

Rheinisches Institut für Fort- und Weiterbildung
in der Psychiatrie
Halfeshof 2a
42651 Solingen

Abschlussarbeit zum Thema

**Milieugestaltung auf einer Station mit dem
Behandlungsschwerpunkt
Depressiv Erkrankte Menschen**

Autor: Dana Pfau
Cecilienstr.26
41236 Mönchengladbach

Fachweiterbildungslehrgang für psychiatrische Pflege WB XXV
Erstellt im Dezember 05/Januar 06

Gliederung:

	Seite
Vorwort	1
1. Begriffsdefinition	2
2. Bedeutung von Milieueinflüssen in der psychiatrischen Behandlung	2
2.1 Hospitalismus	3
2.2 Totale Institution	3
2.3 Prinzipien der Milieuthherapie	4-5
3. Definition Depression	6
3.1 Epidemiologie	6
3.2 Symptome	6-10
3.3 Ursachen und Erklärungsmodelle	10-12
3.4 Behandlungsmöglichkeiten	12
4. Warum eine Station mit dem Schwerpunkt Depressionsbehandlung?	13
4.1 Fallbeispiel	14
4.2 Kriterien einer Depressionsstation	14
4.3 Anforderungen an das Milieu einer Depressionsstation	15
4.3.1 Räumlichkeiten	16
4.3.2 Geschlossene oder offene Station?	17
4.3.3 Gestaltung der Station	17-19
4.3.4 Therapeutische Gemeinschaft	19
4.3.5. Therapeutisches Angebot und Tagesstruktur	20-23
4.3.6 Angehörigenarbeit	23
4.3.7 Beziehungsgestaltung	24
4.3.8 Antisuizidales Milieu	25
Schlussbetrachtung	26
Literaturverzeichnis	27
Erklärung	28

Vorwort

Idee und Ziel dieser Arbeit entstanden durch meine persönliche berufliche Veränderung. Im Rahmen einer neuen Konzeptionisierung meiner Klinik entstand eine neue Station mit dem Behandlungsschwerpunkt Depressiv Erkrankte Menschen. Da ich von Beginn an auf dieser neuen Station arbeiten sollte entstanden Überlegungen und Gedanken welche Vor- und Nachteile eine solche Station, sowohl für Patienten, als auch für Mitarbeiter haben könnte. Da ich zuvor viele Jahre auf einer allgemeinpsychiatrischen Aufnahmestation gearbeitet hatte, auf der Menschen mit verschiedensten Krankheitsbildern behandelt wurden wusste ich um die Schwierigkeiten, Vor- und Nachteile einer solchen Station. Ich hatte oft hautnah miterlebt wie schwierig ein solch durchmischtes Setting, vor allem, für depressiv Erkrankte Menschen sein konnte. Welche pflegerischen Gestaltungsmöglichkeiten gibt es um für depressiv erkrankte Menschen eine möglichst heilungsfördernde Atmosphäre zu schaffen? Architektonische und räumliche Begebenheiten sind vorgegeben, welcher Spielraum bleibt da überhaupt? Pflegerische Ressourcen sind knapper denn je, also muss genau überlegt sein was ist möglich, was ist realisierbar? Abgesehen von der Beziehungsgestaltung, die meiner Meinung nach die Basis jeglicher psychiatrischer Pflege ist, gibt es eine Vielfalt von Komponenten die bei der Pflege depressiver Menschen ausschlaggebend für eine erfolgreiche und dem Krankheitsbild angemessene Behandlung sind. Mir ist wichtig zu verdeutlichen das Milieugestaltung ein grundlegendes pflegerisches Handwerk ist und trotz immer enger gesteckter Rahmenbedingungen die Bandbreite groß ist mit der Pflegenden Einfluss nehmen können. Oft sind es die scheinbar kleinen, unbedeutenden Handlungen die große Auswirkungen auf Setting, Wohlbefinden und Genesung haben. Denn das Handwerk der Pflege, ist meiner Meinung nach, genau das: das Alltägliche, das scheinbar Selbstverständliche. Hier liegt die Kunst der professionellen Pflege. Zu Erkennen welche normalen, menschlichen Bedürfnisse kann ein erkrankter Mensch nicht mehr selber wahrnehmen und erfüllen? Wie kann ich ihn unterstützen, fördern und beraten damit er wieder für sich selbst „Sorge tragen kann“? Diese Kunst darf nicht reduziert werden auf Intuition und willkürlichen Handlungen. Sie sollte als Instrument und spezielle Fertigkeit psychiatrisch Pflegenden benannt sein. Milieu bedeutet nicht nur räumliche Umgebung und deren Gestaltung, sondern beinhaltet genauso inhaltliche und organisatorische Behandlungsprinzipien und menschliche Umgangsweisen. Die therapeutische Wirkung dieser verschiedenen Elemente ist grundlegender Bestandteil einer erfolgreichen und professionellen Behandlung.

1. Begriffsdefinition

Milieu bezeichnet:

- Umwelt, Umgebung
- in der Biologie und in der Geographie die Gesamtheit der natürlichen, äußeren Umwelt.
- in der Soziologie die soziale Umwelt (Normen, Gesetze, Wertvorstellungen).

(vgl.10, Stichwort Milieu)

Milieutherapie: Eine Behandlung „die einen normativen, sozialen und institutionellen Rahmen vermittelt, innerhalb dessen die Kranken realitätsnah, aber unter geschützten Bedingungen sich aktiv mit sich, ihren Problemen, ihren Mitpatienten und ihren Therapeutinnen und Therapeuten auseinandersetzen können, um auf diese Weise ein verändertes Krankheits- und Bewältigungsverhalten zu erwerben.“ (1, S.56)

Milieugestaltung: Der gezielte Einsatz von Umgebungsfaktoren, welche eine positive Wirkung auf die Entwicklung psychischer Störungen haben.(3, S.419)

2. Bedeutung von Milieueinflüssen in der psychiatrischen Behandlung

Jeder Mensch steht in ständiger Interaktion mit seiner sozialen und psychischen Umwelt. Gerade bei psychischen Erkrankungen sind Entstehung und Verlauf in hohem Maße beeinflusst von Umgebungsfaktoren.

Hierzu zählen zunächst das direkte soziale Umfeld wie Familie, Freunde, Arbeitsplatz, Wohnung etc. Begibt sich ein Mensch in psychiatrische Behandlung, kommen andere bedeutende Faktoren hinzu. Hierzu zählen: stationäres Setting, Arbeitsstil und Haltung des Behandlungsteam, Beziehungsgestaltung zu Behandlungsteam und Mitpatienten und zahlreiche Rahmenbedingungen die Einfluss nehmen auf Tagesablauf und individuelle Alltagsgestaltung.

Welche Bedeutung das Behandlungsmilieu bei psychisch erkrankten Menschen hat geht aus der Geschichte und Entwicklung der psychiatrischen Behandlung hervor. Ich möchte zunächst einen kurzen Einblick in die Auswirkungen von negativen Milieueinflüssen geben. Denn hieraus entstanden die ersten Ansätze für die heutigen Ideen und Konzepte der Milieutherapie. Auf eine umfassende geschichtliche Beschreibung werde ich verzichten, jedoch möchte ich anhand der Beispiele Hospitalismus und Totale Institution die Tragweite der Bedeutung von Milieueinflüssen verdeutlichen.

2.1 Hospitalismus

Im 20. Jahrhundert prägte sich der Begriff des psychischen Hospitalismus. Aufgrund klinischer Beobachtungen, soziologischer Untersuchungen und empirischer Studien gewann man Erkenntnisse über die schädlichen Auswirkungen des traditionellen Anstaltsmilieus.

Der englische Psychiater R. Barton beschrieb 1974 folgende Faktoren, die zur Entstehung von Hospitalismus in der Psychiatrie, beitragen:

- Fehlender Kontakt zur Außenwelt
- Mangel an Anregung, Untätigkeit, Langeweile
- Autoritäres Verhalten von Ärztinnen und Pflegenden
- Verlust von persönlichen Besitz und Privatleben
- Beeinträchtigung durch Medikamente
- Anstaltsatmosphäre
- Mangelnde Zukunftsaussichten

2.2 Totale Institution

Zu Beginn der 1960er Jahre charakterisierte der amerikanische Soziologe Erving Goffman, für bestimmte soziale Einrichtungen, den Begriff „Totale Institution“. Er stellte fest, dass verschiedenartige Einrichtungen wie psychiatrische Anstalten, Klöster, Internate, Gefangenenlager etc. nach ähnlichen Prinzipien strukturiert und organisiert sind.

Zentrales Merkmal der totalen Institution ist die Aufhebung der Trennung der Lebensbereiche Arbeit, Wohnen und Freizeit.

