

Eine tiefenpsychologische Studie des rheingold instituts im Auftrag von PASCOE

Die geheime Logik der Depression

Wille zur Perfektion treibt Menschen
in die seelische Erschöpfung

INHALT

Einleitung und Studienaufbau	3
Depression – Das geheim gehaltene Leiden	4
Die Sicht der Betroffenen – Die Binnenstruktur der Depression	7
Ärzte und Apotheker erleben: Depressive kosten Zeit und Nerven	12
Acht Empfehlungen für Angehörige, Apotheker und Ärzte	14

EINLEITUNG UND STUDIENAUFBAU

Ist Depression die neue Volkskrankheit? Vier Millionen Menschen in Deutschland leiden an Depressionen, so die Stiftung Deutsche Depressionshilfe. Laut Statistischem Bundesamt nehmen sich jedes Jahr in der Bundesrepublik 9.000 Menschen das Leben, für sie kommt jede Hilfe und Therapie zu spät oder zeigt nicht den erhofften Erfolg. Die meisten Betroffenen reden nicht über ihre Erkrankung.

Wie gehen Patienten, aber auch behandelnde Ärzte und Apotheker mit dem Symptombild der depressiven Verstimmung um?

Was bedeutet es in unserer heutigen Gesellschaft, in der wir alle wie im Hamsterrad arbeiten, funktionieren und liefern müssen, unter depressiven Verstimmungen zu leiden?

Wie äußern sich Depressionen und wie empfinden sie die Betroffenen selbst? Was können Angehörige tun, wie sollte man als Angehöriger mit der Depression eines nahestehenden Angehörigen, Bekannten oder Arbeitskollegen umgehen?

Für die vorliegende Studie wurden 80 Frauen und Männer im Alter zwischen 20 und 60 Jahren vom Kölner rheingold Institut tiefenpsychologisch befragt. Die Geschlechter waren paritätisch besetzt. Von den 40 befragten Patienten litten alle explizit unter depressiven Verstimmungen mit entsprechenden Symptomen und Merkmalen, 30 Patienten verwendeten in jüngster Zeit apothekenpflichtige Naturmedizin in diesem Indikationsbereich. Neben den 40 Patienten wurden 22 Ärzte, 10 Apotheker und acht Pharmazeutisch-technische Assistenten/innen befragt.

DEPRESSION – DAS GEHEIM GEHALTENE LEIDEN

Die zweistündigen Tiefeninterviews zum Thema Depression lösten eine Welle an Erzählungen aus, die die Psychologen schier überflutete. So berichteten die Probanden unter die Haut gehende und häufig sehr traurige Geschichten, die die Interviewer sehr anrührten und das Gefühl erzeugten, für die Genesung und den Heilungsprozess der Probanden mit verantwortlich zu sein.

Die Probanden wiederum fühlten sich nach den Interviews zwar erschöpft. Sie waren aber auch erleichtert darüber, sich einmal vieles von der Seele zu reden – ohne wie beim Arzt oder Therapeuten den Druck zu verspüren, tatsächlich etwas ändern zu müssen.

Alle Betroffenen berichteten darüber, nicht mehr am Glück dieser Welt teilnehmen zu können. Sie fühlten sich „lahmgelegt“, „traurig“ und im Alltag überfordert.

Sie standen unter dem Eindruck, den an sie gestellten gesellschaftlichen, familiären und beruflichen Anforderungen und Ansprüchen nicht mehr gewachsen zu sein.

Die hier nur auszugsweise wiedergegebene Liste der von den Betroffenen genannten körperlichen Symptome scheint schier unendlich: Schlafstörungen, Gedankenkreisen, Erschöpfung, Niedergeschlagenheit, hoher Blutdruck, Konzentrationsschwierigkeiten, Kribbeln im Körper, inneres Getriebensein, erhöhter Puls, Schweißausbrüche, Ohnmachtsgefühle, Bauchschmerzen, Migräne, Durchfall, halbseitiges ständiges Kribbeln, Angstgefühle, Panikattacken, Suizidgedanken...

Die in den Tiefeninterviews beschriebenen Zustände von unendlicher Traurigkeit, von dem Gefühl lahmgelegt zu sein oder sich isoliert zu fühlen, scheinen auf den ersten Blick nicht in unsere momentane Kultur zu passen. Diese ist auf Glücksmaximierung ausgerichtet und verspricht zudem jedem Einzelnen ein schier unbegrenztes Machbarkeitsideal.

Das Beispiel Robert Enke

Nicht zuletzt aufgrund einiger prominenter Beispiele scheint es mittlerweile jedoch möglich, Depression als eine Krankheit zumindest zu benennen. Diese Outings der Betroffenen kommen zumeist jedoch postmortal, sie hinterlassen Familie und Freunde ratlos und geschockt. Hier sei das Beispiel des Fußballers Robert Enke von Hannover 96 genannt. Der Nationaltorhüter nahm sich am 10. November 2009 an einem Bahnübergang im niedersächsischen Eilvese das Leben.

Der Mantel des Schweigens wirkt wie eine geheime Übereinkunft unserer Kultur, laut der ‚Depression‘ zwar benannt, aber zugleich über die wirklichen Umstände hartnäckig geschwiegen wird.

