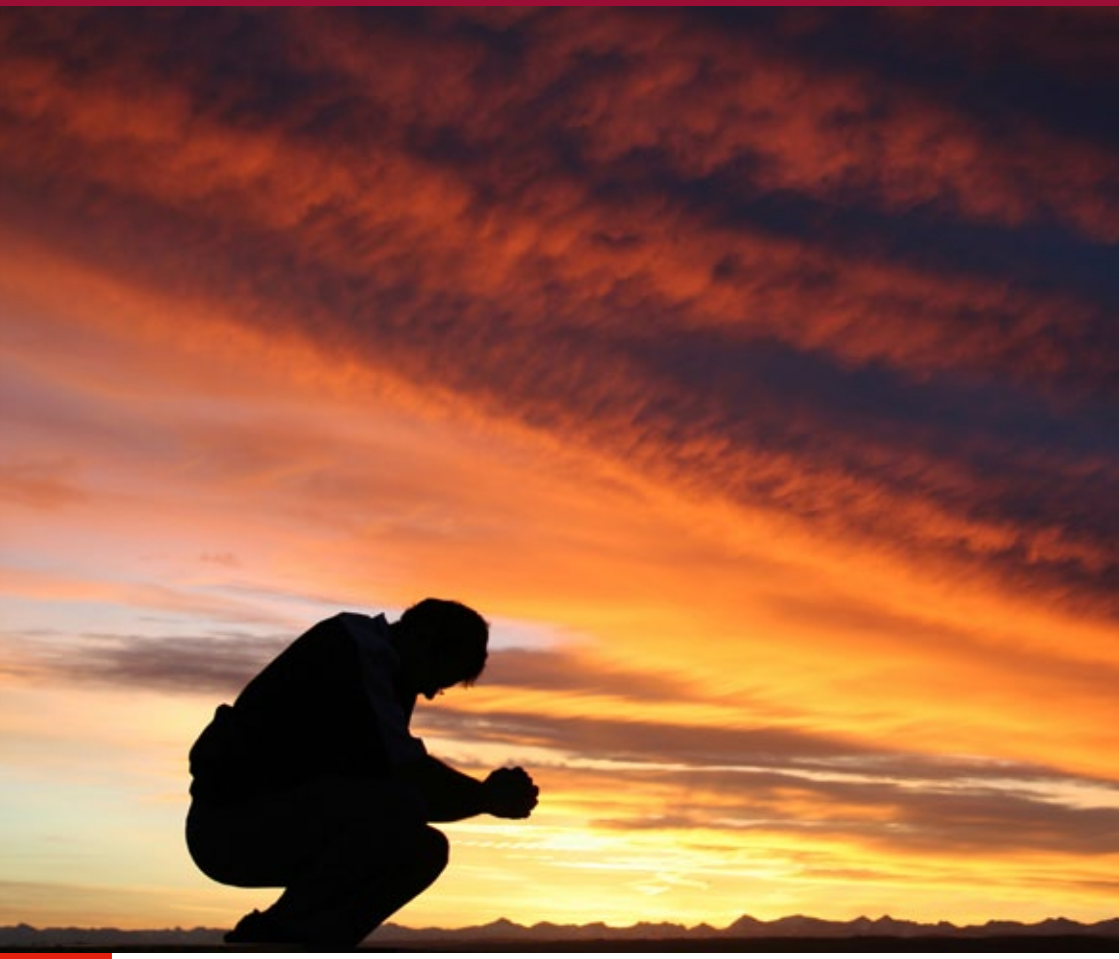
Wenn die Psyche Hilfe sucht

Ein LWL-Ratgeber



LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Inhalt

04 Vorwort

Typische Krankheitsbilder

06 Angststörungen
08 Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen
10 Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
14 Burn-out-Syndrom
16 Demenz
18 Depression
24 Essstörungen
30 Persönlichkeitsstörungen
32 Schizophrenie
34 Schlafstörungen
36 Sucht
40 Zwangsstörungen
42 Wie bekomme ich Hilfe? Wohin wende ich mich?
44 Wissenstest: Psychische Erkrankungen
46 Behandlungsverfahren

Der LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen

56 Ein starker Verbund für seelische Gesundheit
58 Unternehmensphilosophie
62 Aufbau der Kliniken im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen
66 Die Einrichtungen des LWL-PsychiatrieVerbundes Westfalen
68 Die LWL-Kliniken

Vorwort

Dr. Wolfgang Kirsch
LWL-Direktor

Helga Schuhmann-Wessolek
LWL-Krankenhausdezernentin

Das moderne Leben fordert Tribut: Leistungskraft und Ausdauer, Durchsetzungsvermögen und ein hohes Maß an Anpassungsfähigkeit in Beruf und Familie sind gefragt, um den Alltag meistern zu können.

Wer hinter den – eigenen oder fremdbestimmten – Erwartungen zurückbleibt, fühlt sich schwach, nicht selten sogar minderwertig. Dies umso mehr, wenn körperliche oder seelische Beschwerden hinzukommen.

Doch während organische Krankheiten normal und nachvollziehbar erscheinen, werden seelische Beschwerden immer noch ignoriert, schamhaft verschwiegen und als Makel empfunden. Und das trotz eines bemerkenswerten Anteils unserer Bevölkerung, der durch unterschiedliche seelische Störungen, die häufig mit körperlichen gekoppelt sind, in seiner Gesundheit beeinträchtigt wird.

Umso wichtiger ist es, über psychische Krankheiten zu informieren. Mit diesem Ratgeber möchten wir einen Beitrag dazu leisten und über die Ursachen und Wirkung von seelischen Erkrankungen informieren und zugleich verdeutlichen, dass kein Mensch in einer Belastungssituation gegen seelische Beeinträchtigungen gefeit ist. Körper und Seele bilden eine Einheit.

In den weiteren Kapiteln finden Sie nähere Informationen über verschiedene psychiatrische und psychotherapeutische Heilverfahren. Die differenzierte Beschreibung der 14 Kliniken des LWL-PsychiatrieVerbundes Westfalen gibt Ihnen eine erste Orientierung für die möglichen Hilfsangebote.

Wir hoffen, dass Ihnen dieser Ratgeber einen informativen Einblick vermittelt und hilft, einen Zugang zu geeigneten Hilfen zu finden.

Dr. Wolfgang Kirsch

Helga Schuhmann-Wessolek

Angststörungen

Rolltreppen können ebenso wie Fahrstühle oder große Höhen panische Angst auslösen

»Angst ist ein schlechter Ratgeber«, heißt es im Volksmund, aber auch: »Vorsicht ist die Mutter der Porzellankiste«.

In diesen beiden Redensarten wird ein durchaus gesunder Instinkt angesprochen – nämlich die Angst vor echten Bedrohungen, die dazu dient, sich selbst zu schützen und vor Fehlern zu bewahren.

Verbreitete Phobie: Angst vor Menschenmassen

Neben »gesunder« Angst gibt es aber auch krankhaft übersteigerte Ängste. Wann wird die Angst zur Störung? Wenn sie der tatsächlichen Bedrohung nicht mehr entspricht und damit mehr schadet als nützt. Manchmal betrifft sie nur bestimmte Dinge und Ereignisse wie das Fahrstuhlfahren, das Fliegen mit einem Flugzeug oder öffentliche Auftritte. Solche Ängste vor bestimmten Situationen nennen Fachleute Phobien.

Andere Menschen werden plötzlich und unerwartet von anfallsweiser Angst heimgesucht, man spricht auch von Panikanfällen. »Aus heiterem Himmel« verspüren sie von einem Moment auf den anderen körperliche Begleiterscheinungen und massive Angst. Beim einen äußert sich dies in Atemnot und Beklemmungsgefühlen, beim anderen in Herzrasen und Schwindel sowie plötzlicher Übelkeit. Betroffene führt der erste Weg meist zum Hausarzt, zum Internisten oder in die Notaufnahme eines Krankenhauses. Nach dem Angstanfall geht es ihnen erst einmal gut – was bleibt, ist die Angst vor dem nächsten Anfall, man spricht auch von der »Angst vor der Angst«.

Schließlich gibt es noch einen Typus von Angsterkrankungen, bei dem die Betroffenen mehr oder minder beständig unter diffuser Anspannung und chronischen Befürchtungen leiden. Über Tage, Wochen und Monate hinweg bestehen nicht genau abgrenzbare, allgemeine Angstbeschwerden. Diese sogenannten generalisierten Angsterkrankungen zermürben den Betroffenen und mischen sich häufig mit depressiven Verstimmungszuständen.

Die Formen der Angst sind facettenreich. Angst kann sich hinter der Maske völliger Beherrschtheit verbergen, aber auch dazu führen, dass Betroffene Hilfe im »Seelentröster« Alkohol suchen oder ungeeignete Beruhigungstabletten konsumieren. Heutzutage sind Angsterkrankungen in der Regel gut behandelbar. Es gibt sowohl Medikamente als auch Psychotherapieverfahren (s. Seite 46).

Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen

Einschneidende Veränderungen im Leben können den Alltag komplett durcheinander werfen

Eine schwere Krankheit, Trennung, Emigration oder der Tod eines nahe stehenden Menschen:

Der Verlust eines geliebten Menschen ist schmerzhaft

Jeder Mensch erfährt in seinem Leben mehr oder weniger tiefgreifende Veränderungen, die seinen Alltag durcheinanderwerfen und eine erhebliche Belastung bedeuten. Menschen können sich nach einiger Zeit vielen Veränderungen anpassen. Andere Veränderungen überfordern die Anpassungsfähigkeit der Betroffenen so sehr, dass diese darauf mit Depressionen, Ängsten oder anderen psychischen Störungen reagieren. Das gilt z. B. auch für chronische Belastungen wie die Pflege eines schwer kranken Angehörigen, langzeitige Arbeitslosigkeit oder extreme Arbeitszeiten.

Wenn die Reaktionen so stark sind, dass sie zu einer länger anhaltenden Beeinträchtigung der sozialen Leistungsfähigkeit oder des emotionalen Erlebens führen, spricht man von einer Anpassungsstörung. Menschen, die unter einer Anpassungsstörung leiden, benötigen Hilfe bei der Bewältigung der Belastungen. Es werden Wege gesucht, die Belastungen abzubauen oder – wenn dies nicht möglich sein sollte – mit den Belastungen besser umzugehen. Als hilfreich hat sich die Anwendung einer Psychotherapie (s. Seite 46) erwiesen.

Neben den beschriebenen sogenannten kritischen Lebensereignissen und chronischen Belastungen erleben manche Menschen schwerste Ausnahmesituationen, die das psychische System an die Grenze seiner Möglichkeiten bringen. Dazu gehören Katastrophen wie ein Erdbeben oder ein Flugzeugabsturz. Ebenso können Gewalttaten wie ein Raubüberfall, eine Vergewaltigung oder eine Misshandlung Auslöser sein. Häufig treten die Symptome auch bei Soldaten nach Kriegseinsätzen oder bei Zeugen solcher Ereignisse – zum Beispiel Feuerwehrleuten, die die Opfer bergen müssen – auf.

Die Folgen sind intensive Angst, Hilflosigkeit und Entsetzen, sowohl während des Ereignisses als auch manchmal noch Jahre später. Danach tritt meistens Empfindungsverlust oder ein Gefühl des Losgelöstseins von der Realität oder dem eigenen Körper auf. Manche erleben einen Gedächtnisverlust für die Zeit der Katastrophe (Amnesie). Andere durchlaufen sie immer wieder neu, manchmal so realistisch, als befänden sie sich tatsächlich wieder in der Situation (Flash back).

Sehr oft sind die Betroffenen ständig angespannt, schrecken bei Kleinigkeiten hoch oder sind gereizt und leiden unter Konzentrationsschwäche. Manche werden von Schuldgefühlen gequält, weil sie die Ereignisse nicht verhindern konnten oder weil sie selbst überlebt haben. Treten die Symptome wenige Tage bis einen Monatnach dem katastrophalen Ereignis, einem sogenannten Trauma, auf, spricht man von einer akuten Belastungsreaktion. Hier können oft bereits wenige stützende Gespräche helfen, wieder in den Alltag zurückzufinden. Dauern die Reaktionen jedoch weitaus länger, sind es posttraumatische Belastungsstörungen. Akute wie posttraumatische Belastungsstörungen beeinträchtigen zumeist das psychische Befinden und die Lebensqualität der Betroffenen.

Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Ist die »hyperkinetische Störung«, wie die ADHS noch heute oft genannt wird, ausschließlich eine kinder- und jugendpsychiatrische Krankheit?

Das »Zappelphilipp-Syndrom« wachse sich im Jugend- oder spätestens im Erwachsenenalter aus – so war bis vor etwa zehn Jahren nicht nur die öffentliche Meinung, sondern auch die Ansicht der Fachleute.

Spätestens seit den 2000er-Jahren ist aber in der Europäischen Fachwelt bekannt: Die »Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung« (ADHS) tritt sowohl im Kindesalter als auch bei Erwachsenen auf. Etwa ein Drittel der als Kind mit ADHS diagnostizierten Patientinnen und Patienten behält die Erkrankung bis ins Erwachsenenalter, und ein weiteres Drittel leidet zumindest unter einigen der folgenden Symptome:

Aufmerksamkeitsstörungen: Die Betroffenen machen häufig Flüchtigkeitsfehler, haben Probleme, längere Zeit bei einer Sache zu bleiben, scheinen nicht richtig zuzuhören, wenn man mit ihnen spricht, führen Anweisungen oft nicht vollständig durch, haben Schwierigkeiten, ihre Aktivitäten zu organisieren, vermeiden länger dauernde Anstrengungen, verlieren, verlegen oder vergessen wichtige Dinge und lassen sich leicht ablenken.

ADHS ist die am häufigsten diagnostizierte psychiatrische Störung im Kindes- und Jugendalter

Hyperaktivität und Impulsivität: Die Betroffenen sind körperlich oder innerlich sehr unruhig, zappeln oder hibbeln, können nicht lange sitzen, haben Probleme, sich ruhig zu verhalten, sind immer »auf Achse«, reden oft sehr viel, platzen mit ihren Antworten heraus, bevor die Fragen zu Ende gestellt wurden, können kaum warten, bis sie an der Reihe sind und unterbrechen oder stören andere häufig.

Neben diesen Kernsymptomen bestehen oft Schwierigkeiten durch ein cholerisches Temperament, eine Stressüberempfindlichkeit und Stimmungsschwankungen.

Hauptsächlich werden ein »Mischtyp« mit sowohl Unaufmerksamkeits- als auch Hyperaktivitäts-/Impulsivitäts-Symptomen und ein »vorwiegend unaufmerksamer Typ« (von Laien nicht selten ADS genannt) der ADHS unterschieden.

Jeder Mensch zeigt zumindest zeitweise einige der oben genannten Symptome. Die Diagnose einer ADHS (im Kindes-, Jugend- oder Erwachsenenalter) wird jedoch erst gestellt, wenn sehr viele dieser Merkmale über einen längeren Zeitraum und sehr

Die Übergänge zwischen einem »unkonzentrierten«, »lebhaften« Kind und dem Krankheitsbild ADHS sind fließend.

ausgeprägt vorhanden sind. Die Störung muss im Grundschulalter begonnen haben und zu wesentlichen Beeinträchtigungen in mindestens zwei verschiedenen Lebensbereichen (z. B. am Arbeitsplatz und zu Hause) führen.

Die Übergänge zwischen einem »unkonzentrierten«, »lebhaften« Kind und dem Krankheitsbild ADHS sind fließend. Beratung sollte unbedingt dann gesucht werden, wenn das betroffene Kind oder das Umfeld an den Symptomen leiden, d.h. die Beziehungen zu Mitmenschen gestört sind oder das Unfallrisiko sehr hoch ist. Unbehandelt steigt das Risiko für Unfälle, schulische und berufliche Misserfolge, sozialen Abstieg und Isolierung sowie Suchterkrankungen.