- Alle Lebensaktivitäten finden an ein und derselben Stelle, unter ein und derselben Autorität statt
- Alle Phasen der täglichen Arbeit, werden von Mitgliedern der Institution, in unmittelbarer Gesellschaft einer großen Gruppe Schicksalsgenossen ausgeführt. Hierbei kommt allen die gleiche Behandlung zu teil und alle müssen gemeinsam die gleiche Tätigkeit verrichten.
- Der Arbeitstag ist exakt geplant und die Folge der Tätigkeiten wird von oben vorgeschrieben.
- Alle Tätigkeiten werden in einem rationalen Plan vereinigt der angeblich dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen.
- Strikte Trennung von Personal und Insassen mit großen sozialen Abstand und gegenseitigen negativen Vorurteilen
- Vorherrschen eines Belohnungs- und Bestrafungssystem

- Entwürdigende Aufnahmeverfahren
- Wegnahme persönlicher Besitztümer
- Bildung einer speziellen Insassen Subkultur

Die Auswirkungen von Hospitalismus und totaler Institution entsprechen sich größtenteils, deswegen werde ich sie im Folgenden zusammenfassen:

- Apathie, Resignation und Interessenlosigkeit
- Unfähigkeit selbständig zu planen
- Kritiklosigkeit
- Verlust an Individualität
- Vernachlässigung der persönlichen Gewohnheiten
- Vernachlässigung von Körper- und Kleiderpflege
- Fehlende Ambition das Krankenhaus zu verlassen
- Verlust an Kontakt- und Beziehungsfähigkeit

(vgl.3, S.420ff)

2.3 Prinzipien der Milieuthherapie nach Edgar Heim

Positive Milieueinflüsse lassen sich im Wesentlichen aus den Erkenntnissen und Erfahrungen des Hospitalismus und der totalen Institution ableiten. Die Wurzeln der Milieuthherapie und Gestaltung liegen in diesen Erkenntnissen. Ich möchte darauf verzichten lediglich schädliche Milieueinflüsse ins Gegenteil umzukehren, weil das, meiner Meinung nach, nicht ausreicht, um das gesamte Wirkspektrum von Milieueinflüssen zu erfassen. Ich glaube, dass es kaum möglich ist die therapeutische Wirksamkeit von Umgebungsfaktoren systematisch zu erfassen, jedoch können grundlegende Prinzipien eine Basis für alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen schaffen. Ohne eine solche Basis ist es in einem multiprofessionellen Team nicht möglich zielgerichtet und einheitlich zu arbeiten.

Erstaunlich fand ich, die Tatsache, dass in der Literatur grundsätzlich „Milieuthherapie“, selten aber „Milieugestaltung“ beschrieben wurde. Dabei ist gerade der gestalterische, kreative Anteil so bedeutsam und wirkungsvoll. Trotzdem möchte ich auf milieutheraeutische Ansätze zurückgreifen, weil sie eine Grundhaltung verdeutlichen, die notwendig ist um eine Basis für gestalterischen Freiraum zu schaffen.

In der Literatur sind viele verschiedene Modelle der Milieuthherapie zu finden, ich habe mich entschieden die Prinzipien von Edgar Heim aufzugreifen, da sie praxisnah und auf alle Berufsgruppen zutreffend sind. Grundlegende pflegerische Haltung und Handlungen können

aus diesen Prinzipien abgeleitet werden. Im Kapitel 4.3. "Anforderungen an das Milieu einer Depressionsstation" werde ich darauf näher eingehen.

Edgar Heim beschreibt 1985 die Bedeutung von Milieu wie folgt:

„Das Milieu bildet keineswegs nur den Rahmen des übrigen therapeutischen Geschehens. In gekonnter Anwendung hat das Milieu ein eigenes wichtiges therapeutisches Potenzial, und umgekehrt: In falscher oder nachlässiger Anwendung können durch das Milieu wichtige therapeutische Schritte behindert oder gar verhindert werden.“ (2, S.13)

Heim versteht folgende Prinzipien der Milieuthherapie als Grundannahme eines therapeutischen Modells:

1. Partizipation: Hiermit ist das systematische Fördern und Ermöglichen von Mitentscheidung, Mitverantwortung und Autonomie bei Patientinnen und Teammitgliedern gemeint.

2. Offene Kommunikation: Beinhaltet einen dichten Informationsaustausch, Informationsklarheit und Ermöglichen des individuellen Ausdrucks.

3. Soziales Lernen: Meint systematische Reflexion von Strukturen, Prozessen und Rollenverhalten von Patientinnen und Teammitgliedern, das Schaffen von Situationen, in denen Lernen am Modell möglich ist, und Aktivierung von gesunden Ich- Funktionen durch Beteiligen der Patientinnen an Milieuprozessen.

4. Leben in der Gemeinschaft: umfasst das Lösen individueller wie kollektiver Aufgaben in verschiedenartigen Gruppen.

(3, S.429)

Ein wichtiger Bestandteil der Milieugestaltung, ist meiner Meinung nach, in allen milieutheraeutischen Beschreibungen zu wenig erwähnt: Die atmosphärische Gestaltung einer Station. Abgesehen von therapeutischer Haltung und gruppendynamischen Prozessen, ist die Wirkung von atmosphärischen Gegebenheiten ein grundlegender Faktor.

Um die spezifischen Herausforderungen der Milieugestaltung auf einer Station mit dem Behandlungsschwerpunkt depressiv erkrankter Menschen zu verstehen, ist es Voraussetzung sich mit dem Krankheitsbild Depression auseinander zusetzen. Welche Bedürfnisse und Gefühle hat ein depressiv erkrankter Mensch? Welche Ängste und Gedanken beschäftigen ihn? Welche Auswirkungen hat ein depressiver Mensch auf seine Umwelt? Wie erlebt ein depressiver Mensch sich und seine Umwelt?

3. Definition Depression

Es gibt unzählige Definitionen der Depression, zwei davon möchte ich zitieren, weil ihre Unterschiedlichkeit zeigt, wie prägend die eigene Sichtweise für Haltung und Verhalten gegenüber einem depressiven Menschen ist.

Für Klaus Dörner ist der Depressive ganz allgemein „der sich und Andere niederschlagende Mensch“. Wesentliche Ursache für die Entstehung einer Depression ist seiner Meinung nach eine „depressions-freundliche“ Lebenswelt der Erwachsenen.

Für Volker Faust ist die Depression ein „phänomenologisch konkret beschreibbares Krankheitsbild“. Seine Definition lautet: „Eine Depression ist ein Gemütsleiden, mit unterschiedlichen Ursachen (reaktiv, endogen, körperlich begründbar usw.), das mit psychischen, psychomotorischen sowie vegetativ-somatischen Symptomen einhergeht.“ (9, S.2)

3.1 Epidemiologie

- Depressionen treten bei Menschen aller sozialen Schichten, Kulturen und Nationalitäten auf.
- Auf der ganzen Welt sind rechnerisch derzeit 340 Millionen Fälle von Depressionen vorhanden.
- Allein in Deutschland erkranken ca. 20% aller Bundesbürger einmal in ihrem Leben an einer Depression.
- Während ca. 25% erwachsener Frauen an einer Depression erkranken, sind nur ca. 10% aller erwachsenen Männer betroffen.
- Erstmanifestationsalter liegt durchschnittlich zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr, ein zweiter Gipfel besteht bei Personen über 60 Jahre
- Nicht nur Erwachsene leiden an Depressionen, ca.2% Kinder unter 12 Jahren und 5% Jugendliche unter 20 Jahren erkranken an Depressionen
- In den letzten Jahren ist eine Zunahme depressiver Erkrankungen zu beobachten, vor allem bei jungen Geburtsjahrgängen
- Etwa die Hälfte aller Depressionen wird erkannt, und davon bleibt die Hälfte unbehandelt.
- 10 -15% aller Depressionspatienten begehen Selbstmord

(8, S.1)

3.2 Symptome der Depression

Nach ICD 10 gehört die Depression zu den Affektiven Störungen und wird unterteilt in Depressive Episode (F 32) und Rezidivierende depressive Störung(F33). Abhängig von

Anzahl und Schwere der Symptome erfolgt eine Einteilung in leichte, mittelgradige und schwere Episode. Diese könne einhergehen mit oder ohne somatischen und/oder psychotischen Symptomen.

Neben dem, eher beschreibenden, Diagnose Schemata des ICD 10, gibt es tiefenpsychologisch und analytisch ausgerichtete Unterscheidungen verschiedener Depressionsformen. Hier wird unterschieden zwischen der endogenen (= aus sich selber heraus) Depression, die ohne erkennbare Ursache auftritt, der neurotische Depression (verursacht durch länger andauernde, belastende Erfahrungen in der Lebensgeschichte) und der reaktiven Depression (als Reaktion auf ein eher kurz zurückliegendes belastendes Ereignis).

Die verschiedenen Theorien der Depression unterscheiden sich durch ihre Erklärungsansätze, jedoch nicht in den Symptomen.

(10, Stichwort Depression

Die Symptome bei depressiv erkrankten Menschen können sehr unterschiedlich erscheinen, vorherrschend ist jedoch, bei fast allen, ein immens großer Leidensdruck, der sowohl spürbar, als auch äußerlich sichtbar ist. Als Basis eines depressiven Syndroms findet sich meist ein insgesamt reduziertes Lebensgefühl.

Fühlen

Oft beschreiben depressive Menschen, dass sie gar nicht mehr fühlen können. Sie fühlen sich innerlich leer, wie versteinert oder „wie tot“. Gefühle wie Trauer, Traurigkeit und Schmerz werden nicht mehr wahrgenommen. Die Beschreibung „Herabgestimmtheit“, trifft somit oft nicht den wirklichen Zustand in dem sich ein depressiver Mensch befindet. Vielmehr ist es oft so, dass das Auftreten von Gefühlen (auch negativen Gefühlen) ein Zeichen der Besserung sein kann. Hinzu kommt ein ausgeprägtes Gefühl der Hoffnungslosigkeit und der Überzeugung dass nichts und Niemand an ihrem Zustand etwas ändern kann, was häufig zu Suizidgedanken oder –handlungen führen kann.

Die Herabgestimmtheit kann verschieden stark ausgeprägt sein und unterliegt oft Tagesschwankungen. Typisch ist vor allem das Morgentief.

Der depressive Mensch wird von anderen als nicht „schwingungsfähig“ und gefühlsarm erlebt. Sein Zustand ist von Lust- und Interessenlosigkeit geprägt.