Auf einer Pressekonferenz wurde bekannt gegeben, dass der 32-Jährige bereits seit dem Jahr 2003 mehrfach wegen depressiven Stimmungen in Behandlung war. Robert Enke hatte seine Depressionen verschwiegen. Nicht einmal seine Frau und sein Arzt wussten, wie krank der Nationaltorhüter wirklich war.

„In seinem Abschiedsbrief hat er sich bei Angehörigen und Ärzten für die Täuschung über seinen wahren Zustand entschuldigt. Wir haben letzten Endes die Selbstmordgedanken nicht bemerkt“, stellte Enkes Therapeut nach dem Suizid fest.

Das Beispiel Robert Enke verweist auf eine sonderbare Verfahrensweise dieser Krankheit in unserer Kultur. Sie zeigt eine seltsame Schein-Offenlegung des Themas Depression: Die Nachricht vom Tod und der Krankheit erschütterte die Welt vollkommen unerwartet. Robert Enke selbst war es nicht möglich gewesen, der eigenen Frau zu Lebzeiten etwas über seine Krankheit und seine Gefühle mitteilen zu können. Nach Enkes Tod wurde durch die überwältigende Trauerfeier ein Mantel des Schweigens über seine depressive Erkrankung gelegt.

So ist es bis heute geblieben. Die meisten Betroffenen belassen es beim Benennen von Symptomen wie Schlafstörungen, Unruhe oder bei der Diagnose ‚Burnout‘. Über die wahren Gefühle und ihren tatsächlichen Zustand wird dagegen nicht gesprochen. Den Betroffenen fällt es meist schwer zu beschreiben, wie es ihnen wirklich geht. Oft lassen sie die engsten Bezugspersonen im Unklaren und ziehen sie nicht ins Vertrauen.

*„Wer will schon depressiv sein? Oder das gesagt bekommen!
Da hat man Angst vor. Das ist ein Tabuthema! ... Man muss vorsichtig
sein, wenn man das dem Arzt oder Psychologen sagt, wenn man sich
ganz öffnet. Wer weiß, was mit einem passiert? Die Ärzte nutzen ihre
Macht aus und man wird zwangseingewiesen.“*

Dabei verschweigen die Betroffenen ihre Gefühle nicht bewusst. Das Unverständnis über ihren Zustand liegt in ihnen verborgen: Die Betroffenen verstehen oftmals selbst nicht, warum sie traurig oder antriebslos sind. Zumal wenn unter objektiven Gesichtspunkten kein Anlass oder Grund vorliegt. Können dagegen Trauerfälle oder schwere Schicksalsschläge als Grund für die depressiven Verstimmungen herangezogen werden, kann die Krankheit von ihnen und ihrem Umfeld leichter akzeptiert werden.

Das Symptom der ‚inneren Unruhe‘ oder des ‚Burnouts‘ scheinen für die Betroffenen einfacher zu vermitteln zu sein. Gerade ‚Burnout‘ ist in unserer Kultur ein akzeptiertes Symptom. Wer sich innerlich getrieben fühlt, gibt Zeugnis vom Aktivsein und von Bewegung.

DIE SICHT DER BETROFFENEN – DIE BINNENSTRUKTUR DER DEPRESSION

Die bloße Benennung ‚Depression‘ oder ‚Burnout‘ ist nur ein Stempel, der der einzigartigen inneren Logik der seelischen Erkrankung nicht gerecht wird. Daher werden in diesem Kapitel die einzelnen Züge beschrieben, die die Binnenstruktur einer Depression aus dem Erleben der Betroffenen heraus bestimmen. In Abgrenzung zu einer genetischen oder einer medizinisch-chemischen Betrachtung der Depression wird sie als eine unbewusste, seelische Produktion charakterisiert, die einer geheimen, jedoch beschreibbaren inneren Psycho-Logik folgt.

1. Allerhöchste Ansprüche

Entgegen den Erwartungen der Interviewer zeigen die Probanden nicht ausschließlich eine niedergedrückte Stimmung. Immer wieder flammt eine sehr energiegeladene Seite auf. Sie beschreiben ihren Alltag, der durch hohe Ideale und sehr aktive Phasen geprägt ist. Die Probanden spiegeln sehr hohe Ansprüche an sich selbst und an ihr Leben wider.

Die Befragten versuchen, allen Sätteln – sowohl den Ansprüchen an sich selbst als auch denen an das tägliche Leben – gerecht zu werden. Im Beruf wollen sie Großartiges leisten. Der Künstler träumt davon, bald den Durchbruch zu schaffen. Die Mutter will ihren Kindern vollauf gerecht werden, aber auch in der Karriere durchstarten. Fast alle folgen insgeheim einem Plan,

einem Ideal, nach dem das Leben sich organisieren soll, um diesen allerhöchsten Ansprüchen gerecht zu werden. Diese Ansprüche wirken wie ein ruheloser Antreiber. Oft gaben die Probanden an, sich alleine für alles verantwortlich zu fühlen – mithin für den Erfolg, die Bedürfnisse der Familie, die Organisation des Familienalltags, die Pflege von Kindern oder Angehörigen.

Typisch war hier das Beispiel von Frau M., 38 Jahre alt, zwei Kinder, 8 und 10 Jahre.

