

MUNICH FIGHTS DEPRESSION!



J A H R E

münchner
bündnis
gegen
DEPRESSION

Prof. Dr. Dr. Stefan Leucht im Interview
**NEBENWIRKUNGEN VON
ANTIDEPRESSIVA.**

10

Das Stigma durchbrechen
SUIZIDPRÄVENTION.

14

Alten Ballast abwerfen
**SCHEMATHERAPIE
ALS CHANCE.**

21

.....

Wussten Sie schon?

Depression: Zahlen. Fakten. Mythen. **4**

.....

Wie alles begann

Ein Rückblick **5**

.....

10 Jahre Münchner Bündnis gegen Depression

Chronik **6**

.....

Erfolgreiche Entwicklung

Das 4-Ebenen-Konzept **8**

.....

Prof. Dr. Dr. Stefan Leucht im Interview

**Sind übertriebene Befürchtungen über
Nebenwirkungen von Antidepressiva berechtigt?** **10**

.....

Medikamente gegen Depression

**Warum die Stigmatisierung von Antidepressiva
aufhören muss** **13**

.....

Das Stigma durchbrechen

So kann Suizidprävention gelingen **14**

.....

Depressionen bei Teenagern

Wenn die Seele schon im jungen Alter leidet **17**

.....

Alten Ballast abwerfen und sein Leben freier gestalten

**Die Schematherapie als Chance in der
Depressionsbehandlung** **21**

.....

Bewegende Zitate

Die Depression und ihre berühmten Gesichter **26**

.....

Herausgeber
Münchner Bündnis gegen Depression e.V.
Luisenstr. 43
80333 München

www.muenchen-depression.de
info@muenchen-depression.de

Redaktion
Astrid Legien
Leitung

Nathalie Brabandt
Ehrenamtliche Tätigkeit

Alexandra Lange
Ehrenamtliche Tätigkeit

Verantwortlich
V.i.S.d.P. Vorstand
Münchner Bündnis gegen Depression e.V.

Prof. Dr. Dr. Martin Keck
Vorstandsvorsitzender

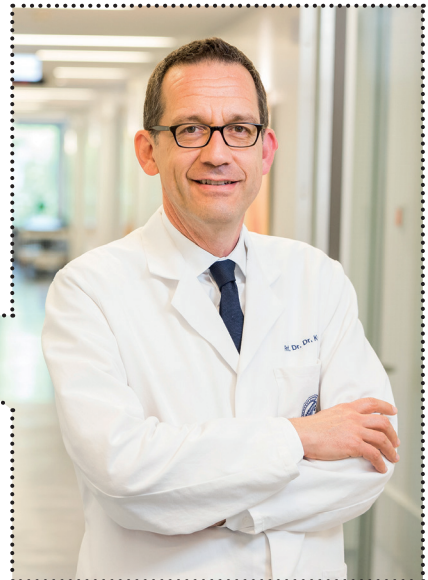
Cornelia Kruse
1. stellvertretende Vorsitzende

Gerhard S. Hafenbrädl
2. stellvertretender Vorsitzender

Dr. Nilufar Heydari
Schatzmeisterin

Prof. Dr. Michael Zaudig
Schriftführer

Gestaltung
punktschmiede.de



Liebe Leserin, lieber Leser,

zehn Jahre Münchner Bündnis gegen Depression sind eine beeindruckende Erfolgsgeschichte, die wir auch mit diesem Magazin, welches über die Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten informiert, feiern möchten. Die Depression wird nach Angaben der WHO schon 2030 die Erkrankung sein, unter der in den Industrienationen am meisten Menschen leiden. Sie verursacht großes persönliches Leid und ist bereits heute der Hauptgrund für Frühberentungen und Arbeitsunfähigkeit. Trotz ihrer enormen Bedeutung wird die Depression häufig nicht erkannt oder nur unzureichend behandelt. So erhalten heute lediglich 10% der an einer Depression Erkrankten eine adäquate, d.h. wissenschaftlich abgesicherte Behandlung – ein bei jeder anderen Erkrankung undenkbarer und inakzeptabler Zustand. Unser aller Anstrengungen sind daher gefordert, um die Erfolge in der Therapie depressiver Erkrankungen weiter zu verbessern und den zahlreichen Betroffenen gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen. Bitte helfen Sie uns hierbei.

Unser tief empfundener Dank gilt den vielen ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern, die unter anderem auch dieses Magazin ermöglicht haben, der Landeshauptstadt München sowie allen unseren Partnern und Förderern!

Mit herzlichen Grüßen und den besten Wünschen,

Prof. Dr. Dr. Martin Keck

Vorstandsvorsitzender des Münchner Bündnis gegen Depression e.V.
im Namen des gesamten Vorstands und der Geschäftsstelle

DEPRESSION: ZAHLEN. FAKTEN. MYTHEN.

Jeder fünfte Mann und jede dritte Frau erkrankt in ihrem Leben mindestens einmal an einer behandlungsbedürftigen Depression. Insgesamt sind das über ein Viertel der Gesamtbevölkerung. Die Weltgesundheitsorganisation hat die Depression als eines der größten Gesundheitsprobleme unserer Zeit eingestuft.

10%

der Gesamtbevölkerung erkranken pro Jahr neu an einer schweren Depression.

49%

der Patienten mit positivem Depressions-Screening wurden durch den Hausarzt sicher als Depression erkannt.

28%

der Depressionsfälle wurden gar nicht erkannt.

23%

der Depressionsfälle wurden als andere psychische Störung verkannt.

70%

schwerer Depressionen wurden korrekt erkannt.

Nahezu die gesamte Bevölkerung sieht belastende Lebensereignisse als häufigste Ursache einer Depression. Jeder dritte Deutsche sieht Depression als eine Charakterschwäche an und jeder fünfte denkt, eine Depression sei das Ergebnis einer falschen Lebensführung.

Das ist falsch!

Eine Depression ist eine eigenständige schwere Erkrankung. Die Ursachen sind neben psychosozialen Aspekten immer auch genetischer Natur.

Vier von fünf Deutschen sehen einen Urlaub als geeignetes Mittel gegen Depression an. Fast jeder fünfte hält Süßigkeiten oder „Sich Zusammenreißen“ für geeignete Möglichkeiten zur Bewältigung der Depression.

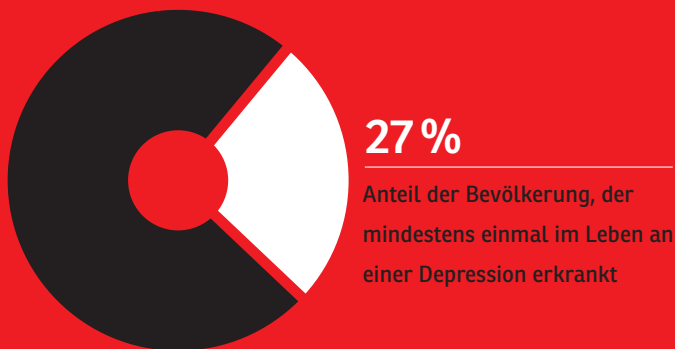
Das ist falsch!

Eine Depression muss immer mit Psychotherapie und zumindest mittlere bis schwere Depressionen zusätzlich mit Antidepressiva behandelt werden. Urlaub kann eine bestehende Depression sogar noch verschlimmern und Süßigkeiten helfen nachweislich nicht!

Mehr als 70% der Bevölkerung sind der Meinung, dass Antidepressiva abhängig oder süchtig machen und den Charakter verändern.

Das ist falsch!

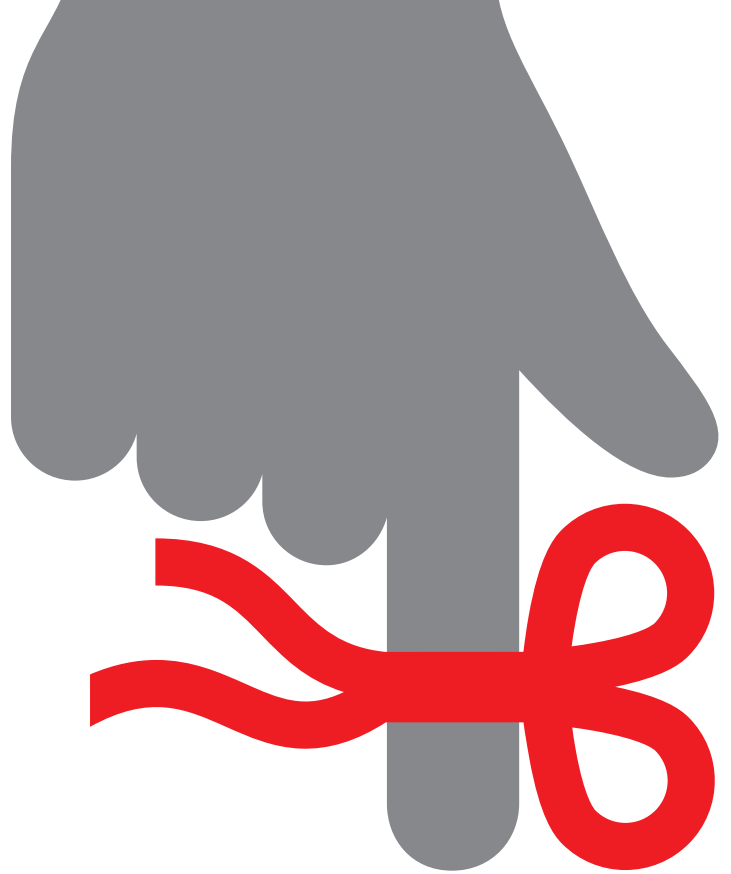
Antidepressiva machen weder abhängig noch süchtig! Es ist im Gegenteil die Depression, die den Charakter von Betroffenen verändern kann. Antidepressiva helfen dabei, „wieder der oder die Alte zu werden“.



Wie alles begann

EIN RÜCKBLICK.

„Die Götter meinten es gut. Die Stadt München wollte ein Bündnis gegen Depression. Und München hatte ein Depressionsvakuum“.



So der Kommentar des damaligen Gründungsmitglieds und späteren Vereinsvorstands, Dr. Joachim Hein, über die Gründung des Münchner Bündnis gegen Depression e.V. Der Weg zur Vereinsgründung am 27. Mai 2008 war lang und steinig – dennoch ist es den damaligen Münchner Pionieren in Sachen Antistigmaarbeit der Volkskrankheit Depression gelungen, den Grundstein für eine Weiterentwicklung des damals bereits in anderen Städten etablierten Begriffs „Bündnis gegen Depression“ zu legen.

WARUM EIN BÜNDNIS?

Eine Depression kann jeden treffen

In Deutschland erkranken jährlich ca. 4,9 Millionen an einer behandlungsbedürftigen Depression. Trotz ihrer Häufigkeit und Schwere wird sie in der Öffentlichkeit wenig wahrgenommen und oft missverstanden. Sie ist eine ernstzunehmende Krankheit wie jede andere, kein Ausdruck persönlichen Versagens.

Eine Depression ist lebensbedrohlich

Jährlich nehmen sich in Deutschland circa 10.000 Menschen das Leben, auf einen vollendeten Suizid kommen 15–20 Suizidersuche. Zurückzuführen sind diese er-

schreckenden Zahlen unter anderem auf eine suboptimale Behandlung von Depression, aber auch große Defizite in der Versorgungslandschaft.