Denken

Das Denken ist sowohl in seinen formalen Abläufen, wie auch in den Inhalten verändert. Depressive Menschen beschreiben vor allem quälende Grübelzustände. Die Gedanken kreisen immer wieder um die gleichen Inhalte und sind eingeeignet auf ständig wiederkehrende

Themen. Es besteht einerseits ein Grübelzwang, andererseits eine Denkhemmung, das heißt Gedanken können nicht weiterentwickelt werden.

Dieses Verhaftetbleiben wird erlebt wie ein Eingeschlossensein und Zurückbleiben in einer eigenen Gedankenwelt, die unüberwindbar getrennt ist von Umwelt und Umgebung.

Oft sind Denkprozesse und sprachlicher Ausdruck verlangsamt, was durch monotone Sprache, langsame Formulierungen und inhaltlicher Verarmung einhergeht.

Zentrale Thematik im Denken ist immer wieder das „Nichtkönnen“, was zu Schuld- und Minderwertigkeitsgefühlen führt. Die eigene Unzulänglichkeit im Gegensatz zum eigenen Pflichtgefühl führt zu Versagensängsten, Selbstvorwürfen und dem Gefühl „nichts wert“ und überflüssig zu sein.

Oft kreisen die Denkinhalte um die Angst vor Verarmung, körperlichen Erkrankungen und der Befürchtung von anderen verachtet zu werden.

Steigern sich diese Ängste und Gefühle in feste, nicht korrigierbare Überzeugungen spricht man von wahnhaftem Erleben. Typische Wahninhalte bei depressiven Menschen sind Versündigungs- und Verarmungsideen und die Überzeugung an einer körperlichen Erkrankung zu leiden.

Veränderungen im Denken können zu Veränderungen der Aufmerksamkeit und Konzentration führen. Depressive Menschen beklagen oft Gedächtnisprobleme, befürchten „geistig abzubauen“ und es fällt ihnen schwer Entscheidungen zu treffen. Hier ist die Unterscheidung zu dementiellen Prozessen oft schwierig. Man spricht in diesem Zusammenhang von einer Pseudodemenz. Bei Abklingen der Depression bilden sich kognitive Symptome zurück.

Körperwahrnehmung

Zentrales Phänomen im vegetativ- somatischen Bereich ist die insgesamt reduzierte Vitalität. Rasche Ermüdbarkeit, schwindende Leistungsfähigkeit und allgemeine Kraftlosigkeit sind oft die ersten spürbaren Symptome einer Depression. Alltägliche Anforderungen wie Frühstück machen, Putzen oder Kochen werden als wahrer Kraftakt erlebt und bringen einen an die Grenzen der eigenen Leistungsfähigkeit.

Viele depressiv Erkrankte leiden unter chronischen Schmerzen und Druck- und Engegefühlen in Kopf und Brust.

Ein- und Durchschlafstörungen und morgendliches Früherwachen führen zu einem fehlenden Gefühl der Erholung.

Appetitstörungen, einhergehend mit Gewichtsverlust sind häufig auftretende Phänomene.

Ebenso kommt es häufig zu Obstipation.

Die Unfähigkeit zu Genießen(Anhedonie) wirkt sich neben Appetit, Schlaf und Tagesgestaltung auch auf die Sexualität aus. Es treten Libidoverlust, Potenzstörungen und Zyklusstörungen auf.

Im Bereich der Wahrnehmung, z.B. Schmecken und Riechen kann es ebenfalls Beeinträchtigungen geben

Aufgrund der ausgeprägten körperlichen Symptomatik durchlaufen depressive Menschen oft eine Odyssee somatischer Diagnostik. Eine sich vorrangig in körperlichen Symptomen äußernde Depression wird auch als larvierte Depression bezeichnet.

Antrieb

Störungen im Antrieb können sich sowohl durch eine Antriebsminderung als auch durch eine Antriebssteigerung äußern.

Die Antriebsminderung ist oft ausgelöst durch die oben beschriebenen kognitiven, affektiven und vegetativen Symptome. Der depressive Mensch fühlt sich nicht in der Lage Aktivitäten nachzugehen. Alltägliche Aktivitäten können nicht mehr durchgeführt werden. Diese Antriebsminderung ist nicht zu verwechseln mit Trägheit oder Faulheit. Oft ist der Betroffene gleichzeitig innerlich unruhig und gequält durch die eigene Handlungsunfähigkeit.

Bewegungsabläufe, Gestik und Mimik wirken verlangsamt und reduziert.

Die Antriebssteigerung äußert sich durch psychomotorische Agitiertheit. Der Betroffene wirkt getrieben, muss ständig umherlaufen und wird von Angst und innerer Unruhe gequält.

Ängste

Ängste verschiedenster Art spielen bei Depressionen eine schwerwiegende Rolle.

Häufig ist es die Angst vor dem Tag, Angst vor allem was auf einen zukommt. Diese Angst gepaart mit Selbstzweifeln, Unsicherheit und Entscheidungsunfähigkeit führt zu einer regelrechten inneren Blockade.

Immer wieder berichten Patienten auch von „Angst vor sich selber“, sie erkennen sich nicht mehr wieder, wissen nicht was mit ihnen passiert und erschrecken sich vor der eigenen Gedankenwelt. Zukunftsängste und die Befürchtung nie mehr aus diesem Zustand herauszukommen sind bei nahezu allen depressiv erkrankten Menschen vorhanden.

Plötzliche Panikattacken mit Todesangst, Engegefühl und Herzrasen sind ebenfalls häufige Begleiterscheinungen bei Depressionen.

(vgl.7, S. 28ff)

Zwei Auswirkungen von Depressiven Zuständen möchte ich zusätzlich erwähnen, auch wenn sie nicht explizit als Symptome beschrieben werden. Jedoch sind sie für Betroffene wie auch

für ihr Umfeld von tragender Bedeutung und spielen in der Begegnung mit depressiven Menschen eine ausschlaggebende Rolle.

Suizidalität

Die Depression ist die Erkrankung mit dem höchsten suizidalen Risiko.

Die Suizidrate von Patienten mit Suizidversuch, die gleichzeitig depressiv waren, ist um ein Mehrfaches höher als die von Menschen mit Suizidversuch ohne Depression. (7, S.199)

Ich möchte hiermit verdeutlichen welche quälende Erkrankung eine Depression ist und das der große Leidensdruck dem die betroffenen Menschen ausgesetzt sind, nicht selten lebensbedrohliche Formen annehmen kann.

Sozialverhalten

Die Auswirkungen der Depression auf Sozialverhalten und Umfeld zeichnen sich häufig durch sozialen Rückzug der Betroffenen aus. Kontakte werden nicht mehr gehalten, Interessen und Hobbies wird nicht mehr nachgegangen und Verhalten zu engen Bezugspersonen verliert an emotionaler Beteiligung. Häufig wird die Wohnung nicht mehr verlassen und es kommt zu Arbeitsunfähigkeit.

Der Betroffene fühlt sich in den sowieso vorherrschenden Gefühlen der Einsamkeit und Nutzlosigkeit bestärkt.

3.3 Ursachen und Erklärungsmodelle

Für Entstehung und Ausbruch einer Depression gibt es verschiedenste Ursachen und Erklärungsmodelle. Man geht davon aus, dass jedoch fast nie ein einzelner Faktor zum Ausbruch einer Depression führt. Bei jedem Menschen findet man auf Grund biologischer Faktoren, familiärer Faktoren und Erziehung sowie Verlusterfahrungen in der Krankheit eine unterschiedliche Erkrankungsanfälligkeit (Vulnerabilität). Diese Vulnerabilität kann durch bestimmte Lebensereignisse aktiviert werden. Diese Ereignisse können, müssen aber nicht, erkennbare Belastungen und Verluste sein. (vgl. 5, S.18)

Neurobiologische Faktoren: Bei Depressionen liegt ein Ungleichgewicht oder eine gestörte Konzentration von bestimmten Botenstoffen im Gehirn vor, den so genannten Neurotransmittern. Ein Missverhältnis dieser Botenstoffe kann nicht nur Ursache der Depression, sondern auch Grund für andere Erkrankungen sein. Bei der Depression findet man eine Störung der Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin.

Genetische Faktoren: Aus Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien ist bekannt, dass bei manchen Menschen eine genetisch bedingte Empfindlichkeit für Depressionen besteht. Vermutlich sind mehrere Gene für eine Anfälligkeit gegenüber Depressionen verantwortlich.

Bei Depressiven wurde eine häufige Mutation auf dem Gen 5-HTT entdeckt. Zu bedenken ist jedoch, dass zwischen genetischen Faktoren und Umweltfaktoren komplizierte Wechselbedingungen bestehen können.

Somatische Faktoren: Es gibt verschiedene körperliche Erkrankungen die Depressionen auslösen und aufrechterhalten können. Hierzu zählen neurologische Erkrankungen wie Demenz, Epilepsie, Hirntumore, Morbus Parkinson und zerebrale Durchblutungsstörungen. Auch endokrine Störungen wie Schilddrüsenerkrankungen, Morbus Cushing etc. können depressionsauslösend sein. Ebenso Veränderungen im Hormonhaushalt, z.B. nach der Schwangerschaft oder während der Pubertät. Auch Infektionskrankheiten und Erkrankungen der inneren Organe müssen in der Diagnostik Berücksichtigung finden.

Aber auch verschiedene Medikamente, die zur Behandlung bereits bestehender Erkrankungen angewendet werden, können als Nebenwirkung Depressionen auslösen. Am bekanntesten sind Mittel gegen Bluthochdruck und bestimmte Mittel in der Krebsbehandlung.