Sie und ihr Mann sind beide selbstständig im Grafik-Design-Bereich, wo die Auftragslage stark schwankt. Von Zeiten, in denen sie in Arbeit versinkt und die Kinder und der Haushalt hinten rüber fallen, bis zu Wochen oder auch Monaten ohne große Aufträge, in denen man sich kaum über Wasser halten kann. Wenn das Geld fließt, lebe sie und die Familie sehr ausschweifend und in Saus und Braus. Dann gebe es aber auch Zeiten, in denen kaum etwas geht. Ganz intensiv zu leben, gehe aber mit ihrem Mutter-Dasein nicht konform, meint sie. Sie ringt damit, ihre Wünsche und Pflichten und ihre Ansprüche an sich selbst zu erfüllen. Das überfordere sie und bringe sie in Sinn-Krisen und könne zu einer völligen depressiven Lähmung führen. Ihre „Hänger“ können von einer Woche bis hin zu Wochen andauern, in denen sie nichts auf die Reihe kriege. In Tiefphasen kümmere sie sich nur auf Minimallevel um die Kinder, alles andere bleibe liegen, das belaste sie sehr stark.

2. Einschränkungen erfahren

Die Betroffenen erleben aber, dass sich diese Ansprüche nicht immer realisieren lassen. Sie leiden unter der Diskrepanz zwischen ihrem Wunsch- und Idealbild auf der einen und der machbaren Realität auf der anderen Seite. Diese Differenz zwischen den eigenen Träumen und der ‚normativen Kraft des Faktischen‘ erleben alle Menschen. Die erfahrene Begrenzung durch Lebens- und Alltagsbedingungen wirft die Betroffenen jedoch vollkommen aus der Bahn: Eine situativ erlebte Einschränkung, mal etwas nicht zu schaffen oder einen Fehler zu begehen, führt bei den Betroffenen zu einem Gefühl, auf der ganzen Linie versagt zu haben:

„Wenn eine kleine Sache nicht klappt, denke ich immer, ich krieg gar nichts hin. Ich weiß, dass es eigentlich Quatsch ist, aber ich kann das dann nicht anders denken.“

Diese Einschränkungen sind jedoch sehr unterschiedlich und lassen sich nicht objektiv, sondern nur individuell bewerten. Als unaushaltbare persönliche Belastung kann eine eigene ernste Erkrankung, der schmerzliche

Verlust eines geliebten Menschen oder der Tadel eines Vorgesetzten erlebt werden. Robert Enke zum Beispiel litt darunter, nicht mehr die Nr. 1, sondern nur noch Nr. 2 im Tor der deutschen Nationalmannschaft zu sein.

3. Stilllegung

Falls die Betroffenen ihre Ansprüche nicht erreichen, führt das mitnichten dazu, dass ihre Ambitionen revidiert („Man kann ja auch mal Fehler machen!“), betrauert („Ich bin eben nicht derjenige, für den ich mich gehalten habe.“) oder wütend dagegen aufbegehrt wird („Ich muss mich auch mal gegen andere durchsetzen.“) Eine aktive Auseinandersetzung mit der Situation findet nicht statt, sondern die Menschen ziehen sich zurück und legen sich buchstäblich still. Sie scheinen sich regelrecht in dieser Einschränkung einzurichten und übernehmen diese als gegeben und unverrückbar.

Gerade der so wichtige, aber auch schmerzliche Prozess des Trauerns findet nicht statt. Trauern ermöglicht es den Menschen, Abschied zu nehmen und sich von Liebgewonnenem unwiederbringlich zu trennen. Da dieses schmerzliche Loslassen letztlich nicht stattfindet, werden die eigenen Ansprüche auch nicht aufgegeben, sondern in der Depression eingefroren und konserviert. Zugespielt formuliert ist die unendliche Traurigkeit der Depression paradoxerweise in der Unfähigkeit zu trauern begründet.

*„Ich habe so eine Grundtraurigkeit, habe an nichts mehr Freude, kann nicht mehr lachen.
Meine Freunde sagen, ich bin nicht mehr der Alte.
Das stimmt auch irgendwie. Ich liege dann nur noch rum und tue gar nichts.“*

Die Stilllegung wird jedoch nicht willentlich von den Betroffenen vollzogen. Sie erleben sich vielmehr selbst wie ferngesteuert lahmgelegt. Sie leiden darunter, nicht nur ihren Ansprüchen nicht mehr gerecht zu werden, sondern nun auch im Alltag nicht mehr zu funktionieren. Einfachste, alltägliche Verrichtungen können nicht mehr ausgeführt werden. Selbst nahe Verwandte und Angehörige werden nicht mehr an sich herangelassen.

Gleichzeitig erleben sie, wie ihre Gedanken unaufhörlich kreisen. Der Prozess der Stilllegung lässt sich in eine Auto-Motor-Analogie bringen: „Die erlebte Einschränkung führt nicht dazu, dass man einen Gang herunterschaltet. Vielmehr legt man den Leerlauf ein und gibt dennoch Vollgas. Der Motor dreht im Leerlauf durch und läuft heiß.“

4. Alltags-Vergleichgültigung

Die Stilllegung wird stabilisiert, indem unbewusst von den Betroffenen alle Impulse abgewehrt bzw. vergleichgültigt werden, die zu einer Aktivität animieren könnten. Die Aufgaben und Reize des Alltags erhalten alle die gleiche Gültigkeit, das heißt es findet kein Priorisieren von Tätigkeiten und Lebensthemen mehr statt. Alles scheint jetzt gleich wichtig oder unwichtig, gleich schwierig oder gleich schlimm zu sein. Vor den Betroffenen ragt ein riesiger Berg auf, der nicht zu erklimmen ist.