In der Behandlung sollten verschiedene Ansätze kombiniert werden, vor allem Psychoedukation (Information, Beratung), Psychotherapie (z. B. ein Fertigkeiten-Training in der Gruppe) und Medikamente (Stimulanzien wie Methylphenidat und aufmerksamkeitsverbessernde Antidepressiva). Manche Betroffene profitieren auch von einem Konzentrationstraining am Computer, einem Coaching (Begleitung durch eine erfahrene Person als Berater und Helfer) oder von privaten sportlichen Aktivitäten. Bestimmte Diätmaßnahmen oder Nahrungsergänzungsmittel haben sich nicht als grundsätzlich hilfreich erwiesen. In jedem Fall ist aber ein ausgewogener Lebensstil mit ausreichendem Schlaf und gesunder Ernährung einschließlich der Vermeidung von (zu viel) Alkohol und Zigaretten sinnvoll.

Nicht jedes unaufmerksame, impulsive Kind hat ADHS. Daher ist eine genaue ärztliche Abklärung notwendig.

Burn-out-Syndrom

Volkstümlich ist der Begriff des »Ausgebranntseins« schon lange bekannt.

Stress im Beruf und in der Familie kann Körper und Psyche schwer belasten

Als psychiatrisches Krankheitsbild wird das »Burn-out-Syndrom« erst seit wenigen Jahren diskutiert. Kritiker sprechen von einer »Modediagnose«. Gemäß der »Internationalen Klassifikation der Erkrankungen« der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird das »Burn-out-Syndrom« lediglich als ein Faktor gewertet, der den Gesundheitszustand beeinflusst, aber nicht als eigenständige Erkrankung.

Wie »ausgebrannt« fühlen sich Menschen mit Burn-out-Syndrom

Mit dem »Burn-out-Syndrom« wird ein Zustand bezeichnet, der am Ende einer Entwicklung steht, die mit Enthusiasmus beginnt und über Stagnation, Frustration und Apathie sich ausbildet. Typische Symptome sind reduzierte Leistungsfähigkeit (fehlender Antrieb) und gedrückte Stimmung, verbunden mit dem Gedanken, dass einem alles zu viel ist. Es können auch psychosomatische Beschwerden auftreten und Suchterkrankungen ihren Beginn haben. Abzugrenzen ist die »depressive Anpassungsstörung«, deren Auslöser belastende Ereignisse, Situationen oder Lebenskrisen von nicht außergewöhnlichem Ausmaß sind, und die mit ähnlicher Symptomatik einhergeht. Typischerweise beginnt die Entwicklung hin zu einem »Burn-out-Syndrom« mit einer enthusiastischen Phase, bei der eigene Bedürfnisse für ein bestimmtes (berufliches) Ziel hintenangestellt werden und ohne Erholungs- und Entspannungsphasen gearbeitet wird. Häufig fühlen sich die Betroffenen in dieser Phase unentbehrlich und als die einzige Person, die weiß, »wie´s geht«. Misserfolge werden ignoriert und im Verlauf werden Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, unspezifische körperliche Symptome erste Boten der nahenden Erkrankung. Es treten auch gereizte Verstimmungszustände auf. Begünstigende Faktoren für die Erkrankung sind Persönlichkeitszüge mit Perfektionsstreben und ein Helfersyndrom, objektive Überforderung, organisationspsychologische Ursachen und gesellschaftliche Faktoren.

Entsprechend der Vielzahl von Faktoren, die das Entstehen der Erkrankung beeinflussen, muss die Behandlung verschiedene Ansatzpunkte umfassen: Arbeit am Selbstbild, Veränderung der beruflichen Situation und des Freizeitverhaltens, Entspannungstechniken, gegebenenfalls medikamentöse Unterstützung.

Demenz

Demenz verursacht Orientierungslosigkeit

Wichtig ist eine frühe Diagnose, um rechtzeitig vorhandene Behandlungsangebote zu nutzen.

Zunehmende Vergesslichkeit ist ein frühes Symptom einer Alzheimer-Demenz

Auffälligste Anzeichen einer Demenz sind zunehmende Vergesslichkeit bis hin zum Gedächtnisverlust, veränderte Emotionalität, veränderte Denk- und Urteilsfähigkeit und zunehmende Anpassungsschwierigkeiten an soziale Situationen. Ihre vielfältigen Auswirkungen zeigen sich an Orientierungslosigkeit, Verwirrtheit, Sprachstörungen bis hin zu tief greifenden Veränderungen der Persönlichkeit. Normalen Tagen völliger Klarheit können Tage mit Verwirrtheit folgen. Bei diesem Krankheitsbild sind die genannten Symptome nicht permanent vorhanden.

Wichtig ist eine frühe Diagnose, um rechtzeitig vorhandene Behandlungsangebote zu nutzen. Gedächtnisambulanzen in den LWL-Kliniken bieten entsprechende Diagnosemöglichkeiten.

Unter den verschiedenen Formen der Demenz ist die »Alzheimer-Krankheit« die häufigste (70 %). Die schwindende Leistungsfähigkeit im Alter ist keineswegs ungewöhnlich, sondern oftmals normal. Ein früher Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit, etwa schon mit 50 Jahren, oder deutliche Veränderungen der Persönlichkeit können krankhaft sein. Bei einer sehr seltenen Form (1 %) konnte ein Erbfaktor identifiziert werden, und bei der sogenannten »Multiinfarkt-Demenz« ist jahrelang z. B. erhöhter Blutdruck mitverantwortlich. Andere Faktoren wie erhöhte Blutfette und Diabetes können das Risiko einer solchen Erkrankung verstärken.

Die Ursachen der meisten Demenzen sind allerdings bis ins Detail noch nicht erforscht. Das gestaltet ihre Behandlung und die Prävention schwierig. Das regelmäßige Training der geistigen und körperlichen Fähigkeiten kann den Fortgang der Erkrankung verlangsamen. Und es gibt Möglichkeiten, die Lebensqualität betroffener Menschen zu steigern. Im Zentrum von Therapien und Pflege steht immer, den Patientinnen und Patienten das Gefühl von Zuwendung und Geborgenheit zu geben, ihren Geist anzuregen und mit Geduld auf sie einzugehen. In der Regel übernehmen die nächsten Angehörigen die Pflege und Versorgung von Demenz-Kranken. Für viele Betroffene sind aber auch spezielle Wohn- und Betreuungsformen wie zum Beispiel Hausgemeinschaften, Wohngruppen in Altenheimen oder Pflegestationen wichtige Anlaufstellen, wenngleich die erkrankten Menschen selbst sich mitunter zunächst dorthin abgeschoben fühlen. Oftmals geht jedoch bei den Angehörigen der Kraftaufwand für die Pflege und Betreuung über das Maß des Möglichen hinaus.

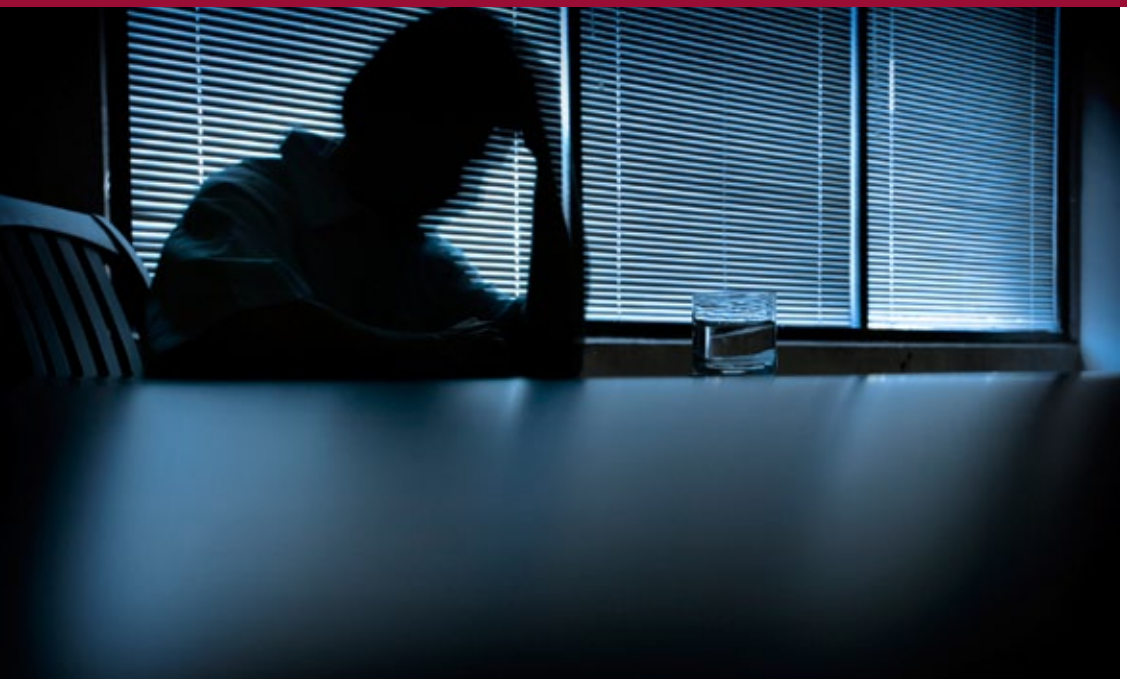
Depression

Allein in Deutschland leiden rund vier Millionen Menschen an einer Depression.

Obwohl Depression eine sehr häufige Erkrankung ist, wird sie in der Öffentlichkeit wenig wahrgenommen und oft missverstanden. Wie Diabetes oder Bluthochdruck, ist auch eine Depression nicht Ausdruck persönlichen Versagens, sondern eine Erkrankung, die jeden treffen kann, unabhängig von Beruf, Alter und sozialem Stand. Oft bricht die Depression in einen bis dahin gut funktionierenden Alltag ein. Manchmal ist sie nur schwer von einer alltäglichen Verstimmung oder einer Lebenskrise zu unterscheiden. Häufig denken Betroffene und Arzt oder Ärztin zunächst an eine körperliche Erkrankung. Bei genauem Nachfragen ist jedoch fast immer eine sichere Diagnose möglich. Dies ist sehr wichtig, da die meisten depressiven Menschen erfolgreich behandelt werden können. Wird die Depression nicht erkannt, führt dies zu unnötigem Leiden und zur Gefährdung der Betroffenen, im schlimmsten Fall bis zur Selbsttötung. Depression ist keine »Einbildung«, sondern eine häufige und oft lebensbedrohliche Erkrankung, die heute sehr gut behandelt werden kann. Depressionen sind weder persönliches Versagen noch unabwendbares Schicksal.

Oft geht der Depression eine besondere Belastung, etwa der Verlust einer geliebten Person oder eine anhaltende Überforderung, voraus. Sie kann aber auch wie ein Blitz aus heiterem Himmel

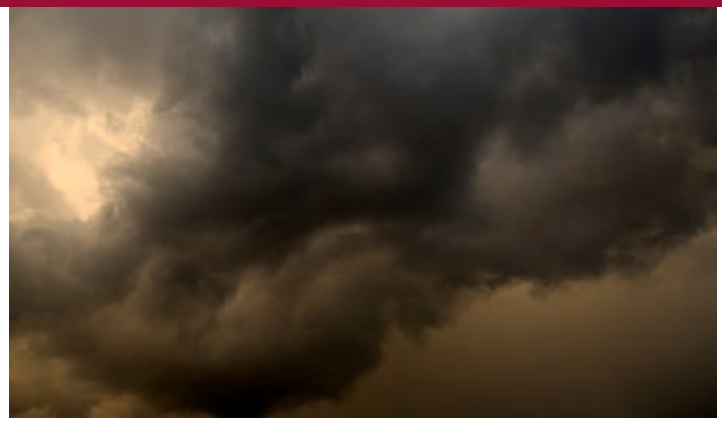
Eine Depression kann jeden treffen – unabhängig von Beruf, Alter und sozialem Stand. Oft bricht die Depression in einen bis dahin gut funktionierenden Alltag ein.



Depressive Menschen fühlen sich oft antriebslos und leer

kommen. Viele Betroffene erleiden nur eine einzige, über Wochen oder Monate andauernde depressive Phase in ihrem Leben, bei anderen kehrt die Depression wieder. Manche Menschen geraten in den trüben Herbst- und Wintermonaten besonders leicht in eine depressive Bedrücktheit.

Nicht alle, die an einer Depression erkranken, leiden unter denselben Symptomen. Nicht immer muss die depressive Verstimmtheit im Vordergrund stehen: Bei manchen überwiegen der fehlende Antrieb und Schwung, bei anderen eine rastlose innere Unruhe. Oft kommt es zu Schlafstörungen und vielfältigen körperlichen Beschwerden. Auch geht das Interesse an Sexualität verloren. Neben ausgeprägter Freud- und Gefühllosigkeit mit innerer Leere kommt es häufig zu Konzentrationsstörungen und manchmal auch zu beklemmender Angst. Der Schweregrad ist unterschiedlich, bis hin zum völligen Erliegen des normalen Alltags. Auch Sonderformen wie eine Alters- oder Wochenbettdepression kön-



Kampf gegen die schwarze Wolke: Depressionen sind heute gut behandelbar

nen auftreten. Wenn Sie im Zweifel sind, ob Sie an einer Depression leiden, gehen Sie zum Arzt oder Psychotherapeuten.

Depressionen können heute mit großem Erfolg behandelt werden. Dank medikamentöser Therapie und psychotherapeutischer Verfahren stehen hochwirksame Behandlungsmethoden zur Verfügung. Leider kommen sie jedoch zu selten zum Einsatz, weil Depressionen noch immer häufig übersehen werden. Aus der Forschung wissen wir, dass bei einer Depression Störungen im Stoffwechsel des Gehirns ganz unabhängig vom konkreten Auslöser auftreten. Genau hier setzen antidepressive Medikamente an und tragen dazu bei, den veränderten Stoffwechsel auszugleichen. Die depressiven Symptome lassen nach. Um einen Rückfall zu vermeiden, ist meist eine regelmäßige und oft Monate dauernde medikamentöse Therapie notwendig. Antidepressiva machen nicht abhängig, sie verändern auch nicht die Persönlichkeit.

In einer Psychotherapie (s. Seite 46), die sich insbesondere bei leichten und mittelschweren Depressionen bewährt hat, erwerben die Betroffenen Strategien, um anders mit ihren Problemen umzugehen. Wenn Angehörige verstehen, dass es sich bei einer Depression um eine ernsthafte Erkrankung handelt, können sie durch ihre Unterstützung ebenfalls einen wichtigen Beitrag für die Bewältigung der Depression leisten.

Experteninterview

Dr. Josef J. Leßmann
Dr. Josef J. Leßmann ist Ärztlicher Direktor der LWL-Kliniken in Lippstadt und Warstein. Er ist Experte für Depressionen und ihre Behandlung.

Volkskrankheit Depression – Es kann jeden treffen.

Rund vier Millionen Menschen in Deutschland leiden an einer Depression. Sie ist damit eine der verbreitetsten seelischen Erkrankungen überhaupt. Dennoch nimmt sie in der gesellschaftlichen Diskussion immer noch eine eher untergeordnete Rolle ein. Erst die Betroffenheit über erkrankte Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens, wie Nationaltorwart Robert Enke, haben das Tabu-Thema Depression wieder in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt.

Herr Dr. Leßmann, ist die Depression wirklich eine »Volkskrankheit«?

