TMS) und verwandte Verfahren. Darmstadt: Steinkopff

Glatzel, J. (1982): Endogene Depressionen. Zur Psychopathologie, Klinik und Therapie zyklischer Verstimmungen. Stuttgart: Georg Thieme

Gosciniak, H.-Th., Osterheider, M. & Volk, S. (1998): Angst – Zwang – Depression. Stuttgart: Georg Thieme

Görlitz, G. (2010): Selbsthilfe bei Depressionen. Stuttgart: Klett-Cotta

Grunst, S. & Renn, K.: Pflege von Suizidgefährdeten Menschen. In: Grunst, S. & Sure, U. (Hrsg.). (2006): Pflege Konkret. Neurologie – Psychiatrie. Lehrbuch für Pflegeberufe. 3., vollständig überarbeitete Auflage. München: Urban & Fischer, S. 468-475

Grunst, S. & Sure, U. (Hrsg.). (2006): Pflege Konkret. Neurologie – Psychiatrie. Lehrbuch für Pflegeberufe. 3., vollständig überarbeitete Auflage. München: Urban & Fischer

Harrington, R. (2001): Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe

Hautzinger, M. (2010a): Akute Depression. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe

Hautzinger, M. (Hrsg.). (2010b): Kognitive Therapie der Depression. Weinheim, Berlin, Basel: Beltz

Heinemann, E. & Hopf, H. (2001): Psychische Störungen in Kindheit und Jugend. Symptome – Psychodynamik – Fallbeispiele – psychoanalytische Therapie. Stuttgart: W. Kohlhammer

Hell, D. (2002): Welchen Sinn macht Depression? Ein integrativer Ansatz. Hamburg: Rowohlt

Kunz, S., Scheuermann, U. & Schürmann, I. (2009): Krisenintervention. Ein fallorientiertes Arbeitsbuch für Praxis und Weiterbildung. Weinheim, München: Juventa.

Leonhard, K.: Klinik der phasischen Psychosen (ohne die zykliden). Teilnahmsarme Depression. In: Beckmann, H. (Hrsg.). (2003): Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie. Stuttgart: Georg Thieme, S. 45-50

Lieb, K., Heßlinger, B. & Jacob G. (2006): 50 Fälle Psychiatrie und Psychotherapie. Bed-side-learning zur Vorbereitung auf mündliche Prüfungen mit praxisnahen Fragen und ausführlichen Kommentaren. München: Urban & Fischer

Menche, N.: Pflege von Menschen mit affektiven Störungen. In: Grunst, S. & Sure, U. (Hrsg.). (2006): Pflege Konkret. Neurologie – Psychiatrie. Lehrbuch für Pflegeberufe. 3., vollständig überarbeitete Auflage. München: Urban & Fischer, S. 330-343

Müller, W. (2009): Depressionen. Die Krankheit erkennen – Medikamente und andere Therapien – Hilfe für betroffene Angehörige. Wien: Holzhausen Druck

Müller-Rörich, T., Hass, K., Margue, F., van den Broek, A. & Wagner, R. (2007): Schattendasein – Das unverstandene Leiden Depression. Heidelberg: Springer

Niklewski, G. & Riecke-Niklewski, R. (1998): Depressionen – Wege aus dem Tief: Die Krankheit erkennen und verstehen; Medikamente und Therapien; Familie und Beruf. Berlin: Stiftung Warentest

Rupp, M. (2010): Notfall Seele. Ambulante Notfall- und Krisenintervention in der Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Georg Thieme

Schaps, K.-P., Kessler, O. & Fetzner, U. (Hrsg.). (2007): Das Zweite – kompakt: Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik. Heidelberg: Springer

Schott, K.-J.: Elektrokrampftherapie. Die Geschichte der Elektrokrampftherapie (EKT). In: Eschweiler, G.W., Wild, B. & Bartels, M. (Hrsg.). (2003): Elektromagnetische Therapien in der Psychiatrie. Elektrokrampftherapie (EKT), Transkranielle Magnetstimulation (TMS) und verwandte Verfahren. Darmstadt: Steinkopff, S. 3-5

Sonneck, G. (2000): Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien: Facultas

Sonneck, G., Goll, H., Kapitany, T., Stein, C. & Strunz, V. (2008): Krisenintervention. Von den Anfängen der Suizidprävention bis zur Gegenwart. Enzyklopädie des Wiener Wissens. Band VI Krisenintervention. Wien: Bibliothek der Provinz

Thieme, H.: Psychiatrie, Psychotherapie. In: Schaps, K.-P., Kessler, O. & Fetzner, U. (Hrsg.). (2007): Das Zweite – kompakt: Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik. Heidelberg: Springer, S. 103-164

Volk, S., Travers, H. & Neubig, H. (1998): Depressive Störungen. Diagnostik, Ursachen, Psycho- und Pharmakotherapie. Stuttgart: W. Kohlhammer

14.2 Zeitschriftenartikel

Baumann, U. (1976). Methodische Untersuchungen zur Hamilton-Depression-Skala. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 222 (4), 359-375.

Draper, B., Snowdon, J. & Wyder, M. (2008). A Pilot Study of the Suicide Victim's Last Contact with a Health Professional. *Crisis*, 29 (2), 96-101.

Hamilton, M. (1960). A Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23, 56-62.

Lehr, D., Hillert, A., Schmitz, E. & Sosnowsky, N. (2008). Screening depressiver Störungen mittels Allgemeiner Depressions-Skala (ADS-K) und State-Trait Depressions Scales (STDS-T) - Eine vergleichende Evaluation von Cutt-Off-Werten. *Diagnostica*, 54 (1), 1-10.

McNamara, K. & Horan, J.J. (1986). Experimental Construct Validity in the Evaluation of Cognitive and Behavioral Treatments for Depression. *Journal of Counseling Psychology*, 33 (1), 23-30.

Reynolds, W.M. & Kobak, K.A. (1995). Reliability and Validity of the Hamilton Depression Inventory: A Paper-and-Pencil Version of the Hamilton Depression Rating Scale Clinical Interview. *Psychological Assessment*, 7 (4), 472-483.

Ventrice, D., Valach, L., Reisch, T. & Michel, K. (2010). Suicide Attempters' Memory Traces of Exposure to Suicidal Behavior – A Qualitative Pilot Study. *Crisis*, 31 (2), 93-99.