Oft verspüren sie, dass die eigentlichen Probleme ungelöst bleiben. Die andauernden Symptome geben ihnen aber auch das Anrecht, von ihrer Umwelt behutsam behandelt und mit Samthandschuhen angefasst zu werden.

Die Betroffenen schaffen es nicht, zu entscheiden, was Vorrang hat und zuerst angegangen werden muss. Es existieren keine Zwischentöne oder Abstufungen mehr, es gilt ‚Alles oder nichts!‘ Das führt einerseits dazu, dass man vor diesem Wust an gleich gültigen und gleich wichtigen Aufgaben kapituliert. Andererseits halten die Betroffenen aber insgeheim auch ihren hohen Anspruch aufrecht, eigentlich alles kontrollieren und allem gerecht werden zu wollen.

5. Im eigenen Saft schmoren

Nach außen hin wirken die Betroffenen lethargisch und wie lahmgelegt. Das fordert auch den Angehörigen viel Toleranz ab. Den Betroffenen wird oft vorgeworfen, sie müssten sich doch nur mal ‚einen Ruck geben‘ und sollten sich nicht so anstellen („Reiß‘ dich mal zusammen!“). Dabei wird die Stilllegung von den Betroffenen selbst nicht als Rückzug oder Auszeit erlebt, sondern sie kommen nur äußerlich zur Ruhe und laufen innerlich heiß. Sie drehen sich um sich selbst und sind in Gedankenkreisen gefangen.

Das innere Getriebensein hindert die Betroffenen am Luftholen und raubt ihnen den Schlaf. Die Betroffenen haben das Gefühl nicht weiter zu kommen trotz permanenter Beschäftigung mit dem gleichen Thema. Dieses ‚Im eigenen Saft schmoren‘ ist auch eine gigantische Selbstintensivierung. Die Welt mit ihren Problemen und Herausforderungen wird ausgeblendet. Man sieht nur

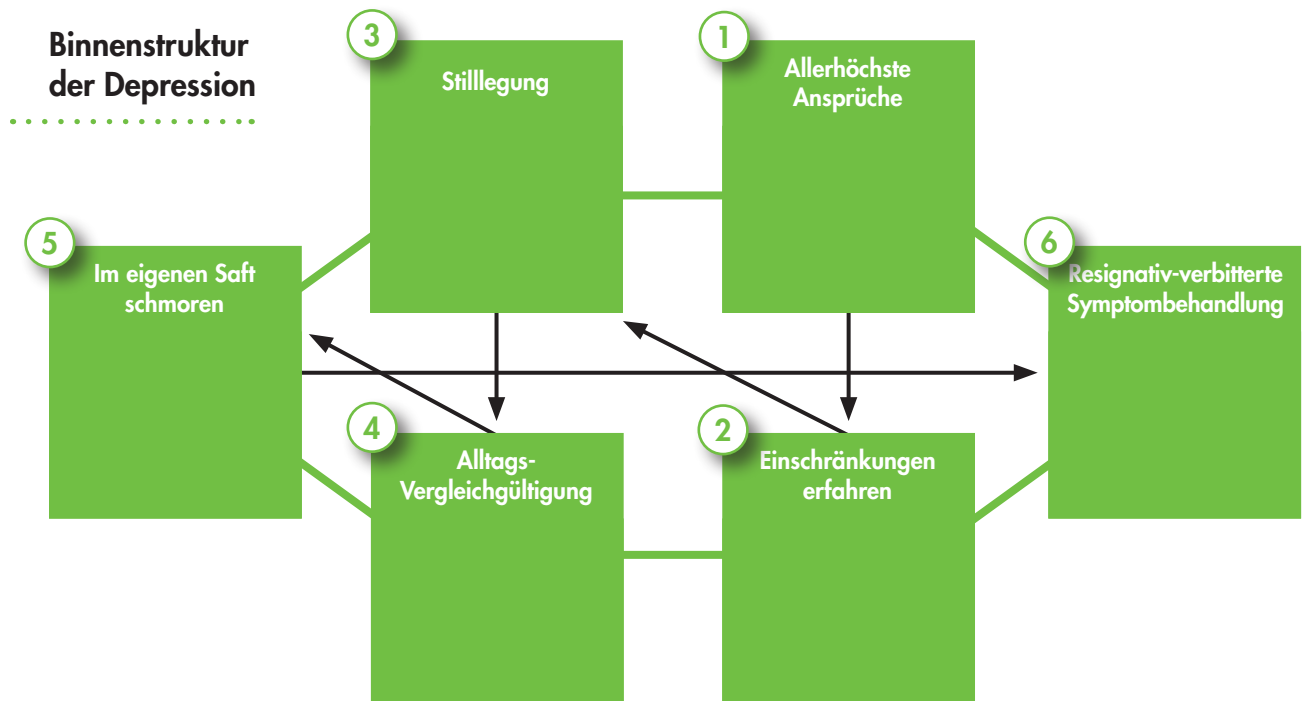
noch sich und sein eigenes Elend. Man ist sich in ungeteilter Weise unheimlich nahe.