Depression ist behandelbar

Mit Psychotherapie und medikamentöser Therapie stehen wirksame Behandlungsvorgehen zur Verfügung. Allerdings erhält nur eine Minderheit der Betroffenen eine optimale Behandlung. Die Gründe hierfür sind vielfältig: fehlende Hoffnung und mangelnde Energie der Betroffenen, sich Hilfe zu holen, diagnostische und therapeutische Defizite auf Seiten der Ärzte.

Viele Betroffene unterschätzen aber auch das Ausmaß der Krankheit und haben Angst vor Stigmatisierung. Daraus ergibt sich dringender Handlungsbedarf: **Die Geburtsstunde unseres Bündnisses!**

Die nachfolgende Übersicht über zehn Jahre „Münchner Bündnis gegen Depression“ gibt einen Überblick über die Aufbruchsstimmung der Gründungsjahre bis zu der vollständigen Etablierung des Vereins mittels des sogenannten „4-Ebenen-Konzeptes“ zur besseren Versorgung für depressiv erkrankte Menschen.

CHRONIK.

2008



Gründung des Vereins im Selbsthilfezentrum in der Westendstraße.

Es gibt über 60 Gründungsmitglieder, die einen fünfköpfigen Vorstand, bestehend aus **Dr. Joachim Hein** (1. Vorsitzender), **Dr. Pitschel-Walz**, **Michael Ursel**, **Gabriele Kracht**, **Dr. Herbert Pfeifer**, wählen.

Ab Oktober wird ein kleines Büro zur Untermiete in der Landsberger Straße angemietet.

Rita Wüst (vom Deutschen Bündnis gegen Depression) wird erste Geschäftsführerin.

Große Gründungsfeier im Rathaus der Stadt München

2010/11

Eine **Vielzahl an Veranstaltungen** werden durchgeführt. Vorbild ist das 4-Ebenen-Konzept des Modellprojekts „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ aus dem Jahre 2001 (Zum 4-Ebenen-Konzept siehe nächste Doppelseite)



2009

Start der auf zwei Jahre angelegten Kampagne des **Münchner Bündnis gegen Depression**.

Gleichzeitig wird erstmalig die **„Münchner Woche für Seelische Gesundheit“** (WSG) unter Federführung des Bündnisses durchgeführt. Dem Bündnis obliegt die Erarbeitung eines Konzepts, die gesamte Organisation und die Erstellung der Homepage. Aufgrund des großen Erfolgs wird nachträglich das Budget von der Stadt München aufgestockt.

Offenes **Stammtischtreffen** wird etabliert, jeden dritten Montag im Monat.

2010

Bayerischer Präventions- und Gesundheitspreis für die „Münchner Woche für Seelische Gesundheit“.

2. „Münchner Woche für Seelische Gesundheit“

2011

3. „Münchner Woche für Seelische Gesundheit“



2012

Auszeichnung:

Phineo Wirkt-Siegel

für die „Münchner Woche für Seelische Gesundheit“

Aufnahme in die **Regelförderung** durch die Stadt München



Landeshauptstadt
München
**Referat für Gesundheit
und Umwelt**

Projektstart von **MUT-Kunst-Werk** (inklusive Kunstwerkstatt) in Kooperation mit dem HEI.

Auszeichnung für diese Arbeit mit einem **Stipendium von startsocial**

Umzug in das Haus des Stiftens

2013

Eine **EX-IN Stelle** wird etabliert, zunächst als Modellprojekt, später unbefristet, besetzt durch Dr. Karolina De Valerio

EX-IN: SELBST VON PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN BETROFFENE, DIE IHRE ERKRANKUNG ÜBERWUNDEN HABEN UND NUN BETROFFENEN HELFEN, INDEM SIE IHRE ERFAHRUNGEN TEILEN

4. „Münchener Woche für Seelische Gesundheit“ Schwerpunktthema: „Frauen & Männer“



Start der **Laufgruppe**
Initiiert durch Heidi Hecht



5-jähriges Bestehen

Eine große Feier findet in der Karmeliterkirche statt.

2015

Auszeichnung:

Bundesfinale startsocial

für die „Münchener Woche für Seelische Gesundheit“ mit Empfang bei Bundeskanzlerin Angela Merkel in Berlin



5. „Münchener Woche für Seelische Gesundheit“ Schwerpunktthema: „Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene“



zehnzehn Münchner Aktion für Seelische Gesundheit



2017

6. „Münchener Woche für Seelische Gesundheit“ Schwerpunktthema: „Migration“



Prof. Dr. Dr. Martin Keck löst den langjährigen Vorsitzenden Dr. Joachim Hein als Vorstandsvorsitzender ab. Ebenfalls neu in den Vorstand werden gewählt: C. Kruse, G.S. Hafenbrädl, Dr. N. Heydari, Prof. Dr. M. Zaudig.

2014

Start der **Schreibwerkstatt**
Leitung: Dr. Karolina De Valerio



2016

Start der **Peer-to-Peer-Beratung**
Infotelefon von Betroffenen für Betroffene

Freitags 11:00 bis 12:00 Uhr



2018

Umzug in ein neues Büro in der Luisenstr. 43

10-jähriges Bestehen des Münchner Bündnis gegen Depression, mit zahlreichen Aktivitäten

DAS 4-EBENEN-KONZEPT.

Gestartet im Jahr 2000 mit dem Nürnberger Bündnis gegen Depression, wurde mit vielfältigen Aktivitäten auf vier Ebenen angesetzt, um die Versorgung depressiver Menschen zu verbessern und Suizidalität vorzubeugen. Laut wissenschaftlicher Studien führte die Arbeit des Bündnis zu einem deutlichen Rückgang der suizidalen Handlungen: in Nürnberg sank die Zahl der Menschen, die einen Suizid oder Suizidversuch verübten, zwischen 2000 und 2002 um 24 %.

ZIEL: BESSERE VERSORGUNG FÜR DEPRESSIV ERKRANKTE MENSCHEN

1

KOOPERATION MIT HAUSÄRZTEN: FORTBILDUNG

Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte und andere Multiplikatoren zur Optimierung von Diagnose und Therapie depressiver Störungen

In Zusammenarbeit mit dem Krisendienst Psychiatrie München bietet das Münchner Bündnis gegen Depression zwei- bis dreimal im Jahr Fortbildungen für (Haus-)Ärzte zum Thema „Depressionen leichter erkennen und besser behandeln – Umgang mit Krisen“ an. Die interaktiven Workshops werden vom ÄKBV München organisiert.

Aktuelle Termine und Online-Anmeldung:

www.aekbv.de/fortbildungskurse

Veranstaltung von Fachsymposien und Vorträgen für (Haus-)Ärzte zu unterschiedlichen Schwerpunktthemen der Erkrankung

Netzwerkarbeit

Seit 2010 ist das Münchner Bündnis gegen Depression Mitglied im ÄKBV-Ausschuss „Vernetzte Versorgung psychisch Kranker in München“. Dieser Ausschuss hat für Haus- und Fachärzte einen Leitfaden entwickelt, der als wertvolle Hilfe im Praxisalltag genutzt werden kann.

PR-AKTIVITÄTEN:

AUFKLÄRUNG DER ÖFFENTLICHKEIT

Information der breiten Öffentlichkeit über Depressionen und erfolgreiche Behandlungsmethoden

Bedeutendste Kampagne in der Öffentlichkeitsarbeit des Münchner Bündnis gegen Depression: Die „Münchner Woche für Seelische Gesundheit“, die 2019 bereits zum siebten Mal mit dem diesmaligen Schwerpunktthema „Alter“, stattfindet

Verteilung und Versand der Erstausgabe des sogenannten „JWSG“ (Journal zur Münchner Woche für Seelische Gesundheit)

Veranstaltung von Fachtagungen und Einzelveranstaltungen für Betroffene, Angehörige, Fachkräfte und Interessierte

Online-Präsenz mittels Internetauftritt, Newsletter und Facebook

Entwicklung und Verteilung von Infomaterial wie z.B. Infoflyer, Social-Spot, Quartalsprogramm

Referententätigkeiten

Infostände, u.a. Streetlife Festival und Selbsthilfetag

2

3

ZUSAMMENARBEIT MIT MULTIPLIKATOREN: PFARRER, LEHRER, ALTENPFLEGEKRÄFTE ...

Enge Kooperation und Vernetzung mit den vor Ort
tätigen Einrichtungen, die bereits in die Versorgung
depressiver Menschen eingebunden sind

Wichtige Gremienarbeit in Arbeitskreisen des
Gesundheitsbeirats der Landeshauptstadt München

Teilhabe an unterschiedlichen Arbeitskreisen (EX-IN)

Lehrerfortbildung „Depression bei Jugendlichen“,
Angebot eines Elternabends mit dem Thema:
„Was Eltern über die Depression ihrer Kinder
wissen sollten“

Vortrag und Schulung bei der Ausbildung für
Logotherapeuten

Zusammenarbeit mit den Caritas Diensten zum
Thema „Depression im Alter“

Vortrag und Schulung bei der
Nachbarschaftsbrücke Sendling

4

ANGEBOTE FÜR BETROFFENE UND ANGEHÖRIGE

Förderung und Kooperation mit Selbsthilfe- und
Angehörigengruppen, die das Selbstmanagement
von Betroffenen stärken.

Einstündige „peer-to-peer Beratung“ mit der
EX-IN Mitarbeiterin Dr. Karolina De Valerio:

Freitags 11:00 bis 12:00 Uhr

Offenes Stammtischtreffen: **Jeden dritten Montag
im Monat ab 18:30 Uhr im CONVIVA im Blauen
Haus, Hildegardstr. 1, 80539 München**

Umfassende Einbindung Ehrenamtlicher bei
Aktivitäten, Infoständen, etc.

Lauffreff: **Jeden Montag um 18:30 Uhr**

Treffpunkt in der Veterinärstr. 1, 80539 München

Kreative Schreibwerkstatt: für Menschen mit
Depressionserfahrung und deren Angehörige

14-tägig am Donnerstag von 18.00 bis 20.00 Uhr

MUT.KUNST.WERK (Kunstwerkstatt für Menschen
mit psychischen Belastungen): Kurs „intuitives Ma-
len“ **an ausgewählten Sonntagsterminen**

07.10. bis 16.12.18

Mehr Infos zu den Angeboten auf
www.muenchen-depression.de



SOCIAL SPOT „LASS DIR HELFEN“

SIND ÜBERTRIEBENE BEFÜRCHTUNGEN ÜBER NEBENWIRKUNGEN VON ANTIDEPRESSIVA BERECHTIGT?

Für die einen eine Teufelsdroge, für die anderen ein Wunder der Medizin: Was ist dran an den Vorurteilen über Antidepressiva? Prof. Dr. Dr. Stefan Leucht, Leiter der Sektion Evidenzbasierte Medizin in der Psychiatrie am Klinikum rechts der Isar, München, erklärt, für welche Art von Patienten eine medikamentöse Therapie sinnvoll ist und welche anderen therapeutischen Maßnahmen aktuell in der Depressionsbehandlung zur Verfügung stehen.

Viele Patienten mit mittelgradigen oder gar schweren Depressionen stehen der Einnahme von Antidepressiva aufgrund der vielseitigen Nebenwirkungen skeptisch gegenüber. Was entgegnen Sie Erkrankten, die eine medikamentöse Therapie ihrer Erkrankung strikt ablehnen?