15 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Das depressive Syndrom (Gosciniak, 1998, S. 9).....	12
Tabelle 2: ICD-Klassifikation depressiver Störungen (Dilling, Freyberger, 2010, S. 120f.)	16
Tabelle 3: Symptome der depressiven Episode (Harrington, 2001, S. 10f.)	18
Tabelle 4: Klassifizierung depressiver Störungen nach DSM-IV-TR vs. ICD-10 (Dilling, Freyberger, 2010, S. 491).....	19
Tabelle 5: Phasenverlauf einer depressiven Episode (Erstellt nach: Hautzinger, 2010a, S. 12f.).....	21
Tabelle 6: Beck-Depressions-Inventar (BDI) (Beck, 1978 In: Hautzinger, 2010b, S. 383ff.)	26
Tabelle 7: Vergleich primitiver und reifer Denkprozesse (Hautzinger, 2010b, S. 46)	36
Tabelle 8: Nebenwirkungsspektrum trizyklischer und selektiver Antidepressiva (Erstellt nach: Niklewski, Riecke-Niklewski, 1998, S. 109ff.)	40
Tabelle 9: Gedankliche Verzerrungen und idiosynkratische Denkfehler vieler Depressiver (Hautzinger, 2010a, S. 63)	44
Tabelle 10: Kognitionsverändernde Techniken (Pössel, Hautzinger, 2009 In: Hautzinger, 2010a, S. 64).....	45
Tabelle 11: Anfangssitzungen zum Symptommanagement (ca. 1.-3. Sitzung) (Hautzinger, 2010a, S. 74f.).....	47
Tabelle 12: Indikationen für akute Suizidalität (Bronisch, 1998 In: Bronisch, 2009, S. 41)	51
Tabelle 13: Suizidalität unter Berücksichtigung bestimmter Lebenssituationen (Erstellt nach: Grunst, Renn, 2006, S. 469f.).....	52
Tabelle 14: Risikofaktoren bezüglich der Suizidalität (Pöldinger, 1980 In: Gosciniak, 1998, S. 30).....	53
Tabelle 15: Anzeichen fortgeschrittener suizidaler Entwicklung (Erstellt nach: Grunst, Renn, 2006, S. 472)	55
Tabelle 16: Leitsätze zum therapeutischen Umgang mit Suizidalität (Bronisch, 2009, S. 48).....	61
Tabelle 17: Diagnostische Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS-F43.1) (Dilling, Freyberger, 2010, S. 174f.).....	82

Tabelle 18: Kriseninterventionskonzept BELLA - Beziehung aufbauen (Erstellt nach: Sonneck, 2000, S. 97)	96
Tabelle 19: Kriseninterventionskonzept BELLA - Leute einbeziehen, die unterstützen (Erstellt nach: Sonneck, 2000, S. 99)	97
Tabelle 20: Behandlungsphasen und zugeordnete Behandlungsmethoden der Kognitiven Verhaltenstherapie bei akuter Depression (Hautzinger, 2003 In: Hautzinger 2010a, S. 49).....	101

16 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Assessment of Depression (Hamilton, 1960, S. 61)	27
Abbildung 2: Modell der erlernten Hilflosigkeit (Hautzinger, 2010a, S. 29)	33
Abbildung 3: Kognitives Modell der Depression nach Beck (Beck, 1974 In: Volk, 1998, S. 73)	34
Abbildung 4: Stadien der suizidalen Entwicklung (Pöldinger, 1968 In: Sonneck, 2000, S. 167)	54
Abbildung 5: Schema der Suizidprävention (Sonneck, 2000, S. 271)	67
Abbildung 6: Verlauf von akuten Krisen (Sonneck, 2000, S. 57)	81
Abbildung 7: Chinesisches Schriftzeichen für Krise (Sonneck, 2000, S. 29)	84
Abbildung 8: Eskalationsphasen von der Krise zum Notfall und schließlich zur Krankheit (Rupp, 2010, S. 16)	86
Abbildung 9: Zielsetzungen je nach Dringlichkeit der Intervention (Rupp, 2010, S. 59)	90

17 Anhang

17.1 Transkript des Interviews

1 *I: Danke, dass du dich zu einer Befragung zum Thema Depression und Suizid*
2 *bereit erklärt hast (,) ich darf dich hiermit herzlich begrüßen. Bevor wir jetzt*
3 *dann mit dem Interview beginnen, möchte ich dich noch kurz bezüglich der*
4 *Verwendung deiner Angaben und Aussagen aufklären ... Natürlich bleiben*
5 *deine persönlichen Daten anonym. Unser Gespräch wird ungefähr (,) eine*
6 *halbe Stunde dauern. Wenn du also keine Fragen mehr hast (,) und für dich*
7 *alles soweit geklärt ist, dann würd ich gern mit dem Interview beginnen.*

8 IP: Ja (,) also bei mir ist alles klar.

9 *I: Okay (,) du hast ja mehrere Jahre im Bereich psychiatrischer Betreuung*
10 *gearbeitet ... Als Einstieg wäre es super, wenn du einmal kurz zu deiner Arbeit*
11 *als Pflegeperson auf einer geschlossenen Station erzählen könntest. Welche*
12 *Ausbildung du gemacht hast und (,) welche primären Aufgaben du dort hattest?*

13 IP: Naja, fangen wir mal mit der Ausbildung an. Ich hab das reguläre Diplom
14 gemacht (,) und dann hat es sich in unserem Krankenhaus ergeben, dass eine
15 psychiatrische Abteilung eröffnet worden ist ... Ich habe mir das einmal
16 angesehen, ... Ja (,) und dann habe ich mir gedacht, das würde mich
17 interessieren. Später ist in unserem Krankenhaus die Ausbildung angeboten
18 worden (,) mit einem Jahr Zusatzausbildung. Und (,) das hab ich dann auch
19 gemacht.

20 *I: Also, ein Jahr Zusatzausbildung für die psychiatrische Betreuung?*

21 IP: Genau, sodass man dann ‚Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester‘
22 im psychiatrischen Bereich ist (,) genau ... Genau wie es das Kinderdiplom
23 auch gibt, ist eben das das psychiatrische Diplom. Man kann aber auch das
24 psychiatrische Diplom als dreijährige Ausbildung in einer großen Psychiatrie
25 machen (,) so wie in Linz und Salzburg ... Dort bieten sie an, dass man nur das
26 psychiatrische Diplom macht. Man ist aber dann nicht befähigt, dass man dann
27 in einem normalen Krankenhaus als Schwester arbeitet.