6. Resignativ-verbitterte Symptombehandlung

Die Betroffenen geraten zuletzt in eine resignativ-verbitterte Symptombehandlung. Sie finden sich damit ab, dass sie aus ihrer Depression, aus der Enge nicht herauskommen. Sie kapseln sich ab und oft dauert es Jahre, bevor sie einen Arzt oder Psychologen aufsuchen. Sie versuchen lediglich, die Symptome runterzudimmen, beziehungsweise in den Griff zu bekommen. Sie behandeln sich, nicht um die Krankheit loszuwerden, sondern um Kontrolle über die Symptome zu bekommen.

Oft verspüren sie aber, dass die eigentlichen Probleme ungelöst bleiben. Die andauernden Symptome geben ihnen aber auch das Anrecht, von ihrer Umwelt behutsam behandelt und mit Samthandschuhen angefasst zu werden. Gleichzeitig sind die Symptome aber auch der Beweis bzw. eine verbitterte Anklage gegen sich und die Welt, dass sie ungerechte Einschränkungen erfahren haben und daher nicht ihre hochgesteckten Ansprüche erfüllen können.

Häufig wird die Energie der Betroffenen also sehr lange Zeit nicht in eine Veränderung investiert, sondern sie wird in den Beweisgang verlagert, dass die Umstände schlimm sind, dass es noch schlimmer werden kann und sich letztlich sowieso nichts verändern lässt.



So erleben die Betroffenen mit der Zeit, dass sie immer tiefer in einen Strudel bzw. Teufelskreis gerissen werden, der ihnen immer weniger Bewegungs- und Gestaltungsspielraum lässt. Sie ziehen sich weiter zurück, werden stumm und machen aus ihrer Befindlichkeit ein Geheimnis.

Die Betroffenen erleben sich zunehmend als ohnmächtig der Wucht ihrer Gefühle gegenüber. Das kann eine wachsende Wut gegen sich und die Welt erzeugen, die in letzter und bitterster Konsequenz in Suizidgedanken zur Selbst- und Fremdbestrafung hineinführen können.

Formen der Selbstbehandlung

Im Vorfeld, aber auch während der depressiven Erkrankung haben die Betroffenen eine ganze Reihe von Formen der Selbstbehandlung entwickelt. Sie versuchen, sich mithilfe diverser Aktivitäten abzulenken und auf

andere Gedanken zu bringen. Sie suchen den Kontakt mit der Natur und den beruhigenden Rhythmen der Jahreszeiten. Sie nehmen sich Zeit für selbstverwöhnende Rituale wie heiße Bäder oder Wellness-Behandlungen. Häufig versuchen sie auch ihre innere Unruhe und Zweifel durch Leistungs-Kompensation und die Flucht in eine besinnungslose Betriebsamkeit zu kanalisieren. Durch persönliche Rückzüge und/oder durch verstärkten bzw. regelmäßigen Konsum von Alkohol versucht man sich zu betäuben und ein Gefühl von Ganzheitlichkeit zu erzeugen. Selten und oft erst nach Jahren stillen Leidens wird dann ein Arzt oder ein Therapeut aufgesucht.

In den meisten Fällen verlagern die Betroffenen die Behandlung der Depression auf die Behandlung der körperlichen Symptome. Damit aber erhalten sie die Depression am Leben. Das oft sehr lange insgeheim Festsitzen an der depressiven Stimmung zeigt aus psychologischer Sicht, dass die Depression ein unbewusster Versuch der Selbst-Steigerung um den Preis einer weitgehenden und leidvollen Selbst-Beschränkung ist. Indem sich die Patienten stilllegen, können sie immer noch das Bild von sich aufrechterhalten: ‚Wenn man mich nur ließe, dann würde ich auch...‘

ÄRZTE UND APOTHEKER ERLEBEN: DEPRESSIVE KOSTEN ZEIT UND NERVEN

Die Behandlung depressiver Patienten bedarf eines einfühlsamen Umgangs seitens der Ärzte und Apotheker, da sie nicht nur eine Krankheit oder die Symptome behandeln, sondern die ganze Person, die sehr empfindsam und leicht kränkbar ist. Ärzten und Apothekern ringt das einen Balanceakt ab. Einerseits sollen sie Zuhörer und Vertrauensperson sein, aber andererseits dem Patienten auch nicht zu nahe treten.

Fordernde, schwierige Patienten in der Praxis

Es ist auffällig, wie schwer sich viele Ärzte mit depressiven Patienten tun. Sie erleben die Patienten als grenzüberschreitend und fordernd. Die Gespräche dauern oft zu lange und sind schwierig zu steuern. Ärzte empfinden die Ansprüche der depressiven Patienten oft als Zumutung. Diese unberechenbaren Faktoren stören ihren Praxisablauf. Depressive Patienten kosten sie viel Zeit und Nerven.

Ärzte fühlen sich zudem von den Patienten durch einen drohenden Suizid erpresst. Das führt dazu, dass sich viele Ärzte gar nicht erst trauen, ‚ein Fass aufzumachen‘ und emphatisch bei den Patienten nachfragen.