Psychosoziale Faktoren: Bei einem großen Anteil depressiv erkrankter Menschen, traten vor Beginn der Depression belastende, psychosoziale Situationen oder Ereignisse auf. Dies können akute Erlebnisse sein, z.B. Verlust oder Tod einer Bezugsperson, traumatische Ereignisse wie Gewalttaten, Vergewaltigung oder Unfälle. Auslöser können aber auch lang andauernde Belastungen im Leben sein.

Wiederholte familiäre Verlusterfahrungen, schulischen und familiäre Entwicklungsbedingungen, kritische Lebensphasen wie Pubertät, neuer Berufsbeginn, Wechseljahre und Berentung können äußere Auslöser für eine Depression sein.
(vgl. 10, Stichwort Depression und vgl. 5, S.18ff)

Es gibt verschiedenste psychologische und psychodynamische Erklärungsmodelle für die Verursachung und Entstehung depressiver Erkrankungen. Diese Modelle hinterfragen welche innerseelischen biografischen Entwicklungen und jetzigen psychologischen Vorgänge bei einem depressiv erkrankten Menschen stattgefunden haben, bzw. aktuell stattfinden.

Das kognitive Modell nach Beck, geht von dysfunktionalen Grundannahmen eines Menschen über sich selbst, seine Leistungsfähigkeit, seine Vergangenheit und Zukunft aus, die in seiner bisherigen Lebensgeschichte erworben wurden und in aktuellen Situationen aktiviert werden.

Psychoanalytische Theorien, z.B. nach Freud, zählen Depressionen zu den narzisstischen Neurosen, da davon ausgegangen wird, dass ein übersteigerter Anspruch an das Selbstwertgefühl vorhanden ist, der dazu führt, dass eine ständige Enttäuschung in der Wirklichkeit eintritt. Ursache der Depression wird in einer Kombination aus Unersättlichkeit

der Liebesbedürfnisse (orale Impulse) sowie einer Hemmung der aggressiven Impulse gesehen. (vgl.7, S.96ff)

Die verschiedenen Erklärungsansätze führen zu unterschiedlichen Schwerpunkten in der Behandlung.

3.4 Behandlungsmöglichkeiten

Es gibt nicht „die“ Behandlungsform der Depression. Die Wahl der Therapieform richtet sich nach Schweregrad der Depression und den Wünschen des Betroffenen. Hiervon ist ebenfalls der Ort der Behandlung abhängig. Es besteht die Möglichkeit der ambulanten, teilstationären oder stationären Therapie.

Im Folgenden möchte ich die gängigsten Behandlungsmöglichkeiten zusammenfassen.

Meistens wird eine Kombination der verschiedenen Therapien angewandt.

Psychotherapie

Die Gestaltung der Therapie ist abhängig von dem gewählten Verfahren.

Die verhaltenstherapeutischen Verfahren sind neben den Medikamenten die am weitesten verbreiteten Behandlungsmethoden bei Depressionen.

In der kognitiven Verhaltenstherapie geht es vor allem darum, die depressionsauslösenden Denkmuster zu erkennen, um sie dann Schritt für Schritt zu verändern.

Die Interpersonelle Therapie werden Verlusterlebnisse, momentane einschneidende Lebensveränderungen sowie allgemeine Unsicherheiten in zwischenmenschlichen Situationen bearbeitet. Ähnlich wie bei der kognitiven Verhaltenstherapie liegt das Hauptaugenmerk der Therapie im Hier und Jetzt.

Tiefenpsychologisch und psychoanalytisch orientierte Verfahren arbeiten an den oft schon in der Kindheit entstandenen psychischen Problemen und daraus resultierenden Handlungen.

Unbewusste Verhaltensmuster sollen auf eine bewusste Ebene gebracht werden. Diese Methoden kommen meist im Anschluss an eine medikamentöse oder verhaltenstherapeutische Behandlung in Frage, nicht jedoch im Akutstadium.

Pharmakotherapie

Antidepressiva: Wirken auf das gestörte Gleichgewicht von Serotonin und Noradrenalin. Die Wirkung tritt oft erst nach zwei bis drei Wochen ein. Nebenwirkungen, wie Mundtrockenheit, Übelkeit, Sehstörungen etc. können oft schon zu Beginn der Medikamenteneinnahme auftreten.

Lithium: Wird zur Phasenprophylaxe bei rezidivierenden depressiven Phasen und bipolaren Erkrankungen eingesetzt.

Tranquilizer und Hypnotika: Werden zur Verbesserung von Schlafstörungen und zur Linderung von Angst, Anspannung, Unruhe und quälenden Grübeleien eingesetzt. Sie dienen als Überbrückung der Anfangszeit der Behandlung und sollen nur kurzfristig eingesetzt werden, da sie ein hohes Abhängigkeitspotenzial haben.

Neuroleptika: Werden fast ausschließlich bei Depression mit psychotischen Merkmalen eingesetzt, wie z.B. Schuld- und Versündigungswahn.

Lichttherapie: Wird bevorzugt bei Patienten mit saisonaler Depression eingesetzt. Durch regelmäßige Aufnahme von Licht durch eine Kunstlichtlampe, wird die Serotoninausschüttung erhöht.

Elektrokrampftherapie: Wird oft erst angewandt wenn andere therapeutische Verfahren keinen Erfolg hatten. Unter Narkose wird durch elektrischen Strom, ein künstlicher epileptischer Anfall ausgelöst. Die Behandlung erfolgt meist über acht bis zehn Sitzungen.

Transkranielle Magnetstimulation: Anregung des Gehirns durch ein Magnetfeld. Zu diesem Verfahren gibt es noch keine abschließenden, aussagekräftigen Ergebnisse.

Schlafentzug: Hierbei wird in der Regel zweimal pro Woche der Schlaf, bzw. das Einschlafen durch ein striktes Beschäftigungsprogramm verhindert.

Ergänzende therapeutische Methoden sind Psychoedukation, Sport- und Bewegungstherapie, Physiotherapie sowie spezielle Entspannungstechniken, wie z.B. Muskelentspannung nach Jacobsen.

(vgl. 5, S.30ff)

4. Warum eine Station mit dem Schwerpunkt Depressionsbehandlung?

Abgesehen von dem statistisch erwiesenen, zunehmenden Bedarf nach Behandlungsmöglichkeiten für depressiv erkrankte Menschen, stellt sich natürlich die Frage nach dem Sinn einer spezialisierten Abteilung für Depressionserkrankungen. Einerseits bietet eine solche Station die Möglichkeit das Behandlungsteam spezifischer und intensiver auszubilden. Fort- und Weiterbildungen können, dem Krankheitsbild entsprechend, gezielter wahrgenommen werden und dem einzelnen Mitarbeiter zu einem breiteren Fachwissen verhelfen. Andererseits bietet eine solche Station ein Setting, das durch Therapieangebot, Atmosphäre und Behandlungsteam genau auf Bedürfnisse und Ansprüche von depressiv erkrankten Menschen ausgerichtet ist.

Anhand eines Fallbeispiels möchte ich verdeutlichen wie ausschlaggebend das Setting einer Station für den Behandlungsverlauf sein kann.

4.1 Fallbeispiel

Eine Patientin mit einer rezidivierenden depressiven Störung war seit mehreren Wochen auf einer allgemeinspsychiatrischen Akut Station in Behandlung. Von Behandlungsbeginn an zeigte sie starke Rückzugstendenzen. Trotz steter Motivationsversuche nahm sie weder an Morgenrunde, Mahlzeiten noch anderen Aktivitäten teil. Wenn Angehörige zu Besuch kamen, fanden die Kontakte ausschließlich in ihrem Zimmer statt, sie war nicht bereit den Aufenthaltsraum für ihre Besuche zu nutzen und verließ auch dann seltenst ihr Bett. Auf Nachfrage äußerte sie immer wieder sie hätte keinen Antrieb und fühle sich nicht in der Lage ihr Bett zu verlassen. Dass sie an den Mahlzeiten nicht teilnahm, begründete sie mit Appetitlosigkeit. Die einzige Aktivität zu der sie motiviert werden konnte waren begleitete Parkausgänge mit ihrer Bezugspflegekraft. Ihr Verhalten war für uns Ausdruck ihrer depressiven Erkrankung, einhergehend mit Antriebs- und Appetitlosigkeit und Interessenverlust.

Nachdem die Patientin auf die neu eröffnete Depressionsstation verlegt wurde, fiel zunächst auf, dass sie mehrfach in den Aufenthaltsräumen angetroffen wurde. Abends saß sie mit Mitpatienten im Fernsehraum und wenn sie Besuch erhielt empfing sie diesen im Aufenthaltsraum. Die Mahlzeiten nahm sie, wenn auch zunächst zögerlich, im Speiseraum ein. An ihrer depressiven Symptomatik hatte sich nichts geändert. Sie äußerte weiterhin keinen Appetit zu haben und keinen Antrieb zu verspüren. Jedoch fühlte sie sich unter anderen depressiv erkrankten Menschen nicht so isoliert. Vielmehr hatte sie das Empfinden von den anderen Patienten verstanden zu werden, wenn sie wortkarg und teilnahmslos am Tisch saß. Gleichermäßen empfand sie es als entlastend das weniger Unruhe und Lärm auf der Station vorherrschte. Die größte Rolle spielte aber die Sichtweise ihrer Angehörigen. Sie hatte das Gefühl ihre Angehörigen könnten ihre Krankheit jetzt mehr als Krankheit akzeptieren, da sie vor Augen geführt bekamen, dass auch andere Menschen in einem ähnlichen Zustand waren.