28 *I: Und was sind dann deine primären Aufgaben auf der psychiatrischen Station*
29 *gewesen?*

30 IP: Naja (,) wir haben dort die gewissen Patienten zugeteilt bekommen (,)
31 meistens sind die Kadexe aufgeteilt gewesen auf die Ärzte ... Du bist dann,
32 wenn du gewisse Tage in der Woche gearbeitet hast, sozusagen einem Arzt
33 zugeteilt gewesen. Und somit warst du dann der Ansprechpartner für die
34 Patienten. Du hast dich diesen vorgestellt, damit sie zu dir kommen, falls
35 irgendetwas sein sollte. In der Früh hast du diese dann eben zur Morgentoilette
36 und zum Frühstück motiviert, sodass sie eben aus dem Bett kommen (,) und
37 dass sie eben am Frühstück teilnehmen. Dann haben die Therapien begonnen
38 ... Wir haben dabei geschaut, dass sie dann auch wirklich teilnehmen, weil oft
39 haben sich diese davor gedrückt, weil es sie einfach nicht interessiert hat (,)
40 oder aber nicht konnten, weil es ihre Erkrankung nicht zugelassen hat. Du bist
41 mit ihnen in Gespräche gegangen (,) hast sie gefragt, ob sie etwas brauchen.
42 Dann die Medikamente verabreicht. Falls wirkliche Probleme bestanden, dann
43 hat man eben auch interdisziplinär zusammengearbeitet ... Zum Beispiel, wenn
44 diese recht viele Schulden gehabt haben oder so, dass man eben einen
45 Sozialarbeiter darauf angesetzt hat, damit sich dieser eben die Probleme dann
46 anschaut.

47 *I: Und mit welchen Patienten beziehungsweise mit welchen speziellen*
48 *Krankheiten hast du dort zu tun gehabt?*

49 IP: Ja, wir haben angefangen von den Depressiven (,) manisch depressive
50 Patienten bis über schizophrene Patienten betreut ... Persönlichkeitsstörungen
51 ... Drogenpatienten haben wir eher weniger gehabt (,) weil sie diese eher
52 draußen behandeln wollten ... Das war im Großen und Ganzen das
53 Hauptspektrum. Dann haben wir schon öfters auch noch Patienten mit
54 Zwängen beziehungsweise Zwangsstörungen betreut. Aber diese Fälle waren
55 dann eben auch oft diagnoseübergreifend, sodass sie eben oft schizophren und
56 zwanghaft waren oder manisch-depressiv und doch wieder einen
57 schizophrenen Einschlag hatten ... Also so richtig (,) der ist nur depressiv und
58 der ist nur so und so, kann man nicht sagen. Es sind schon immer wieder
59 mehrere Diagnosen auf einen zugekommen.

60 *I: Also (,) jetzt speziell zu den depressiven Patienten. Die Depression kann ja,*
61 *eben wie du gerade gesagt hast, nicht nur als eigenständige Erkrankung,*
62 *sondern auch als Begleiterscheinung auftreten (,) wodurch die Zahl der*
63 *Betroffenen immer mehr zunimmt und auch vor Kindern und Jugendlichen (,)*
64 *oder jungen Erwachsenen, keinen Einhalt nimmt ... Was ist deine Ansicht zu*
65 *diesem Thema, warum eben immer mehr Menschen, vor allem auch Kinder und*
66 *Jugendliche, an einer Depression erkranken oder depressive Störungen*
67 *erleiden?*

68 IP: Ja (,) das ist ein sehr schwieriges und breit gefächertes Thema ... Also,
69 meiner Meinung nach, hängt das sicher viel damit zusammen, dass in den
70 letzten Jahren einfach die Gesellschaft recht schnelllebig geworden ist. Ahm (,)
71 es wird mehr verlangt, es geht alles weit schneller. Es gibt schon so viele
72 Reizüberflutungen, finde ich, angefangen von den Medien her ... Angefangen
73 vom Fernseher, vom Computer über alles ... Und das hat es einfach früher
74 nicht gegeben. Sicher hat es früher auch Erkrankungen gegeben. Aber, ich
75 finde, dass jetzt der Druck so groß geworden ist auf die Bevölkerung. Es gilt ja
76 oft auch der Burn-Out als Einstieg in die Depression, sodass eben das eine in
77 das andere übergeht ... Genauso wie man eben oft weniger Zeit für sich selber
78 hat (,) und immer unter Dauerstress ist. Der Arbeitsplatz ist oft gefährdet,
79 Schulden, viel arbeiten, wenig Frischluft (,) nur Stress ... Das wird alles mitunter
80 damit zusammenhängen. Und auch bei Kindern und Jugendlichen (,) der Druck
81 wird einfach immer größer. In der Schule wird mehr verlangt (,) und man sieht ja
82 auch, dass sie oft einfach nicht mehr raus gehen wollen ... Der Fernseher ist
83 der erste Erziehungsmechanismus. Die kleinen Kinder werden vor dem
84 Fernseher gesetzt, einer immensen Reizüberflutung ausgesetzt (,) und so ist
85 der erste Grundstein oftmals gelegt.

86 *I: Wie würdest du als Person, die in diesem Beruf tätig war, den typisch*
87 *Depressiven beschreiben?*

88 IP: ... Den typisch Depressiven? (Räuspern) Ja (,) man erkennt ihn meistens
89 daran, dass er eher abgeschottet irgendwo am Rand sitzt, wenn irgendwo eine
90 Gruppe zusammensitzt. Dann ist der eher zurückgezogen. Er hat eigentlich ein
91 starres Gesicht, hat wenig Mimik ... Er ist in sich gekehrt, oft eher (,) ahm (,)
92 schon fast eher kataton, sodass er wirklich zu nichts mehr zu motivieren ist. Er

93 ist wie versteinert eigentlich (,) wenn man so sagen kann. Jeder ist nicht gleich,
94 aber oft kommt eben dann noch dazu, dass sie eben komplett lustlos sind,
95 sodass man sie nicht mehr motivieren kann. Sie haben keinerlei Antrieb. Sie
96 möchten, aber sie können nicht. Wie beispielsweise morgens aus dem Bett
97 kommen und die Morgentoilette machen (,) das alles schaffen die oft gar nicht.
98 Das ist für sie eine riesige Aufgabe, die für sie nicht zu bewältigen ist. Aber da
99 stecken sie dann schon wirklich schwer drinnen in der Depression.

100 ...

101 *I: Ahm (,) es gibt ja zur Feststellung des depressiven Schweregrades bestimmte*
102 *Mess- und Erhebungsinstrumente ... Also wie beispielweise das Beck-*
103 *Depressions-Inventar oder die Hamilton Depressionsskala. Jetzt ist meine*
104 *Frage an dich, ob speziell diese oder auch andere Instrumente auch bei euch in*
105 *der Praxis eingesetzt wurden?*

106 IP: Ja, also die zwei, die du erwähnt hast, sind bei uns nicht vorgekommen. Ich
107 weiß allerdings nicht, ob die Therapeuten oder die Ärzte sich dann speziell nach
108 diesen gereicht haben. Aber von uns ist der ICD-10-Code verwendet worden,
109 in dem Störungen von der Diagnose her abrechnungstechnisch klassifiziert
110 worden sind ... Und der ICD-10-Code ist ja der internationale
111 Diagnoseschlüssel, der weltweit (,) glaube ich sogar, gültig ist, damit eben jeder
112 weiß, an welcher Krankheit ein Patient leidet.