Weil sie befürchten, dass sie zum einen in einen nicht enden wollenden Sog geraten und zum anderen womöglich eine Flutwelle an Klagen und Tränen auslösen. Kurzum: Am liebsten wären Ärzte diese Patienten schnell wieder los.

Das sind allerdings nur die oberflächlichen Faktoren. Die Befürchtungen in Zusammenhang mit depressiven Patienten gehen weitaus tiefer: An den Ärzten wird das allgemeine Unbehagen – auch das unserer Kultur – deutlich. Ärzte verspüren, dass sie im Umgang mit depressiven Patienten in etwas hineingeraten, was ihnen zutiefst unheimlich ist und was sie nicht direkt in den Griff bekommen können. Das verursacht Risse im Bild des heilenden und Wunder vollbringenden Arztes.

Psychologisch geraten die Ärzte damit in eine nahezu ähnliche Situation wie ihre depressiven Patienten. Denn auch sie erleben in der Behandlung fundamentale Einschränkungen. Die Depression scheint sich als ein System zu entpuppen, das sie nicht verstehen und das sich gegen Veränderung sträubt. Zudem gibt es keine eindeutigen Indikationen. Viele Symptome bilden oft einen fließenden Übergang zu normalen Gefühlschwankungen. Aber zugleich sehen sie sich Patienten gegenüber, die eine besondere Behandlung einfordern. Ergo werden Ärzte oft den seelischen Nöten der Patienten nicht gerecht. Sie banalisieren das Leiden, wenn

Ärzte verspüren Unsicherheit im Umgang mit Depressiven. Das ist ihnen unheimlich. Es verursacht Risse im Bild des heilenden und Wunder vollbringenden Arztes.

keine rein körperliche Diagnose gestellt und nicht nach Schema F therapiert werden kann (Beispiele: ‚Grübeln Sie nicht so viel!‘, ‚Denken Sie positiv!‘ etc.).

Somit haben Ärzte Routinen entwickelt, die den Umgang mit depressiven Patienten formalisieren und scheinbar erleichtern: Durch schnelle Kategorisierungen und rasche Behandlungen versuchen sie das Unheimliche und das Unberechenbare der Depression zu bannen und nicht zu sehr in den Strudel der Depression zu geraten. Vor allem drei Umgangsformen sind bei den Ärzten zu beobachten:

- **Die Depression wird als ein ganzheitliches Symptom und als Ausdruck des Lebensalltags der Patienten verstanden und damit in komplexe und ganzheitliche Zusammenhänge eingeordnet. Das führt zur Therapie.**
- **Wenn die Depression als ‚einfache Stoffwechselstörung‘ verstanden und damit verwissenschaftlicht wird, bietet sich die Behandlung mit Psychopharmaka an.**
- **Bei der Kategorisierung verschiedener Arten von Depressionscharakteren ergeben sich klare Aufteilungen in genetisch bedingte Depression, Depression als Belastungsstörung, Depression als Folge von Schicksalsschlägen oder Depression ohne ersichtlichen Grund. Dies führt zu einer schematisierten Behandlung.**

Hilflose Kunden in der Apotheke

Auch für Apotheker gestaltet sich der Umgang mit depressiven Kunden schwierig. Sie müssen die Beschwerden der Kunden richtig decodieren und interpretieren. Meist trauen sich die betroffenen Kunden nicht, über ihre Depression zu sprechen. Sie berichten dann über ‚innere Unruhe‘ oder diverse körperliche Symptome, über die sie leichter sprechen können als über ihre Depression.

Öffnen sich die Kunden, müssen Apotheker therapeutische Hilfe leisten. Das bedarf allerdings Zeit, Empathie und Kompetenz. Einerseits sehen hier einige Apotheker eine Möglichkeit, in eine vertrauensvolle, beratende und behandelnde Position einzusteigen, aber andererseits fühlen sich hier viele auch unwohl und teilweise überfordert. Sie gehen auf Nummer sicher und greifen dann auf das Präparat zurück, das medial beworben wird und welches die Kunden bereits kennen.

Auch Apotheker stehen der Unberechenbarkeit der Depression ratlos gegenüber. Sie erleben sich in Zusammenhang mit der depressiven Erkrankung als zu wenig

ACHT EMPFEHLUNGEN FÜR ANGEHÖRIGE, APOTHEKER UND ÄRZTE

ausgerüstet und brauchen Hilfestellung bei den Fragen: Woran erkenne ich eine Depression? Wie ist die Wirkung der jeweiligen Medikamente, vor allem auch bei pflanzlichen Mitteln?

Betroffene wünschen sich, dass ihre Gefühle nicht dauerhaft chemisch-synthetisch gesteuert werden, sondern dass ihre natürliche Empfindungswelt wiederhergestellt wird.

Ärzte, Apotheker und PTAs brauchen ein Verstehens-Gerüst, das ihnen Sicherheit gibt im Umgang mit depressiven Patienten. Sie benötigen psychologische Hintergrund-Informationen zur Depression, um das Beschwerdebild und die oft seltsamen Verhaltensweisen der Betroffenen einordnen zu können. Dies sollte vor allem in Form von Fortbildungen und Schulungen erfolgen. Wichtig ist hier vor allem ein Training in Empathie, um besser auf die Patienten eingehen zu können. Zudem benötigen Ärzte und Apotheker keine Rezepte von der Stange, sondern individuelle Behandlungsansätze, die erlauben, sowohl sich selbst als auch den Patienten gerecht zu werden. Die Erkenntnisse dieser Studie zur inneren Logik der Depression stellen eine wichtige Grundlage zur Weiterentwicklung dieser Behandlungsmethoden dar.