Es kann prinzipiell jeden treffen. Im Laufe des Lebens erkranken durchschnittlich rund zehn Prozent der Männer und 20 Prozent der Frauen an einer Depression. Zunehmend sind depressive Störungen der Grund für vermehrte Krankheitsausfallzeiten am Arbeitsplatz und für vorzeitige Berentungen.

Woran erkennen Laien eine Depression, gar eine Suizidgefahr?

Die Betroffenen ziehen sich zunehmend zurück, werden stiller, nachdenklicher, reagieren weniger prompt und zielgerichtet auf Ansprache. Aber: Man guckt ihnen nur vor den Kopf; wie's innen aussieht und was da abläuft, bleibt meist unkalkulierbar.

Warum wird sie verdrängt? Was sind Ihre Erfahrungen?

Vielfach schämen sich die Betroffenen, nicht mehr zu funktionieren, den Lebensanforderungen nicht mehr gerecht werden zu können, und wollen nicht als Verlierer abgestempelt werden. Allgemein in der Gesellschaft gelten ja Jugend, fit sein und Leistungsfähigkeit als hohe Ansprüche und Ideale, denen alle gern gerecht werden wollen. Es gibt aber immer mehr Menschen, die dem nicht standhalten, was sie aber sich selbst und ihrer Umgebung nicht gerne eingestehen.

Ist eine Depression angeboren oder erworben?

Es gibt keine klassisch vererbbare Depression. Wohl aber kann diese Krankheit in einer Familie vermehrt auftreten. Die Mediziner sprechen da von einer familiären Disposition, von einer Veranlagung. In den allermeisten Fällen gibt es aber in der Lebensgeschichte der Betroffenen Ereignisse oder Verletzungen, die nicht gleich von der betroffenen Person verarbeitet werden können, chronisch innerlich weiterbrodeln – so kann es auf diesem Wege zu einer Depression kommen.

Gibt es einen »typischen« Gefährdeten? Sind »Promis« besonders anfällig?

Es gibt Menschen, die haben »von Natur aus« eine gedrückte oder depressive Persönlichkeitsstruktur, verarbeiten Anforderungen oder Kränkungen nicht so leicht wie viele andere, beziehen viele Dinge negativ auf sich selbst und leiden darunter. Solche Menschen sind natürlich besonders gefährdet, eine Depression von Krankheitswert zu entwickeln. Prominente stehen häufig im Stress, unter Druck, und sind immer der Öffentlichkeit ausgesetzt. Nicht alle von ihnen verkraften dies auf Dauer gut. Und je weniger offen sie mit sich, ihren Problemen und Anfeindungen umgehen, desto eher kommt es dazu, dass sie »die Probleme in sich hineinfressen«, damit nicht fertig werden und dieses sie krank macht. Das Erbringen von Leistung und Sport hat aber eigentlich zunächst einmal einen anti-depressiven Charakter. Aber auf Dauer kann das ständige Gefordertsein in der Öffentlichkeit auch zu großen inneren, psychischen Problemen führen.

Was muss nach Ihrer Ansicht gegen das Tabuisieren der Depression getan werden?

Angehörige, Hausarzt, Psychologen oder auch Nervenärzte sollten Menschen, die zu verstehen geben, dass sie Probleme haben, ganz offen darauf ansprechen, ob sie sich depressiv fühlen oder sogar eventuell Gedanken haben, sich das Leben zu nehmen. Je klarer diese Themen auf den Punkt gebracht werden, desto leichter fällt es den Betroffenen, darüber zu reden. Häufig sind solche Anstöße von außen dann der »Dammbruch«, dass die Patienten eine Erleichterung und Entlastung erfahren können. Genau vor diesem Hintergrund bieten wir zum Beispiel in unseren Kliniken und Tageskliniken Lippstadt und Warstein auch spezielle regelmäßige Angehörigengruppen von depressiv erkrankten Menschen an. Diese werden auch gerne und gut angenommen.

Essstörungen

Essstörungen entstehen zumeist aus seelischen Belastungen.

Menschen mit Essstörungen beschäftigen sich ständig mit dem Thema »Essen«

Zu den Essstörungen zählen Magersucht (Anorexia nervosa), Bulimie* (Bulimia nervosa) und die sogenannte Binge Eating-Störung**. Letztere ist durch unkontrollierte Essattacken gekennzeichnet, die mehrfach in der Woche auftreten, ohne dass die Betroffenen kompensatorische Gegenmaßnahmen – wie z. B. extremen Sport, Hungern oder Erbrechen – ergreifen.

Essstörungen entstehen zumeist aus seelischen Belastungen und können schwere körperliche Folgen nach sich ziehen. Die Prognose insbesondere der Magersucht ist sehr ernst. So liegt die Letalität der Magersucht bei 5 % nach fünf Jahren, fast 15 % nach 20 Jahren. Widersprüchlich erscheint, dass sich an Essstörungen erkrankte Menschen fast ständig mit Essen und Trinken beschäftigen. Anfallartigen Essattacken folgen Phasen tiefer Niedergeschlagenheit und intensiver Selbstanklagen wegen der vermeintlich »ruinierten« Figur. Durch gegenregulatorische Maßnahmen wie Fasten, Erbrechen, Abführmittel oder exzessiven Sport wird jeder auch phantasierten Gewichtszunahme entgegengewirkt. Im Unterschied zu den magersüchtigen Menschen halten die bulimischen in der Regel ein normales oder nur gering unterdurchschnittliches Gewicht. Fasten ist die Voraussetzung für die Bulimie wie auch für die Anorexie. Da aber jede zweite Frau in Deutschland in ihrem Leben eine längere Fastenperiode einlegt, stellt Fasten eine notwendige, keinesfalls aber hinreichende Voraussetzung für die Entstehung dieser beiden Essstörungen dar. Während wir die Ursachen der Magersucht noch wenig verstehen, wahrscheinlich neben genetischen Faktoren psychische Probleme in der Kindheit und Adoleszenz eine Rolle spielen, liegt der Bulimie in der Regel ein problematisches Selbstwertgefühl zugrunde, dem die junge Frau mittels Gewichtsabnahme begegnen will. Das angestrebte Körpergewicht hat in der Regel ein permanentes Fasten- bzw. Diätverhalten zur Konsequenz. Kopfgesteuert müssen Gefühle des Hungerns permanent abgewehrt oder zumindest kontrolliert werden. Die Konsequenz dieses »gezügelten Essverhaltens« kann der Kontrollverlust sein, der Essanfall. Nicht zu unterschätzen hierbei ist die Rolle von Werbung und Medien, die makellose und extrem schlanke Körper propagieren, denen in der Realität kaum jemand entsprechen kann. Auf dieser Grundlage entstehen Depressivität und ein mangelndes Selbstwertgefühl, die der Bulimie den Weg ebnen.

Die Einsicht in das Vorhandensein einer Störung ist zumeist der erste und zugleich schwierigste Schritt auf dem Weg zur effektiven Behandlung der Essstörung. Sie ist langwierig und kompliziert, von vielen Rückfällen gekennzeichnet. Bei der Magersucht ist in der Regel eine stationäre Psychotherapie unumgänglich.

* Bulimie: Auf Phasen des Heißhungers bzw. unkontrollierten Essens folgen unmittelbar Phasen rigiden Fastens, selbst ausgelösten Erbrechens, Gebrauch von Abführmitteln oder exzessiven Sports. Vor allem jüngere Frauen sind von Bulimie betroffen und leiden häufig zusätzlich an depressiven Symptomen.

** »To binge« heißt übersetzt »schlingen« oder »ein Fressgelage abhalten«.

Experteninterview

Wenn nur noch das Gewicht zählt.

Interview mit Prof. Dr. Stephan Herpertz, Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der LWL-Universitätsklinik Bochum.

Professor Dr. Stephan Herpertz
Professor Dr. Stephan Herpertz ist Experte für Essstörungen und Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der LWL-Universitätsklinik Bochum.

Herr Professor Herpertz, welches sind die häufigsten Essstörungen?

Am häufigsten kommt die sogenannte Binge* Eating-Störung vor. Die Betroffenen haben mehrfach in der Woche unkontrollierte »Fressanfälle«. Sie unternehmen aber nach diesen Anfällen nichts, um einer Gewichtszunahme entgegenzusteuern. Deshalb sind Menschen mit Binge Eating-Störung oft übergewichtig. Eine andere verbreitete Essstörung ist die Bulimie. Fast zwei Prozent aller Menschen, zum größten Teil junge Frauen, erkranken daran. Bulimikerinnen streben in der Regel ein Gewicht an, welches unter ihrem physiologischen Gewicht liegt und sie dazu zwingt, ständig »kopfgesteuert« gegen ihren Hunger anzukämpfen (restriktives Essverhalten). Nicht selten kommt es zu einem Kontrollverlust, also unkontrollierten Fressattacken, die dann ein noch restriktiveres Essverhalten (Fasten) mit der Gefahr weiterer Kontrollverluste zur Folge haben. Fasten ist nur eine Gegenmaßnahme, um nicht zuzunehmen. Das kann auch Erbrechen sein, Einnahme von Abführmitteln oder mehrere Stunden Extremsport. Die häufig benutzte Bezeichnung »Ess-Brech-Sucht« ist also irreführend. Magersucht kommt seltener vor, ist aber die gefährlichste Essstörung. Magersüchtige hungern bis zur völligen Auszehrung, was schwere gesundheitliche Komplikationen mit sich bringen kann. Die Sterblichkeit ist bei Magersucht sehr hoch – höher als bei allen anderen psychischen Erkrankungen.

* »To binge« heißt übersetzt »schlingen« oder »ein Fressgelage abhalten«.

Gibt es Personengruppen, die besonders gefährdet sind?

Essstörungen treten fast immer zwischen Pubertät und dem 18. Lebensjahr auf. Betroffen sind bei der Magersucht und Bulimie fast ausschließlich Mädchen und junge Frauen. Nur von der Binge Eating-Störung sind zu 40 Prozent auch Männer betroffen.

Welche Ursachen stecken hinter Essstörungen?

Hinter Essstörungen stehen fast immer Selbstwertprobleme. Diese Probleme drücken sich bei Frauen häufig in einer Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper aus. Der Körper wird als zu dick empfunden und soll deshalb durch restriktives Essverhalten manipuliert werden. Die Frauen versuchen sich dem gängigen Schönheitsideal anzugleichen: »Du bist was, wenn Du dünn bist« – eine Botschaft, die auch die Medien vermitteln. Magersüchtige und Bulimikerinnen machen den Selbstwert ausschließlich am eigenen Körper fest; nur noch das Gewicht zählt.

Wie können Außenstehende Essstörungen erkennen?

Magersucht ist relativ einfach zu erkennen: Die Betroffenen werden dünn, magern regelrecht ab. Bei der Bulimie muss man schon genauer hinschauen. Indizien sind: große Gewichtsschwankungen, exzessive gedankliche Beschäftigung mit den Themen Essen und Gewicht, Konzentrationsstörungen und oft auch ein Nachlassen der schulischen Leistungen. Meist leiden auch

die sozialen Beziehungen der Betroffenen, da ihre Gedanken nur noch um Kalorien, Gewicht, Essen, Figur und Bewegung kreisen.

Wo hört eine Diät auf – wo beginnt die Störung?

50 Prozent aller deutschen Frauen machen einmal in ihrem Leben eine Diät. Bei einer Diät muss ich ja weniger essen, als der Körper haben will. Ich bekomme Hunger, werde aggressiv oder depressiv. Aber ich habe die Kontrolle über meinen Körper und das gibt mir ein gutes Gefühl. Zu einer Krankheit wird es, wenn sich das Verhalten verselbstständigt und das ganze Denken nur noch ums Essen, die Figur und die damit verbundene Angst, dick zu werden kreist. Essen wird nicht mehr durch die gesunde Wahrnehmung von Hunger, Sättigung, Appetit und Genuss gesteuert, sondern durch bewusste Planung und Kontrolle.

Wann müssen Essstörungen behandelt werden?

Sofort, wenn sie auftreten! Gerade bei Magersucht muss die Behandlung schnellstmöglich erfolgen. Am besten stationär in einer Klinik, wegen der drohenden gesundheitlichen Komplikationen. Bei Bulimie reicht oft auch eine ambulante Therapie. Dennoch gibt es auch hier Gründe, die eine stationäre Aufnahme erforderlich machen. Zum Beispiel, wenn die bulimischen Episoden bereits chronisch geworden sind und nicht mehr abhängig von aktuellen Konfliktsituationen auftreten.

Wie behandeln Sie in Ihrer Klinik essgestörte Menschen?

Wir verfolgen mit unserer Therapie zwei Ziele: Das erste ist die Normalisierung des Essverhaltens und des Gewichts. Das zweite Ziel ist die Lösung der zugrunde liegenden psychischen Probleme, das heißt, wir arbeiten mit den Patientinnen an ihrem Selbstwertgefühl und ihren zwischenmenschlichen Problemen, die zu der Essstörung geführt haben. Der Aufenthalt bei uns dauert bei Magersucht um die 12 bis 15 Wochen, bei Bulimie um die 8 Wochen. Danach machen die meisten einmal in der Woche mit einer ambulanten Gruppentherapie bei uns weiter. Das sichert den langfristigen Erfolg der Behandlung.

Die Waage bestimmt den Tag

Persönlichkeitsstörungen

Zu den häufigsten Störungen zählt die »Borderline-Persönlichkeitsstörung«, unter der zumeist Frauen leiden.

Persönlichkeitsstörungen verursachen hohen Leidensdruck

Jeder Mensch hat eine eigene Persönlichkeit. Bestimmte Eigenschaften und Verhaltensweisen, die sein ganzes Leben über weitgehend konstant bleiben, verleihen ihm eine unverwechselbare Individualität. Wenn eine oder mehrere Eigenschaften zu fortwährenden Anpassungsproblemen führen, persönliche Entwicklungsmöglichkeiten blockieren oder die Umwelt und die Mitmenschen belasten, spricht man von einer Persönlichkeitsstörung. Bestimmte Verhaltensmerkmale des persönlichkeitsgestörten Menschen weichen von denen des Bevölkerungsdurchschnitts ab – oft schon seit der Jugendzeit.

Zu den häufigsten Störungen zählt die »Borderline-Persönlichkeitsstörung«, unter der zumeist Frauen leiden. Der Begriff stammt vom englischen »borderline«, zu deutsch »Grenze«. Borderline-Persönlichkeiten sind Menschen, die stabil in ihrer Instabilität sind. Extreme Schwankungen zwischen gefühlsmäßigen »Hochs« und »Tiefs« sind an der Tagesordnung. Bei unerträglichen Zuständen von innerer Anspannung verletzen die Betroffenen sich mit dem Ziel der Spannungsabfuhr häufig selbst (z. B. durch Ritzen oder Schnittverletzungen meist an den Unterarmen) oder zeigen impulsiv-aggressives Verhalten, ohne an die Folgen zu denken. Borderline-Persönlichkeiten sind sich ihrer selbst nicht sicher und neigen dazu, auch ihre Bezugspersonen in rascher und unvorhersehbarer Folge entweder zu idealisieren oder zu entwerten. Die Instabilität ihres Gefühlslebens und der Beziehungsgestaltung führt zu Konflikten, sowohl im privaten wie auch im gesamten sozialen Umfeld. Borderline-Persönlichkeitsstörungen sind heute gut therapierbar, z. B. mit der dialektisch-behavioralen Therapie*.

* Die dialektisch-behaviorale Therapie zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung umfasst ein breites Spektrum therapeutischer Strategien und Techniken wie Verhaltenstherapie, Körpertherapie und Gestalttherapie. In der Therapie werden z. B. Stresstoleranz sowie der Umgang mit Gefühlen und Beziehungen geübt.