Es ist meine therapeutische Haltung, dass man die Patienten im Sinne des Shared-Decision-Makings zunächst über die verschiedenen Therapieoptionen aufklären sollte. Bei dieser Methode besprechen Arzt und Patient gemeinsam, was im gegebenen Fall am geeignetsten ist. Bei leichten und mittelgradigen depressiven Episoden stehen für gewöhnlich Psychotherapie oder Pharmakotherapie zur Wahl. Bei schweren Depressionen empfiehlt man eine Kombinationsbehandlung aus beidem. Letzteres würde ich Patienten in der Regel auch vorschlagen und gleichzeitig versuchen, zum Teil übertriebene Befürchtungen hinsichtlich Nebenwirkungen von Antidepressiva zu nehmen. Es gibt aber manchmal auch so schwere Erkrankungen, dass eine Psychotherapie im engeren Sinne vorerst noch nicht möglich ist.

Gibt es eine bestimmte Patientengruppe, für die von vornherein die Einnahme von Antidepressiva ultima ratio sein sollte?

Raten Sie Depressiven mit einer minder schweren Symptomatik zur Psychotherapie ohne Begleitmedikamente?

Bei leichten Depressionen wird zunächst eine abwartende Begleitung von 14 Tagen empfohlen, insbesondere um festzustellen, ob die Depression nur vorübergehend ist und gar keine Behandlung erforderlich ist. Dauern die Symptome an, ist meist eine Psychotherapie sinnvoll. Im ambulanten Bereich handelt es sich oftmals um depressive Verstimmungen aufgrund von schwierigen Lebensumständen, Belastungssituationen oder Konflikten, die einer Aufarbeitung bedürfen. In einer Psychotherapie sollen sich grundlegende Modifikationen von ungünstigen Einstellungen und Verhaltensweisen einstellen, die zu einer nachhaltigen Besserung führen. Antidepressiva wirken wohl zunächst einmal nur symptomsuppressierend, erlauben manchmal aber erst auch die psychotherapeutische Arbeit. Allerdings gibt es viele Patienten, die keine Psychotherapie machen wollen, weil sie hierfür nicht motiviert sind. Gerade diesen Patienten sollte man eine pharmakologische Therapie mit Antidepressiva nicht verwehren.

Oft greifen Patienten in der Annahme, es handele sich um ein harmloses pflanzliches Mittel, zu Johanniskraut. Würden



■ PROF. DR. DR. STEFAN LEUCHT
LEITER DER SEKTION EVIDENZBASIERTE MEDIZIN IN
DER PSYCHIATRIE AM KLINIKUM RECHTS DER ISAR,
MÜNCHEN

Sie in bestimmten Fällen den Einsatz von Naturmedizin befürworten?

Die Wirksamkeit von Johanniskraut bei leichten bis mittelschweren Depressionen ist evidenzbasiert. Allerdings kann es bei der Gabe von Johanniskraut zu Interaktionen bei der Verstoffwechslung anderer Medikamente kommen und daraus resultierend zu gravierenden Nebenwirkungen kommen. Solche Interaktionen müssen bei der Einnahme von Johanniskraut daher dringend beachtet werden. Pflanzlich ist



in diesem Falle also nicht mit ungefährlich gleichzusetzen.

Anfang des Jahres hat das Fachblatt „The Lancet“^[1] eine groß angelegte Studie mit folgendem Ergebnis veröffentlicht: Alle untersuchten Antidepressiva sind wirksamer als Placebos, helfen aber durchaus nicht jedem. Welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten gibt es für Patienten, die auf Antidepressiva schlecht oder gar nicht ansprechen?

Zumindest im stationären Bereich sind Depressionen meiner Erfahrung nach schwer behandelbare Störungen, bei denen der Einsatz nur einer Behandlungsmethode oftmals nicht ausreicht. Die Effektivitäten aller gängigen Behandlungsformen liegen eher im niedrigen bis mittleren Bereich. Daher müssen wir meiner Meinung

nach alle Therapieoptionen zur Verfügung haben und oftmals auch mehrere kombiniert einsetzen. Neben den Antidepressiva und der Psychotherapie als Hauptbehandlungsformen, gehören dazu zum Beispiel Lichttherapie – insbesondere bei saisonalen Verlaufsformen, Bewegungstherapie bis hin zur Elektrokrampftherapie bei sehr schweren Fällen. Unterschätzt, weil bislang nicht gut in kontrollierten Studien untersucht, wird möglicherweise auch die Bedeutung von Therapieformen wie Ergotherapie, Kunsttherapie, Angehörigenarbeit, Psychoedukation und die intensive Unterstützung durch Sozialpädagogen, wie sie in den Kliniken möglich ist. In der stationären Behandlung nehmen diese als komplementär angesehenen Methoden viel mehr Raum ein als die Pharmakotherapie, die sich in den Visiten meist rasch festlegen lässt. Der Schwerpunkt liegt viel mehr auf

Sozialpsychiatrie als es manchmal in der öffentlichen Debatte den Anschein hat.

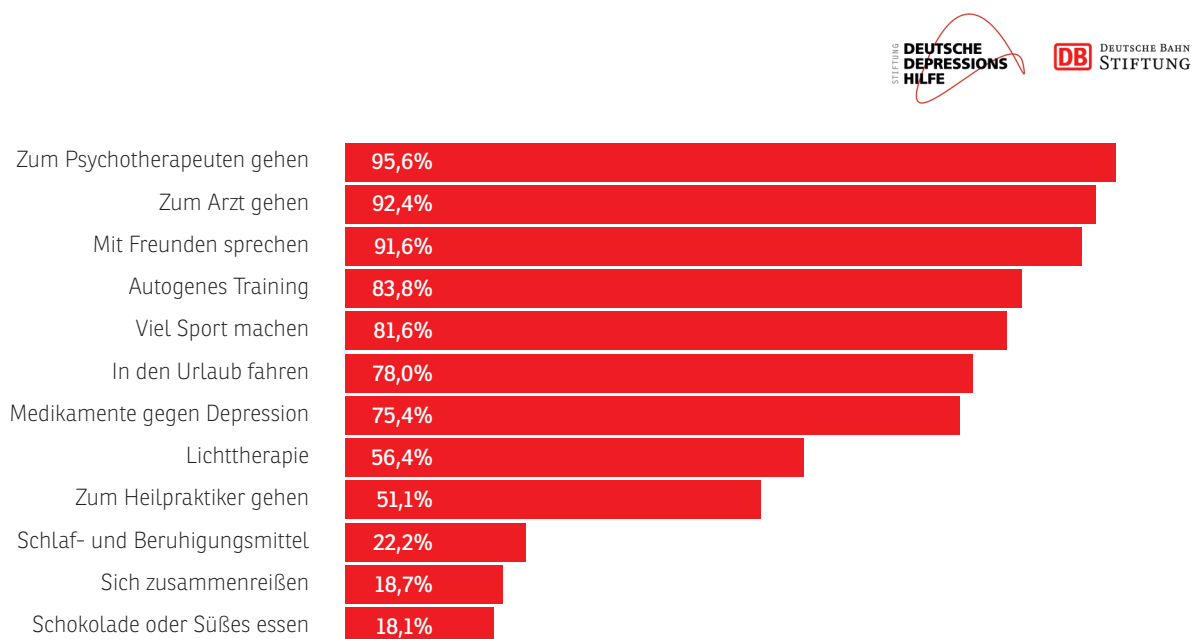
Viele Betroffene klagen vor allem zu Beginn der Behandlung mit Antidepressiva über starke Nebenwirkungen. Wie viel Zeit sollte nach der Ersteinnahme verstrichen sein, um ein Antidepressivum aufgrund zu hoher Nebenwirkungen oder mangelnder Wirksamkeit wieder abzusetzen?

Was die Nebenwirkungen angeht, so sind diese oftmals vorübergehend, sodass sich ein Abwarten über einige Wochen lohnen kann. Nach Studiendaten kann man schon nach zwei Wochen ungefähr feststellen, ob Patienten auf ein Antidepressivum ansprechen. Meiner Meinung nach sollte man aber mindestens vier Wochen abwarten.

¹ [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32802-7/fulltext?code=lancet-site](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32802-7/fulltext?code=lancet-site)

MEINUNGEN ÜBER HILFSMITTEL GEGEN DEPRESSION (BEVÖLKERUNG)

Anteil der Beurteilung als „sehr geeignet“, oder „eher geeignet“



Stichprobe: N=2009 Teilnehmer Bevölkerungsbefragung
Frage: Was glauben Sie, hilft gegen Depression?
Antwortoptionen: Sehr geeignet, eher geeignet, eher ungeeignet, ungeeignet

WARUM DIE STIGMATISIERUNG VON ANTIDEPRESSIVA AUFHÖREN MUSS.

Sie machen abhängig, verändern die Persönlichkeit und wirken oftmals nicht besser als ein Placebo – die Liste der Negativurteile selbsterannter Experten zur Wirkung von Antidepressiva ließe sich beliebig fortführen – daher sollte man strikt zwischen Mythen und Wirklichkeit im öffentlichen Diskurs unterscheiden.

Fast achtzig Prozent der Deutschen glauben, Antidepressiva machen süchtig, mehr als siebzig Prozent sind der Überzeugung, sie würden den Charakter verändern. Das Deutschlandbarometer Depression zeigt, wie groß die Vorurteile gegenüber Psychopharmaka im Allgemeinen und Antidepressiva im Besonderen wirklich sind. Viele Kritiker beziehen sich dabei auf Studien des britischen Psychologen Irving Kirsch, der bereits vor einem Jahrzehnt die These vertrat, Antidepressiva seien nur Scheinmedikamente und nicht wirksamer als ein vergleichbares Placebo.

Umso verwunderlicher ist, dass immer mehr Deutsche zur scheinbaren „Teufelsdroge“ greifen. Laut Techniker Krankenkasse hat sich die Zahl der verordneten Antidepressiva seit 2007 mehr als verdoppelt. Ist der signifikant steigende Anteil an Depressionspatienten, die sich (auch) für eine medikamentöse Therapie entschieden haben, nun schlichtweg ignorant und hat sich die Warnungen der medizinischen Laien und wirklichen Experten auf dem Gebiet nicht eindringlich genug zu Herzen genommen? Die Antwort ist so simpel wie nachvollziehbar – Patienten, die an mittelgradigen oder gar schweren Depressionen leiden, nehmen die Nebenwirkungen der Medikamente als geringeres Übel gern in Kauf. Wer kann es ihnen verübeln? Für sie sind durchaus ernstzunehmende Nebenwirkungen wie Schlafstörungen, Gewichtszunahme, Übelkeit oder innere Unruhe einem permanenten Seelenleid, das er-

schreckend häufig sogar im Suizid endet, immer noch vorzuziehen.

Der Vorwurf, die Medikamente würden die Persönlichkeit zum Negativen verändern, erscheint in diesem Zusammenhang geradezu absurd: Nicht die Medikamente, sondern die Depression selbst führt dazu, dass aus einem ehemals lebensbejahenden Charakter ein psychisches Wrack wird, das sich in schlimmen Phasen der Krankheit zu einfachsten Alltagsaktivitäten nicht mehr in der Lage sieht. Durch die Medikamente soll schlichtweg der Zustand vor der Erkrankung wiederhergestellt werden und das bei Depressiven nicht selten obsessive Grübeln über Probleme abstellen – nicht mehr und nicht weniger.