113 *I: Manche Patienten entscheiden sich ja nicht freiwillig, also aus eigener*
114 *Initiative für eine Behandlung in einer psychiatrischen Institution (,) obwohl*
115 *oftmals eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung besteht ... Also, ich würde*
116 *jetzt gern zum Thema „Zwangseinweisung“ übergehen (,) wobei mich jetzt vor*
117 *allem interessiert, wie eine Zwangseinweisung überhaupt abläuft?*

118 IP: Eine Zwangseinweisung muss zunächst einmal voraussetzen, dass der
119 Patient (,) der betroffen ist, eine Selbst- oder Fremdgefährdung darstellt. Sonst
120 ist eine Zwangseinweisung nicht rechtsgültig. Ahm (,) das kann der Amtsarzt
121 draußen veranlassen (,) wenn die Angehörigen beispielsweise sagen, sie fühlen
122 sich von der betroffenen Person bedroht, er ‚rastet aus‘ auf gut Deutsch. Dann
123 können diese den Amtsarzt anrufen (,) der kommt dann und erstellt das Attest.
124 Je nach dem, ob der Betroffene fremdgefährdet ist, braucht man dann sicher

125 die Polizei, weil er sicher nicht einsichtig sein wird und mitfahren wird. Ahm (,)
126 ist er jedoch suizidal und will sich selber umbringen (,) und die Angehörigen
127 schreiten ein, dann kann es schon sein, dass er einfach mit der Rettung
128 gebracht wird. Und der Amtsarzt leitet das dann ein ... Der gibt dann eben auch
129 in der Psychiatrie Bescheid. Der zuständige Facharzt empfängt dann den
130 Patienten (,) geht mit ihm dann ins Gespräch, eruiert, ob nach wie vor eine
131 Selbst- oder Fremdgefährdung besteht. Sollte dies der Fall sein, würde der
132 Patient dann in den geschlossenen Bereich gebracht werden und (,) nach
133 sechs bis zwölf Stunden, glaube ich, muss ein zweiter Facharzt dann den
134 Patienten nochmals begutachten. Also nochmals mit ihm ins Gespräch gehen
135 und schauen, ob die Gefährdung nach wie vor noch aufrecht ist. Wenn dies
136 sein sollte, wäre die Zwangseinweisung dann rechtsgültig, und innerhalb von
137 ein, zwei Tagen (,) einen Tag glaube ich, kommen dann die Patientenanwältin
138 und die Richterin in die Psychiatrie. Dann kommt es, so gesagt, zu einer
139 Verhandlung, in der geklärt wird, ob das alles rechtsgültig ist ... Wie es eben
140 dem Patienten zu diesem Zeitpunkt geht, ob die Unterbringung dann wieder
141 aufgehoben werden kann oder ob eben nach wie vor eine Gefährdung besteht.

142 *I: Ahm (,) Suizidalität ist ja oft nicht nur für den Patienten selbst gefährlich,*
143 *sondern auch für euch als Pflegepersonal ... Welche spezifischen*
144 *Sicherheitsvorkehrungen zum Schutz von Patienten und auch von Pflegekräften*
145 *gibt es eigentlich?*

146 IP: Also ... (Räuspern) Wenn eben, wie ich gerade erzählt habe, ein Patient
147 untergebracht wird, (Räuspern) muss dieser dann seine Säcke und seine
148 Kleidung soweit einmal abgehen (,) wie Gürtel, Schnürsenkel, auch gefährliche
149 Gegenstände wie Messer, Nagelschere, Feile. Einfach zum Selbstschutz, aber
150 auch zum Schutz anderer. Dies wird dann bei uns alles verwahrt. Er bekommt
151 diese dann wieder, wenn er in den offenen Bereich übergeht ... Offener Bereich
152 deswegen (,) weil oft brauchen sie dann noch eine Nachbetreuung (,) man kann
153 sie nicht gleich von der geschlossenen Abteilung heim schicken. Ja, und in den
154 offenen Bereich werden ihnen ihre Sachen wieder mitgegeben. Wir haben aber
155 auch Patienten, die gefährliche Gegenstände mit hinein (in den geschlossenen
156 Bereich) nehmen. Es kann aber auch sein, dass sie dort mit Stühlen oder
157 irgendwelchen anderen dort befindlichen Sachen schmeißen (,) dass sie einen

158 anpacken oder würgen möchten. Dafür hatten wir dann Sicherheitsuhren am
159 Handgelenk. Mit so Sensoren wird dabei der Notruf ausgelöst. Da kommen
160 dann alle, die Dienst haben. Also die diensthabende Ärztin wird informiert, das
161 Pflegepersonal im oberen Stock (,) in der Tagesklinik unten wird auch das
162 Personal informiert. Und an die Unfallambulanz wird auch an das Diensthandy
163 eine Meldung geschickt, dass eben Gefahr in Verzug ist und (,) dass die eben
164 rüberkommen sollen, um zu helfen.

165 *I: Ahm (,) bei einem Suizidversuch zum Beispiel handelt es sich ja meistens,*
166 *vor allem bei Frauen, um Vergiftungen ... Welche Rolle nehmen Angehörige in*
167 *so einem Fall ein? Wenn der Betroffene also nicht mehr ansprechbar ist (,) und*
168 *unter Umständen eine Zwangseinweisung vollstreckt wird?*

169 IP: Ja, das kommt jetzt ganz darauf an, in welcher Hinsicht ... Hat sich die Frau
170 suizidiert wegen einem Angehörigen, weil sie Liebeskummer hat oder
171 Partnerstreit? (Räuspern) Oder, weil der Mann auch Gewalt auf sie ausgeübt
172 hat, sodass sie keinen Ausweg mehr gesehen hat? Das gibt es ja nach wie vor
173 ... Dann ist es eben oft gut, wenn du die Patienten wirklich abschottest bis sich
174 die Situation wieder stabilisiert ... Ist es aber eine Ko-Abhängigkeit, dass er sie
175 eigentlich misshandelt, sie aber ihn dann trotzdem sehen möchte (,) und du
176 aber ganz genau weißt, was da eigentlich los ist (,) dann kannst du ihr trotzdem
177 den Kontakt zu ihm nicht verwehren. Weil sie hat ja das Recht, Besuch zu
178 bekommen. Nur gibt es eben dann bestimmte Sicherheitsauflagen ... Man ist
179 dann als Pflegepartner dabei und (,) beobachtet das Gespräch. Man kann aber
180 dann auch sagen, „Stopp, jetzt ist's genug und Sie müssen jetzt wieder gehen.“
181 (Pause) Wobei aber bei anderen Problemen die Angehörigen aber schon oft
182 auch als Stütze fungieren.