Eine andere häufige Form der Persönlichkeitsstörung ist die narzisstische Störung. Die betroffenen Menschen sind in hohem Maß auf Bewunderung und Anerkennung angewiesen. Auf Kritik reagieren sie mit Wut und Scham. In ihrem übertriebenen Selbstwertgefühl stellen sie die eigenen Fähigkeiten und Talente übertrieben dar und erwarten, ohne besondere Leistungen als »etwas Besonderes« betrachtet zu werden. Sie beschäftigen sich stets mit Phantasien grenzenlosen Erfolgs, Macht, Glanz, Schönheit und idealer Liebe.

Oft gehen Persönlichkeitsstörungen mit anderen psychischen Erkrankungen wie z. B. Depressionen, Ängsten, Süchten oder psychosomatischen Beschwerden einher.

Schizophrenie

Der Begriff Schizophrenie stammt aus dem Griechischen und heißt so viel wie »Spaltungsirresein«.

Unter Schizophrenie versteht man die Zersplitterung der Persönlichkeit

Schizophrenien zählen zu den häufigsten psychischen Krankheiten. Dennoch fällt es – vor allem den Betroffenen – schwer, sie zu identifizieren, zumal die Anfänge scheinbar ganz »normaler« Natur sind. Ängstlichkeit, Stimmungsschwankungen, Missverständnisse, Einsamkeit oder Passivität sind Gefühle, die jeder Mensch hin und wieder durchlebt, ohne deshalb schon schizophren zu sein oder sich dafür zu halten. Erst wenn die Merkmale, Anzeichen oder Signale eskalieren, sind es oftmals Angehörige, Freunde und Bekannte, die auf psychische Veränderungen aufmerksam werden und eine seelische Erkrankung vermuten, meistens eher als die Leidenden selbst.

Unter Schizophrenie versteht man die Zersplitterung der Persönlichkeit. Das Denken, Fühlen und Handeln bilden keine Einheit mehr und ist gewissermaßen aufgespalten.

Die meisten Menschen mit schizophrenen Erkrankungen halten sich für unverstanden bis hin zum Leiden unter Verfolgungswahn, verschließen sich ihrer Umwelt, reagieren panisch oder, wenngleich selten, überschwänglich begeistert. Viele kapseln sich immer mehr ab, schaffen ihre eigene Wirklichkeit, hören plötzlich Stimmen, die es nicht gibt (akustische Halluzinationen) und registrieren ihre Umgebung zunehmend als bedrohlich und feindselig.

Die gestörte Wahrnehmung der äußeren Wirklichkeit verursacht zudem abweichendes Erleben und Denken und daraus resultierend eine unlogische Willensbildung und Entscheidungsfindung. In der Folge entstehen tief greifende Zwiespältigkeiten, zeitweilig aber auch ein sich bis zum Starrsinn steigerndes Festhalten an einmal gewählten Einstellungen und Entscheidungen.

Markante Kennzeichen schizophrener Störungen sind Wochen oder Monate dauernde Krankheitsprozesse sowie höchst unterschiedliche Phasen und Verläufe. Zwischen den akuten Krankheitsepisoden sind monate- oder jahrelange stabile Abschnitte keine Seltenheit. Viele Patientinnen und Patienten werden nur ein- oder zweimal in ihrem Leben von schizophrenen Symptomen angegriffen. Auch in der modernen Medizin gibt es noch keine gesicherten Kenntnisse, die eine exakte Vorhersage über den Krankheitsverlauf zulassen. Aber es gibt inzwischen gute und hilfreiche Therapieansätze. Durch Früherkennung und eine möglichst frühzeitige Behandlung kann der Krankheitsverlauf günstig beeinflusst werden. Als Zentrum für Früherkennung und Therapie psychischer Störungen bietet zum Beispiel das »BoFit« an der LWL-Universitätsklinik Bochum Beratung, Behandlung und begleitende Hilfen für Betroffene.

Schlafstörungen

Schlafstörungen treten sehr häufig als ein Symptom anderer psychischer Erkrankungen auf.

Hinter Schlafstörungen stecken oft psychische Ursachen

Deshalb sollten hartnäckige Schlafstörungen immer Anlass sein, sich von psychiatrischer Seite untersuchen zu lassen.

Warum schlafen wir?

Der Schlaf dient einerseits der körperlichen Erholung, andererseits der Verarbeitung des tagsüber Erlebten. Hierunter ist vor allem das »Abspeichern« von Erinnerungen und Lernprozessen zu verstehen.

Der Körper holt sich den Schlaf, den er braucht! Die Mindestmenge von zwei bis drei Stunden Schlaf in 24 Stunden kann nur mit »Gewalt« verhindert werden. Bei diesen zwei bis drei Stunden ist es egal, ob dies am Stück oder in mehreren Etappen geschlafen wird. Es ist wichtig zu wissen, dass wir die Dauer unseres Schlafes nicht einschätzen können, da wir keinen Zeitsinn haben, wenn wir schlafen. Das heißt nur durch äußere Umstände, insbesondere natürlich über eine Uhr, können wir abschätzen, ob wir nur für Sekunden oder mehrere Stunden geschlafen haben. Dementsprechend schätzen Menschen mit Schlafstörungen grundsätzlich ihre Schlafdauer falsch, nämlich zu niedrig ein. Menschen, die die Bedeutung des Schlafes überschätzen, neigen dazu, auf Störungen des Schlafes mit Stress zu reagieren.

Suchtmittel und Schlaf

Alkohol und die verschreibungspflichtigen Schlafmittel verbessern das Einschlafen und verlängern in der Regel die Schlafdauer, führen aber zu einer Verschlechterung der Schlafqualität und somit zur verminderten Erholung durch den Schlaf.

Tipps für einen guten Schlaf

- Nicht tagsüber schlafen
- Schlafzimmer kühl und dunkel halten
- Keine körperlichen Anstrengungen vor dem Schlafengehen
- Keine aufputschenden Getränke abends – eventuell bereits nachmittags weglassen
- Keine schweren Mahlzeiten am Abend
- Die »Bettschwere« abwarten, d. h. nicht zu früh zu Bett gehen
- Zu-Bett-Geh-Ritual einführen
- Bett ausschließlich zum Schlafen aufsuchen
- Feste Zeiten – insbesondere feste morgendliche Aufstehzeit
- Wecker / Uhren aus Sichtweite
- Wenn Sie wieder wach werden: Liegen bleiben und sich sagen: »Der Körper holt sich den Schlaf, den er braucht – auch nur so zu liegen erholt mich ...«
- Wenn Sie nachts aufstehen: Licht auslassen

Sucht

Jeder Mensch, der lange genug und häufig genug eine ausreichende Menge Alkohol trinkt, wird alkoholabhängig.

Alkoholismus ist nach der Nikotinsucht die häufigste Sucht in unserer Kultur

Häufig wird zwischen »stoffgebundenen« (Nikotin, Alkohol, Medikamente, illegale Drogen) und »nicht stoffgebundenen« bzw. »verhaltensbezogenen« Süchten (Computer, Internet, Glücksspiel, Arbeit, Sex) unterschieden. Nachfolgend wird am Beispiel der Alkoholabhängigkeit »Sucht« erklärt.

Wie wird man abhängig?

Jeder Mensch, der lange genug und häufig genug eine ausreichende Menge Alkohol trinkt, wird alkoholabhängig. Dabei können Dauer, Häufigkeit und Trinkmenge individuell sehr unterschiedlich sein. Fest steht aber: Je jünger die Menschen bei Beginn, je höher das genetische Risiko, je unkritischer das jeweilige Umfeld den Alkoholkonsum sieht und je größer die tägliche Menge konsumierten Alkohols ist, umso schneller wird sich die Abhängigkeit entwickeln.

Warum wird man alkoholabhängig?

Jeder Mensch ist im Laufe seines Lebens diversen Belastungen und kritischen Situationen ausgesetzt. Jeder Mensch ist dabei unterschiedlich belastbar und verfügt über unterschiedliche Strategien, mit Belastungen umzugehen. Eine zunächst sehr erfolgreiche Strategie ist der Einsatz von Alkohol! Er hilft dem Ängstlichen, mutiger zu werden, dem Gestressten, besser zu entspannen, dem Traurigen, fröhlicher zu sein, und, und, und ... Da Alkohol in so vielen Lebenssituationen hilfreich erscheint, wird er immer öfter eingesetzt.

Warum ist Alkoholabhängigkeit eine Krankheit?

Wenn Alkohol sehr häufig getrunken wird, setzt eine Gewöhnung ein. Reichte früher ein »Feierabend-Bier«, müssen es im weiteren Verlauf zunächst zwei und dann immer mehr sein. Dies ist kein psychologischer Effekt, sondern ein körperlich-biologischer Prozess. Alkohol wirkt im Körper überwiegend – zumindest in höherer Dosierung – dämpfend, wie eine »Bremse« für Probleme und seelische Nöte. Der Körper gleicht diese Dämpfung im Rahmen der Gewöhnung aus, indem er der bremsenden Wirkung entgegensteuert – sozusagen »Gas gibt«. Das führt beim Ausbleiben von Alkohol zum Überwiegen der Gegenregulation (da der Körper weiter »Gas gibt«) – die Betroffenen werden unruhig, nervös, gereizt. Blutdruck und Puls steigen an – typische Entzugserscheinungen.

Was kann das Umfeld tun?

Verwandte, Freunde und Kollegen von Betroffenen sehen oftmals viel früher die Folgen des Alkoholkonsums, als der Betroffene selbst sich dies eingestehen kann. Angehörige sollen aber nicht Diagnosen stellen wie zum Beispiel »Du bist Alkoholiker«, sondern die negativen Veränderungen aktiv ansprechen, diese nicht entschuldigen und auch die Folgen nicht herunterspielen. Erst wenn für die Betroffenen erkennbar wird, dass die negativen Folgen des Alkoholkonsums größer sind als die Vorteile, wird die Veränderungsmotivation wachsen. Dann sind sie in aller Regel auch bereit, fachliche Hilfen in Anspruch zu nehmen.

Was kann man selbst tun?

Es gibt in Deutschland ein wohnortnahes, gut ausdifferenziertes Hilfesystem für jede Phase der Erkrankung. Ambulante Beratungen bieten Institutsambulanzen der LWL-Kliniken sowie Suchtberatungsstellen. Stationären Entzug bieten die psychiatrischen oder die suchtmedizinischen Abteilungen der LWL-Kliniken an. Weitere (nachstationäre) Hilfen gibt es in den LWL-Rehabilitationszentren und -instituten, Selbsthilfegruppen, psychiatrischen Institutsambulanzen und Beratungsstellen.

Experteninterview

Wenn Hemmungen und Hürden fallen.

Interview mit Glücksspielexperte Dr. Meinolf Bachmann über die Suchtgefahr von Glücksspielen im Internet.

Geldspielgeräte in Spielhallen, Kasinoautomaten und Roulette in Spielbanken. Bei diesen Glücksspielen ist die Suchtgefahr am größten. Doch auch das Internet ist ein gefährliches Pflaster. Dr. Meinolf Bachmann ist Spielsuchtexperte in der LWL-Klinik Gütersloh. Er weiß, wie hoch die Suchtgefahr unter Online-Zockern ist.

Herr Dr. Bachmann, ist der süchtige Online-Glücksspieler ein verbreitetes Phänomen?

In den vergangenen Jahren stieg die Zahl der Gütersloher Patienten, die Glücksspiel im Internet betrieben haben, erheblich. Sie konnten vor allem von typischen Casinospielen wie Roulette, Black Jack oder Poker nicht die Finger lassen. Auch Live-Wetten und Lotterien ziehen viele Spieler an. Das Suchtpotenzial ist hier besonders hoch.

Wird mit dem Verbot das Problem aus der Welt geschafft?

Zwar sind die meisten Glücksspiele im Internet in Deutschland nicht mehr erlaubt. Ausgetrocknet sind die Suchtquellen damit aber nicht. Zocken bei ausländischen Anbietern ist für jeden Online-Spieler möglich, wenn auch riskant. Der Spieler macht sich einerseits strafbar und hat zum anderen im Falle eines Gewinns keinen rechtlichen Anspruch, wenn das Geld nicht ausgezahlt wird.

Anders als Casino oder Daddelhalle kennt das Internet keine Öffnungszeiten. Ist die Suchtgefahr im Netz größer?

Vieles spricht zumindest für ein hohes Gefährdungspotenzial. Online-Zocker können zu jeder Zeit von zuhause aus spielen. Dabei können sie in sehr kurzer Zeit viele Spiele absolvieren. Außerdem werden durch die Anonymität des Internets soziale Hemmungen schnell überwunden. Auch andere Hürden wie lange Anfahrtswege,

Dr. Meinolf Bachmann

Dr. Meinolf Bachmann ist Glücksspielexperte. Seit 1985 behandelt der Psychologe an der LWL-Klinik in Gütersloh Spielsüchtige.

Ausweiskontrollen oder eine unbekannte Umgebung fallen weg.

Locken Internetanbieter mit größeren Gewinnerwartungen?

Betreiber von Online-Glücksspielen haben nur sehr geringe Betriebskosten. Es fällt ihnen deshalb leicht, kundenfreundliche Angebote zu schneidern. Sie bieten attraktivere Auszahlungsquoten und gestalten Spielformen häufig benutzerfreundlicher. Gezahlt wird per Überweisung oder Kreditkarte. Was da an Kohle auf den Kopf gehauen wird, ist schnell nicht mehr überschaubar. Einige Spieler fahren auf Anhieb hohe Verluste ein und kehren schockiert zum »bewährten« Glücksspiel zurück. Oder sie entschließen sich für eine Behandlung.

Woran ist zu erkennen, ob jemand abhängig ist?

Zu den Auffälligkeiten zählt am Anfang das Vernachlässigen von Pflichten in Beruf oder Familie. Meist wird auch über den finanziellen Verhältnissen gespielt. In der eigentlichen Suchtphase verliert der Spieler vollends die Kontrolle. Er verspürt einen inneren Zwang und kann vom Glücksspiel nicht mehr ablassen. Wie ein Drogensüchtiger muss er die Dosis steigern, um die erwartete psychische Wirkung zu erzielen.

Der Süchtige muss sich der Droge entziehen?

Ja. Doch zunächst geht es darum, sich nicht länger der Illusion hinzugeben, man könnte mit dem Problem allein fertig werden. Danach ist das Glücksspielverhalten zu stoppen. Nicht der Verzicht steht hier im Vordergrund, sondern die Entwicklung von alternativen Verhaltensweisen. Spieler müssen sich wieder für andere Dinge interessieren, bei denen sie Spaß und Freude finden. Die Aufarbeitung der Ursachen soll schließlich dafür sorgen, dass der Spieler nicht mehr zum Ausgangspunkt seiner Sucht zurückkehrt.

Zwangsstörungen

Zu den häufigsten Zwangshandlungen gehören Waschzwänge, Zählen, Kontrollieren und Berühren.

»Habe ich auch wirklich die Tür abgeschlossen?« – Immer wiederkehrende Zweifel können Ausdruck einer Zwangsstörung sein

Menschen mit Waschzwang haben den permanenten Drang, sich von Schmutz zu befreien

Auf dem Weg in den Urlaub denkt man zum Beispiel immer an die Kaffeemaschine, die man vergessen hat, auszuschalten – und das ist schon ziemlich beunruhigend. Jeder Mensch kennt das: Man verlässt die Wohnung, und auf dem Weg zur Bushaltestelle beschleicht einen das Gefühl, nicht richtig abgeschlossen zu haben. Also geht man noch einmal zurück, steckt den Schlüssel ins Schloss und stellt meistens fest, dass die Sorge unbegründet war. In Maßen ist Kontrolle durchaus sinnvoll. Im Extremfall kann sie jedoch bis zur totalen Blockade von Denken und Handeln gehen und zu einer Zwangsstörung führen.