Weiterhin werden Antidepressiva verteuert, weil sie nicht selten vorschnell mit anderen Psychopharmaka wie Benzodiazepinen in einen Topf geworfen werden. Das Beruhigungsmittel Lorazepam beispielsweise kann tatsächlich bei längerer Einnahme süchtig machen. Dieses Abhängigkeitspotential ist bei Antidepressiva nicht gegeben; typische Entzugserscheinungen, die bei plötzlichem Absetzen von Antidepressiva auftreten, können durch langsames Ausschleichen der Medikamente über Wochen oder sogar Monate verhindert werden. Und selbst die Benzodiazepine sind in der psychiatrischen Behandlung nicht wegzudenken. Nicht ohne Grund hat die WHO sie erst kürzlich auf die Liste der unentbehrlichsten Medikamente gestellt.

Sie können Betroffene schnell und effektiv aus einer akuten Krise befreien – mit der Einschränkung, dass Patienten sie wegen ihres Abhängigkeitspotentials auf keinen Fall regelmäßig und nur in extremen Notfallsituationen einsetzen sollen.

Auch im Hinblick auf die Wirksamkeit der Pillen dürfte die Kritik dank einer Anfang des Jahres veröffentlichten Studie leiser werden: die bislang größte Metaanalyse zum Thema Antidepressiva mit weit über 100.000 Teilnehmern hat gezeigt: die am häufigsten verschriebenen Antidepressiva sind ausnahmslos wirksamer als Scheinmedikamente und überwiegend gut verträglich. Allerdings weisen Wissenschaftler der Studie auch darauf hin, dass Wirksamkeit und Verträglichkeit von Patient zu Patient unterschiedlich sein können. Bis heute kann nicht vor Medikamenteneinnahme gesagt werden, wer auf welches Medikament anspricht – leider gibt es auch einen Teil von Patienten, bei denen keinerlei Antidepressiva wirken.

Trotz dieser berechtigten, medizinisch fundierten Einwände sollte die vorschnelle und oftmals irrationale Debatte um Antidepressiva beendet werden. Antidepressiva sind zwar (leider) keine Wunderpillen, aber in der Depressionsbehandlung in Kombination mit anderen therapeutischen Maßnahmen unverzichtbar, in vielen Fällen sogar lebensrettend.



Das Stigma durchbrechen

SO KANN SUIZIDPRÄVENTION GELINGEN.

Jedes Jahr nehmen sich in Deutschland etwa 10.000 Menschen das Leben. Damit sterben jährlich mehr Menschen an Suizid, als bei Verkehrsunfällen, durch Drogen und Gewalttaten zusammengekommen. Die Zahl der Suizidversuche ist schätzungsweise sogar bis zu 20-mal höher. Auch wenn sich in den letzten 10 Jahren die Suizidzahlen auf einem Niveau halten und nicht steigen, so ist Suizidprävention nach wie vor dringend nötig.

Von Nathalie Brabandt

Als sich vor etwa einem Jahr der Linkin Park Sänger Chester Bennington das Leben nahm, war der Schock bei den Menschen groß. Doch fast ebenso groß war das Unverständnis, das in den sozialen Netzwerken über diesen Suizid wiederholte. Die Menschen konnten nicht verstehen, dass ein erfolgreicher, talentierter Künstler freiwillig aus dem Leben scheidet. Doch von freiwillig kann nicht die Rede sein. Bennington litt, wie ein Großteil der Menschen, die sich das Leben nehmen, unter Depressionen. So betont Ulrich Hegerl, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychothe-

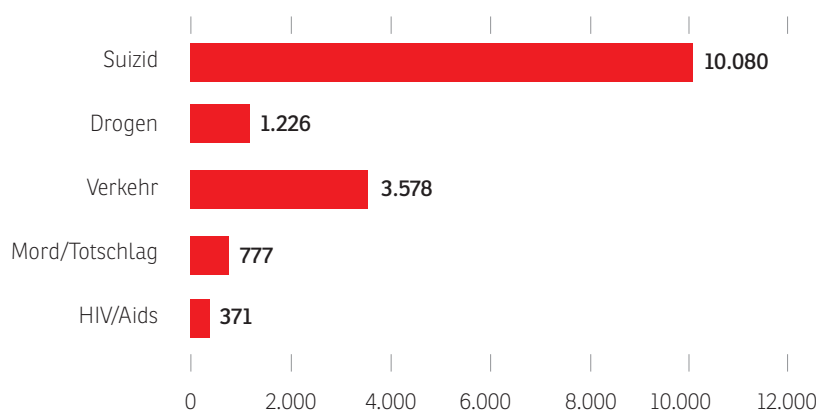
rapie des Universitätsklinikums Leipzig und Vorsitzender der Stiftung Deutsche Depressionshilfe: „Suizid ist nur selten, wenn überhaupt, ein Freitod, sondern in der Regel Folge einer meist nicht optimal behandelten psychiatrischen Erkrankung.“ Denn in den westlichen Ländern erfolgen 90% aller Suizide vor dem Hintergrund einer psychiatrischen Erkrankung, wie schizophrene Psychosen, bipolare Störungen, Suchterkrankungen oder Borderline-Störungen. Davon jedoch litten über 50% an einer Depression. Die Depression wird somit zu einer potentiell tödlichen Er-

krankung. Eine erfolgreiche Behandlung der Depression stellt daher die beste Suizidprävention dar.

Suizidprävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Aber noch immer ist das Eingestehen einer psychiatrischen Erkrankung oder gar das Sprechen über Suizidgedanken ein großes Tabuthema, das viele Verzweifelte daran hindert, sich Hilfe zu suchen. Somit greift quasi ein doppeltes Stigma, das Hilfe verhindert. So verschleiern Tabuisierung, geltende Vorurteile sowie

TODESURSACHEN IM VERGLEICH: BRD 2015



Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt www.gbe-bund.de

Scham- und Schuldgefühle suizidales Verhalten. Durch proaktives Vorgehen jedoch können Gesellschaft und unterstützende Gesundheitssysteme dazu beitragen, Suizide zu verhindern. In dem von der WHO herausgegebenen Suizidreport wird der von der Stiftung Deutsche Depressionshilfe in Deutschland implementierte 4-Ebenen-Ansatz als nationale Maßnahme zur Suizidprävention hervorgehoben. Er gilt als „Best practice-Beispiel“ so Hegerl. Dieses Programm, das auch vom Münchner Bündnis und von den anderen über 80 regionalen Bündnissen gegen Depression in Deutschland praktiziert wird, hat sich zwei zentrale Ziele auf die Fahnen geschrieben. Zum einen die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Depressionen und zum anderen die Prävention suizidaler Handlungen. Erreicht werden sollen diese zwei Ziele über vier Ebenen. Ebene 1 ist die Kooperation mit niedergelassenen Hausärzten, die mit Schulungen und Materialien in ihrer Arbeit unterstützt werden sollen und somit sensibilisiert werden, psychische Erkrankungen und suizidale Krisen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Im Zentrum von Ebene 2 steht das Erreichen der breiten Öffentlichkeit über PR-Kampagnen, wie Kinospots, Patientenbroschüren und Vorträgen für Betroffene, Angehörige und Interessierte, sowie sogenannten

Awareness-Kampagnen. Ebene 3 stellt die Zusammenarbeit mit Multiplikatoren, wie Lehrer, Pfarrer, Polizisten, Sozialarbeitern und anderen dar. Sie sind oft die Ersten, die Menschen in Krisen begegnen. Das Selbstmanagement schließlich stellt die 4. Ebene dar. Hier geht es um Selbsthilfe von Betroffenen und Angehörigen, dies sind Angebote wie Laufgruppe, Schreibwerkstatt oder offene Stammtischabende für Betroffene und Angehörige wie sie zum Beispiel das Münchner Bündnis anbietet

Dieser 4-Ebenen-Ansatz ist im Rahmen der „European Alliance against Depression“ in inzwischen über 24 Ländern, darunter West-Australien und Chile, übernommen worden und stellt damit das am breitesten implementierte und evaluierte gemeindebasierte Interventionsprogramm dar.

Die Zahlen stagnieren

Noch vor 35 Jahren lag die Zahl der durch Suizid zu Tode gekommenen Menschen bei 18.000. Doch mittlerweile hat sich diese Zahl in den letzten 10 Jahren bei der immer noch erschreckend großen Zahl von etwa 10.000 eingependelt. Aber woran liegt es, dass trotz aller Bemühungen diese Zahl stagniert? Ulrich Hegerl glaubt, dass der durch die sozialen Medien und das Internet vereinfachte Zugang zu tödlichen Sui-

Hilfe bei Suizidgedanken

Wenn Sie sich in einer Krise befinden und daran denken, sich das Leben zu nehmen, versuchen Sie, mit anderen Menschen darüber zu sprechen. Die Telefonseelsorge ist anonym, kostenlos und rund um die Uhr erreichbar.

0 800 111 0 111

0 800 111 0 222

Weitere wichtige Anlaufstellen in München und Bayern:

Krisendienst Psychiatrie:

0180 655 30 000

Die Arche, Suizidprävention und Hilfe in Lebenskrisen:

089 33 40 41

zidmethoden dafür verantwortlich ist. So ist es auch diesem Umstand geschuldet, dass zum Beispiel die Letalität von Suizidversuchen vor allem mit Vergiftungen angestiegen ist. Bei der Frage wie der Zugang zu potentiellen Suizidmethoden eingedämmt oder gar verhindert werden kann, ist vor allem die Politik gefragt. Sie hat es in der Hand zum Beispiel öffentliche Gebäude zu sichern und die Rahmenbedingungen zu schaffen, den Zugang zu Waffen zu erschweren.

Was kann der Einzelne tun?

Ungeachtet der verschiedenen institutionellen Maßnahmen und Angebote ist jeder Einzelne aufgerufen, im persönlichen Umfeld zu helfen, wenn ein Nahestehender

in eine Krise gerät oder gar Suizidgedanken äußert. Die Scheu ist oft groß, ebenso die Angst etwas falsch zu machen. Doch oft kann schon ein mitfühlendes und verständnisvolles Gespräch entlastend wirken. Worauf genau zu achten ist und welche Hinweise es zum Umgang mit suizidgefährdeten Menschen gibt, haben die Experten der Stiftung Deutsche Depressionshilfe zusammengefasst (siehe Textkasten).

„Wenn man einem Menschen gegenübersteht, der auf einen einen verzweifelten, vielleicht auch suizidgefährdeten Eindruck macht“, so Hegerl, „dann ist es eine Frage der ganz natürlichen Mitmenschlichkeit nachzufragen und Hilfe anzubieten. Im Rahmen dieses Gespräches muss man sich

auch nicht scheuen, zu fragen, ob finstere Gedanken, vielleicht bis hin sich was anzutun, vorhanden sind. Gewinnt man den Eindruck, die Person ist akut gefährdet, so sollte man so gut wie möglich sicherstellen, dass sofort professionelle ärztliche Hilfe organisiert wird.“

Denn für die meisten Menschen mit Suizidgedanken geht es nicht darum, sich das Leben zu nehmen – sie wissen einfach nicht, wie sie weiterleben sollen. Hier muss Hilfe möglich sein.

WAS KÖNNEN SIE TUN, WENN SIE EINEN AKUT SUIZIDGEFÄHRDETEN MENSCHEN KENNEN?

Sprechen Sie das Thema an!