183 *I: Die werden dann auch miteinbezogen?*

184 IP: Ja, genau. Dabei wird dann auch das Konzept so ausgelegt, dass die
185 Angehörigen dann oft auch als Zwischenstelle zwischen Klinik und Patient
186 agieren. Diese kommen dann auch wieder zu uns, wenn der Zustand des
187 Patienten schlechter wird (,) also wieder in die Depression hineinrutscht (,) indem diese intervenieren und den Patienten rechtzeitig wieder in die Klinik
189 bringen bevor das ausartet.

190 *I: An welchen Anzeichen oder Verhaltensweisen von depressiven Patienten, die*
191 *sich bereits auf der Station befanden, konntest du eine potentielle*
192 *Suizidgefährdung erkennen?*

193 IP: Ja, dabei muss man eben nach den verschiedenen Erkrankungen
194 beziehungsweise Begleiterkrankungen unterscheiden. Borderline-Patienten
195 nehmen Suizidankündigungen oft als Druckmittel her (,) „Jetzt bring ich mich
196 um, weil jetzt mag ich nicht mehr!“ (,) damit sie eben wieder einen Grund
197 haben, im Mittelpunkt zu stehen ... Was ich in meiner beruflichen Laufbahn
198 eben so beobachtet habe. Es kann natürlich schon passieren, dass diese es
199 schaffen, sich zu suizidieren. Aber da ist der Suizidversuch eigentlich nicht so
200 zu verstehen, dass sie wirklich sterben wollen, sondern eher als Druckmittel.
201 „Ich will im Mittelpunkt stehen, ich brauche Aufmerksamkeit ... Hallo, ich bin
202 auch noch da!“ (,) so auf diese Weise eben. Und bei Schizophrenen oder auch
203 bei Depressiven ist es halt wirklich so, dass... Es gibt ja Patienten, zu denen
204 man nur schwer Zugang findet (,) die sehr in sich gekehrt sind. Und dann eben
205 wieder andere, die doch mit einem reden. Da merkt man es eben doch, wenn
206 sie sich abschotten, den Kontakt nicht mehr suchen. Wenn sie erstarren und
207 sich zurückziehen und man sieht sie eigentlich gar nicht mehr. Wirklich (,) man
208 merkt sie auch oft gar nicht mehr. Oft werden sie dann auch ganz ruhig (,) und
209 ganz komisch eigentlich. Eigentlich spürt man das dann schon ... Und
210 irgendwer, meistens von den Patienten, so ist mir aufgefallen (,) irgendwer weiß
211 das dann irgendwie doch immer wieder. Sie sagen es dann doch noch
212 irgendwem und dann schrillen auch schon die Alarmglocken und dann muss
213 man intervenieren. Dann kommt der Arzt (,) und klärt die Suizidalität ab. Ob der
214 Patient wirklich den Gedanken hat oder ob es ihm nur aus irgendwelchen
215 anderen Gründen so schlecht geht. Und je nach dem, wie ernst zu nehmend
216 das dann wirklich ist, wird der Patient dann untergebracht oder kann im offenen
217 Bereich bleiben. Oft wird er aber nicht gleich untergebracht, wenn er
218 Suizidgedanken hat. Dann (,) macht man quasi einen Vertrag, in dem er per
219 Handschlag versprechen muss, dass er sich die nächsten ein, zwei Stunden
220 nichts antut. Sollten jedoch die Gedanken, also die Zwangsgedanken, so
221 schlimm werden (,) müssen die Betroffenen mit einer Pflegeperson Kontakt
222 aufnehmen, damit gemeinsam irgendein „Skill“, das sind so
223 Ablenkungsmaßnahmen (,) zur Auslenkung gefunden werden kann. Ja (,) und

224 so arbeitet man oft eine Stunde um die andere, damit sie wieder
225 herauskommen ... Auch mit Medikamenten (,) aber es ist eben dann schon
226 schwierig.

227 *I: Also du hast jetzt eigentlich auch bestimmte Interventionsmaßnahmen erklärt*
228 *(,) die im Notfall eingesetzt werden ... Willst du dazu noch irgendetwas*
229 *ergänzen oder können wir zur nächsten Frage übergehen?*

230 IP: Wenn es wirklich sehr schlimm ist, dann werden akut Suizidgefährdete eben
231 im Unterbringungsbereich (,) auch mit Medikamenten versorgt. Und oftmals
232 wird eben wirklich versucht, dass sich Patienten anhand von Skills auslenken ...
233 Diese spielen auch oft zur Behandlung von Borderlinern eine große Rolle.
234 Dabei werden unter anderem Schmerzreize durch Tabasco-Saucen auf der
235 Zunge oder durch Tabasco-Eiswürfeln (,) oder durch Igelbälle ausgelöst (,) die
236 ihnen gut tun (,) weil sich diese ja ritzen und schneiden müssen, damit sie sich
237 wieder spüren. Und ich glaube, das wird bei den Depressiven auch nicht anders
238 sein. Wenn sie schon so verfahren und so in ihrer eigenen Welt drinnen sind,
239 dass die Reize nicht mehr durchdringen können, dann ist es eben gut, durch
240 solche Maßnahmen den Körper wieder zu spüren.

241 *I: Wie sollte sich, deiner Meinung nach, vor allem das Pflegepersonal (,) also*
242 *nicht nur Therapeuten, gegenüber Patienten am besten nach einem*
243 *unmittelbaren Suizidversuch verhalten?*

244 IP: Ja, da gibt es eben auch kein 0-8-15-Schema. Aber am besten ist es
245 einfach, immer offen und ehrlich auf den Patienten zuzugehen (,) den Kontakt
246 zu ihm zu suchen. Oft wollen sie nicht reden. Dann reicht es schon, wenn du
247 deine Präsenz anzeigst, dass man einfach da ist (,) indem man in kurzen
248 Intervallen immer wieder nach ihm sieht. Damit er eben weiß, dass jemand da
249 ist ... Manch andere wollen reden (,) man geht dann mit ihnen ins Gespräch.
250 Die haben vielleicht niemanden zum Reden und sind froh, dass sie dann
251 irgendjemanden haben. Aber (,) am besten ist es einfach, wenn man offen ist (,) so,
252 wie man selbst eben auch gern behandelt werden möchte. In meinem
253 jetzigen Beruf gibt es viele, die sich vor solchen Erkrankungen eigentlich eher
254 fürchten (,) wie vor Schizophrenien oder so (,) weil sie ihnen einfach nicht
255 geheuer sind. Dann sagen sie immer: „Wie soll ich mit solchen Patienten

256 umgehen?“... Aber eben auch nicht anders als wie mit jedem anderen. Es ist
257 schon traurig genug, dass sie mit ihnen selbst so zu tun haben.
258 (Unverständliches)

259 *I: Manche Patienten nehmen ja oftmals eine recht aggressive und ablehnende*
260 *Haltung gegenüber anderen ein (,) wie sollte man diesen am besten*
261 *gegenübertreten?*

262 IP: Eher einen Schritt zurück machen und ein bisschen abwarten ... Und (,)
263 Medikamente bekommen sie und die brauchen sie auch. Und wenn dann der
264 erste Zorn verflogen ist, dann werden sie von selbst offener. Aber das kann
265 man auch nicht immer so sagen, weil jeder eigentlich anders ist.