Dieses Beispiel war für mich sehr prägend. Obwohl sich an Verhalten und Behandlungsstrategie des Teams nichts Grundlegendes geändert hatte, bewirkte allein das Setting der Station eine enorme Veränderung des Zustandes der Patientin.

4.2 Kriterien einer Depressionsstation

Voraussetzung für die erfolgreiche Installierung einer Depressionsstation sind zunächst stationsübergreifende Faktoren. Es betrifft das Behandlungskonzept der gesamten Klinik wenn krankheitsspezifische Stationen installiert werden. Auch die Konzepte auf den anderen Stationen müssen verändert und neu überdacht werden, wenn dort keine depressiv erkrankten

Menschen mehr behandelt werden. Die Entscheidung, auf welcher Station ein Patient aufgenommen wird, wird nicht mehr nach „Bettensituation“, sondern nach Behandlungskriterien getroffen. Hieraus können Konflikte entstehen, die nur gelöst werden können, wenn einerseits klare Behandlungskriterien bestehen, andererseits seitens Betriebsleitung eindeutige Vorgaben getroffen sind.

Behandlungskriterien bestehen zum einen aus der Beschreibung der zu behandelnden Menschen, zum anderen aus der Ab- und Ausgrenzung bestimmter Faktoren.

Depressionsstationen sind gemischt-geschlechtlich belegte Akutstationen für alle primär depressiv Kranken. Es sind meist offene Stationen.

Ausschlusskriterien sind im Wesentlichen Depressionen bei Abhängigkeitserkrankungen (nicht suchtmittelfrei), Komorbidität mit schweren Persönlichkeitsstörungen (z.B. Borderline-Typ mit dissozialem Verhalten), Essstörungen, Schizophrenie oder dementielle Erkrankungen.

Die Aufgabe von Depressionsstationen umfasst: Krisenintervention bei akut erkrankten und suizidalen Depressiven, Kurz und Fokalthherapie mit psychopharmakologisch-psychotherapeutischem und soziotherapeutischem Ansatz, sowie schwerpunktmäßig psychotherapeutische Behandlung mit, bzw. ohne psychopharmakologische und sozialtherapeutische Begleittherapie.

(vgl.6, S.3)

Hiezu möchte ich anmerken das diese Kriterien lediglich eine Orientierung bieten können. Zum einen muss jede Klinik anhand der internen Begebenheiten Kriterien definieren, zum anderen ist es differentialdiagnostisch nicht immer möglich eine eindeutige Diagnose zu stellen.

4.3 Anforderungen an das Milieu einer Depressionsstation

Die speziellen Anforderungen an das Milieu einer Depressionsstation umfassen sowohl Rahmenbedingungen wie Räumlichkeiten und Setting der Station, als auch inhaltliche und strukturelle Begebenheiten. Diese Bedingungen lassen sich nicht voneinander trennen. Vielmehr bedingen und beeinflussen sie sich gegenseitig.

Die bewusste Einflussnahme psychiatrisch Pflegender bedeutet sowohl die ästhetische Gestaltung von unmittelbar Wahrnehmbarem (z.B. Räumlichkeiten), als auch die Gestaltung von mittelbar Spürbarem. Im zweiten Punkt liegt, meiner Meinung nach, die größte Herausforderung, aber auch die spezielle Fertigkeit, psychiatrisch Pflegender. Im direkten Kontakt mit Patienten ist es möglich zu „erspüren“ und zu „hinterfragen“, was derjenige

braucht, bzw. was ihm fehlt um wieder selbständig und „gesund“ zu leben. Bin ich mir dieser Wahrnehmung bewusst, kann ich sie, für alle folgenden Milieufaktoren, nutzen.

(vgl.10, Stichwort Gestaltung)

Des Weiteren sind Haltung, Kommunikations- und Arbeitsstil der Teammitglieder untereinander wesentliche Wirkfaktoren der Milieugestaltung. Eine klare Verteilung der Verantwortlichkeiten und Entscheidungsbefugnisse und ein konstruktiver, wertschätzender Umgang miteinander, bietet sowohl Sicherheit und Struktur, als auch die Möglichkeit des „Lernen am Modell“. (vgl.3, S. 419)

4.3.1 Räumlichkeiten

Setzt man sich mit den Auswirkungen und Symptomen einer depressiven Erkrankung auseinander, wird deutlich, das Rückzug (sowohl innerlich wie äußerlich) und die Unfähigkeit in Kontakt zu treten eine grundlegendes Problem darstellen. Räumlichkeiten auf einer Depressionsstation sollten also so konzipiert sein, das ein depressiver Mensch zwar die Möglichkeit hat sich zurückzuziehen, es ihm aber möglichst leicht gemacht wird, den ersten Schritt in die Gemeinschaft mit anderen Menschen zu tun. Die ersten Schritte aus dem Zimmer, aus dem Bett etc. erleben depressive Menschen oft als unüberwindbares Hindernis. Die Patientenzimmer sollten so gelegen sein, dass man von ihnen aus keine großen „Hürden“ überwinden muss um Speiseraum, Aufenthaltsraum und Stationszimmer zu erreichen. Eine abgetrennte Sitzecke im Zimmer kann schon die erste Möglichkeit sein, einen Patienten zu aus dem Bett zu aktivieren, ohne ihn unter Druck zu setzen.

Speiseraum und Aufenthaltsräume sollten Kontaktmöglichkeit bieten ohne therapeutischen Charakter zu haben. Dies mag seltsam klingen, da sie im therapeutischen Sinn einen großen Stellenwert haben. Die Angst vor Anforderung und „Therapie“ ist bei depressiven Menschen meist so groß, das Aktivierung und Kontaktaufnahme erst dann möglich sind wenn dieser Druck genommen wird. Die Bedeutung dieser „Begegnung“ und Gemeinschaft mit anderen Menschen, z.B. während der Mahlzeiten, sollte natürlich thematisiert werden.

Spaziergänge an der frischen Luft und Sonnenlicht sind erwiesene antidepressiv wirksame Maßnahmen. Dementsprechend sollte eine Parkanlage entweder zur Klinik gehören oder gut zu Fuß erreichbar sein.

Die Behandlung einer Depression verläuft in kleinen Schritten. Ein sensibles Maß zwischen Aktivierung und Rückzug und Anforderung und Schonung sind Dreh- und Angelpunkt dieser Behandlung. Dies sollte sich bereits in den räumlichen Begebenheiten widerspiegeln.

4.3.2 Geschlossene oder offene Station?

Die Frage ob eine Depressionsstation grundsätzlich offen oder evt. fakultativ geschlossen geführt werden sollte, ist meiner Meinung nach, eine grundsätzliche Frage die auch auf andere psychiatrische Stationen übertragbar ist.

Ausschlaggebend ist mit Sicherheit die Gesamtkonzeption einer Klinik. Jedoch spielt der Faktor Suizidalität auf einer solchen Station eine schwerwiegende Rolle. Hierbei sind inhaltliche Behandlungsprinzipien, wie Beziehungsarbeit und Bezugspflege präventive Maßnahmen, die durch eine geschlossene Stationstür nicht ersetzt werden können.

Eine geschlossene Stationstür nimmt erheblich Einfluss auf die Gesamtatmosphäre einer Station. Das Gefühl „eingesperrt“ zu sein und nicht mehr selbst bestimmen zu können wirkt sich auf Stimmung und Motivation der Patienten aus. Häufig wird die geschlossene Tür als „ausgeliefert“ und „weggesperrt“ sein erlebt. Depressive Menschen empfinden es teilweise sogar als Bestätigung ihres negativen Selbstbildes und ihrer Hoffnungslosigkeit: „Ich hab es nicht besser verdient.“ oder „So tief bin ich gesunken, hier komm ich nicht mehr raus.“.

Durch ihre Hilflosigkeit und Ratlosigkeit erwecken depressive Menschen oft bei ihrem Gegenüber das Gefühl der Verantwortlichkeit. Natürlich gibt es Situationen in denen Pflegende Verantwortung und Entscheidungen abnehmen müssen. Gerade in der Depressionsbehandlung sollte besonders sensibel darauf geachtet werden dem Patienten nicht jegliche Verantwortung abzunehmen. Vielmehr sollte er darin gefördert und bestärkt werden Sorge und Verantwortung für sich zu tragen. Dieser Aspekt muss berücksichtigt werden, wenn diskutiert wird ob die Station offen oder geschlossen geführt wird.

4.3.3 Gestaltung der Station

Depressive Menschen erleben sich und ihre Umwelt als dunkel und düster. Wie auch aus der Lichttherapie bekannt ist, wirkt sich Licht und Helligkeit positiv auf das Gesamtbefinden aus. Eine Depressionsstation sollte also lichtdurchflutet und hell sein. Große Fenster und Lichtkuppeln ermöglichen viel Tageslicht und Helligkeit. Elektrisches Licht sollte so eingesetzt werden das es nicht grell, sondern angenehm und „dosierbar“ ist. Sowohl im Patientenzimmer, als auch in den Aufenthaltsräumen sollte keine ständig künstlich hell erleuchtete Atmosphäre herrschen. Dies könnte eher als unangenehm und unangebracht empfunden werden.

Mobiliar, Bettwäsche und Vorhänge sollten in warmen, freundlichen Tönen gewählt sein. Natürlich sind viele dieser Aspekte oft nicht direkt von Pflegenden beeinflussbar. Dabei haben Pflegende Erfahrungswerte und detaillierte Vorstellungen wenn es um die gestalterischen Elemente einer Station geht. Sie wissen um die Alltagsprobleme und

„Kleinigkeiten“ die förderlich oder hinderlich sein können. Menschen die nicht tag täglich auf einer Station arbeiten, können viele Details nicht wissen und ihre Bedeutung begreifen.