Wenn Sie den Verdacht hegen, dass ein Freund oder Angehöriger suizidgefährdet ist, sollten Sie ihn in ruhiger und sachlicher Weise darauf ansprechen. Die Befürchtung, man könne dadurch den Suizid erst provozieren, ist falsch. In aller Regel stellt es für einen suizidgefährdeten Menschen eine Entlastung dar, mit einer anderen Person über die quälenden Gedanken sprechen zu können.

Ziehen Sie professionelle Hilfe hinzu! Versuchen Sie sich nicht als Therapeut, sondern unterstützen Sie den Betroffenen, professionelle Hilfe zu suchen. Hilfe können Sie bspw. bei einem niedergelassenen Arzt/Psychotherapeuten oder in einer Klinik suchen. Der Krisendienst Psychiatrie bietet ebenfalls schnelle, auch telefonische Hilfe. Sorgen Sie für den Menschen!

Zeigen Sie Ihrem Gegenüber, dass Sie für ihn da sind. Übernehmen Sie in der akuten Situation Verantwortung für den anderen. Begleiten Sie die gefährdete Person zum Arzt oder in die Klinik. Nachts kann das die psychiatrische Notfallambulanz sein, aber auch der ärztliche Notdienst.

Wenn ein Mensch unmittelbar von Suizid bedroht ist, er aber in keiner Weise mehr über ein Gespräch erreichbar ist und nicht bereit ist gemeinsam Hilfe aufzusuchen, so sollte zu seinem Schutz der Notarzt verständigt werden. Bitte berichten Sie dem Notarzt genau von der Situation und lassen Sie den betroffenen Menschen bis zum Eintreffen des Notarztes nicht allein.

Das Wichtigste ist, Zeit zu gewinnen, da der Wunsch zu sterben fast immer nur ein vorübergehender Zustand ist und auch bei schwierigen Lebenssituationen meist der Lebensmut zurückkehrt.

WENN DIE SEELE SCHON IM JUNGEN ALTER LEIDET

Das erste Mal verliebt, unbefangene Freunde treffen, ein Leben ohne größere Sorgen – die Zeit vor dem Erwachsenwerden steht für Leichtigkeit.

Was aber, wenn der scheinbar unbeschwerte Lebensabschnitt tiefer Traurigkeit, völliger Antriebslosigkeit oder sogar Suizidgedanken weicht? Depressionen betreffen längst nicht nur Erwachsene. Gerade Jugendliche in der Pubertät sind gefährdet, aber selbst Kleinkinder können schon erkranken.

Es fing an, als sie 15 war. Mit gebrochener Stimme erzählt Yvonne: „Tagsüber wollte ich mich nur in meinem Zimmer einsperren, war lustlos, wurde immer trauriger.“ Anstatt Hausaufgaben zu machen, starrte sie stundenlang die Wand an. Der Alltag wurde zur Qual. Am schlimmsten seien die Nächte gewesen: „Anstatt zu schlafen, wälzte ich stundenlang Probleme.“ Das Grübeln und die Versagensängste wurden immer größer, die Gedankenspirale kannte nur noch eine Richtung: in den Abgrund.

Beinahe jeder achte Jugendliche betroffen

Heute weiß Yvonne: Es war nicht nur eine kurze Krise, sondern der Beginn einer Depression. Ein zehnwöchiger Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik bewirkte allerdings, woran niemand mehr in ihrem Umfeld geglaubt hat – am wenigsten Yvonne selbst: Sie hat einen Weg zurück ins Leben gefunden. Mit der Diagnose Depression ist das Mädchen nicht alleine – Experten gehen davon aus, dass fünf bis acht Prozent aller Jugendlichen ab der Pubertät

Von Astrid Legien

■ RISIKOFAKTOR PUBERTÄT: MÄDCHEN UNTER 18 ERKRANKEN MEHR ALS DOPPELT SOOFT AN DEPRESSION ALS GLEICHALTRIGE JUNGEN



bis zum Alter von 18 Jahren an einer Depression erkranken. Selbst zwei Prozent der Kinder im Grundschulalter zeigen auffällige Krankheitssymptome. Die Dunkelziffer dürfte überdies noch weit höher liegen.

Yvones Krankheitsgeschichte ist für Dr. Manfred Endres, Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie, ein klassisches Beispiel für eine Vielzahl seiner jüngeren Patienten, die er in seiner Praxis therapiert. „Ein besonderer Risikofaktor für depressive Erkrankungen sind die psychischen Veränderungen, die gerade Pubertierende erfahren. Sie werden sensibler, verletzlicher und scheinbare Bagatellen bringen sie aus ihrem emotionalen Gleichgewicht.“

wie gesteigertes Rückzugsverhalten erste Alarmzeichen für eine Depression. Auch körperliche Symptome wie Schlafstörungen, Müdigkeit und somatische Beschwerden können Hinweise für eine depressive Erkrankung sein. Im Unterschied zu Erwachsenen neigen laut Dr. Endres gerade junge Mädchen zu einer phobisch-depressiven Verarbeitung und tendieren zu selbstverletzenden Handlungen.

Aggressionen und Hyperaktivität überlagern oft eine Depression

Jungen hingegen fielen eher durch überschießende Aggressivität, Hyperaktivität, selbstgefährdenden Aktivitäten und Substanzmissbrauch auf. Heute gibt es längst

Aber: Wie kann man eine vor allem für Pubertierende typische „Null-Bock-auf-Nichts-Stimmung“ von einer psychischen Krise unterscheiden? Das herauszufinden ist nicht einfach. Dahingehend kommt Kinder- und Jugendärzten sowie Hausärzten eine besondere Rolle bei der Identifizierung depressiver Störungen zu. Gerade wenn ein Suizidversuch vorliegt oder Suizidgedanken geäußert werden, sollte sofort professionelle Hilfe hinzugezogen werden. Suizide sind nach dem Unfalltod die zweithäufigste Todesursache bei Menschen unter 18.

Die lange Suche nach der Ursache

Ist die Diagnose Depression durch einen Facharzt oder einen Psychotherapeuten erst einmal gesichert, stellt sich die viel tiefergehende Frage nach dem Warum des Ausbruchs der psychischen Krise bereits in jungen Jahren. Bei Yvonne hatte der Weg in die Depression schon in der frühen Kindheit begonnen. Ihre Biografie ist klassisch für viele Betroffene, die im Laufe ihres Lebens an einer Depression erkranken. Sie kommt aus einem zerrütteten Elternhaus, in dem ihre Bedürfnisse vollkommen ignoriert wurden – erst recht, als sich ihr Vater von der Mutter trennte. Die Eltern stritten seit ihrer Geburt unaufhörlich, waren nur mit sich beschäftigt und sahen nicht, wie Yvonne schon als Kleinkind am liebsten alleine spielte und sich in ihrem Zimmer verkroch. Trennungserfahrungen oder dysfunktionale Familienstrukturen, wie Yvonne sie seit frühester Kindheit erlebt hat, sind besondere Belastungen und somit Risikofaktoren für eine spätere depressive Erkrankung, betonen Psychologen.



■ **AUFGEKRATZT, DRAUFGÄNGERISCH: OFT ÜBERSPIELEN GERADE JUNGEN IHRE DEPRESSION MIT HYPERAKTIVEM UND AGGRESSIVEM VERHALTEN**

Mädchen erkranken häufiger

Mädchen wie Yvonne sind in der Pubertät doppelt bis dreimal so häufig betroffen wie Jungen und erleben in der Regel auch schwerere depressive Episoden. Wie bei Erwachsenen auch, sind eine übermäßig negative Einstellung zu sich selbst und der Umwelt, eine traurige Grundstimmung, so-

keinen Zweifel mehr daran, dass sogar Säuglinge und Kleinkinder an depressiven Störungen erkranken können. „Kleinkinder ziehen sich meistens zurück, vermeiden Kontakte und sind antriebsgemindert“, sagt Dr. Manfred Endres, Vorstandsvorsitzender der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen.

Psychotherapie als häufigste Behandlungsoption

Erst als sich Yvonne in psychotherapeutische Hilfe begab, begann sie langsam zu verstehen: ihre depressive Erkrankung fiel nicht vom Himmel, hängt eng mit der Lebensgeschichte ihrer Mutter zusam-

men. Das Mädchen wurde dadurch, dass sie sich immer mehr zuhause verkroch, zum Kummerkasten der Mutter, vor allem nach dem Auszug des Vaters. Sie zog sich fortan immer mehr zurück, schwänzte die Schule, schaffte die Versetzung nicht. Ihre lähmende, ständige Traurigkeit und das für Depressionen typische Gefühl der eigenen Wertlosigkeit nahmen ihr jegliche Perspektive. Sie zweifelte daran, dass jemals wieder alles gut werden würde – die Mutter zeigte durchgängig wenig Empathie und war enttäuscht von ihren miserablen schulischen Leistungen. Bei Yvonne dürfte der Auszug des Vaters neben den frühkindlichen Belastungsfaktoren ein wesentlicher Auslöser für die Entwicklung einer Depression gewesen sein.

Auch die Gene spielen eine wichtige Rolle

In einem Einzelgespräch mit Yvannes Mutter im Rahmen der Psychotherapie kristallisierte sich zudem heraus, dass sie nach der Geburt von Yvonne an einer postpartalen Depression gelitten hatte. Dies deutet darauf hin, dass Yvonne die Erkrankung vererbt bekommen hat. Heute weiß man: Ist ein Elternteil (schwer) depressiv, besteht bei Kindern eine vierfach erhöhte Wahrscheinlichkeit, bereits in ihrer Jugend ebenfalls an einer Depression zu erkranken. „Genetische Faktoren spielen auch insofern eine Rolle, da traumatische Erfahrungen generationsübergreifend psychische Stressverarbeitungssysteme beeinflussen und so epigenetisch vererbt werden können“, erklärt Dr. Endres.

Manche Jugendliche sind widerstandsfähiger

Trotzdem kann nie pauschal gesagt werden, dass Jugendliche mit einer ähnlichen Biografie wie Yvonne automatisch depressiv werden. Yvannes Schwester Nathalie war in der Schulzeit selbstbewusst, offen, hatte viele Freunde und zeigt bis heute keine depressive Symptomatik – trotz problematischem Elternhaus und ungünstigen Genen. „Nathalies Fall zeigt, dass manche

Ansprechpartner für Kinder- und Jugendliche und deren Angehörige:

Sorgentelefon für Kinder- und Jugendliche

www.nummergegenkummer.de

Mo bis Fr: 15.00 bis 19.00 Uhr

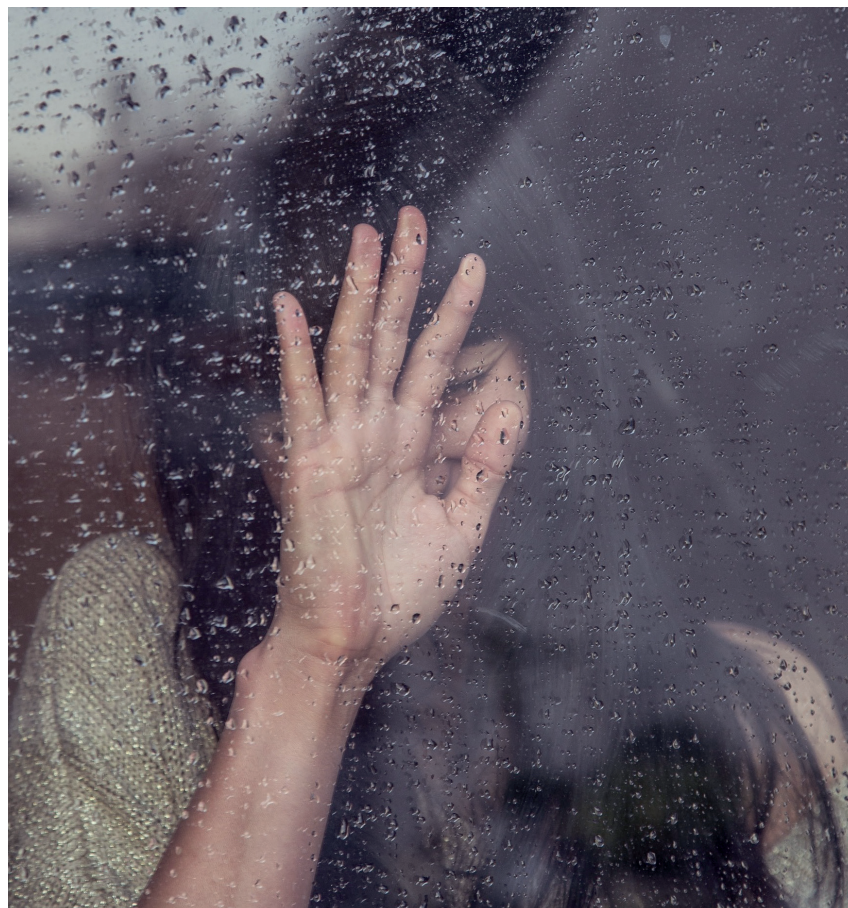
0800 111 0 333 oder 116 111

Für Eltern: „Nummer gegen Kummer e.V.“

Gespräch, Beratung und Information

Schnell, kompetent und anonym

0800 1 111 0 550



■ **WEGE AUS DER KRISE: HEUTE STEHEN PATIENTEN VIELSEITIGE BEHANDLMÖGLICHKEITEN ZUR VERFÜGUNG**



■ **ERSCHRECKEND: SELBST 2 % DER GRUNDSCHULKINDER ZEIGEN AUFFÄLLIGE SYMPTOME EINER DEPRESSION**

widerstandsfähiger als andere auf widrige Lebensumstände reagieren“, sagt Dr. Christina Berndt, Autorin des Bestsellers „Resilienz – das Geheimnis der psychischen Widerstandskraft“. In vielen Fällen sei eine intensive Bindung an eine Person außerhalb des Elternhauses entscheidend. Eine solche Bezugsperson könne negative Faktoren kompensieren.

Was Eltern tun können

Bemerken Eltern bei Ihren Kindern über längere Zeit depressive Symptome wie gedrückte Stimmung, Reizbarkeit oder Verlust von Interesse, sollten sie in jedem Fall das Gespräch mit ihren Kindern suchen. Dabei ist es wichtig, dass sie sich in

Geduld üben. Vermeintlich gut gemeinte Ratschläge können depressive Kinder noch weiter unter Druck setzen. Oftmals wollen Jugendliche aber gerade nicht mit den Eltern über ihre Probleme sprechen – vor allem dann, wenn sie den Vater und/oder die Mutter als Auslöser ihrer psychischen Belastungen sehen. In diesen Fällen sollten Eltern direkt in Kontakt mit Kinder- und Jugendpsychiatern treten.

„Die Probleme liegen allerdings meist nicht ausschließlich bei den Eltern. Auslöser sind oft akute oder länger bestehende Belastungen für das Kind und den Jugendlichen“, erklärt Prof. Dr. Gerd Schulte-Körne, Direktor der Klinik für Kinder- und Jugend-

psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie an der Universität München. In vielen Fällen könne gerade die Einbeziehung der Eltern therapiebegleitend sinnvoll sein. So werden in seiner Klinik zusätzlich zur eigentlichen Psychotherapie neben künstlerischen Therapien, sozio- und milieuthérapeutischen Angeboten auch regelmäßig Eltern- und Familiengespräche angeboten.

Je früher therapiert wird, desto besser

Ob eine Depression für immer verschwindet oder irgendwann wiederkommt, kann niemand vorhersagen. Die Prognose hängt neben der Schwere der Erkrankung in entscheidendem Maße davon ab, wie früh therapeutische Maßnahmen eingeleitet werden. „Eine Chance auf eine deutliche Verbesserung der Kernsymptomatik der depressiven Störung ist hoch, hängt aber natürlich von vielen Faktoren ab“, sagt Dr. Schulte-Körne. Liegt eine sehr ausgeprägte Depression vor, so sei das Ziel, eine deutliche Abnahme der Symptomatik zu erreichen. Bei leichteren Formen, die in Dr. Schulte-Körnes Klinik meist ambulant oder tagesklinisch behandelt werden, sieht der Klinikdirektor häufig eine deutlichere Verbesserung innerhalb des Behandlungszeitraums, der im Schnitt bei zwei bis drei Monaten liegt.

Auch Yvonne weiß nicht, ob sie ihre inneren Dämonen für immer besiegt hat. Heute, vier Jahre nach ihrem Klinikaufenthalt weiß sie: Die stationäre Therapie war ihr letzter Anker. Erst durch die therapeutische Aufarbeitung ihrer individuellen Belastungsfaktoren ist ihr gelungen, worauf ambulante und stationäre Therapien abzielen: Ihre Stimmung, den Antrieb und ihre Tagesstruktur wieder so zu verändern, dass sie nicht mehr am Alltag zerbricht.

DIE SCHEMATHERAPIE ALS CHANCE IN DER DEPRESSIONSBEHANDLUNG.

Über lange Zeit existierte ein fast parareligiöser Schulenstreit zwischen Vertretern der Kognitiven Verhaltenstherapie und der Psychoanalyse. Heute haben sich die beiden wichtigsten Verfahren angenähert, man hat jeweils die Vorteile des anderen erkannt. Weitere Psychotherapieverfahren wurden entwickelt. Besonders vielversprechend ist die Schematherapie. Das in USA entwickelte Verfahren erfreut sich nun auch in Deutschland steigender Beliebtheit. Kein Wunder, denn es handelt sich um einen eingängigen Therapieansatz, der alle Vorteile aus bewährten Methoden und Techniken in ein effektives, strukturiertes Gesamtkonzept integriert.

Andreas Blume (Name von der Red. geändert) ist 49 Jahre alt und ist beruflich sehr erfolgreich. Er ist Arzt und Leiter einer ambulanten Palliativeinrichtung mit einem Team von 50 Mitarbeitern. Sogar einen Preis hat er für seine Arbeit schon gewonnen. Vor zwei Jahren kam es jedoch zu einem persönlichen Konflikt am Arbeitsplatz. Blumes jahrelanger Mentor, inzwischen einiges über 70, weigerte sich, in den Ruhestand zu gehen. Blume sah sich schließlich als Geschäftsführer gezwungen, von ihm die Beendigung seiner ärztlichen Tätigkeit zu verlangen. Es kam zum persönlichen Bruch zwischen den Beiden. Infolge dessen fiel Andreas Blume in eine schwere depressive Episode. Die zweite in seinem Leben, schon vor 10 Jahren hatte es ihn getroffen. Seine behandelnde Ärztin empfahl ihm, es doch einmal mit Schematherapie zu versuchen. So wandte sich Andreas Blume an das Max-Planck-Institut für

Psychiatrie in München (MPI), das heute die Schematherapie als festen Bestandteil in sein Behandlungskonzept integriert hat. Da es ihm zu dem Zeitpunkt sehr schlecht

ging, entschloss sich Blume, sich dort zunächst für mehrere Wochen in stationäre Behandlung zu begeben.

PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERFAHREN

Psychoanalyse / psychodynamische Therapie

FOKUSSIERT SICH AUF DIE **URSACHEN** EINER PSYCHISCHEN ERKRANKUNG:

Durch Aufdecken (meist unbewusster) Konflikte aus der Kindheit soll der Patient eine rationale Einsicht in die Ursachen seiner psychischen Erkrankung erhalten. Durch eine Umstrukturierung der Persönlichkeit und des Gefühlslebens soll die Auflösung der Symptome erreicht werden.

Kognitive Verhaltenstherapie

FOKUSSIERT SICH AUF DIE **SYMPTOME** EINER PSYCHISCHEN ERKRANKUNG:

Durch Modifikation der Einstellungen, des Denkens und des Verhaltens eines Patienten, die psychopathologische Symptome begünstigen, sollen die Symptome abgebaut werden.

Schematherapie

VEREINT DIE VORTEILE DER GRUNDANNAHMEN UND TECHNIKEN DER **PSYCHODYNAMISCHEN THERAPIE** UND DER **KOGNITIVEN VERHALTENSTHERAPIE** SOWIE NEUERER PSYCHOTHERAPEUTISCHER VERFAHREN WIE DER **GESTALT THERAPIE**, DER **HYPNOTHERAPIE** ODER DER **TRANSAKTIONSANALYSE** UND INTEGRIERT DIESE IN EIN STRUKTURIERTES GESAMTKONZEPT.

Die Schemata und Modi als eingängiges Krankheitsmodell

Die Schematherapie wurde Ende der 80er-Jahre von Jeffrey Young in den USA entwickelt. Young war kognitiver Verhaltenstherapeut, musste aber feststellen, dass die kognitive Verhaltenstherapie bei manchen Patienten nicht ausreichend wirkt, vor allem bei jenen Patienten, bei denen hinter Symptomen wie Ängsten oder Depressionen die gesamte Persönlichkeitsstruktur geprägt war. Er entwickelte daraufhin die Schematherapie, indem Young bewährte Elemente und Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie und der psychodynamischen Therapie sowie aus neueren Therapieverfahren wie der Gestalttherapie, der Hypnotherapie oder der Transaktionsanalyse zu einem strukturierten Gesamtkonzept integrierte. Die Grundannahme der Schematherapie ist die, dass sich negative Lebenserfahrungen aus der Kindheit so in die Persönlichkeit einprägen, dass sie – meist unbewusst – im Erwachsenenleben fortbestehen. Das kann auch auf der Beziehungsebene viele Probleme machen. Menschen haben fünf elementare psychologische Grundbedürfnisse: nämlich Bindung, Kontrolle nach Außen bzw. Autonomie, Selbstkontrolle, Selbstwert sowie Lust bzw. Unlustvermeidung. Wird eines oder mehrere dieser Grundbedürfnisse von den Eltern oder anderen nahen Bezugspersonen oder der Ausgestaltung der Umwelt frustriert, so können, wie Young beobachtete, sogenannte dysfunktionale Schemata entstehen, die sich wie ein „Fußabdruck“ im neuronalen Netz des Gehirns einbrennen. In der Praxis ließen sich insgesamt 18 Schemata beobachten, die aus fünf Schemadomänen hervorgehen, je nachdem welches der fünf Bedürfnisse frustriert wurde. Das Kind hat dann drei Möglichkeiten, die dabei entstehenden negativen Gefühle zu bewältigen: sie erdulden, sie aktiv oder passiv zu vermeiden oder sie zu überkompensieren. Als Reaktion auf die Schemata entwickelt das Kind dann bestimmte Verhaltensmodi, mit denen das Kind auf die Schemata re-

agiert. Es entstehen sogenannte Kindmodi, innere Elternmodi sowie verschiedene Bewältigungsmodi, die aus dem Erdulden, dem Vermeiden oder dem Überkompensieren hervorgehen. Diese Modi bleiben dann wie „Autopiloten“ bis ins Erwachsenenalter bestehen. Wenn in einer solchen Schemaaktivierung Gefühle erlebt werden, kann der Betroffene in einer solchen Situation sie als „zu stark“ erleben, da ein Großteil der Gefühle, die dabei aufkommen, „alte“ Gefühle sind. Oder aber der Betroffene spürt die Gefühle „zu schwach“ oder möglicherweise gar nicht. Dabei bemerkt der Betroffene nicht, dass er als Erwachsener andere, gesündere Reaktionsmöglichkeiten hätte. Nämlich, wie die Schematherapie es nennt, den Modus des „gesunden Erwachsenen“. Prinzipiell bestehen alle Modi gleichzeitig, nur in unterschiedlicher Ausprägung, auch bei Menschen ohne psychische Störungen, nur dass dann die Modi des „glücklichen Kindes“ und des „gesunden Erwachsenen“ dominieren. Stellen Sie sich vor, Sie fahren mit dem Auto auf eine Autobahn auf. Sie beschleunigen, reihen sich ein und bei Tempo hundert schalten Sie unbewusst statt in den fünften, in den dritten Gang. Angenommen das Auto hat keinen Drehzahlbegrenzer: was passiert? Der Motor heult auf, die Drehzahl steigt in den roten Bereich. Ihr Beifahrer erschrickt sich vermutlich, lacht sie aus oder denkt sich „Der kann ja nicht Autofahren“. Und wenn es ganz blöd läuft, dann fliegt ihnen der ganze Motor samt Ventrikel und Pleuel um die Ohren. Oder aber sie sind in einer Stadt mit verwinkelten Straßen unterwegs und fahren untertourig. Dann säuft Ihnen der Motor ständig ab.