Charakteristisch sind Zwangsgedanken, die Angst und Leiden verursachen, und Zwangshandlungen, die zur Vermeidung oder Minderung der Angst beitragen sollen. Zwangsgedanken äußern sich in dem Drang, gegen den inneren Widerstand und trotz besseren Wissens bestimmte Dinge immer wieder zu tun oder zu denken. Als Zwangshandlungen gelten jene Verhaltensweisen, die bei Zwangsgedanken immer wieder stereotyp ausgeführt werden. Zwangshandlungen wirken übertrieben und stehen in keinem realistischen Bezug zu einer tatsächlichen Notwendigkeit. Zwangshandlungen führen vorübergehend zum Abbau von Angst und Anspannung und so bei dem Betroffenen zu Erleichterung.

Zu den häufigsten Zwangshandlungen gehören Waschzwänge, Zählen, Kontrollieren und Berühren. Eine Zwangsstörung liegt vor, wenn diese Handlungen über einen bestimmten Zeitraum die normalen, täglichen Routinehandlungen beeinträchtigen, die sozialen Beziehungen und beruflichen Leistungen einschränken, der Zeitaufwand für die Zwangshandlungen auffallend groß wird.

Etwa 2,5 Prozent der Bevölkerung sind im Laufe ihres Lebens irgendwann einmal von Zwangssymptomen betroffen. Sie kommen bei Frauen und Männern etwa gleich häufig vor, insbesondere im Alter zwischen 20 und 30 Jahren. Die Übergänge zu den therapiebedürftigen Zwangsstörungen sind allerdings fließend, also nicht sofort erkennbar, und viele Betroffene verschweigen aus Scham ihr vermeintliches Fehlverhalten. Dadurch vergehen oft Jahre, bevor sich die Betroffenen offenbaren und psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe suchen. In diesem Fall, wie bei anderen Fällen unbehandelter körperlicher oder seelischer Krankheiten, droht Chronifizierung. Auch bei seelischen Leiden ist eine frühzeitige Diagnose und Behandlung wichtig, um eine (rasche) Linderung zu erreichen.

Wie bekomme ich Hilfe? Wohin wende ich mich?

Depressionen, Suchtkrankheiten und Angstgefühle können jede und jeden treffen.

Umso wichtiger ist es, sich mit diesen Krankheiten auseinanderzusetzen und beim Verdacht auf eine seelische Erkrankung therapeutischen Rat einzuholen. Nach wissenschaftlichen Studien vergehen im Durchschnitt mehrere Jahre, bevor ein psychisch kranker Mensch – wenn erforderlich – stationär behandelt wird. Bei näherer Betrachtung werden die Gründe, die frühere Maßnahmen erschweren, deutlich.

Hier gilt: Der erste Schritt ist der schwerste. Den richtigen Ansatz zu finden, zu erkennen, dass die Behandlung der seelischen Störung notwendig und hilfreich ist, ist sowohl für die Betroffenen problematisch als auch für deren Angehörige, den Freundeskreis, die Kolleginnen und Kollegen, kurz, für das gesamte soziale Umfeld, in dem sich die leidtragenden Menschen bewegen.

Die Art der Erkrankung beeinflusst erheblich den Grad der Einsicht. Zwei Beispiele zur Veranschaulichung: Schizophrene Psychosen, jene Krankheiten, bei denen die Einheit von Denken, Fühlen und Handeln aus dem Gleichgewicht geraten ist, rufen starken Widerwillen gegen eine psychiatrische Behandlung hervor. Der Grund: Menschen mit schizophrener Psychose verkennen tatsächlich oder verschweigen aus Scham, ebenso wie Alkoholabhängige, ihr Problem. Daraus resultiert häufig ein ausgeprägtes Abwehrverhalten und die Verleugnung vorhandener Schwierigkeiten. In diesen Fällen dauert es besonders lange, bis Hilfe gesucht oder angenommen wird.

Anders verhält es sich bei Menschen mit depressiven Störungen. Sie nehmen ihre Schwierigkeiten wahr, ziehen sich aber zunächst in die »hinterste Ecke« ihrer Erkrankung zurück. Die Einsicht in die Krankheit und der Wunsch nach Hilfe führen in der Regel dazu, dass Menschen mit depressiven Störungen schneller von sich aus nach Behandlungsmöglichkeiten suchen und Hilfe von außen annehmen.

Wie die beschriebenen Krankheitsbilder zeigen, stehen die Erkenntnis der persönlichen Problemsituation und die Hilfe an erster Stelle. In einer vorurteilsfreien Gesellschaft hätten seelisch kranke Menschen bessere Chancen, durch Anteilnahme und Eingliederung Wege zur Hilfe und Selbsthilfe beschreiten zu können.

Wer sich nicht fit fühlt oder sich in gesundheitlichen Dingen beraten lassen will, geht zur Ärztin oder zum Arzt. Meistens zur Hausärztin oder zum Hausarzt, denn sie sind die Vertrauenspersonen, die einen über die Jahre hinweg am besten kennengelernt haben. Die Hausärztin oder der Hausarzt können bei einer seelischen Störung genauso die richtige erste Adresse sein. Sie oder er müssen entscheiden, wie in einem solchen Fall verfahren werden kann, welche Behandlung infrage kommt und welche weiteren Maßnahmen, ambulant oder stationär, ergriffen werden müssen.

Hilfe bieten spezialisierte Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und darüber hinaus verschiedene Beratungsstellen als Patientinnen/Patienten-Initiative oder in freier Trägerschaft mit kommunaler Unterstützung. Institutionen wie Polizei oder Ämter können ebenfalls dazu beitragen, dass psychisch kranken Menschen erste Hilfe gewährt wird.

Wissenstest:
Psychische Erkrankungen

Kennen Sie sich aus? Testen Sie Ihr Wissen über psychische Krankheiten.

01 Wie viele Menschen erkranken einmal in ihrem Leben an einer psychischen Erkrankung?
a) jeder Vierte **b)** jeder Achte **c)** jeder Zehnte

02 Welches sind die beiden häufigsten psychischen Erkrankungen? (zwei Nennungen)
a) Depression **b)** Angststörung **c)** Borderline-Persönlichkeitsstörung
d) Schizophrenie **e)** Essstörung

03 Wie lange dauert im Durchschnitt ein Aufenthalt in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus?
a) 25,3 Tage **b)** 40,2 Tage **c)** 62,4 Tage

04 Wie hoch waren im Jahr 2007 die volkswirtschaftlichen Ausgaben für Arbeitsunfähigkeit durch psychische Erkrankungen?
a) 2 Milliarden Euro **b)** 5 Milliarden Euro **c)** 8 Milliarden Euro

05 Die Behandlung psychischer Erkrankungen erfolgt:
a) ambulant **b)** stationär **c)** teilstationär **d)** sowohl als auch

Auswertung des Tests

Zu 01 Richtige Antwort **a)**
Nach aktuellen Angaben der Weltgesundheitsorganisation WHO erkrankt jeder Vierte einmal in seinem Leben an einer psychischen Erkrankung.

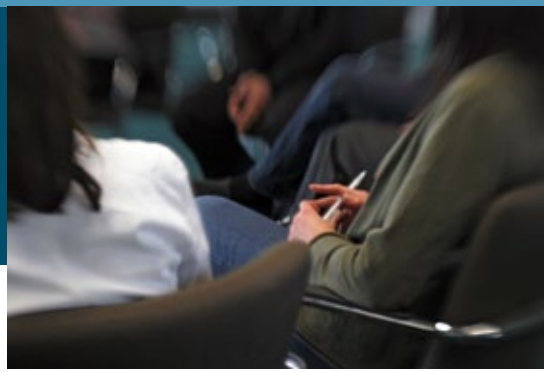
Zu 02 Richtige Antworten **a)** und **b)**
Die häufigsten psychischen Erkrankungen sind Depression und Angststörungen.

Zu 03 Richtige Antwort **a)**
Der durchschnittliche Aufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus dauert 25,3 Tage (Quelle: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen).

Zu 04 Richtige Antwort **c)**
8 Milliarden Euro betrugen 2007 die volkswirtschaftlichen Ausgaben für Arbeitsunfähigkeit durch psychische Erkrankungen (Quelle: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin).

Zu 05 Richtige Antwort **d)**
Die Behandlung psychischer Erkrankungen erfolgt je nach individuellem Bedarf sowohl ambulant, teilstationär als auch stationär.

Behandlungsverfahren



In Gruppentherapien können sich Betroffene austauschen

Psychotherapie

Die Psychoanalyse, begründet von Sigmund Freud Anfang des 20. Jahrhunderts, stellt das älteste Psychotherapieverfahren dar. Auch andere Psychotherapieverfahren wie die Verhaltenstherapie, die Gesprächspsychotherapie, die Individualpsychotherapie oder die Systemische Therapie erlebten im 20. Jahrhundert einen stürmischen Aufschwung mit vielfältigen Weiterentwicklungen.

Die Psychotherapie lässt sich in Anlehnung an den Wiener Psychotherapeuten Hans Strotzka wie folgt beschreiben: Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter Prozess zwischen einer Patientin / einem Patienten und einer Therapeutin / einem Therapeuten. Verhaltensstörungen und Leidenszustände sollen mit psychologischen / psychotherapeutischen Mitteln behandelt werden. Dies geschieht zumeist im Gespräch, aber z. B. auch durch Verhaltensübungen oder Entspannungstechniken. Die oder der Betroffene (in bestimmten Fällen auch die Bezugsgruppe, z. B. die Familie) und die Therapeutin oder der Therapeut schließen ein therapeutisches Bündnis, d. h. lassen sich gemeinsam auf eine Behandlung der Symptome (z. B. Ängste, Depressivität, Zwänge) ein mit dem Ziel, diese zu reduzieren. Die Behandlungsmethoden der Psychotherapie werden in Ausbildungen vermittelt und beruhen auf Theorien des normalen und krankhaften Verhaltens.

Menschen, die sich – oft nach langem Zögern – auf die Psychotherapie einlassen, empfinden anfangs Hoffnung, aber auch Furcht und Scham. Sie hoffen, dass sich kompetente Fachleute, eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut, mit ihren Problemen befassen und gemeinsam mit ihnen Lösungen erarbeiten. Das bedeutet jedoch, dass ein großer Vertrauensvorschuss geleistet und die Angst, sich in fremde Hände zu begeben, überwunden werden muss.

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nehmen die Betroffenen an als Menschen mit Problemen und Konflikten, persönlichen Nöten und Ansprüchen an die Fachleute. Es sind die betroffenen Menschen selbst, die bestimmen, wie weit sie gehen und wie viel sie von sich preisgeben wollen. Ziele, Methoden und Fortschritte in der Behandlung werden von den Patientinnen und Patienten sowie von den Therapeutinnen und Therapeuten offen besprochen.

Bei den einzelnen Psychotherapieverfahren gibt es unterschiedliche methodische Schwerpunkte: Die **Verhaltenstherapie** geht davon aus, dass Verhalten – auch problematisches Verhalten – im Laufe des Lebens erlernt wurde. Die Therapie zielt vorwiegend darauf ab, neue Verhaltensstrategien, Bewertungsmaßstäbe und Gefühlsreaktionen zu entwickeln. Bei der **Psychoanalyse** und der

Für den Erfolg einer Therapie entscheidend:
eine stabile und vertrauensvolle Beziehung
zur Therapeutin bzw. zum Therapeuten

Tiefenpsychologie werden in erster Linie Konflikte der vergangenen und aktuellen Lebensgeschichte durchgearbeitet. Die ebenfalls häufig angewandte **Gesprächspsychotherapie** legt auf eine durch Einfühlung und Wertschätzung geprägte therapeutische Beziehung besonderen Wert. Die **Systemische Therapie**, früher gewöhnlich als »Familientherapie« bezeichnet, sieht den Betroffenen als Mitglied eines Systems und setzt sich mit diesem auseinander. Dabei legt die Systemische Therapie Wert auf die enge Kooperation der Therapeutin oder des Therapeuten mit der Familie und anderen für die Betroffenen wichtigen Menschen (Angehörige, Freunde, Nachbarn usw.). Neben dem sogenannten »Index-Patienten« werden die übrigen Beteiligten als einerseits Mitleidende, andererseits als Mitexperten in die grundsätzlichen Gespräche und Behandlungsentscheidungen gleichberechtigt einbezogen.

Die Mehrzahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nutzt für ihre Arbeit verschiedene Verfahren. Unabhängig von der Methode ist für den Behandlungserfolg entscheidend, dass zwischen den Betroffenen und der Therapeutin bzw. dem Therapeuten eine stabile und vertrauensvolle Beziehung entsteht.

Im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie bezahlen gesetzliche Krankenkassen ambulante Behandlungen derzeit nur auf der Grundlage der Verhaltenstherapie, der Psychoanalyse, der Systemischen Therapie und der Tiefenpsychologie. Im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung sollten eine Ärztin oder ein Arzt klären, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang eine körperliche Erkrankung eine Rolle spielt.

Psychotherapien lassen sich unterscheiden nach:

Zusammensetzung: Einzel-, Paar-, Familien- und Gruppentherapie
Zielgruppe: Kinder, Jugendliche, Erwachsene
Zeitaufwand: Kurzzeitbehandlungen, Langzeittherapie
Behandlungsort: ambulant, teilstationär (tagesklinisch) oder stationär

Medikamentös gestützte Therapie

Bei seelischen Störungen sind – das haben Langzeitforschungen gezeigt – häufig biologische Strukturen im Gehirn ebenso beeinträchtigt wie die psychischen Prozesse. Der lange als Vorurteil kursierende Widerspruch zwischen Behandlung mit und ohne Psychopharmaka ist heute weitgehend aufgehoben. Obwohl in der öffentlichen Meinung noch immer große Vorbehalte gegen Psychopharmaka vorhanden sind, helfen sie doch bei einer Vielzahl seelischer Erkrankungen wie etwa Depressionen, Psychosen oder Angsterkrankungen. Die wichtigsten Gruppen sind Antidepressiva, Neuroleptika, Beruhigungs- und Schlafmittel sowie stabilisierende Medikamente zur Verhinderung von Rückfällen bei phasenhaft verlaufenden Erkrankungen wie der manisch-depressiven Erkrankung.

Im Gegensatz zu dem ebenfalls weit verbreiteten Vorurteil machen diese Medikamente nicht sofort abhängig, wenn sie gezielt eingesetzt werden. Allerdings können Menschen, die über einen längeren Zeitraum Beruhigungsmittel einnehmen, eine Sucht, oft mit einer Erhöhung der Dosis verbunden, entwickeln. Falsch ist auch die Annahme, dass Psychopharmaka ausschließlich eine »ruhigstellende« Wirkung haben. Bestimmte Antidepressiva etwa verstärken den Antrieb von Patientinnen und Patienten, die ständig unter Erschöpfungsgefühlen oder Müdigkeit leiden.

Psychoedukation (Krankheits- und Medikamentenlehre)

Die Psychoedukation dient der Aufklärung, der Reflexion von Verhaltensweisen, Bewältigungsstrategien und Emotionen sowie der Entwicklung eigener Lösungen. Therapeutinnen und Therapeuten erklären den Patientinnen und Patienten die Krankheitsbilder und die Wirkungen von Medikamenten in allgemein verständlichen Worten. Ziel ist, die Krankheit besser zu verstehen und besser mit ihr umgehen zu können. Auch sollen die Patientinnen und Patienten eigene Ressourcen und Möglichkeiten kennenlernen, um mögliche Rückfälle zu vermeiden und selbst langfristig zur eigenen Gesundheit beizutragen.