1. Die Gefahr einer depressiven Erkrankung steigt, wenn die Menschen in ihrem hektischen Alltag keine Zeit mehr zur Besinnung und Selbstreflexion finden. Die besinnungslose Betriebsamkeit dient mitunter dazu, latente Probleme oder Ängste einfach auszublenden und wegzuarbeiten. Angehörige sollten Betroffenen raten, **prophylaktisch Dehnungsfugen in den eigenen Alltag einzubauen**, z.B. ausgedehnte Pausen, unverplante Tage, Momente der Langeweile und des Müßiggangs.

2. Im Umgang mit den sehr empfindsamen Patienten ist es wichtig, sie in ihrem Leiden einerseits ernst zu nehmen, ihnen andererseits aber auch zu helfen, persönliche Ansprüche – auch über die Krankheit hinaus – runterzuschrauben und zu revidieren. Die Botschaft dabei: „Meine **Akzeptanz und Anerkennung** dir gegenüber ist nicht davon abhängig, dass du deine selbstgesteckten Ziele oder die vermeintlich von außen gesetzten Erwartungen erfüllst.“

3. Hilfe zur Selbsthilfe bedeutet nicht nur bei den Symptomen der Patienten anzusetzen, sondern einen anderen und angemesseneren Umgang mit den erfahrenen Einschränkungen im Alltag zu entwickeln. Angehörige oder Ärzte sollten sie dabei unterstützen, einen **offeneren und offensiveren Umgang mit Ärgernissen** zu finden: sich aktiv wehren, Verluste oder Niederlagen nicht einfach hinnehmen, sondern betrauern. Bereit sein, Einschränkungen nicht nur als Kränkung zu erleben, sondern als Anstoß, sich selbst und seine Umwelt aktiv in Frage zu stellen.

4. Angehörige, aber auch Apotheker und Ärzte erleben es oft als belastend, dass Patienten ständig um sich kreisen. Hilfreich ist es, wenn sie sich mit den Patienten mitbewegen und **empathisch ihren Drehungen folgen**, sie ihnen aber auch vorsichtig helfen, den Blick für anderes zu öffnen. Das erfordert aber auch bei den Patienten den Mut, den Mantel des Schweigens abzulegen und andere daran teilhaben zu lassen, wie es ihnen wirklich geht.

5. Schnelle Behandlungserfolge sind angesichts der seelischen Stilllegung nicht zu erwarten. Der Anspruch auf Schnelligkeit belastet die Behandlung und produziert häufig neue Einschränkungs-Erlebnisse. Für Angehörige und Ärzte ist es wichtig, **kleine Schritte zu vereinbaren** und mit den Patienten eine Behandlungs-Perspektive zu entwickeln, die auch nach Abklingen der Symptome weitergeführt wird.

6. Dabei ist es auch wichtig, gemeinsam mit den Patienten Priorisierungen zu entwickeln. Das selbstzerstörerische ‚Alles-oder-nichts-Prinzip‘ kann nur aufgelöst werden, wenn mit dem Patienten ein **Reflektions-Prozess** einsetzt, was wirklich wichtig ist und von welchen Ansprüchen oder Aufgaben man sich kurz- und langfristig verabschieden will.

7. Im Zuge des (Selbst-)Behandlungs-Prozesses wird es auch wichtig, **schrittweise Verantwortung zu übernehmen** bzw. zu übertragen. Konkrete Aufgaben und Dienste sollen erteilt werden. Dadurch wächst allerdings auch wieder die Gefahr zu versagen, zu scheitern und sich schuldig zu machen. Hier brauchen die Patienten die (Selbst-) Erlaubnis, auch einmal zu scheitern, sich „schmutzig“ oder „unbeliebt“ zu machen. Die Botschaft: Der Wille zur Perfektion ist ein Schreckgespenst, das die Menschen in die Erschöpfung treibt. Auch in unserer heutigen Zeit ist persönliche Entwicklung ohne persönliche Schuld und Begrenzung nicht möglich.

8. Mit **Selbstmedikation** können Betroffene erste Anzeichen wie Unruhezustände und Schlafstörungen wirksam lindern. **Pflanzliche Arzneimittel** bieten hier sehr gute Lösungen, um depressive Verstimmungen merklich auszugleichen.

Moderne Naturmedizin seit 120 Jahren

PASCOE Naturmedizin gehört zu den 100 modernsten mittelständischen Unternehmen Deutschlands. Die Erfolgsgeschichte des auf Naturmedizin spezialisierten Familienunternehmens begann vor drei Generationen und 120 Jahren, als Friedrich H. Pascoe 1895 sein erstes erfolgreiches Geschäftsjahr in der Apotheke in Mülheim an der Ruhr abschloss.