Z.B. Bei der Einrichtung der Patientenschränke wurde vergessen diese mit Schlössern zu versehen. Die Patienten haben also keine Möglichkeit Wertsachen sicher wegzuschließen.

Aufgrund dessen werden Portemonnaies, Ausweispapiere etc. im Stationszimmer abgegeben. Dadurch wird auch Verantwortung und Selbstbestimmung abgegeben.

Auf einer Station sind verschiedenste Menschen mit unterschiedlichsten, individuellen Vorstellungen darüber was „schön“ und angenehm ist. Genau deswegen sollte die Gestaltung der Station flexibel und nicht starr vorgegeben sein. Es sollte grundlegendes Ziel sein, die Patienten in jegliche Gestaltung der Station mit einzubeziehen um dadurch Autonomie und Mitverantwortung zu fördern.

Depressive Menschen empfinden sich oft als wertlos, sie glauben es nicht „verdient“ zu haben in einem angenehmen Ambiente zu sein. Gleichmaßen können sie die Freude über schöne Dinge nicht wahrnehmen und empfinden kein Interesse daran. Genau hier setzt meiner Meinung nach der therapeutische Sinn der Stationsgestaltung an. Zum einen dem Patienten zu vermitteln das er es wert ist etwas Angenehmes, Positives zu erfahren, zum anderen ihn zu ermutigen sich selbst etwas „Gutes zu tun“.

Bei depressiven Menschen muss der Pflegende ein hohes Maß an Ausdauer und Geduld aufbringen, um genau das zu vermitteln. Situativ erleben Depressive jegliche Aktivität als Belastung, sie empfinden meist keine Freude oder Interesse an augenscheinlich schönen Dingen. Es ist nicht zu erwarten das ein Blumenstrauß auf dem Tisch eine freudige Reaktion hervorruft, jedoch berichten Patienten, wenn es ihnen besser geht, oft, dass sie es als wohltuend empfunden haben, an einem hübsch dekorierten Tisch zu sitzen.

Tischdekoration, jahreszeitliche Gestaltung der Station, Bilder, Pflanzen und Blumen sind also Faktoren die direkt auf das Befinden einwirken. Auch wenn der Patient diese Wirkung seltenst direkt spüren und äußern kann. Häufig ist es sehr müßig individuelle Bedürfnisse zu erfahren, da die Patienten in einer depressiven Phase nichts als angenehm oder positiv wahrnehmen. Hier ist es sinnvoll, nicht nach aktuellen Wünschen zu suchen, sondern biographisch zu arbeiten. Z.B. „Wie haben Sie früher ihre Wohnung dekoriert?“ oder „Welche Blumen haben sie mit Vorliebe gekauft?“ Solche Fragen beziehen den Patienten mit ein, ohne ihn in seinem negativen Denken zu übergehen.

Abgesehen von atmosphärischer Gestaltung sollten aktivierende und Interessen weckende Elemente vorhanden sein. Hierzu gehören Bücher, Tageszeitung, Informationsbroschüren etc. Aber auch Medien wie Fernsehen, Radio und evt. Internet. Der Patient soll die Möglichkeit

haben am gesellschaftlichen und politischen Tagesgeschehen teilzunehmen. Hierfür ist eine vorsichtige und begleitende Haltung notwendig. Beispielsweise kann gemeinsam ein Zeitungsartikel gelesen werden oder eine Fernsehsendung angesehen werden.

Vorraussetzung ist bei allen Aktivitäten eine schrittweise und langsame Vorgehensweise.

Depressive Menschen nehmen ihre Umgebung höchst sensibel wahr, auch wenn sie sich oft nicht als Teil dieser fühlen. Oft beziehen sie sämtliche Umgebungsfaktoren auf sich, allerdings größtenteils im negativen Sinn. So kann z.B. ein zu reichlich gedeckter Tisch als wahre Bedrohung erlebt werden, im Sinne von „Das muss ich jetzt alles essen, dabei krieg ich keinen Bissen runter.“

Hiermit möchte ich verdeutlichen, dass es sinnvoll sein kann, sparsamer mit Dekorationen etc. umzugehen, da Kleinigkeiten oft schon eine angstauslösende Überforderung darstellen können.

Ich möchte aber auch betonen, dass ständiger Schutz, Schonung und Abnahme von Verantwortung keine heilungsfördernden Maßnahmen sind. Vielmehr würde man den Patienten in seinem negativen Selbstbild und dem Gefühl der Unfähigkeit bestätigen, anstatt ihn in Fähigkeiten und Autonomie zu fördern. Wichtig ist ein ausgewogenes Maß zwischen Förderung und Schonung zu finden.

4.3.4 Therapeutische Gemeinschaft

Die therapeutische Gemeinschaft gilt als ein wesentlicher Teil der Milieuthérapie.

Tiefenpsychologische, sozialpsychologische und lerntheoretische Konzepte begründen, dass alle Interaktionen in der Gemeinschaft therapeutisch wirksam sein können.

Zentrales Element ist die Möglichkeit sozialen Lernens durch bewusste Gestaltung und Reflexion aller Beziehungen und offene Kommunikation. Erfahrungen belegen, dass hierbei weniger spezifische Techniken, sondern vielmehr eine Grundhaltung zur therapeutischen Wirksamkeit beitragen.

Patienten und therapeutisches Team sind gleichermaßen an diesem Wirkprozess beteiligt, was bedeutet dass jeder von jedem lernen kann. Gegenseitige Akzeptanz, Respekt und Transparenz spiegeln sich sowohl in der Beziehung zwischen Patient und Team, aber auch in der Beziehung und im Umgang innerhalb des Teams wieder.

(vgl.3, S.430ff)

In Stationsalltag bedeutet dies, dass die Beziehung zwischen Patienten und Pflegenden, nicht auf „therapeutische Begegnungen“ reduziert ist. Hiermit meine ich gezielte Aktivitäten wie Stationsversammlungen, Ausflüge, Morgenrunden etc. Gemeinschaft bedeutet den Alltag miteinander zu gestalten. Angefangen mit dem Vorbereiten der Mahlzeiten und dem

gemeinsamen Einnehmen der Mahlzeiten, der gemeinsamen Tagesplanung, bis hin zu der Begegnung im Raucherraum.

Für Pflegende besteht hierbei die Kunst, sich einerseits auf eine Ebene mit dem Patienten zu begeben, dabei aber weiterhin die Rolle der „Pflegerinnen“ zu wahren. Hierbei ist weniger eine hierarchische Rollenverteilung notwendig, sondern das Bewusstsein und Gespür welche Bedürfnisse und Fähigkeiten ein Patient hat. Das heißt, auch wenn ich als Pflegerin teil der Gemeinschaft bin, bleibe ich Expertin und stelle mein Fachwissen zur Verfügung. Genauso respektiere und achte ich Erfahrungswerte und Handlungsmuster des Patienten.

Weiterer wichtiger Bestandteil der therapeutischen Gemeinschaft ist die Dynamik innerhalb der Patientengruppe. Die Patienten können gegenseitig voneinander lernen, wie sie mit ihrer Erkrankung umgehen können. Gerade bei depressiven Menschen ist es oft wichtig, dass sie miterleben wie andere Patienten wieder gesunden. In einer depressiven Phase ist es oft nicht vorstellbar aus diesem Zustand wieder herauszukommen. Verbaler Zuspruch und positive Verstärkung werden oft nicht als glaubhaft erlebt. Mitzuerleben und wahrzunehmen, dass ein Mensch in einer ähnlichen Situation wieder gesund wird, kann Hoffnung und Zuversicht bewirken.

Die Gemeinschaft mit „Leidensgenossen“ bewirkt Geborgenheit und Sicherheit. Die Patienten empfinden oft weniger Scham und fühlen sich besser verstanden, weil ihre Mitpatienten nachvollziehen können was es heißt depressiv zu sein.

Eine Schwierigkeit des Gemeinschaftslebens einer Depressionsstation ist mit Sicherheit die geballte Form einer negativen Grundstimmung. Teilweise bestärken sich die Patienten gegenseitig in ihrer Niedergeschlagenheit. Oft bleibt das Gefühl, das es niemandem so schlecht gehen kann wie einem selbst und die Gesundung eines anderen Patienten wird als Bestätigung des eigenen unabänderlich schlechten Zustand erlebt. Als Pflegerin muss man sich stetig bewusst machen, dass dieser Ausdruck der Depression, mit Argumenten nicht vom Gegenteil überzeugen kann. Vielmehr ist es pflegerische Aufgabe Geduld und Zuversicht zu vermitteln.

4.3.5 Therapeutisches Angebot und Tagesstruktur

Das therapeutische Angebot einer Depressionsstation, kann im Gegensatz zu gemischten Akutstationen, gezielt auf die Bedürfnisse depressiv erkrankter Menschen ausgerichtet werden. Abgesehen von der medizinischen und psychologischen Behandlung, sollte der pflegerische Schwerpunkt der Behandlung eine Tagesstruktur bieten, die sowohl Aktivierung und Alltagsbewältigung fördert, aber auch die geringe Belastbarkeit depressiver Menschen berücksichtigt.