266 *I: Gibt es aufgrund dieser Individualität dann irgendwelche Tricks (,) durch die*
267 *man eher leichter Zugang zu bestimmten Patienten findet?*

268 IP: Nein. Das ist genauso wie mit „gesunden“ Menschen. Mit dem einen kann
269 man mehr und mit dem anderen weniger. Und genauso ist es bei Depressiven
270 auch. Manche lehnen dich komplett ab, weil sie in dir irgendjemanden sehen,
271 den sie nicht mögen (,) schon vom Schema her. Und andere mögen dich dann
272 wieder total gern, weil du ihnen total sympathisch bist (,) und genauso
273 funktioniert das dann auch ... Manche Kollegen haben zu einem Patienten
274 einen super Zugang, mit denen redet er, und mit anderen Kollegen zum
275 Beispiel weniger. Dabei spiegelt sich irgendetwas in der Seele wieder (,) welche
276 Erfahrungen der Betroffene bereits gemacht hat in seinem Leben (,) und ich
277 denke, daran entscheidet sich dann auch, ob man zu ihm durchdringen kann
278 oder nicht.

279 *I: Du hast ja bereits vorher schon von interdisziplinärer Zusammenarbeit*
280 *gesprochen ... Also, damit wir darauf nochmals zurückkommen. Hat dort, wo du*
281 *gearbeitet hast, ein kooperatives Zusammenarbeiten verschiedener*
282 *Berufsgruppen stattgefunden (,) und wenn ja, in welcher Form?*

283 IP: Ahm (,) ja, es ist so gewesen, dass es zwei Sozialarbeiter gegeben hat, die
284 sich um das Finanzielle und die Struktur draußen gekümmert haben. Oft haben
285 sie (die Patienten) wirklich vermüllte Wohnungen, Schuldenberge (,) keine
286 Arbeit... Die haben sich dann um diesen Bereich gekümmert. Dann hat es auch

287 noch die ganzen Therapien gegeben wie Kunsttherapie, Ergotherapie,
288 Musiktherapie... Wobei die Therapeuten mit uns immer wieder Rücksprache
289 gehalten haben (,) was ihnen aufgefallen ist, wer sich geöffnet hat, wem es
290 ganz schlecht gegangen ist, wem es gefällt und aufblüht. (Pause) Es ist dann
291 schon eigentlich ein gutes Konzept zustande gekommen. Die Pflege an sich hat
292 zur Mittagszeit eine Gruppe gemacht (,) ganz unterschiedliche, einmal mit
293 kognitiven Spielen (,) mit Rätseln. Ganz unterschiedliche eben (,) auch mit
294 Basteln zum Beispiel. Es ist so schon viel zu tun, und wie es eben ist, wenn
295 jemand wirklich schwer depressiv ist (,) dann schafft der einfach den Tagesplan
296 nicht. Der schafft nicht, dass er in der Früh aus dem Bett kommt. Dann soll er
297 gleich zur Kunsttherapie gehen (,) zuerst Frühstück dann Kunsttherapie. Dann
298 kommt er zurück, dann ist oft das Mittagessen fast schon da. Dann die
299 Mittagsgruppe (,) nachmittags ist dann Turngruppe... Das schaffen sie alles
300 nicht, das ist ihnen viel zu viel. Und dabei muss man eben auch schauen ... Ein
301 wenig stoppen und sagen „Das geht nicht, das überfordert den Patienten!“ ...
302 Es ist zwar gut, wenn sie viel machen und viel schaffen, aber oft muss man
303 dann eher intervenieren, weil sie es selbst nicht schaffen, zu sagen „Nein, das
304 tu ich jetzt nicht!“ oder „Noch nicht, das geht alles noch nicht!“ ... Man muss
305 dann einfach noch Rücksicht nehmen.

306 *I: Gibt es Bereiche, die deiner Meinung nach, noch verbessert werden könnten*
307 *(,) dass vielleicht noch mehr auf die Patienten eingegangen wird (,) dass mehr*
308 *auf die individuellen Bedürfnisse eingegangen wird?*

309 IP: ... Ja das ist schwierig. Wenn man zum Beispiel das Innviertel betrachtet ...
310 Wegen der Generation, die dort jetzt zwischen 60 und 80 Jahren ist und an
311 einer Altersdepression leidet (,) man muss ja auch zwischen den Depressionen
312 unterscheiden (,) haben wir jetzt ja sowieso einen Generationskonflikt, weil ja
313 die älteren Menschen ganz andere Interessen haben als die jüngeren. Die
314 Leute im mittleren Alter (,) also bis fünfzig Jahren, die sind ja ganz anders
315 aufgewachsen. Wenn ein 70-jähriger Bauer auf der Station ist, wird der nicht
316 basteln, weil der überhaupt nichts mit dem anfangen kann. Der hat seine
317 Lebzeit lang gearbeitet (,) mit sinnvollen Tätigkeiten. Für den ist das (,) naja, der
318 sieht sich keinen Sinn darin. Deswegen wird Basteln nichts für den sein ... Und
319 da ist es eben gut, zu schauen, für wen welche Beschäftigungen überhaupt in

320 Frage kommen, dass eben jüngere Patienten eher an modernen Gruppen, wie
321 Kunsttherapien, teilnehmen. Manch älterer Patient mag solche Sachen dann
322 doch wieder und blüht dabei auf, aber (,) man muss das eben probieren, weil oft
323 die Ablehnung im Vornhinein schon da ist. Kenn ich nicht, mag ich nicht, brauch
324 ich nicht! (Lachen)

325 *I: Dass eben mehr auf die verschiedenen Altersgruppen und Interessen*
326 *Rücksicht genommen wird?*

327 IP: Genau. Das wäre vielleicht wichtig. Ein junger Zwanzigjähriger, der
328 Depressionen hat, und ein Siebzigjähriger, der Depressionen hat, passen nicht
329 zusammen.