Friedrich H. Pascoe war ein Mann, der den Dingen auf den Grund ging. Zusammen mit dem Naturheilkundler Emanuel Felke erforschte er die Wirkung pflanzlicher und homöopathischer Arzneimittel. Gemeinsam entwickelten sie die Komplexmittelhomöopathie. 1918 gründete Pascoe in Gießen die „Apotheke Friedrich Pascoe“, die Wiege des heutigen Unternehmens. Mit dem wachsenden Produktportfolio entwickelte sich auch das Geschäft erfolgreich. Heute wird es von Jürgen F. Pascoe, dem Enkel des Gründers, geleitet.

Geschäftsführung: Jürgen F. Pascoe

Anzahl der Mitarbeiter: 200

Produkte: 200 naturheilkundliche und pflanzliche Arzneimittel, (Hochdosis-)Vitaminpräparate, homöopathische Komplexmittel und Nahrungsergänzungsmittel

Vertrieb und Standorte: Export in 30 Länder weltweit, 2005 Gründung PASCOE Canada, Toronto; seit 2006 Niederlassung in Österreich

Anspruch: Eine hohe Produktqualität, intensive Erforschung pflanzlicher Inhaltsstoffe, die seit der Unternehmensgründung kontinuierlich und mit immer moderneren Mitteln fortgeführt wird.

Forschung: Eigene Forschungsabteilung seit 1961 und Durchführung zahlreicher klinischer Wirksamkeits- und Verträglichkeits-Studien in Kooperation mit Kliniken sowie niedergelassenen Ärzten und Heilpraktikern; Dokumentation über zwei Millionen Patientendaten

Entwicklung: Beteiligung an internationalen Forschungsvorhaben, Partnerschaften im universitären und naturwissenschaftlichen Bereich

Als erstes Pharmaunternehmen weltweit wurde PASCOE zudem FSC®-zertifiziert (Forest Stewardship Council®) und verpflichtete sich damit, ausschließlich Papier aus nachhaltiger, verantwortungsvoller Waldwirtschaft zu verwenden. 2012, 2013 sowie 2014 wurde PASCOE außerdem als einer der besten Arbeitgeber Deutschlands mit dem Gütesiegel „Great Place To Work“ ausgezeichnet. Im Jahr 2014



wurde PASCOE darüber hinaus zum dritten Mal mit dem Gütesiegel „Top 100“, dem Innovationspreis für mittelständische Unternehmen, ausgezeichnet.

Pressekontakt PASCOE

PASCOE pharmazeutische Präparate GmbH
Stefanie Wagner-Suske
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Schiffenberger Weg 55
35394 Gießen
Telefon: 0641 7960-330
E-Mail: stefanie.wagner-suske@pascoe.de



Newsletter Naturmedizin
Melden Sie sich an unter www.pascoe.de

Das rheingold institut zählt zu den renommiertesten Adressen der qualitativ-psychologischen Wirkungsforschung und ist eines der letzten unabhängigen Marktforschungsinstitute in Deutschland. Das Institut hat sich mit seinen rund 50 festen Mitarbeitern und 120 freien Auftragnehmern – überwiegend Diplom-Psychologen – auf tiefenpsychologische Kultur-, Markt- und Medienforschung spezialisiert. Ihre Analysen erarbeiten die Kölner auf der Basis der morphologischen Markt- und Medienforschung, die an der Universität Köln entwickelt wurde. Jahr für Jahr liegen bei rheingold über 7.000 Frauen und Männer „auf der Couch“. Dabei analysieren die Wissenschaftler auch die unbewussten seelischen Einflussfaktoren und Sinnzusammenhänge, die das Handeln eines jeden Menschen mitbestimmen.

Das Team von rheingold ist in der Lage, Märkte, Marken, Produkte und gesellschaftliche Trends wie Konsumenten-Verhalten, Werte-Hierarchien, etc. auf höchstem Niveau zu analysieren und zu interpretieren. Eigens entwickelte Tools und Mechaniken stehen hierfür zur Verfügung, wenngleich die eigentliche Leistung das Sehen und Verstehen unbewusster Verhaltensweisen und Haltungen ist. Und die Expertise, diese zu vermitteln und zur Vorlage für strategische Prozesse zu gestalten. Darüber begleitet rheingold Unternehmen bei ihren strategischen Vorhaben, moderiert Boards, unterstützt bei Kreativ-Prozessen oder entwickelt Positionierungs-Szenarien. Alles auf der Basis jahrelanger Erfahrung mit Märkten, Marken und Prozessen. Das alles ist es, was das Institut zum führenden qualitativen Forschungs-Institut gemacht hat. Zu den Kunden des Instituts zählt neben öffentlichen Auftraggebern die Beletage der deutschen und europäischen Wirtschaft.

www.rheingold-marktforschung.de

www.facebook.de/rheingoldmarktforschung

Pressekontakt rheingold

rheingold institut
Thomas Kirschmeier
Unternehmenskommunikation
Kaiser-Wilhelm-Ring 46
50672 Köln
Telefon: 0221 91277744
E-Mail: kirschmeier@rheingold-online.de

Impressum

ViSdP: Thomas Kirschmeier, rheingold institut
Stefanie Wagner-Suske, PASCOE
Studie: Dipl. Psych. Stephan Grünewald,
Dipl. Psych. Birgit Langebartels (beide rheingold institut)
Text: Edgar Schnicke, Stephan Grünewald
Bilder: fotolia
Gestaltung: Jaspert Grafik & Design, Düsseldorf
Druck: Druckkollektiv, Gießen