Lichttherapie

Die Lichttherapie gab es schon in der Antike. Damals glaubten die Ärzte, dass Schwermut die Krankheit der Dunkelheit sei, und legten lethargische Patientinnen und Patienten in die Sonne. Auch heute führt eine Lichttherapie bei Menschen mit »Herbst-Winter-Depressionen« oder Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus zu einer Stabilisierung des seelischen Gleichgewichts. Aus Effizienz- und Sicherheitsgründen wird dazu weißes, fluoreszierendes Licht verwendet, das bis zu 10.000 Lux produziert. Es enthält keine UV-Strahlen, die Krebs auslösen könnten. Therapiesitzungen dauern zwischen 40 und 100 Minuten und werden jeweils morgens und abends durchgeführt.

Soziotherapie

Die Soziotherapie befasst sich mit der Steuerung der Wechselbeziehung zwischen einem kranken Menschen und seinem sozialen Umfeld, vor allem in Familie und Beruf. Das Hauptanliegen ist die Wiedereingliederung psychisch kranker Menschen in die Gesellschaft, also deren Rehabilitation. Die Psychiatrie hat demnach immer einen gesellschaftlichen Bezug. Zur Soziotherapie gehören kreative Gruppenaktivitäten, die die lebenspraktischen Kompetenzen fördern, genauso wie Vorbeugungsmaßnahmen und die Einbeziehung der Familie.

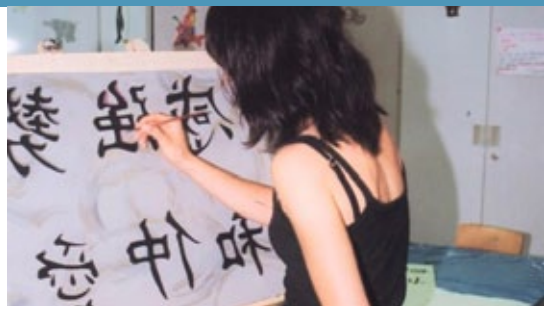
Ergotherapie (Arbeits- und Beschäftigungstherapie)

Die Freude am eigenen Tun steht im Mittelpunkt der Ergotherapie

Der Begriff Ergotherapie ersetzt heute die alte Bezeichnung »Arbeits- und Beschäftigungstherapie«. Die sinnvolle Betätigung, die Freude am eigenen Tun, die Anregung kreativer Impulse und die Stärkung der gesunden Kräfte stehen in der Ergotherapie im Vordergrund.

In der Beschäftigungstherapie geht es eher um den Prozess sozialen und kreativen Handelns und weniger um die Leistung oder ein Produkt als solches. Die Erfolge im Bereich der Beschäftigungstherapie zeigen, dass selbst in den Stadien akuter Krankheit wie etwa der autistischen Schizophrenie die Patientinnen und Patienten in auffälligem Maße zu eigenen, kreativen Handlungen fähig sind. Zu den Aufgaben gehört darüber hinaus das Wiedereinüben alltäglicher Verrichtungen wie Einkaufen, Waschen, Kochen, Saubermachen.

Die Arbeitstherapie umfasst die »wirkliche«, also die leistungs- und produktbezogene Arbeit. Die jeweiligen Arbeiten müssen der Verfassung und den Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten angepasst werden. Die Arbeitstherapie verbessert nachweislich nicht nur die Arbeitsleistung, sondern das psychische Befinden insgesamt sowie die soziale Eingliederung. Außerdem hebt sie die subjektive Lebensqualität. Hier ist sprichwörtlich der Weg das Ziel: Die Arbeit ist in dieser Therapieform Mittel und Ziel der Behandlung.



In der Kunsttherapie verarbeiten Patientinnen und Patienten ihre Gedanken und Gefühle auf künstlerische Weise

Kreativ-, Kunst- und Musiktherapie

Alle drei Therapieformen haben Bezüge zur Ergotherapie. Unter Kreativtherapie ist die Anregung zu kreativen Tätigkeiten zu verstehen. Hierzu zählen gestalterische Arbeiten wie Basteln, Werken und Malen ebenso wie die künstlerische Arbeit. Bei der Kunsttherapie werden Techniken wie Zeichnen, Malen oder Modellieren im Sinn der bildenden Kunst eingesetzt. Dabei entdecken viele Patientinnen und Patienten bisher unbekannte Fähigkeiten. Oftmals sind ihre Werke Ausdruck der augenblicklichen Verfassung.

Noch wichtiger als die diagnostische Auswertung sind die therapeutischen Aspekte: Die Kunsttherapie kann befreiend wirken. In der therapeutischen Praxis wird sie auch in Gestaltungsgruppen durchgeführt.

Die Musiktherapie wird insbesondere bei Menschen mit einer Psychose als Handlungs- und Kommunikationsmittel erprobt. Die Bereitschaft, Musik und das eigene Musizieren als Therapie zu akzeptieren, ist bei den Patientinnen und Patienten erfahrungsgemäß genauso groß wie in der Kunsttherapie. Die Musiktherapie wird von ausgebildeten Fachleuten angeboten.

Theatertherapie

In der Theatertherapie wird auf spielerische Weise der Kontakt zum eigenen Körper und die Verbindung zur eigenen Psyche gestärkt. Die Theatertherapie ist ein Weg, die verschiedenen Aspekte der eigenen Persönlichkeit besser kennenzulernen, Gefühle wieder zu entdecken und zuzulassen. Die Patientinnen und Patienten lernen sich besser auszudrücken und haben die Möglichkeit, sich im Zusammenspiel mit den anderen auszuprobieren. Die Therapie bietet Freiraum für die eigene Entwicklung.

Vorhang auf für ungewohnte Wege: Bei der Theatertherapie können neue Verhaltensmuster erprobt werden

Körperbezogene Therapien

In den Bereich der körperbezogenen Therapiemethoden fällt u. a. die **Bewegungstherapie**. Sie geht über die pure Entspannung hinaus. Die Übungen umfassen entspanntes Liegen, Gehen und andere Bewegungen unter Einschluss der Atmung und mit geschlossenen Augen. Die Behandlung wird in der Regel in Gruppen durchgeführt. Sie fördert eine konzentrierte Zuwendung zum eigenen Körper (Anspüren), darüber hinaus zur Außenwelt, zum Raum und zu den Mitpatientinnen und -patienten in Form einer behutsamen Kontaktaufnahme. Auch **Krankengymnastik** und **Physiotherapie** zählen zu den körperbezogenen Behandlungen. Bei der Krankengymnastik stehen gymnastische Übungen im Vordergrund, bei der Physiotherapie werden Wasser, Luft, Wärme und Kälte sowie Bewegung und elektrischer Strom zur Heilung eingesetzt.

Snoezelen

Das Snoezelen (niederländisch, gesprochen: Snuseln) ist eine Form der Tiefenentspannung. Es findet in einem angenehm gestalteten Raum statt, in dem störende Umweltreize abgeschirmt und gezielt einzelne oder kombinierte Sinnesreize ausgelöst werden können. Das Spektrum reicht dabei von Wassersäulen für die optische Wahrnehmung über Aromazerstäuber für die Geruchswahrnehmung, ein Wasserbett für den Bewegungssinn, und eine farbig beleuchtete Spiegelkugel für die Wahrnehmung von Farben und Bewegung bis hin zu Igelbällen und Federn für die körperliche Wahrnehmung.

Aromatherapie

Bei der Aromatherapie werden ätherische Öle kontrolliert angewendet, um die Gesundheit im körperlichen, seelischen und geistigen Bereich auf eine positive Art zu beeinflussen. So wird die Geruchswahrnehmung angeregt und eine entspannende Wirkung erzielt. Beispielhaft wird die Aromatherapie auch beim Snoezelen (s. o.) in Verbindung mit den anderen Sinnen (optische Wahrnehmung, körperliche Wahrnehmung) eingesetzt, um unterschiedliche Reize auszulösen.

Wachtherapie

Die Wachtherapie wird bei depressiv erkrankten Menschen angewendet. Das Wachsein in der zweiten Nachthälfte, die oft von unruhigem Schlaf mit nicht selten albtraumartigen Einflüssen geprägt ist, soll dazu führen, dass die Stimmung tagsüber gelöster und positiver ist. Jedoch sind die Effekte selten von Dauer. Deshalb kann die Wachtherapie in der Regel nur ein Teilbereich einer umfassenden psychotherapeutischen Behandlung sein.

Ein starker Verbund für seelische Gesundheit

Der LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen ist für Sie da. Mit mehr als 100 Einrichtungen in Westfalen-Lippe.

Die LWL-Kliniken für Erwachsenentherapie

Bochum
Dortmund
Gütersloh
Hemer
Herten
Lengerich
Lippstadt
Marsberg
Münster
Paderborn
Warstein

Die LWL-Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Hamm
Marl-Sinsen
Marsberg

Die LWL-Rehabilitationszentren und LWL-Institute für Rehabilitation

Dortmund
Gütersloh
Marsberg
Münster
Warstein

Die LWL-Pflegezentren und LWL-Wohnverbünde

Dortmund
Gütersloh
Hemer
Lengerich
Lippstadt
Marl-Sinsen
Marsberg
Münster
Paderborn
Warstein

Erwachsenenpsychiatrie

- Fachkrankenhäuser (11)
- LWL-Klinik Lengerich, Standort Rheine, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie

Tageskliniken

- Allgemeinpsychiatrie (17)
- Gerontopsychiatrie (7)
- Behandlung von Suchtkranken (2)

Institutsambulanzen

- Allgemeinpsychiatrie (15)
- Gerontopsychiatrie (8)
- Suchtmedizinische Ambulanz (7)

Kinder- und Jugendpsychiatrie

- Fachkrankenhäuser (3)
- Tageskliniken (12)
- Institutsambulanzen (11)

- Pflegezentren (7)
- Wohnverbünde (10)
- Rehabilitationszentren und Institute (7)
- Tagesstätten (2)
- Beteiligungen

  Westf. Werkstätten GmbH, Lippstadt-Benninghausen
  Gemeindepsychiatrisches Zentrum (gpz) GmbH, Detmold
  ZAB Zentrale Akademie für Berufe im Gesundheitswesen GmbH, Gütersloh
  PTV Psychosozialer Trägerverbund GmbH, Dortmund

Stand: 08/2009

Unternehmensphilosophie

Der LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen.

Die Einrichtungen des LWL-PsychiatrieVerbundes Westfalen sind »Sprungbrett und Auffangnetz für die Seele«. Als kommunale Einrichtung gehören wir den Bürgerinnen und Bürgern der Region Westfalen-Lippe. Deren Bedürfnisse sind daher für uns als Dienstleistungsgruppe die zentrale Richtschnur.

Wir wollen unsere Patienten und Bewohner in schwierigen Phasen auffangen und begleiten und möchten ihnen dabei helfen, wieder auf die eigenen Beine zu kommen. Dazu verbinden wir Menschlichkeit und Teilnahme mit hoher Effizienz, Professionalität und Leistungsfähigkeit.

Ein erstklassiges Netzwerk.

Der LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen ist ein erstklassiges Netzwerk von profilierten Zentren, Kliniken sowie Pflege- und Wohneinrichtungen in der Region. Als LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen sind wir mehr als die Summe unserer Teile bei gleichzeitiger Wahrung der gewollten Besonderheit aller Einrichtungen.

Bei uns arbeiten Menschen mit Menschen.

Als Teil des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) profitieren wir von dessen kommunaler Stärke und zentraler Ausgleichsfunktion in der Region. Der LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen verkörpert einen übergreifenden Anspruch, den wir gemeinsam nach innen durchsetzen und nach außen als Qualitätsmarke regional und darüber hinaus nachhaltig weiter profilieren werden.

Ziel unseres gemeinsamen Handelns ist immer ein höchstmöglicher Patienten- und Bewohnernutzen im Rahmen unserer wirtschaftlichen Möglichkeiten. Dabei verstehen wir uns als Wegbereiter zurück in ein eigenständiges Leben.

Bei uns arbeiten Menschen mit Menschen. Neben der fachlichen Kompetenz sind daher zwei Themen für uns entscheidend: Respekt und Vertrauen. Ohne Vertrauen können wir unsere Arbeit kaum erfolgreich machen, und ohne Respekt entsteht kein Vertrauen. Dies gilt auch für den Umgang miteinander.

Respekt kommt nie von »oben herab«, sondern beginnt mit Offenheit, Toleranz, und basiert ganz wesentlich auf Transparenz. Die aktive Information des Patienten und Bewohners ist daher eine zentrale Aufgabe, die wir aktiv und umfassend zu erfüllen haben. Die simpelste und oft wirkungsvollste Art, Vertrauen zu schaffen, ist, immer genau zu erklären, was man tut und vorhat. Darüber hinaus streben wir die Einbeziehung der Patienten und Bewohner sowie deren Angehörige als aktive Partner in den Therapieprozess an.

Dialog auf Augenhöhe.

Jede Einrichtung hat ihre eigenen Stärken und Schwerpunkte. Durch unsere dezentrale Standortstruktur sind wir räumlich nah bei den Bürgern und stellen gleichzeitig ein erstklassiges Netzwerk von Spezialisten bereit. Dem Wissensaustausch, der internen Transparenz und kooperativen Zusammenarbeit auch zwischen den Einrichtungen kommt daher eine hohe Bedeutung zu.

Offenheit, Toleranz, Transparenz.

Der Stil unserer Kommunikation ist es, uns klar, direkt und verständlich auszudrücken und immer die Bereitschaft zu haben, zuzuhören. In der Organisation arbeiten wir eng in Teams zusammen und pflegen einen kooperativen Führungsstil. Unser Dialog findet auf Augenhöhe statt. Wir sprechen miteinander und nicht übereinander. Die Gleichbehandlung der Geschlechter ist für uns ein Muss.

Wir verstehen uns als Initiatoren und Förderer.

Wir verstehen uns als Initiatoren und Förderer der psychiatriepolitischen Diskussionen mit dem Ziel einer höheren Akzeptanz und Normalität unserer Themen. Hierzu gehört auch unsere Bereitschaft, uns auf den kulturellen und religiösen Hintergrund unserer Patienten einzustellen. Insgesamt setzen wir sowohl auf gemeinsame Aktivitäten wie auch auf die Eigeninitiative der einzelnen Einrichtungen.

Psychische Erkrankungen sind kein unabwendbares Schicksal. Sie können behandelt, geheilt oder erheblich gelindert werden. Dafür bietet der LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen mit mehr als 100 Einrichtungen in der Region ein erstklassiges Netzwerk.

Aufbau der Kliniken im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen

Offenheit, Toleranz und Transparenz prägen die Behandlung in den LWL-Kliniken

Die Behandlungsform hängt von der Art und Schwere der Erkrankung ab.

Die Kliniken des LWL-PsychiatrieVerbundes Westfalen sind den unterschiedlichen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten angepasst. Das Angebot besteht aus ambulanten, teilstationären und stationären Behandlungsmöglichkeiten, außerdem aus ergänzenden (komplementären) Angeboten beispielsweise in Form von betreutem Wohnen, Tagespflege, Pflegezentren und Wohnverbünden.

Jährlich werden rund 53.000 Menschen mit seelischen Störungen in den elf Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie und den drei Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie des LWL-PsychiatrieVerbundes Westfalen behandelt (einschließlich Tageskliniken und Rehabilitationseinrichtungen). Dieses Versorgungsnetz umfasst rund 3.200 stationäre Plätze, 38 Tageskliniken mit mehr als 600 Plätzen im teilstationären Bereich und 41 Institutsambulanzen. Das sind ambulante Einrichtungen, die sich auf dem Gelände oder im Gebäude eines Krankenhauses oder einer Tagesklinik befinden.