330 *I: Ja, ahm ... Dann würd ich gern nochmals zurück zum Thema Suizid kommen.*
331 *Manchmal kann man ja (,) trotz aller Sicherheitsvorkehrungen, Hinweise und*
332 *Anzeichen (,) diese trotzdem nicht verhindern ... Bist du schon einmal in die*
333 *Situation gekommen, dass ein Patient auf deiner Station einen*
334 *Selbstmordversuch unternommen hat?*

335 IP: Einen ernst zu nehmenden nicht ... Sie haben es zwar immer wieder
336 angedroht, und (,) auch Messer vom Frühstückstisch manchmal mitgenommen,
337 dass sie wirklich einmal eins verschwinden haben lassen, sodass man es selbst
338 nicht mitbekommen hat. Aber ... in der Zeit, die ich dort gearbeitet habe, nicht.
339 Aber so weit ich weiß, sind schon Suizidversuche geschafft, aber auch wieder
340 gerettet worden ... Also ernst zu nehmende Versuche, die dann aber auch
341 wieder gerettet worden sind.

342 *I: Also (,) dann eher allgemein betrachtet, bedeutet die Arbeit im*
343 *psychiatrischen Bereich (,) denke ich, ja oftmals eine massive emotionale*
344 *Belastung. Wie hast du diese Belastung emotional verarbeiten können (,)*
345 *beziehungsweise hast du dir bestimmte Bewältigungstechniken dafür*
346 *angeeignet?*

347 IP: Ahm, ja (,) so richtige Rituale habe ich nicht gehabt, weil ich rauche nicht (,)
348 und Sport betreibe ich auch nicht überdimensional (Lachen) ... Aber wir haben
349 eben ein gutes Team gehabt (,) haben im Team gewisse Sachen nochmals
350 durchgesprochen und auch aufgearbeitet. Bei Sachen die uns gestört haben

351 oder (,) bei wirklichen Problemfällen sind wir dann auch mit den Therapeuten
352 und den Ärzten ins Gespräch gegangen und gesagt „Das darf so nicht sein und
353 das kann nicht sein, das muss sich ändern!“ Und oft (,) ja einmal besser und
354 einmal schlechter, ist das dann auch umgesetzt worden. Aber (,) wir haben
355 dann auch die Supervision bezahlt bekommen ... Vor allem wenn dann so ein
356 Krisenfall war, haben wir das als Anlass genommen, das als Thema im Team
357 zu besprechen und zu erörtern.

358 *I: War der psychische Stress Grund dafür, dass du dann eine andere Station (,) wie sagt man da (,) eine andere Ausrichtung der Station, ... du hast ja dann in*
359 *die Unfallambulanz gewechselt, gewählt hast?*

361 IP: Du meinst, warum ich in einen anderen Sektor gewechselt habe?

362 *I: Genau.*

363 IP: Ja (,) also, vor allem für mich selber war das einfach... Ich habe das Gefühl
364 gehabt (,) es passt für mich nicht mehr, weil (,) die Patienten doch sehr fordernd
365 waren. Es waren eigentlich immer die gleichen Patienten. Es ist kein Fortschritt
366 zu sehen gewesen. Sie wollten einfach, dass wir ihre Probleme lösen (,) damit
367 sie dann raus gehen können und alles ist wunderbar. Und das geht einfach
368 nicht. Sie selber müssen sich das erarbeiten. Aber sie haben so quasi verlangt
369 (,) dass wir für die Lösung ihrer Probleme verantwortlich sind (,) dass sie wieder
370 eine Arbeit haben, dass sie wieder eine Wohnung haben. Also alles
371 organisieren ... Und das ist einfach nicht so. Dann ist es wieder zu einer
372 Entlassung gekommen. Die Dinge draußen waren nicht nach ihren
373 Vorstellungen (,) haben dafür aber auch nicht gekämpft. So ... Ich sage jetzt
374 einmal (,) die Hälfte aller Patienten war so. Aber man muss schon
375 unterscheiden zwischen denen, die sich an die Psychiatrie gewohnt haben und
376 ihre Struktur nur auf der Psychiatrie aufbauen (,) und anderen, die nicht wirklich
377 eine Krise haben und sich durchkämpfen. Die gehen auch wieder in ihr
378 gewohntes Umfeld und sind dann auch wieder gesund. Aber der Teil ist eher
379 gering ... Man muss schon unterscheiden. Das sind dann eher meistens die,
380 deren Depressionen durch einen Schicksalsschlag oder ein Ereignis ausgelöst
381 werden und leichter zu verarbeiten sind ... Aber die, die wirklich schon
382 genetisch dafür prädestiniert sind, an einer Depression zu leiden (,) und die in

383 den Familienverhältnissen schon Depressionen haben und so weiter (,) da ist
384 es dann schon noch ein Stück schlimmer. Und diese (,) wenn sie kein soziales
385 und gestärktes Umfeld haben, haben dann auch draußen niemanden, der sie
386 auffängt und sagt, wie es daheim wieder weitergeht ... Und die binden sich
387 dann komplett an die Psychiatrie. Die sind immer da gewesen dann ... Immer.

388 *I: Die wollen dann, vielleicht aus Angst, wahrscheinlich auch gar nicht mehr*
389 *raus...?*

390 IP: Ganz genau. Die sind am Abend oder nachmittags nach Hause gegangen
391 und waren am nächsten Tag wieder da oder sogar noch am gleichen Tag. Also
392 (,) es ist ja dann schwierig, dass man diese dann wieder nach draußen
393 gewöhnt, das ist ja das nächste. Drinnen haben sie ihr Essen, ihren geregelten
394 Tagesablauf. Es ist lustig. Sie verstehen sich dann gut, die Patienten. Sie
395 konnten sogar ihre Wäsche waschen... Sie haben eigentlich den Alltag draußen
396 eher verlernt (,) würde ich jetzt sagen (,) weil sie nicht mehr zurechtgekommen
397 sind. Draußen war niemand, der mit ihnen geredet hat (,) sie mussten wieder
398 alles selber machen (,) und ja, das ist eben schon schwierig dann. Ich hab dann
399 einfach nicht mehr (,) empathisch sein können. Für mich war das... Ich konnte
400 ihnen nicht mehr zuhören, weil sie immer das gleiche erzählt haben. Und dann
401 habe ich mir gedacht: „So (,) und jetzt bin ich falsch am Platz!“ (Pause) Und
402 jetzt bin ich in einer Abteilung (,) wo sich Menschen weh tun (,) die Knochen
403 heilen...Erfolg...Danke...zufrieden. (Lachen)

404 *I: Also, dann kommen wir eigentlich schon zum Abschluss (,) also zum Thema*
405 *Suizidprävention und Vorbeugung depressiver Erkrankungen ... Welche*
406 *Meinung vertrittst du (,) also im Allgemeinen zur Suizidprophylaxe und*
407 *Depressionsprävention? Wird genügend Aufklärungsarbeit gemacht in diesem*
408 *Bereich oder sollten in Zukunft Maßnahmen noch verstärkt werden?*