Ein strukturiertes Therapiekonzept in mehreren Phasen

Die Schematherapie ist so strukturiert, die „ungesunden“ Schemata und Modi zunächst zu erkennen und zu benennen, durch verschiedene emotionsaktivierende Techniken dann die „alten Gefühle“ hochzuholen und im therapeutischen Setting

noch einmal zu durchleben. Schließlich geht es darum, das Erleben und Verhalten zu verändern, das heißt, in den Modus des „gesunden Erwachsenen“ zu überführen. Das klingt zwar etwas kompliziert, für den Patienten ist das Modell allerdings sehr eingängig. Bei Andreas Blume ist schnell klar, welche Modi bei ihm im Vordergrund stehen. Aus seiner Kindheit besteht eine schmerzhafteste Vaterproblematik. Sein Vater hatte ihn stets abgelehnt und abgewertet, nur Leistung mache den Wert eines Menschen aus. Besonders wertete der Vater ihn jedoch wegen seiner Homosexualität ab. Andreas Blume war erst 22 Jahre alt, als sein Vater starb. Die Stimme des Vaters blieb jedoch quicklebendig: in Andreas Blumes Kopf. Schematherapeutisch beleuchtet, wurden bei ihm alle Grundbedürfnisse durch den Vater von klein auf frustriert. Dadurch entstanden verschiedene Schemata und daraus resultierende Modi. Besonders aktiv sind bei Andreas Blume die beiden inneren Elternmodi nämlich der sogenannte „innere Antreiber“, der durch stark fordernde Eltern hervorgerufen wird und der „innere Bestrafer“, der auf strafende Eltern zurückgeht. Der innere Antreiber trieb Andreas Blume stets zu Höchstleistungen an, während der innere Bestrafer gleichzeitig jedes aufkommende Selbstwertgefühl drückte. Warum Andreas nun in eine erneute schwere depressive Episode gefallen war, wird durch die Erkenntnisse aus der Schematherapie sehr schnell klar: sein beruflicher Mentor war für Blume ein echter Ersatzvater gewesen. Der Bruch dieser Beziehung reproduzierte somit die Problematik mit seinem leiblichen Vater. Blumes Selbstwertgefühl brach so stark zusammen, dass er jeden Halt verlor. „Ich habe mich total elend gefühlt“, sagt er heute.

Eine vertrauensvolle Therapeut-Patienten-Beziehung als Grundlage für den Therapieerfolg

Was die Schematherapie von den anderen bewährten Therapiemethoden unterschei-

DIE SCHEMATA

Werden die menschlichen Grundbedürfnisse schon in der Kindheit frutriert, können daraus 18 verschiedene Schemata aus 5 Domänen entstehen.

GRUNDBEDÜRFNIS	DOMÄNE	SCHEMA
Bindung	ABGETRENNTHEIT UND ABLEHNUNG	1 Emotionale Vernachlässigung 2 Verlassenheit / Instabilität (<i>Im-Stich-gelassen</i>) 3 Misstrauen / Missbrauch 4 Isolation 5 Unzulänglichkeit / Scham
Kontrolle nach außen (<i>Autonomiegrundlage</i>)	BEEINTRÄCHTIGUNG VON AUTONOMIE UND LEISTUNG	6 Erflosigkeit / Versagen 7 Abhängigkeit / Inkompetenz 8 Verletzbarkeit 9 Verstrickung / Unterenwickeltes Selbst
(<i>Selbst-</i>) Kontrolle nach innen	BEEINTRÄCHTIGUNG IM UMGANG MIT BEGRENZUNGEN	10 Anspruchshaltung / Grandiosität (<i>Besonders-Sein</i>) 11 Unzureichende Selbstkontrolle / Selbstdisziplin
Selbstbehauptung / Selbstwertschutz	FREMD-BEZOGENHEIT	12 Unterwerfung / Unterordnung 13 Aufopferung 14 Streben nach Zustimmung und Anerkennung (<i>Beachtung-suchen</i>)
Lust / Unlustvermeidung	ÜBERTRIEBENE WACHSAMKEIT UND GEHEMMTHEIT	15 Emotionale Gehemmtheit 16 Überhöhte Standards (<i>Unerbittliche Ansprüche</i>) 17 Negatives Hervorheben 18 Bestrafungsneigung

Gesunder Erwachsener

Kann flexibel auf Anforderungen reagieren, mal kämpfend, mal sich unterordnend oder auch zurückhaltend, ist in Kontakt mit seinen Gefühlen (Kindmodi) und kann die inneren Elternmodi entmachten.

Elternmodi

INNERER ANTREIBER
treibt nach innen oder außen zu
Höchstleistungen an
(fordernde Eltern)

INNERER BESTRAFER
bestraft nach innen oder außen unerwünschtes Verhalten
(strafende Eltern)

Kindmodi

VERLETZTES KIND
fühlt sich schwach, verletzbar, hilflos oder ohnmächtig

IMPULSIV-UNDISZIPLINIERTES KIND
will sofort bekommen, was es will, sich nicht anstrengen, gibt schnell auf, kann gierig sein

ÄRGERLICHES / WÜTENDES KIND
will sich durchsetzen und behaupten

Bewältigungsmodi

MALADAPTIVE BEWÄLTIGUNGSMODI

Untergeordneter Modus:
passt sich den Anforderungen anderer unterwürfig an

Aufopferungsmodus:
opfert sich bis zur Selbstaufgabe für andere auf

GEFÜHLSVERMEIDENDE MODI

Distanzierter Beschützer:
schaltet Gefühle ab, kann erwachsen wirken

Distanzierter Selbstberuhiger:
beruhigt sich mit Aktivitäten (bis zur Sucht)

Aggressiver Beschützer
hält durch abweisendes Verhalten andere fern

ÜBERKOMPENSIERENDE MODI

Selbsterhöher / Wichtigtuer:
will andere beeindruckten, spielt sich auf

Pöbel- und Angreifermodus:
macht andere klein und bedroht sie

Manipulierer, Trickser, Lügner:
versucht unoffen Vorteile zu erschleichen

Zerstörer- / Killermodus:
beschädigt andere gezielt (evtl. in der Fantasie)

Zwanghafter Kontrolleur:
Kann alles besser und bevormundet andere

Glückliches Kind

Kann genießen, ist ruhig und entspannt, fühlt sich sicher, spielt

det, ist eine besonders vertrauensvolle Beziehungsgestaltung. Der Therapeut nimmt zunächst die Rolle eines „guten Elternteils“ für den Patienten ein und fungiert als „Anwalt“ des verletzten Kindes. In der Fachsprache nennt man das „Nachbeelerung“. Im Laufe der Therapie versucht der Therapeut dann, den Patienten gefühlvoll und empathisch mit seinen dysfunktionalen Anteilen zu konfrontieren, die sogenannte „empathische Konfrontation“. Gegen Ende der Therapie ist das Ziel, dass der Patient diese guten Elternteile verinnerlichen und dann selbstständig, ohne die Unterstützung des Therapeuten abrufen kann. Der Ablauf einer Schematherapie ist sehr strukturiert. Durch eine ausführliche biografische Anamnese werden zunächst die beim Patienten vorherrschenden Schemata und Modi identifiziert und niedergeschrieben. Die Emotionsaktivierung, in der der Patient seine kindliche Gefühlswelt nach erleben und verarbeiten soll, ist dann der Schlüssel, um an den Modi zu arbeiten und Zugang zu den Bedürfnissen zu erhalten. Die Verarbeitung kann durch verschiedene emotionsaktivierende Techniken, die diversen anderen Verfahren entlehnt sind, erzeugt werden. Bei Andreas Blume geschah dies durch eine sogenannte „Stühle-Arbeit“ in einer Gruppentherapie, eine Methode aus der Gestalttherapie. Hierbei setzt sich der Patient auf einen Stuhl, gegenwärtige und Kindheitssituationen werden besprochen und sobald ein neuer Modus auftaucht, wird ein neuer Stuhl dazu gestellt. Wenn sich der Patient dann auf den anderen Stuhl setzt, spürt er die Gefühle dieses Anteils in ihm meist sehr stark. Andreas Blume beschreibt dieses Erlebnis als frappierend: „In dem Moment, in dem man auf dem Stuhl sitzt, überfallen einen die Gefühle und Gedanken dieses Anteils und man fühlt sich völlig so wie damals. Es war sehr eindrücklich zu erleben, wie stark diese Gefühle sind und wie groß der Schmerz ist, den man eigentlich nie spüren durfte. Plötzlich bekommt der Schmerz Platz und die Gruppe erlebt und spürt dieses schwere

Gefühl mit dir. Das ist gleichzeitig eine sehr tragende Erfahrung.“

Schwere Therapiearbeit die sich lohnt

Die Emotionsaktivierung ist für den Patienten zunächst zwar sehr belastend. „Ich hatte nach der Gruppensitzung das Gefühl, ich käme aus einem Steinbruch.“, beschreibt Andreas Blume heute. Deswegen ist es wichtig, dass der Patient danach vom Therapeuten aufgefangen wird. Die emotionale Aktivierung ermöglicht schließlich die Arbeit an den entsprechenden Modi und deren Modifizierung. Es geht ja dann darum, die alten Modi in den Modus des „gesunden Erwachsenen“ zu überführen. Der Patient lernt dabei, dass es alternative, gesündere Deutungs- und Handlungsmöglichkeiten gibt, wenn in Zukunft wieder einmal ein altes Schema aktiviert wird. Schließlich muss das neu erlernte Verhalten auch eingeübt und beibehalten werden. Dazu stehen verschiedene Techniken zur Verfügung z.B. werden Alltagssituationen besprochen, die Probleme machen und alternatives Verhalten wird durch fiktive Dialoge auf Stühlen eingeübt“. Das Ziel der Therapie ist es, dass der Patient schließlich selbstständig dazu in der Lage ist, entsprechenden Reaktionsmustern bei bestimmten Schemaaktivierungen als „gesunder Erwachsener“ zu begegnen, ohne dass sich alte Kindheitsgefühle dazu mischen. Somit ist der Patient in der Lage, sein Leben freier zu gestalten und zwischenmenschliche Konflikte als weniger belastend zu empfinden und besser zu bewältigen.