Da viele depressive Menschen unter einem „Morgentief“ leiden, benötigt die Gestaltung des Vormittags eine besonders sensible Vorgehensweise. Erfahrungsgemäß ist es sinnvoll, trotz Morgentief, aufzustehen, Morgentoilette durchzuführen, einen Spaziergang zu machen etc. anstatt liegen zu bleiben und seinem depressiven Grübeln nicht zu entfliehen. Daraus folgernd sollte der Anfang des Tages mit vorgegebenen Aktivitäten beginnen. Diese sollten möglichst niederschwellig gestaltet werden und einen aktivierenden, körperbezogenen Charakter haben z.B. Morgenspaziergang oder Kneippsche Güsse.

Die Teilnahme an den gemeinsamen Mahlzeiten sollte ebenfalls fester Bestandteil des Tagesablaufs sein. Einerseits wird hierdurch zeitliche Struktur gegeben, andererseits wird der Patient motiviert am Gruppengeschehen teilzunehmen.

Ich möchte darauf verzichten verschiedene therapeutische Angebote explizit zu erläutern, weil das den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Ich möchte jedoch Schwerpunkte des therapeutischen Angebots auführen, die auf jeder Depressionsstation vorhanden sein sollten. Hierzu zählen vor allem körperbezogene Therapieformen wie Physiotherapie und Bewegungstherapie. Pflegerische Angebote wie Spaziergänge, Entspannungsbäder und die Motivation zur Körperpflege sind gleichermaßen wichtig um das eigene Körpergefühl zu stärken. Depressive Patienten verspüren oft keine Verbindung zu ihrem Körper. Sie erleben ihre Körperlichkeit als nicht mehr vorhanden, sie fühlen sich lediglich als „Hülle“. Sie sind nicht mehr in der Lage zu genießen und zu entspannen. Körperbezogene Maßnahmen fördern einerseits das Gespür für die eigene Körperlichkeit, andererseits unterstützen sie die Fähigkeit sich selbst etwas Gutes zu tun. Auch der Körperkontakt zu anderen Menschen fördert dieses Gespür. Eine Umarmung, eine Berührung oder das Einreiben mit einer wohlriechenden Lotion können im wahrsten Sinne des Wortes „Balsam für die Seele“ sein.

Gerade bei depressiven Menschen, die kognitiv eingengt und verbal schwer erreichbar sind, sind körperbezogene Maßnahmen eine wichtige Möglichkeit positive Selbstwahrnehmung zu fördern.

Musik- und Kunsttherapie bieten die Möglichkeit Gefühle, Fähigkeiten und Wahrnehmungen auszudrücken und darzustellen, ohne diese verbalisieren zu müssen.

Ergotherapeutische Maßnahme motivieren und fördern den Patienten darin Beschäftigung und Arbeit als wesentlichen Bestandteil des Lebens wieder zu entdecken und weiter zu entwickeln.

Pflegerische Angebote sind sowohl abhängig von Qualifikation, Motivation und Anzahl der Pflegenden, wie auch von Größe der Station und Patientengruppe. Sie sollten alltagsorientiert und fester Bestandteil des Therapieprogramms sein.

Feste, geplante Maßnahmen sollte das Training alltäglicher Kompetenzen sein. Hierzu zählen Koch- und Backgruppen, Küchendienste, sowie die Verantwortlichkeit für Blumen gießen, Gemeinschaftsräume aufräumen oder Tageszeitung holen. Patienten können hiermit Schritt für Schritt an alltägliche Anforderungen herangeführt werden, Verantwortung übernehmen und vor allem die Bestätigung erfahren nützlich und fähig zu sein.

Des Weiteren kann es pflegerische Aufgabe sein, Entspannungsmethoden anzubieten und zu vermitteln, wie z.B. Muskelentspannung nach Jacobsen.

Da depressive Menschen das Gefühl haben ihren Tagesablauf nicht bewältigen zu können und jegliche Aktivität als unüberwindbare Belastung empfinden, ist die verbindliche Einbindung in tagesstrukturierende Abläufe von großer Bedeutung. Hierbei sollte immer die individuelle Belastbarkeit im Vordergrund stehen. Eine ganzheitliche Entlastung von jeglichen Anforderungen kann dem Patienten glauben lassen ihm würde nichts mehr zugetraut und könnte ihn in seinem Minderwertigkeitsgefühl bestätigen. Eine Überforderung könnte dazu führen, dass er sich in seinen Versagensängsten bestätigt fühlt, weil er die ihm übertragenen Anforderungen nicht leisten kann.

Auch wenn ich der Meinung bin, dass Aktivierung und Erarbeitung einer Tagesstruktur wichtige Bestandteile der Pflege depressiver Menschen ist, ist es mir wichtig zu erwähnen, dass es durchaus Phasen in einer depressiven Erkrankung geben kann, wo dies nicht möglich ist. Pflegerische Aufgabe muss es sein, diese Phasen zu erkennen und dem Patienten in dieser Zeit von jeglichen Anforderungen zu entlasten. Dies kann durchaus bedeuten, dass ein Mensch nicht in der Lage ist das Bett zu verlassen, zu den Mahlzeiten aufzustehen oder an Aktivitäten teilzunehmen. Hier steht zunächst die Sicherung existentieller Kriterien wie Essen, Trinken, Ausscheidung im Vordergrund. Genauso wichtig sind aber die menschliche Fürsorge und die Akzeptanz dieser „Unfähigkeit“. Als Pflegende wissen wir dass dieser quälende Zustand vorbei gehen wird, der Patient ist in dem Glauben für immer in diesem Zustand zu bleiben. Umso wichtiger ist es Zuversicht und Sicherheit zu vermitteln und durch die Übernahme von Verantwortung Entlastung zu schaffen, bis der Patient wieder Eigenverantwortung übernehmen kann.

Das regelmäßige Angebot von Psychoedukation sollte ebenfalls zum Standardprogramm jeder Depressionsstation gehören. In Gruppensitzungen erfolgt eine umfassende Aufklärung über Erkrankung, Risikofaktoren, mögliche Bewältigungsstrategien und Behandlungsmöglichkeiten. Hierbei ist darauf zu achten dass akut depressive Patienten mit einem solchen Angebot schnell überfordert sein können. Die Teilnahme an psychoedukativen Angeboten sollte also erst nach Abklingen der Akutphase erfolgen.

Da depressiv erkrankte Menschen oft nicht mehr in der Lage waren sich ausreichen um ihre sozialen Angelegenheiten zu kümmern, sollte bei jeder Behandlung ein Sozialarbeiter beteiligt sein. Nicht selten steht die Regelung existentieller Angelegenheiten wie Mietzahlung, Kinderbetreuung, Drohender Verlust des Arbeitsplatzes etc. an. Durch sozialarbeiterische Unterstützung oder eventuell sogar Übernahme anstehender Erledigungen, kann dem Patienten und auch Angehörigen Druck und Überforderung genommen werden.

4.3.6 Angehörigenarbeit

Familiäre Unterstützung ist als potenter Schutzfaktor erwiesen und spielt eine ausschlaggebende Rolle in der Rückfallprophylaxe. Familie und Freunde fühlen sich meist hilflos und überfordert im Umgang mit ihrem depressiv erkrankten Angehörigen. Oft fehlen Informationen über das Krankheitsbild Depression und vorhandene Hilfsangebote und Anlaufstellen für Angehörige.

Aufklärung und Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung sollte also grundlegendes Prinzip sein.

Hierfür sollten zum einen regelmäßige Angehörigengespräche stattfinden, aber auch psychoedukative Gruppen und offene Gesprächsgruppen bieten die Möglichkeit des Austauschs und der Information. Unsicherheit und Schuldgefühle hemmen Angehörige oft an „offiziellen“ Gesprächen teilzunehmen. Um erste Hemmschwellen abzubauen und Kontakte aufzubauen, bietet es sich z.B. an, Angehörige zur Nachmittags-Kaffeerunde einzuladen.

Atmosphäre und Gestaltung der Station sind für Angehörige nahezu genauso wichtig wie für die Patienten selbst. Schließlich möchten sie ihre Ehegatten, Geschwister, Eltern oder Freunde gut und kompetent aufgehoben wissen. Viele Angehörige wenden sich mit ihren Fragen und Sorgen zunächst an die Pflegenden, schließlich sind diese ständig präsent. Für diese Kontakte sollte sich im Stationsalltag ausreichend Zeit genommen werden, denn für Angehörige bedeutet es eine große Entlastung sich aussprechen zu können und beraten zu werden.

Umgekehrt ist es für die Pflege von großer Bedeutung Erfahrungswerte, Eindrücke und Beobachtungen von den Angehörigen zu erhalten. Bei einem depressiv erkrankten Menschen ist es oft schwer vorstellbar, dass er vor seiner Erkrankung ein lebenslustiger, aktiver Mensch war. Mit Hilfe der Angehörigen können Ressourcen und Fähigkeiten in Erfahrung gebracht und gefördert werden, die der Betroffene selbst nicht mehr wahrnehmen kann.

Um sich ein ganzheitliches Bild von dem Patienten zu machen, ist es unabdingbar sein soziales Umfeld und seine sozialen Kontakte zu kennen. Hierdurch können Verhaltensweisen und Beziehungsmuster auf der Station besser verstanden werden.

Z.B. Ein Patient weigert sich strikt sein Bett zu beziehen oder Küchendienste zu übernehmen. Er selbst gibt stets an er könnte das nicht, er hätte Angst davor und fühle sich überfordert. Es könnte die Schlussfolgerung gezogen werden, aufgrund seiner depressiven Symptomatik hätte er Versagensängste und Minderwertigkeitsgefühle. Im Gespräch mit der Ehefrau stellt sich heraus, das er in seinem ganzen Leben nie an Haushalt oder Küchenarbeiten beteiligt war, weil dies von seiner Frau übernommen wurde.