In den LWL-Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie werden sämtliche seelische Erkrankungen behandelt, z. B. Neurosen, Psychosen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen und psychische Störungen im Alter.

Wenn etwa die Patientinnen und Patienten abends und am Wochenende in ihre Familie oder ein anderes gewohntes soziales Umfeld zurückkehren können, wird die Behandlung in einer Tagesklinik durchgeführt. Die Institutsambulanzen ergänzen das Angebot der niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater sowie der Allgemeinärztinnen und -ärzte. Mit der Nutzung der Institutsambulanzen sollen stationäre Behandlungen möglichst ganz vermieden oder im Fall einer Nachbehandlung eine erneute stationäre Aufnahme unnötig werden.

Bei chronischen Krankheitsverläufen sind besondere Hilfsmaßnahmen zur längerfristigen Stützung und Behandlung von Patientinnen und Patienten notwendig. Um ähnliche Krankheitsbilder in geeigneter Weise behandeln zu können, werden die Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie in drei unterschiedliche Behandlungsbereiche eingeteilt.

In der **Allgemeinpsychiatrie** werden Persönlichkeitsstörungen, Psychosen, Depressionen und andere psychische Störungen behandelt.

Am Beginn jeder Behandlung steht eine gründliche Diagnose

In der **Gerontopsychiatrie** werden ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen wie Demenzen oder Depressionen aufgenommen.

In den **Abteilungen für Abhängigkeitserkrankungen** werden Patientinnen und Patienten mit einer Suchterkrankung – z. B. der Abhängigkeit von Drogen, Alkohol, Medikamenten – behandelt.

Spezielle Behandlungsangebote der LWL-Kliniken richten sich außerdem an Patientinnen und Patienten mit schwersten psychischen Störungen, bei denen nur im Rahmen einer hochspezialisierten und individuellen Behandlung von einem Therapieerfolg ausgegangen werden kann.

In der **Kinder- und Jugendpsychiatrie** sind die Krankheitsbilder von besonders vielschichtiger Natur. Die familiären und sozialen Verhältnisse haben bei jungen Menschen bei der Entstehung dieser Krankheitsbilder eine besondere Bedeutung. Hierauf gehen die Behandlungsangebote ein.

Parallel zur Krankenhausbehandlung bietet der LWL eine ganze Reihe von sogenannten **komplementären Einrichtungen und Maßnahmen** an.

Dazu zählen:
Betreutes Wohnen zu Hause, Familienpflege für psychisch kranke Menschen (Wohnen in »Gastfamilien«), Wohnverbünde zur Förderung von Menschen mit Behinderung und Pflegezentren für pflegebedürftige Menschen. So hat der LWL für pflegebedürftige Menschen in den LWL-Pflegezentren etwa 630 stationäre Plätze eingerichtet. Neben der stationären Pflege werden ebenso Plätze für Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege sowie ambulante Pflege angeboten. Für Menschen mit Behinderung (z. B. geistige oder psychische Behinderung) hat der LWL in den LWL-Wohnverbünden etwa 1.400 Plätze geschaffen. Die Menschen mit Behinderung leben in kleinen Wohngruppen zusammen und werden nach den Bedürfnissen ihrer Behinderung individuell gefördert. Unter dem Leitgedanken, den betroffenen Menschen zu mehr Lebensqualität und Selbstständigkeit zu verhelfen, werden verschiedene Maßnahmen angeboten und ganz alltägliche Verrichtungen geübt.

In der Gerontopsychiatrie werden ältere Menschen mit seelischen Erkrankungen behandelt

Die Einrichtungen des LWL-PsychiatrieVerbundes Westfalen

Krankenhäuser

Stationäre psychiatrische Behandlung ist immer vorübergehend. Sie hat zum Ziel, den erkrankten Menschen wieder ein Leben in deren gewohntem sozialen Umfeld oder aber auch eine Neuorientierung zu ermöglichen. Das Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten wird in den Heilungsprozess aktiv einbezogen. Schritt für Schritt lernen sie durch individuelle Therapie und Behandlungsangebote den Umgang mit der Krankheit und können je nach Bedarf von der stationären Behandlung zum Beispiel in eine Tagesklinik wechseln.

Tageskliniken

Die »Kliniken ohne Bett« bieten Menschen in seelischen Krisen und mit psychischen Erkrankungen die Möglichkeit, tagsüber eine regelmäßige Behandlung in Anspruch zu nehmen und die Abende und Wochenenden zu Hause zu verbringen.

Institutsambulanzen

Institutsambulanzen ergänzen das ambulante Behandlungsangebot für Patientinnen und Patienten mit schweren und chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen. Krankenhausaufenthalte sollen so vermieden oder verkürzt werden.

Rehabilitationsinstitute / -zentren

Die medizinische Rehabilitation hat zwei Schwerpunkte: die Heilung, Besserung oder Linderung der psychischen Erkrankung sowie die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit.

Wohnverbünde

Die LWL-Wohnverbünde bieten Menschen mit Behinderung Fördermöglichkeiten im Rahmen Ambulant Betreuten Wohnens, ambulanter Tagesstrukturen, stationären Einzelwohnens, Trainingswohnens bis hin zu vollstationären Wohneinrichtungen einschließlich Kurzzeitwohnen an.

Pflegezentren

Die LWL-Pflegezentren bieten pflegebedürftigen Menschen eine individuelle Pflege in ihren (teil-)stationären Einrichtungen an. Einen Schwerpunkt bildet die Pflege von psychisch erkrankten Menschen und Menschen mit Behinderung.

LWL-Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie

LWL-Universitätsklinik Bochum

der Ruhr-Universität Bochum

Psychiatrie | Psychotherapie | Präventivmedizin | Psychosomatische Medizin

Anschrift

Alexandrinenstraße 1 | 44791 Bochum
Tel. 0234 5077-0 | **Fax** 0234 5077-235
E-Mail WKfPP-Bochum@wkp-lwl.org
Internet www.lwl-klinik-bochum.de

Ärztlicher Direktor

Prof. Dr. Georg Juckel

Spezielle Behandlungsangebote

- Institutsambulanz mit Spezialangeboten (ADHS bei Erwachsenen, Angststörungen, Burn-out/chronische Schmerzen, kognitive Beeinträchtigungen/Demenz, Suchterkrankungen und Zwangsstörungen)
- Bochumer Früherkennungsinitiative bei Psychosen (BoFit)
- Behandlung von psychosomatischen Störungen
- Qualifizierte Entzugsbehandlung
- Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (einschließlich DBT)

Ambulante und teilstationäre Angebote

- 2 LWL-Tageskliniken (Bochum)
- 1 LWL-Institutsambulanz (Bochum)
- Ambulant Betreutes Wohnen

Stationäre Angebote

173 Betten

Anfahrt

LWL-Klinik Dortmund

Psychiatrie | Psychotherapie
Psychosomatik

Anschrift

Marsbruchstraße 179 | 44287 Dortmund
Tel. 0231 4503-01 | **Fax** 0231 4503-3680
E-Mail WZDortmund@wkp-lwl.org
Internet www.lwl-klinik-dortmund.de

Ärztlicher Direktor

Prof. Dr. Dr. Ulrich Sprick

Spezielle Behandlungsangebote

- Behandlung von Zwangs-, Angst- und Borderlinestörungen
- Depressionsbehandlung auf separater Station
- Spezialstation zur psychiatrischen Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung
- Spezialstation für Psychose und Sucht
- Qualifizierte* Alkohol- und Medikamentenentzugsbehandlung
- Qualifizierte* Drogenentzugsbehandlung
- Medizinische Rehabilitationsbehandlung (Entwöhnung) speziell für alkohol- und medikamentenabhängige Menschen
- Spezialambulanz für Traumata und Traumafolgestörungen und psychische Probleme der Krankheitsverarbeitung bei chronischen somatischen Erkrankungen
- Schwerpunktbehandlung von Traumata und Traumafolgestörungen und somatoformen (Schmerz-)Funktionsstörungen

*Stationäre Motivationsbehandlung

Ambulante und teilstationäre Angebote

- 4 LWL-Tageskliniken (Dortmund, Lünen, Bergkamen)
- 5 LWL-Institutsambulanzen (Dortmund)

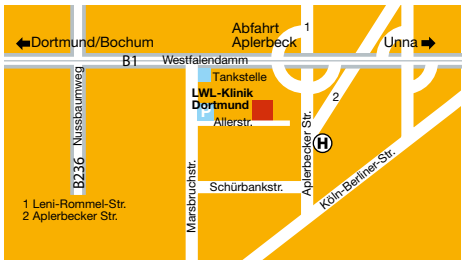
Stationäre Angebote

407 Betten

Weitere Angebote

- LWL-Wohnverbund Dortmund
- LWL-Pflegezentrum Dortmund
- LWL-Rehabilitationszentrum Ruhrgebiet (Medizinische Rehabilitation für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen)

Anfahrt



LWL-Klinik Gütersloh Kooperationspartner der Universität Bielefeld

Psychiatrie | Psychotherapie | Psychosomatik | Neurologie | Innere Medizin

Anschrift

Hermann-Simon-Straße 7
33334 Gütersloh
Tel. 05241 502-0 | **Fax** 05241 502-2102
E-Mail Westf.KlinikGT@wkp-lwl.org
Internet www.lwl-klinik-guetersloh.de

Ärztlicher Direktor

Priv.-Doz. Dr. Klaus-Thomas Kronmüller

Spezielle Behandlungsangebote

- »Zentrum für Altersmedizin« – Leistungen der neurologischen und geriatrischen Komplexbehandlung
- Psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung
- Qualifizierte* Alkohol- und Medikamentenentzugsbehandlung
- Qualifizierte* Drogenentzugsbehandlung

Ambulante und teilstationäre Angebote

- 4 LWL-Tageskliniken (Gütersloh, Halle)
- 3 LWL-Institutsambulanzen (Gütersloh, Halle)

Stationäre Angebote

318 Betten

Weitere Angebote

- LWL-Wohnverbund Gütersloh
- LWL-Pflegezentrum Gütersloh
- LWL-Rehabilitationszentrum Ostwestfalen (Medizinische Rehabilitation für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen) - Bernhard-Salzmann-Klinik
- LWL-Institut für Rehabilitation Gütersloh (Medizinische Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen) - Hans Peter Kitzig Institut

Anfahrt

*Stationäre Motivationsbehandlung

LWL-Klinik Hemer Hans-Prinzhorn-Klinik

Psychiatrie | Psychotherapie | Psychosomatik

Anschrift

Frönsberger Straße 71 | 58675 Hemer
Tel. 02372 861-0 | **Fax** 02372 861-100
E-Mail hans-prinzhorn-klinik@wkp-lwl.org
Internet www.lwl-klinik-hemer.de

Ärztlicher Direktor

Prof. Dr. Ulrich Trenckmann

Spezielle Behandlungsangebote

- Psychotherapeutische Medizin und Depressionsbehandlung
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Suchtmedizin und spezielle Psychiatrie
- Geronto(neuro)psychiatrie

Ambulante und teilstationäre Angebote

- 2 LWL-Tageskliniken (Iserlohn)
- 2 LWL-Institutsambulanzen (Iserlohn)
- LWL-Ambulanter Pflegedienst

Stationäre Angebote

362 Betten

Weitere Angebote

- LWL-Wohnverbund Hemer

Anfahrt

LWL-Klinik Herten

Psychiatrie | Psychotherapie | Psychosomatik

Anschrift

Im Schlosspark 20 | 45699 Herten
Tel. 02366 802-0 | **Fax** 02366 802-249
E-Mail WZfPP-Herten@wkp-lwl.org
Internet www.lwl-klinik-herten.de

Ärztlicher Direktor

Dr. Luc Turmes

Spezielle Behandlungsangebote

- Depressionsbehandlung auf zwei separaten Stationen (allgemeinpsychiatrische Depressionsstation und Depressionsstation für ältere Menschen)
- Mutter-Kind-Einheit mit Spezialambulanz zur Behandlung postpartaler Depressionen nach der Geburt
- Psychotherapiestation mit dem Schwerpunkt Traumatherapie
- Qualifizierte* Alkohol- und Medikamentenentzugsbehandlung
- Kognitionsstation für psychotische Erkrankungen

Ambulante und teilstationäre Angebote

- 3 LWL-Tageskliniken (Herten, Dorsten)
- 3 LWL-Institutsambulanzen (Herten)

Stationäre Angebote

172 Betten

Anfahrt

*Stationäre Motivationsbehandlung

LWL-Klinik Lengerich

Psychiatrie | Psychotherapie
Psychosomatik | Neurologie

Anschrift

Parkallee 10 | 49525 Lengerich
Tel. 05481 12-0 | **Fax** 05481 12-482
E-Mail wklengerich@wkp-lwl.org
Internet www.lwl-klinik-lengerich.de

Betriebsstätte Rheine

Hörstkamp 12 | 48431 Rheine
Tel. 05971 91279-0 | **Fax** 05971 91279-111

Betriebsstätte Lengerich

Neurologie | Martin-Luther-Straße 49
(Helios-Klinik)

Ärztlicher Direktor

Dr. Christos Chrysanthou

Spezielle Behandlungsangebote

- Behandlung von Zwangs-, Angst-, Ess- und Borderlinestörungen
- Depressionsbehandlung auf zwei separaten Stationen (allgemeinpsychiatrische Depressionsstation und Depressionsstation für ältere Menschen)
- Behandlung von psychisch kranken Müttern und ihren Kindern
- Tagesbetreuung der Kinder in der Kinderwohngruppe Kolibri
- Qualifizierter* Drogenentzug
- Qualifizierter* Drogenentzug für Eltern mit Kindern
- Behandlung psychisch kranker und/oder suchtmittelabhängiger hörgeschädigter Menschen

- Behandlung aller neurologischen Krankheitsbilder
- Spezialangebote: Multiple Sklerose, Parkinsonerkrankung, Schlaflabor, Stroke-Unit

Ambulante und teilstationäre Angebote

- 2 LWL-Tageskliniken (Lengerich, Steinfurt-Borghorst)
- 5 LWL-Institutsambulanzen (Lengerich, Rheine)

Stationäre Angebote

356 Betten

Weitere Angebote

- LWL-Wohnverbund Lengerich
- LWL-Pflegezentrum Lengerich
- Medizinische Rehabilitation für alkohol- und /oder medikamentenabhängige hörgeschädigte Menschen

Anfahrt

*Stationäre Motivationsbehandlung

LWL-Klinik Lippstadt

Psychiatrie | Psychotherapie | Psychosomatik

Anschrift

Im Hofholz 6 | 59556 Lippstadt
Tel. 02945 981-01 | **Fax** 02945 981-2259
E-Mail info@ lwl-klinik-lippstadt.de
Internet www.lwl-klinik-lippstadt.de

Ärztlicher Direktor

Dr. Josef J. Leßmann

Spezielle Behandlungsangebote

- Depressionsbehandlung (auch für ältere Menschen)
- Psychosebehandlung
- Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Entwicklungs- und Verhaltensstörungen (Zentrum für Verhaltensmedizin)
- Qualifizierte* Medikamenten- und Drogenentzugsbehandlung, Paarentzug

*Stationäre Motivationsbehandlung

Ambulante und teilstationäre Angebote

- 2 LWL-Tageskliniken (Lippstadt, Soest)
- 1 LWL-Institutsambulanz (Lippstadt)

Stationäre Angebote

147 Betten

Weitere Angebote

- LWL-Pflegezentrum Lippstadt
- LWL-Wohnverbund Lippstadt
- LWL-Akademie für Gesundheits- und Pflegeberufe

Anfahrt

LWL-Klinik Marsberg

Psychiatrie | Psychotherapie
Psychosomatik

Anschrift

Weist 45 | 34431 Marsberg
Tel. 02992 601-1000 | **Fax** 02992 601-1711
E-Mail wkpp-marsberg@wkp-lwl.org
Internet www.lwl-klinik-marsberg.de