409 IP: Also (,) genügend, glaube ich, auf gar keinen Fall. Vor allem gehört im
410 Jugend-..., naja Kindesalter ist noch zu früh, im Jugendalter schon darüber
411 aufgeklärt. Vor allem gehört auch mehr im Bereich Drogen getan, weil oft
412 Drogen der Einstieg sind, dass man in die Depression fällt. Und ich glaube (,)
413 dass noch einiges mehr gemacht werden müsste. Aber (,) inwieweit und
414 inwiefern, wer das übernimmt und machen sollte (,) bin ich auch überfragt. Ich

415 weiß jetzt nicht von der Schule her, ob da auch irgendwelche
416 Präventionsveranstaltungen abgehalten werden, das weiß ich jetzt eigentlich
417 gar nicht... Aber so von der Psychiatrie her (,) wird eigentlich wenig angeboten
418 für die Öffentlichkeitsarbeit, finde ich eigentlich. Eigentlich könnten sie ja einmal
419 im Monat (,) irgend so einen Aufklärungsabend oder irgendwie so etwas
420 machen. Das wird eigentlich nicht gemacht.

421 ...

422 *I: Seelische Krankheiten haben ja auch noch heute (,) einen eher niedrigeren*
423 *Stellenwert in der Gesellschaft als körperliche Leiden ... Also (,) körperliche*
424 *Leiden stehen noch immer im Vordergrund. Worauf ist diese negative Haltung*
425 *der Bevölkerung gegenüber psychischen Krankheiten (,) deiner Ansicht nach,*
426 *zurückzuführen? Warum werden psychisch Kranke oft nicht als krank erachtet?*

427 IP: Da muss man jetzt (,) also das ist meine Meinung, nochmals zurückgehen in
428 die Generationskonflikte. Weil die Menschen, die jetzt die alte Generation bilden
429 (,) die sind ja (,) während des letzten Krieges aufgewachsen. Die haben nichts
430 gehabt, haben alles verloren (,) Krieg ... Diese Leute haben sich wieder
431 aufgerappelt. Und (,) wenn man das vergleicht, was sie damals gehabt haben
432 und was es jetzt alles gibt (,) das ist ein riesiger Unterschied, der sich jetzt
433 aufgebaut hat. Noch dazu hat ja die Psychiatrie früher einen komplett negativ
434 behafteten Ruf gehabt (,) wodurch viele Alte sagen „Ich gehe nicht ins
435 Narrenhaus!“ (,) weil es einfach von früher her noch so einen schlechten Ruf
436 hat. Für Alte ist das so erschreckend, wenn es dann plötzlich heißt „Jetzt ist es
437 soweit, jetzt müssen sie da hinein“. Und (,) ich glaube deswegen ist die
438 Psychiatrie auch noch so negativ behaftet. „So (,) jetzt habe ich Depression,
439 jetzt spinne ich! Jetzt gehöre ich zu den Närrischen!“ Jetzt ist gerade der
440 Umbruch, in dem die neue (,) die moderne Psychiatrie und das alte Denkmuster
441 noch drinnen sind. Unsere Generation (,) sieht die Psychiatrie schon wieder
442 ganz anders, weil wir das nicht mitbekommen haben, wie sie früher war ... Aber
443 die alte Generation hat das noch drinnen und (,) ich glaube, dass das einfach
444 noch viel zu wenig draußen ist, sodass es einfach noch heißt: „Die ist jetzt auch
445 närrisch geworden!“... Es klingt zwar schlimm, aber oft...

446 *I: Was glaubst du, kann man machen, damit sich das ändert?*

447 IP: Ich glaube (,) da kann man gar nicht so viel machen. Ich glaube, dass das
448 einfach mit der Zeit kommt, weil (,) der Druck wird nicht weniger. Der Stress
449 auch nicht ... Die Zeit wird noch schnelllebiger, glaube ich. Und (,) damit du
450 dem Druck standhaft bleibst, musst du, glaube ich, schon gut drauf sein.
451 (Pause)

452 *I: Also glaubst du, dass in Zukunft der Druck auf die Gesellschaft noch*
453 *schlimmer werden wird?*

454 IP: Ja. Ganz genau. Ich glaube schon ... Wenn man sich zum Beispiel
455 Jugendliche anschaut... Früher waren in den Psychiatrien eher Behinderte oder
456 Verhaltensauffällige, aber die Zahl der Depressiven im Kindes- und Jugendalter
457 jetzt (,) das ist ja alles wahnsinnig im Steigen! Das allein schon ... Dann die
458 ganzen Drogen, die es früher nicht gegeben hat und heute eingenommen
459 werden, auf die sie dann im wahrsten Sinne des Wortes ‚hängen bleiben‘ (,) von
460 depressiv dann über Schizophrenie (,) und so weiter ... Was noch dazu kommt,
461 ist, dass die Familienstruktur sich ändert. Die Eltern bekommen Kinder, gehen
462 sofort wieder arbeiten. Die Kinder sind die meiste Zeit alleine daheim (,)
463 wodurch sich diese vernachlässigt (,) nicht angenommen fühlen. Dann kommt
464 meistens eine Persönlichkeitsstörung auch noch dazu (,) und dann hat man, so
465 schlimm es sich auch anhört, die besten Weichen für die nächste Generation ...
466 So würde ich das jetzt mal sagen.

467 *I: Du denkst also, dass noch einiges auf uns zukommen wird und dass die Zahl*
468 *Depressiver aufgrund der Lebensverhältnisse noch weiter ansteigen wird?*

469 IP: Ja genau (,) das ist meine Meinung.

470 *I: Okay. Dann bedanke ich mich recht herzlich bei dir.*

Dauer des Interviews: 36,16 Minuten

17.2 Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Name: Stefanie Stempfer
Adresse: Brünning 29
4760 Raab
Telefon: 0680/3177654
E-Mail: stefanie.stempfer@gmx.net
Geburtsdatum: 12.01.1988
Geburtsort: Braunau am Inn
Familienstand: ledig
Staatsbürgerschaft: Österreich

Schulbildung und Studium

09/1994-06/1998 Volksschule St. Johann am Walde
09/2002-06/2006 Bundesgymnasium Schärding
10/2006-07/2009 IDS Pflegewissenschaft, Universität Wien
seit 03/2008 Wirtschafts- und Sozialwissenschaften,
Wirtschaftsuniversität Wien

Ferial-Jobs/Berufliche Erfahrungen

07/2005 Praktikum: Sparkasse Raab

Qualifikationen und Erfahrungen

Englisch (Matura-Niveau)
Italienisch (Matura-Niveau)
Kenntnisse über Bürotätigkeiten durch Ferial-
Praktikum
B-Führerschein

Stempfer Stefanie