Vielversprechende Erfolge belegen die Wirksamkeit der Therapie

Andreas Blume geht es heute gut. Ihm ist eine berufliche Wiedereingliederung gelungen, er hat einen neuen Partner gefunden, und möchte demnächst sogar heiraten. Er hat viel Handwerkszeug aus seiner Therapie mitgenommen. Bildlich gesprochen hat Andreas Blume beim Autofahren also besser schalten gelernt, und sein Auto zur Sicherheit mit einem Drehzahlbegren-

zer nachgerüstet. Dennoch setzt er die Therapie am Max-Planck Institut bislang noch ambulant fort, wenn auch in selteneren Abständen. „Man fällt auch immer wieder in das alte Fahrwasser zurück“ sagt Blume. Das Internalisieren des Erlernten bleibt also ein schwieriger und wichtiger Teil der Therapie und es gibt neben den Fortschritten auch immer wieder Rückschritte. Dr. Samy Egli, leitender Psychologe des Instituts, erklärt dazu: „Es geht nicht darum, dass der Schmerz weg ist, der wird immer da sein, aber er ist nicht mehr so bedrohlich und vernichtend. Das Modell hilft dabei, anzuerkennen, dass ein Teil des Schmerzes bleibt. Aber wenn man lernt damit umzugehen, muss er nicht mehr lebensbestimmend sein.“ Andreas Blumes Fazit zur Schematherapie ist durchweg positiv. Er sagt: „Es bleibt zwar ein täglicher Kampf, aber es lohnt sich!“

Die Schematherapie in Wissenschaft und Forschung

Auch der Chefarzt der Klinik des MPI Prof. Dr. Martin Keck lobt die Schematherapie: „Sie vereint sozusagen alles das, was wirkt“. Wissenschaftlich ist die Wirksamkeit der Schematherapie bislang allerdings fast ausschließlich bei Persönlichkeitsstörungen nachgewiesen. Prof. Keck beschreibt jedoch: „Wir haben beobachtet, dass die Schematherapie auch bei Depressionspatienten äußerst wirksam ist.“ Das Max-Planck-Institut führt nun die weltweit größte Psychotherapiestudie durch (OPTIMA-Studie), die, angelegt auf viele Jahre und eine große Anzahl von Probanden die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie, der Schematherapie und einer individuell supportiven Therapie vergleicht und auf biologischer, genetischer und neurobiologischer Ebene untersucht. „Das Ziel ist, dass wir eines Tages das individuelle Profil eines Patienten erstellen und daraus vorhersagen können, was bei wem am besten wirkt.“ so Keck. Eine solche Vorhersage könnte Depressionspatienten in Zukunft sehr viel Leid ersparen.

.....
Haben wir Ihr Interesse geweckt?

**Schematherapie in München:
Max-Planck-Institut für
Psychiatrie in Klinik,
Tagesklinik und Ambulanz:
psych.mpg.de**

**Max-Planck-Institut
für Psychiatrie**



.....
Psychotherapiestudie

**OPTIMA:
[professorkeck.de/
psychotherapiestudie](http://professorkeck.de/psychotherapiestudie)**



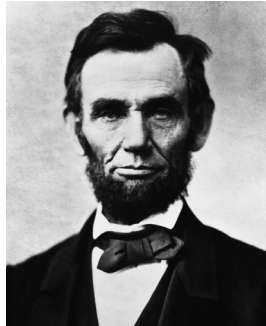
.....
Buchtipps

**Raus aus den Lebensfallen –
Das Schematherapie-Patientenbuch
Eckhard Roediger, Junfermann-Verlag,
ISBN-13: 978-3955714048**

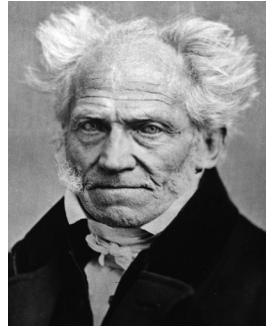
DIE DEPRESSION UND IHRE BERÜHMTEN GESICHTER.

Von Alexandra Lange

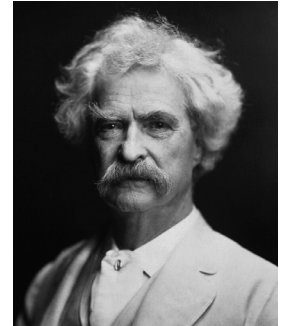
Sie waren Staatsoberhäupter, Schriftsteller, Philosophen, Künstler und Hollywoodstars. Dass auch sie unter Depressionen litten, wissen jedoch die wenigsten. Diese weltbekannten Persönlichkeiten beweisen eindringlich: den meisten sieht man die Krankheit nicht an, und Menschen können trotz der Diagnose Depression zu großartigen Leistungen imstande sein.



ABRAHAM LINCOLN (1809-1865)
16. PRÄSIDENT DER VEREINIGTEN STAATEN VON AMERIKA



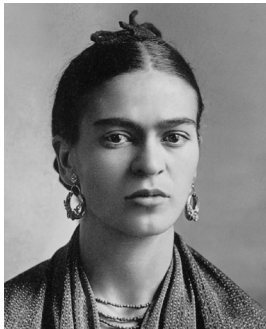
ARTHUR SCHOPENHAUER (1788-1860)
DEUTSCHER PHILOSOPH



MARK TWAIN (1835-1910)
US-AMERIKANISCHER SCHRIFTSTELLER

„Karriere ist etwas Herrliches, aber man kann sich nicht in einer kalten Nacht an ihr wärmen.“

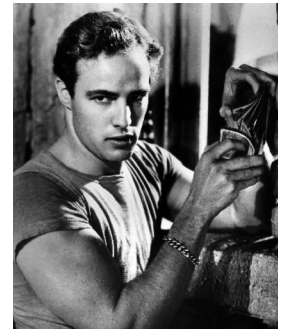
Marilyn Monroe



FRIDA KAHLO (1907-1954)
MEXIKANISCHE MALERIN



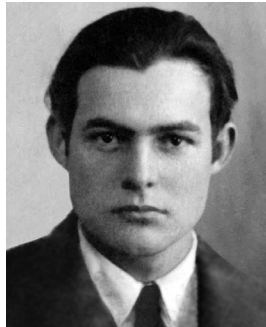
WINSTON CHURCHILL (1874-1965)
BRITISCHER PREMIERMINISTER



MARLON BRANDO (1924-2004)
US-AMERIKANISCHER SCHAUSPIELER, OSCARPREISTRÄGER

„Wenn Du vor mir stehst und mich ansiehst, was weißt Du von den Schmerzen, die in mir sind und was weiß ich von den Deinen.“

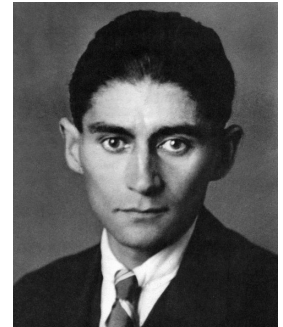
Franz Kafka



ERNEST HEMINGWAY (1899-1961)
US-AMERIKANISCHER SCHRIFTSTELLER, LITERATURNOBELPREISTRÄGER



KONRAD ADENAUER (1876-1967)
ERSTER BUNDESKANZLER DER BRD



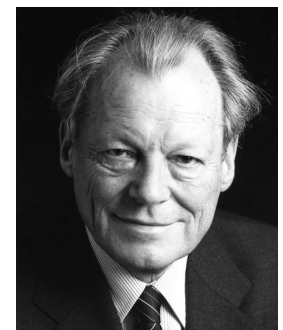
FRANZ KAFKA (1883-1924)
DEUTSCH-TSCHECHISCHER SCHRIFTSTELLER



MARILYN MONROE (1926-1962)
US-AMERIKANISCHE SCHAUSPIELERIN UND SÄNGERIN



AUDREY HEPBURN (1929-1993)
BRITISCHE SCHAUSPIELERIN, OSCARPREISTRÄGERIN



WILLY BRANDT (1913-1992)
VIERTER BUNDESKANZLER DER BRD, FRIEDENSNOBELPREISTRÄGER

*„Ich bin nun der Elendste
unter den Lebenden. Wenn
die gesamte Menschheit
erleben würde, was ich
erlebe, dann gäbe es kein
freudvolles Gesicht auf
Erden.“*

Abraham Lincoln

*„Wenn man das eigene
Leid einmauert, riskiert
man, dass es einen von
innen her auffrisst.“*

Frida Kahlo

Bildnachweise

Grafik Modusmodell: nach: Eckhard Roediger, „Raus aus den Lebensfällen“, Junfermann-Verlag, 2015, 2. überarbeitete Auflage, Tabelle 4 „Die wichtigsten Modi“, S. 50/51, mit freundlicher Genehmigung des Verlages

A. Lincoln: the „Gettysburg Portrait“, A head-on photograph of Abraham Lincoln taken on November 8, 1863; two weeks before his Gettysburg Address. By Alexander Gardner, [Public domain], via Wikimedia Commons

A. Schopenhauer: Daguerreotype, Frankfurt am Main University Library, Arthur Schopenhauer by J Schäfer, 1859, [Public domain], via Wikimedia Commons

A. Hepburn: Cropped screenshot of Audrey Hepburn from the trailer for the film Roman Holiday. [Public domain], via Wikimedia Commons

W. Brandt: Bundesarchiv, B 145 Bild-F057884-0009 / Engelbert Reineke / CC-BY-SA 3.0, via Wikimedia Commons

K. Adenauer: Bundesarchiv, B 145 Bild-F078072-0004 / Katherine Young / CC-BY-SA 3.0 [CC BY-SA 3.0 de, via Wikimedia Commons

W. Churchill: British Government – This is photograph HU 90973 from the collections of the Imperial War Museums, [Public domain], via Wikimedia Commons

E. Hemmingway: 1923 Unknown – National Archives and Records Administration Electronic Records Archives Program ARC Identifier: 192693, [Public domain], via Wikimedia Commons

F. Kahlo: by Guillermo Kahlo, 1932, [Public domain], via Wikimedia Commons

F. Kafka: anonymous 1923 (the author never disclosed his identity); as much is indicated by omission of reference in 1958's Archiv Frans Wagenbach. [Public domain], via Wikimedia Commons

M. Monroe: cropped screenshot of Marilyn Monroe from the trailer for the film Some Like It Hot, There are no copyright marks, [Public domain], via Wikimedia Commons

M. Twain: by A.F. Bradley, New York, [Public domain], via Wikimedia Commons

M. Brando: by Trailer screenshot (A Streetcar Named Desire trailer) [Public domain], via Wikimedia Commons

Weitere credits: www.pixabay.com

DANKE FÜR IHRE SPENDE!

BANKVERBINDUNG.

Münchner Bündnis gegen Depression e.V.

Stadtsparkasse München

IBAN: DE82 7015 0000 1000 4836 59

BIC: SSKMDEMM



Mit freundlicher Unterstützung von



Landeshauptstadt
München
**Referat für Gesundheit
und Umwelt**

bezirk



oberbayern



attitudeblog

psychologie, gleichberechtigung,
menschenrechte & zeitgeschehen