Ärztlicher Direktor

Priv.-Doz. Dr. Stefan Bender

Spezielle Behandlungsangebote

- Gerontoneuropsychiatrie
- Medizinische Rehabilitation für alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Menschen (Modellprojekt zur suchtstoffübergreifenden Entwöhnungsbehandlung)
- Neuropsychologische Diagnostik/Behandlung
- Psychoonkologische Behandlung
- Qualifizierte* Alkohol- und Medikamenten-entzugsbehandlung
- Qualifizierte* Drogenentzugsbehandlung; auch für Mütter bzw. Paare mit Kindern
- Substitutionsambulanz
- Trauma-Ambulanz/Trauma-Station

*Stationäre Motivationsbehandlung

Ambulante und teilstationäre Angebote

- 2 LWL-Tageskliniken (Marsberg, Schmallenberg-Bad Fredeburg)
- 3 LWL-Institutsambulanzen (Marsberg)

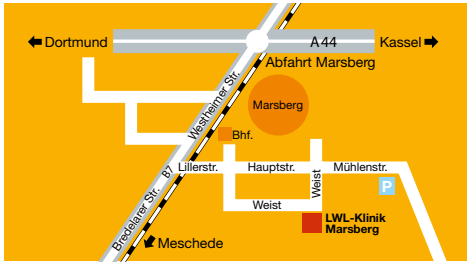
Stationäre Angebote

115 Betten

Weitere Angebote

- LWL-Rehabilitationszentrum Marsberg (Medizinische Rehabilitation für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen)
- LWL-Pflegezentrum Marsberg
- LWL-Wohnverbund Marsberg

Anfahrt



LWL-Klinik Münster

Psychiatrie | Psychotherapie
Psychosomatik | Innere Medizin

Anschrift

Friedrich-Wilhelm-Weber-Straße 30
48147 Münster
Tel. 0251 91555-0 | **Fax** 0251 91555-1001
E-Mail wk-muenster@wkp-lwl.org
Internet www.lwl-klinik-muenster.de

Ärztlicher Direktor

Prof. Dr. Thomas Reker

Spezielle Behandlungsangebote

- Internistische Abteilung (überregionale Versorgung psychisch kranker Menschen und Menschen mit geistiger Behinderung, bei denen relevante internistische Erkrankungsbilder vorliegen); Möglichkeit der internistischen und neurologischen Diagnostik
- Depressionsbehandlung auf separater Station
- Psychiatrische Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen
- Qualifizierte* Alkohol- und Medikamentenentzugsbehandlung
- Qualifizierte* Drogenentzugsbehandlung
- Ambulanzen: Allgemeinpsychiatrische Ambulanz, Suchtmedizinische Ambulanz, Gerontopsychiatrische Ambulanz, Ambulanz für die psychiatrische Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung
- Medizinische Rehabilitation (Entwöhnung) speziell für alkohol- und medikamentenabhängige Menschen
- Ergotherapeutische Werkstatt
- Memory Clinic

Ambulante und teilstationäre Angebote

- 3 LWL-Tageskliniken (Münster)
- 3 LWL-Institutsambulanzen (Münster)

Stationäre Angebote

332 Betten

Weitere Angebote

- LWL-Wohnverbund Münster
- LWL-Pflegezentrum Münster
- LWL-Rehabilitationszentrum Münsterland (Medizinische Rehabilitation für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen)

Anfahrt

*Stationäre Motivationsbehandlung

LWL-Klinik Paderborn

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Münster
Kooperationspartner der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld
Psychiatrie | Psychotherapie | Psychosomatik

Anschrift

Agathastraße 1 | 33098 Paderborn
Tel. 05251 295-0 | **Fax** 05251 295-300
E-Mail info@psychiatrie-paderborn.de
Internet www.lwl-klinik-paderborn.de

Ärztlicher Direktor

Priv.-Doz. Dr. Bernward Vieten

Spezielle Behandlungsangebote

- Behandlung von Zwangs-, Angst-, Ess- und Borderlinestörungen
- Depressionsbehandlung auf separater Station
- Systemisches Behandlungskonzept auf den Sektor-Akut-Stationen
- Qualifizierte* Alkohol- und Medikamentenentzugsbehandlung
- Qualifizierte* Drogenentzugsbehandlung
- Behandlung »Psychose und Sucht«
- Anerkannte Traumaambulanz für Erwachsene (OEG, BG)

*Stationäre Motivationsbehandlung

Ambulante und teilstationäre Angebote

- 2 LWL-Tageskliniken (Paderborn)
- 3 LWL-Institutsambulanzen (Paderborn)

Stationäre Angebote

208 Betten

Weitere Angebote

- LWL-Wohnverbund Paderborn
- Dependance des LWL-Rehabilitationszentrums Ostwestfalen (Medizinische Rehabilitation für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen) – Bernhard-Salzmann-Klinik

Anfahrt

LWL-Klinik Warstein

Psychiatrie | Psychotherapie | Psychosomatik

Anschrift

Franz-Hegemann-Straße 23
59581 Warstein
Tel. 02902 82-0 | **Fax** 02902 82-5099
E-Mail info@lwl-klinik-warstein.de
Internet www.lwl-klinik-warstein.de

Ärztlicher Direktor

Dr. Josef J. Leßmann

Spezielle Behandlungsangebote

- Depressionsbehandlung
- Behandlung von Borderlinestörungen (auch bei zusätzlichem Hilfebedarf)
- Psychosebehandlung
- Gerontopsychiatrische Stationen differenziert nach Diagnosen
- Qualifizierte* Alkohol- und Drogenentzugsbehandlung (auch für Migranten)
- Behandlung von Psychose und Sucht
- Behandlung von chronisch mehrfachbeeinträchtigten abhängigkeitskranken Menschen
- Rehabilitation alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen:
  - bei Komorbidität
  - für suchtkranke Menschen aus Polen und den GUS-Staaten
  - für Senioren
- Stationäre Entwöhnungsbehandlung drogenabhängiger Menschen
- Tagesklinik Sucht-Rehabilitation

Ambulante und teilstationäre Angebote

- 1 LWL-Tagesklinik (Warstein)
- 1 LWL-Institutsambulanz (Warstein)

Stationäre Angebote

273 Betten

Weitere Angebote

- LWL-Pflegezentrum Warstein
- LWL-Wohnverbund Warstein
- LWL-Institut für Rehabilitation Warstein – Hermann-Simon-Institut
- LWL-Rehabilitationszentrum Südwestfalen

Anfahrt

*Stationäre Motivationsbehandlung

LWL-Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie

LWL-Klinik Hamm

Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychotherapie | Psychosomatik

Anschrift

Heithofer Allee 64 | 59071 Hamm
Tel. 02381 893-0 | **Fax** 02381 893-202
E-Mail lwl-klinik.hamm@wkp-lwl.org
Internet www.lwl-jugendpsychiatrie-hamm.de

Ärztlicher Direktor

Priv.-Doz. Dr. Martin Holtmann

Spezielle Behandlungsangebote

- Ambulante Opfersprechstunde
- Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit schweren emotionalen und sozialen Störungen sowie beginnenden Persönlichkeitsstörungen
- Behandlung sexuell entwicklungsgestörter Kinder und Jugendlicher
- Früherkennung und Behandlung von Psychosen und affektiven Erkrankungen (Depressionen und Manien) sowie komplizierter psychotischer Erkrankungen mit chronischem Verlauf
- Suchtambulanz
- Sucht und psychiatrische Diagnose
- Entwöhnungsbehandlung und Rehabilitation bei psychosozial und psychoemotional beeinträchtigten Jugendlichen und jungen Erwachsenen
- Qualifizierte* Drogenentzugsbehandlung für Jugendliche und junge Erwachsene

Mehr Informationen zur Suchtbehandlung:
www.drug-out.de

Ambulante und teilstationäre Angebote

- 4 LWL-Tageskliniken (Hamm, Rheda-Wiedenbrück, Bergkamen, Soest)
- 3 LWL-Institutsambulanzen (Hamm, Rheda-Wiedenbrück, Soest)

Stationäre Angebote

110 Betten

Weitere Angebote

- LWL-Schule in der Klinik Hamm
- Medizinische Rehabilitation für drogenabhängigkeitserkrankte Jugendliche

Anfahrt

*Stationäre Motivationsbehandlung

LWL-Klinik Marl-Sinsen

Haardklinik
Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychotherapie | Psychosomatik

Anschrift
Halterner Straße 525 | 45770 Marl
Tel. 02365 802-0 | **Fax** 02365 802-2211
E-Mail lwl-klinik.marl@wkp-lwl.org
Internet www.lwl-jugendpsychiatrie-marl.de

Betriebsstätte Dortmund
Elisabeth-Klinik | Marsbruchstraße 162a
Tel. 0231 913019-0 | Fax 0231 913019-511

Ärztlicher Direktor
Dr. Claus-Rüdiger Haas

Spezielle Behandlungsangebote
- Behandlung von Essstörungen
- Behandlung auf einer Eltern-Kind-Station
- Familientagesklinik
- Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung
- Qualifizierte* Drogenentzugsbehandlung
- Behandlung von längerfristig psychisch kranken Kindern und Jugendlichen mit krankheitsbedingten komplexen kognitiven, emotionalen und psychosozialen Defiziten
- Behandlung von psychomotorischen und sensorischen Entwicklungsstörungen und Sprachstörungen
- Behandlung von hyperkinetischen Störungen
- Behandlung von psychotischen Krankheitsbildern
- Behandlung von Teilleistungsstörungen

Ambulante und teilstationäre Angebote
- 5 LWL-Tageskliniken (Recklinghausen, Borken, Herne, Coesfeld, Gronau)
- 1 LWL-Tagesklinik Dortmund (Elisabeth-Klinik)
- 4 LWL-Institutsambulanzen (Marl, Recklinghausen, Coesfeld, Gronau)

Stationäre Angebote
119 Betten
35 Betten (Elisabeth-Klinik)

Weitere Angebote
- LWL-Wohnverbund Marl-Sinsen
- LWL-Schule in der Klinik Marl-Sinsen

Anfahrt

*Stationäre Motivationsbehandlung

LWL-Klinik Marsberg

Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychotherapie | Psychosomatik

Anschrift
Bredelarer Straße 33 | 34431 Marsberg
Tel. 02992 601-4000 | **Fax** 02992 601-3103
E-Mail wkkjpp-marsberg@wkp-lwl.org
Internet www.lwl-jugendpsychiatrie-marsberg.de

Ärztlicher Direktor
Priv.-Doz. Dr. Stefan Bender

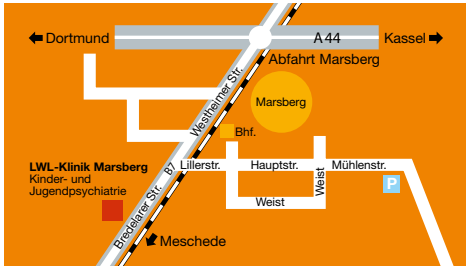
Spezielle Behandlungsangebote
- Allgemeine Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Qualifizierte* Drogenentzugsbehandlung für Jugendliche
- Psychotherapie von Essstörungen und Borderline-Erkrankungen (Skills-Training), Traumatherapie
- Therapie von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen, Lernbehinderungen oder leicht geistiger Behinderung

*Stationäre Motivationsbehandlung

Ambulante und teilstationäre Angebote
- 3 LWL-Tageskliniken (Paderborn, Meschede, Höxter)
- 4 LWL-Institutsambulanzen (Marsberg, Paderborn, Meschede, Höxter)

Stationäre Angebote
54 Betten

Weitere Angebote
- LWL-Schule in der Klinik Marsberg
- LWL-Wohnverbund Marsberg
- LWL-Pflegezentrum Marsberg

Anfahrt


Wir unternehmen Gutes.

Soziales
Psychiatrie
Jugend / Schule
Kultur

Der LWL im Überblick: Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) arbeitet als Kommunalverband mit 13.000 Beschäftigten für die 8,5 Millionen Menschen in der Region. Der LWL betreibt 35 Förderschulen, 19 Krankenhäuser, 17 Museen und ist einer der größten deutschen Hilfezahler für Menschen mit Behinderung. Er erfüllt damit Aufgaben im sozialen Bereich, in der Behinderten- und Jugendhilfe, in der Psychiatrie und in der Kultur, die sinnvollerweise westfalenweit wahrgenommen werden. Die neun kreisfreien Städte und 18 Kreise in Westfalen-Lippe sind die Mitglieder des LWL. Sie tragen und finanzieren den Landschaftsverband, den ein Parlament mit 100 Mitgliedern aus den Kommunen kontrolliert.

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) ▪ Freiherr-vom-Stein-Platz 1 ▪ 48133 Münster
Telefon: 0251 591-4406 ▪ Fax: 0251 591-5405 ▪ E-Mail: lwl@lwl.org

www.lwl.org

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Impressum

Wenn die Psyche Hilfe sucht
Ein LWL-Ratgeber

Herausgeber:
Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)
Öffentlichkeitsarbeit der LWL-Abteilung für Krankenhäuser und Gesundheitswesen,
LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen
Warendorfer Straße 25 – 27
48133 Münster
E-Mail: psychiatrieverbund@lwl.org
Internet: www.lwl-psychiatrieverbund.de
Koordination und Redaktion:
Dr. Gaby Bruchmann, Pamela Hasenjürgen, Thomas Profazi, Odila Wiederhold
Mitwirkende Autoren: Dr. Meinolf Bachmann, Priv.-Doz. Dr. Stefan Bender, Dr. Christos Chrysanthou, Dr. Marc-Andreas Edel, Prof. Dr. Stephan Herpertz, Dr. Rüdiger Holzbach, Prof. Dr. Georg Juckel, Dr. Josef J. Leßmann, Dr. Bernd Meißnest, Prof. Dr. Ulrich Trenckmann, Priv.-Doz. Dr. Bernward Vieten
Gestaltung:
Oktober Kommunikationsdesign, Bochum
Litho und Druck:
Lonnemann GmbH, Selm
Auflage:
20.000 Exemplare

© 2010 LWL

Bildnachweis

iStockphoto
Fotolia: Künstler: contrastwerkstatt, pmphoto, drx, mankale, Aleksei Potov, Petro Feketa, Falko Matte
LWL: S. 4, 5, 22, 26, 39, 52, 53, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81
Stephan Wieland, Düsseldorf: S. 48, 64
Gregor Schläger, Hamburg: S. 65

Stark für die seelische Gesundheit

Der LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen ist der gemeinnützige Gesundheitsdienstleister des LWL, des Kommunalverbandes der 18 Kreise und 9 kreisfreien Städte in Westfalen-Lippe. Der LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen leistet einen entscheidenden Beitrag zur seelischen Gesundheit der Menschen in Westfalen-Lippe.

- **über 100 Einrichtungen im Verbund:**
  Krankenhäuser, Tageskliniken und Institutsambulanzen, Rehabilitationseinrichtungen, Wohnverbünde und Pflegezentren, Akademien für Gesundheitsberufe, Institute für Forschung und Lehre
- **ca. 9.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter** aus allen Berufen des Gesundheitswesens
- **ca. 150.000 behandelte und betreute Menschen** im Jahr

Wir arbeiten für Sie in den Kreisen Borken, Coesfeld, Gütersloh, Höxter, Lippe, Paderborn, Recklinghausen, Soest, Steinfurt, Unna, dem Hochsauerlandkreis und dem Märkischen Kreis sowie in den kreisfreien Städten Bochum, Dortmund, Hamm, Herne und Münster.

www.lwl-psychiatrieverbund.de

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.