4.3.7 Beziehungsgestaltung

Beziehungsarbeit als zentrales Element der psychiatrischen Pflege stellt auf einer Depressionsstation eine besondere Herausforderung dar.

Depressiv erkrankte Menschen haben ein hohes Maß an Bedürftigkeit nach Zuwendung und Verständnis. Versagensängste, Selbstzweifel, Scham und Gefühle der Wertlosigkeit erschweren dem Patienten Beziehungen anzunehmen, aufzubauen und zu halten. Auch wenn depressive Menschen oft hilflos, abhängig und bedürftig wirken sind sie als entscheidungsfähiger, selbstständiger Mensch zu respektieren und zu behandeln. Gerade diese Akzeptanz und Wertschätzung der eigenen Person ist in depressiven Phasen nicht mehr vorhanden. Fürsorge und konstante Beziehungsangebote können dem Patienten vermitteln, dass er es "wert ist" Zuwendung und Nähe zu erfahren. Hierdurch kann der Patient lernen wieder selber fürsorglich und pfleglich mit sich umzugehen.

Schwerst depressive Menschen sind in ihrer Gestik, Mimik, Sprache und Aufnahmefähigkeit oft so eingeschränkt, das Gespräche nur begrenzt möglich sind. Beziehungsarbeit kann hier vor allem durch Fürsorge ausgedrückt werden. Jemanden einen Tee ans Bett zu bringen, etwas vorzulesen oder einfach nur die Hand zu halten bedeutet „ich kümmere mich um dich“ und „ich lass dich nicht alleine“. Hierdurch können zentrale Ängste gelindert werden.

Einer der wichtigsten, aber auch schwierigsten Faktoren ist die Konstanz der Beziehung. Depressive Erkrankungen sind oft sehr langwierig und fordern von Pflegenden ein hohes Maß an Geduld und Ausdauer. Oft übertragen sich Gefühle und Empfindungen auf Bezugspersonen. Hierbei ist es wichtig zwischen eigenen und übertragenen Gefühlen unterscheiden zu können. Hinter Resignation und Niedergeschlagenheit, stecken oft Gefühle der Wut und Aggression.

Die Bereitschaft, durch den Patienten ausgelöste Schwingungen und Gefühle wahr- und ernst zu nehmen, ermöglicht die Entwicklung eines tragfähigen und wechselseitigen Beziehungsprozesses.

Depressive Menschen benötigen viel Raum um ihr erlebtes Leid auszudrücken. Klagen über, die eigene Unfähigkeit, körperliche Beschwerden und empfundene Hoffnungslosigkeit stehen

in Gesprächen oft wochenlang im Vordergrund. Pflegende sollten diesen Ausdruck depressiven Erlebens akzeptieren und zulassen, jedoch nicht in die Klage mit einstimmen oder diese bestärken. Hierbei ist es vor allem wichtig auf die eigenen Grenzen zu achten. Erlebe ich einen Patienten nur noch als „jammernd“ oder fühle mich sogar regelrecht manipuliert und unter Druck gesetzt durch das Klagen des Patienten, ist es notwendig Austausch und Beratung im Team oder Supervision einzuholen. Jeder Patient wird sofort spüren wenn ich ihn nicht mehr „ertragen“ und ernst nehmen kann.

In der Beziehungsgestaltung zwischen Patient und Pflegenden spielt die Pflegeorganisationsform der Station eine ausschlaggebende Rolle. Eine konstante und vertrauensvolle Beziehung kann nur entstehen, wenn Zuständigkeit und Verantwortlichkeit klar definiert ist. Die Organisationsform der Bezugspflege wird den Bedürfnissen depressiv erkrankter Menschen am ehesten gerecht.

4.3.8 Antisuzidales Milieu

Die Schaffung eines „antisuzidalen Milieus“, ist im Grunde genommen, das Ergebnis aller bereits erläuterten Elemente einer Depressionsstation.

Struktur und Haltung des Behandlungsteams sollten Offenheit und Transparenz im Umgang mit suizidalen Patienten ermöglichen. Hierfür ist eine konsequente und transparente Regelung von Kommunikation und Kontakt, sowohl zu Patienten, als auch innerhalb des Teams, ausschlaggebend. Regelmäßige Teamsitzungen und Teamsupervision und eindeutige Dokumentation fördern einen dichten Informationsaustausch. Ein strukturiertes Bezugspflegesystem klärt Zuständigkeit und ermöglicht professionelle Beziehungsarbeit. Suizidgedanken und –absichten sollten offen, direkt und ernst nehmend angesprochen werden. Eindeutige Absprachen, z.B. in Form eines Anti- Suizidvertrages, geben sowohl Patienten, als auch Mitarbeitern Sicherheit. Zur Einschätzung der Suizidalität können standardisierte Fragenkataloge, z.B. nach Pöldinger hilfreich sein.

Natürlich gibt es Grenzen der Behandlung auf einer Depressionsstation. Diese müssen wahrgenommen und ausgesprochen werden. Kann die Sicherheit eines Patienten nicht mehr gewährleistet werden, muss der Schutz vor suizidalen Handlungen oberste Priorität haben und kann die Verlegung auf eine andere Station bedeuten. Diese Verlegung sollte keinesfalls einen Kontaktabbruch zur Folge haben. Dem Patienten sollte durch kontinuierliche Besuche vermittelt werden, dass diese Krise gemeinsam durchstanden wird.

Schlussbetrachtung

Während der Erstellung dieser Arbeit wurde mir deutlich, wie schwierig es ist, zu trennen zwischen Behandlungskonzept und Milieugestaltung einer Station. Die Grenzen zwischen beidem sind fließend und viele Elemente sind für Beides bedeutend. Jedoch glaube ich, dass der pflegerische Anteil in der Milieugestaltung eine größere Rolle spielt. In einem Behandlungskonzept ist die psychiatrische Pflege ein Baustein, in der Milieugestaltung ist sie die Basis. Diese Erkenntnis bestätigt mich in der persönlichen Sichtweise meines Berufsbildes und bietet Ansatzpunkte für die Umsetzung, aber auch Durchsetzung pflegerischer Bestandteile auf meiner Station.

In Zeiten, wo medizinische und therapeutische Präsenz, mehr und mehr abnimmt, sind Pflegenden noch mehr Vermittler, Sprachrohr und vor allem erste Bezugsperson für die Patienten.

Natürlich gilt dies für sämtliche Bereiche in einem psychiatrischen Krankenhaus. Jedoch sind Zeit und menschliche Fürsorge, Faktoren, die in der Pflege depressiv erkrankter Menschen eine spezielle Gewichtung haben. Ebenso die Tatsache, dass depressive Menschen sich und ihre Erkrankung besser annehmen und „aushalten“ können wenn sie unter „Leidensgenossen“ sind.

Die Gestaltung eines möglichst „normalen“ und offenen Milieus und die Ermutigung für sich selbst Sorge zu tragen, führt dazu dass sich Patienten weniger als „Kranke“, sondern viel mehr als „Mitmenschen“ fühlen.

Eine Grundhaltung die Eigenverantwortung fördert und Respekt und Menschlichkeit vermittelt sollte Basis jeder psychiatrischen Behandlung sein. Diese Grundhaltung kann durch milieugestalterische Elemente lebendig, spürbar, und dadurch, wirksam gemacht werden.

„Außer dem Physischen, das uns oft unüberwindliche Schwierigkeiten in den Weg legt und worüber ich einen denkenden Arzt zu Rate ziehe, finde ich die Mittel, vom Wahnsinne zu heilen, sehr einfach. Es sind eben dieselben, wodurch man gesunde Menschen hindert, wahnsinnig zu werden. Man erzeuge ihre Selbsttätigkeit, man gewöhne sie an Ordnung, man gebe ihnen eine Begriff, dass sie ihr Sein und Schicksal mit so vielen gemein haben, dass das außerordentliche Talent, das größte Glück und das höchste Unglück nur kleine Abweichungen von dem gewöhnlichen sind; so wird sich kein Wahnsinn einschleichen, und wenn er da ist, nach und nach wieder verschwinden.“

Aus „Wilhelm Meisters Lehrjahre“ von Goethe, 1796

Literaturverzeichnis

Bücher:

1. Finzen, Asmus: Warum werden unsere Kranken eigentlich wieder gesund? Psychiatrie Verlag, Bonn, 2002.
2. Heim, Edgar: Praxis der Milieuthherapie, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, 1984.
3. Sauter D., Abderhalden C., Needham I., Wolff S.: Lehrbuch Psychiatrische Pflege, 1. Auflage 2004, Verlag Hans Huber, Bern, 2004.
4. Schädle-Deininger H., Villinger U.: Praktische Psychiatrische Pflege, 2. Auflage, Psychiatrie Verlag, Bonn 1997.
5. Wittchen, H.-U., Möller, H.-J., Vossen A., Hautzinger M., Kasper S., Heuser I: Hexal Ratgeber Depressionen, Wege aus der Krankheit, 7. Auflage, Karger Verlag, Freiburg 1995.
6. Wolfersdorf, Manfred: Depressionsstationen, Stationäre Depressionsbehandlung, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 1997.
7. Wolfersdorf, M.: Krankheit Depression erkennen, verstehen, behandeln, 3. Auflage, Psychiatrie Verlag, Bonn 2001.

Internet:

8. www.depression.de/depression
9. www.psychiatriegespraech.de/depression/depression
10. www.wikipedia.de

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwandt und die Stellen, die anderen Werken im Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, mit Quellenangaben kenntlich gemacht habe.

Unterschrift des Verfassers

Ort, den