

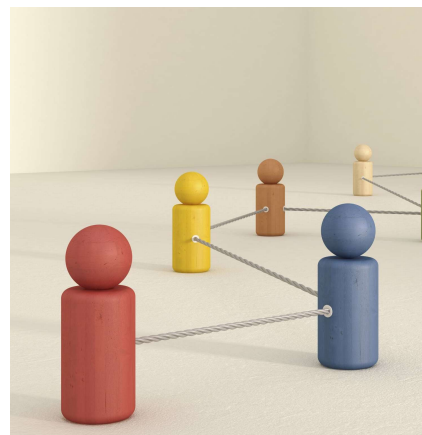
Pflege bei Depression(en) und Suizidalität. Eine pflegerische Perspektive

Ruth C. Ahrens, RN, MScN
www.RuthCAhrens.de

1

Inhalte

- Risiken einschätzen, Zusammenhänge erkennen
- niederschwellige pflegerische Interventionen



2



**NATIONALE
VERSORGUNGS
LEITLINIEN**

NVL Unipolare Depression
Langfassung – Version 3.1


NATIONALE
VERSORGUNGS
LEITLINIEN

Nationale VersorgungsLeitlinie

Unipolare
Depression

Langfassung



Version 3.1
AWMF-Register-Nr. nv4-005

Träger:
Bundesarztekammer
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen
Medizinischen Fachgesellschaften

© 2022 NVL-Programm





Informationen zur aktuellen Version

Die Überarbeitung der NVL Unipolare Depression erfolgt kapitelweise. Die Version 3 beinhaltet die Kapitel:

- Grundlagen
- Diagnostik und Monitoring
- Therapieplanung
- Therapieoptionen und Therapieprinzipien
- Behandlung bei akuter depressiver Episode
- Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe
- Maßnahmen bei Nichtansprechen und Therapieresistenz
- Behandlung chronischer Formen
- Psychosoziale Therapien und unterstützende Maßnahmen
- Management bei Suizidalität und anderen Notfallsituationen
- Medizinische Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe
- Versorgungskoordination
- Forschungsbedarf

Sie ist Teil eines späteren Gesamtdokumentations. Diese Themen werden im Rahmen der nächsten Auflage bearbeitet und veröffentlicht.

Übersicht noch **ausstehender Themen** (Änderungen vorbehalten)

- Spezielle klinische Situationen (**Ältere Patient*innen**; Kultur- und migrationspezifische Aspekte; Genderspezifische Aspekte; Peripartale Depressionen; Prämenstruelle dysphorische Störung; Perimenopausale Depressionen)
- Komorbidität

Änderungsprotokoll

- Version 3.1, Januar 2023: Kapitel 2.3.2: Austausch Abbildung 3 (Anpassung an neuere Version des ICD-10-GM); Kapitel 9.7: Anpassung der Hinweise zur Verordnung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege aufgrund Änderung der Richtlinie

3

Inverse Care Law

Julian Tudor-Hart (1927-2018), englischer Mediziner (1971):

- „The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served.“
 - „Die Verfügbarkeit guter medizinischer Versorgung variiert in der Regel umgekehrt zu dem Bedarf in der versorgten Bevölkerung.“
- Je schwerer die Erkrankung & je komplexer die psychosozialen Folgeprobleme, umso geringer sind die Chancen der Betroffenen, die für sie notwendige Unterstützung zu bekommen.
 - Dies führt neben anderen Faktoren in Deutschland zu einer Chronifizierung schwerer Erkrankungen und Drehtüreffekten.



4



Risiken einschätzen

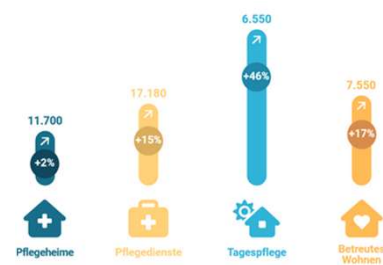
Zusammenhänge erkennen

- Warum stellt dies (immer noch) eine Herausforderung für die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen dar?
- Ist es eine Frage der „Zuständigkeit“?
der Krankenbeobachtung?

5

Zahlen:

- 16.100 vollstationäre Alten- und Pflegeheime, in denen rund 1.288.000 Plätze zur Pflege angeboten werden (aber nicht alle können in Anspruch genommen werden) (Statistisches Bundesamt)
- pflegebedürftig sind etwa 4,96 Millionen Menschen (aller Altersgruppen, die meisten sind jedoch aus der Gruppe der über 65-jährigen) (Statista.de)
- von den Pflegebedürftigen werden rund 731.000 Menschen (aller Altersgruppen) in Pflegeheimen versorgt (Deutsches Ärzteblatt)
- 814 042 Menschen arbeiten in Pflegeheimen, 236 898 Vollzeitstellen (Pflegermarkt.com)
- die meisten pflegebedürftigen Menschen werden ambulant, zu Hause oder in Wohngruppen betreut + versorgt



6

Beschäftigte in Pflegeheimen (eine verwegene Idee dazu):

675.654 ♀ im Pflegeberuf

138.388 ♂ im Pflegeberuf

Rechnerisch betroffen:

76.348 ♀

7.057 ♂

83.405 gesamt

BIBLIOMEDPFLEGE NEWS FACHARTIKEL ZEITSCHRIFTEN STE

[Erfahren Sie mehr!](#)

Artikel empfohlen:

19.01.2019

Altenpfleger fehlen besonders häufig wegen Depressionen

In Deutschland nehmen immer mehr Menschen Antidepressiva oder fehlen aufgrund psychischer Erkrankungen. „Statistisch gesehen war jeder einen Tag aufgrund von Depressionen krankgeschrieben“, sagte Jens Baas, Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse (TK) am Mittwoch in Berlin bei der Vorstellung einer Studie aus seinem Haus. Betroffen von Depressionen sind laut TK vor allem Berufe mit einem hohen Stresslevel und einer großen psychischen Belastung. Die häufigsten Fehlzeiten verzeichnen folglich Mitarbeiter im Callcenter. Dort fehlt im Schnitt jeder Beschäftigte aufgrund psychischer Erkrankungen 2,8 Tage. Auf Platz zwei folgen Mitarbeiter in der Altenpflege (2,5 Tage) sowie auf Rang drei und vier Beschäftigte in Erziehungs- (1,6 Tage) sowie Sicherheitsberufen (1,4 Tage).

Insgesamt ist die Anzahl der Fehlzeiten aufgrund von Depressionen in den Jahren 2000 bis 2013 laut TK um 70 Prozent gestiegen. „Anders als bei anderen Diagnosen wie Erkältungskrankheiten oder Rückenschmerzen sind bei den Depressionen zwar deutlich weniger Menschen betroffen - nur 1,6 Prozent bekamen eine solche Krankschreibung. Die, die es trifft, fallen aber sehr lange aus, im Durchschnitt 64 Tage“, erklärte Baas. Für ein Unternehmen mit 250 Mitarbeitern bedeute dies, dass durchschnittlich vier ihrer Beschäftigten gut zwei Monate im Jahr fehlten. Berücksichtige man noch den Urlaubsanspruch, bleibe also mindestens ein Arbeitsplatz allein aufgrund von Depressionen unbesetzt.

7

Wieviel Reflektion ist nötig oder wird ertragen, wenn so viele von uns selbst betroffen sind?

Lukas > Kapitel 6 : 41-42

**Was siehst du aber einen Splitter in deines Bruders Auge,
und des Balkens in deinem Auge wirst du nicht gewahr?**

**Oder wie kannst du sagen zu deinem Bruder: Halt stille,
Bruder, ich will den Splitter aus deinem Auge ziehen, und
du siehst selbst nicht den Balken in deinem Auge? Du
Heuchler, zieh zuvor den Balken aus deinem Auge und
siehe dann zu, daß du den Splitter aus deines Bruders
Auge ziehest!**



8

„Alterszuschreibung“?

- Symptome werden trotz Dauer + Intensität als normale Phänomene des Alterns missinterpretiert
- mehr körperliche Einschränkungen
- berufliche Fehl-/Vor-Eingenommenheit (bias): manchmal fehlt ein Vergleich zum „gesunden Altern“
- Das Deutsche Bündnis gegen Depression (www.buendnis-depression.de) hat eine 4-stündige Fortbildungen für Pflegefachpersonen angeboten, um Depressionen + Suizidgefährdung zu erkennen

Erkrankung der ...losigkeit

- Gefühllosigkeit
- Freudelosigkeit
- Interesselosigkeit
- Lustlosigkeit
- Appetitlosigkeit
- Schlaflosigkeit
- Antriebslosigkeit
- Motivationslosigkeit
- Ziellosigkeit
- Empfindungslosigkeit
- Konzentrationslosigkeit
- Hilfslosigkeit
- Wortlosigkeit
- Machtlosigkeit
- Sinnlosigkeit
- Traurigkeit
- Hoffungslosigkeit
- Heillosigkeit



9

Warum bleiben so viele Depressionen unerkannt und unbehandelt?

- Psychische Störungen stellen immer noch ein gewaltiges Stigma dar!
- Dies fördert die Verleugnung



10

Es kann theoretisch jede(n) treffen



11

Tipp für Angehörige:

Living with a black dog (Was können Angehörige sagen/tun? – nur auf Englisch- ohne deutsche Untertitel verfügbar)

<https://www.youtube.com/watch?v=2VRRx7Mtep8>



12

Warum werden Depressionen chronisch?

genetische Faktoren

frühe PTSD/PTBS

neurotizistische Denkstile

neurobiologische Faktoren

psychosoziale Faktoren

inadäquate Behandlung



13

Risiken der Chronifizierung:

sozialer Rückzug

hohe Comorbidität (u.a. affektive Störungen, v.a. Angst)

häufige Klinikaufenthalte

Suizidgefahr: ca. 15 - 25 % der Patienten mit rezidivierenden, schweren depressiven Störungen sterben durch Suizid



14

Risiken einschätzen: interprofessionell vorgehen

Möglichkeiten des pflegerischen Assessments:

- NGASR-Skala
- Suicide Status Form II



15

NGASR-Skala: Erhebung von Risikofaktoren

Nurses Global Assessment of Suicide Risk (NGASR)

Original: [Cutcliffe J, Barker P \(2004\) The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk \(NGASR\): developing a tool for clinical practice. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 11\(4\):393-400](#) (Übersetzung: Abderhalden, Grieser, Kozel, Seifritz, Rieder 2005)

Kriterien	Punktwerte
1) Vorhandensein/Einfluss von Hoffnungslosigkeit	3
2) Kürzliche, mit Stress verbundene Lebensereignisse, z.B.: Verlust der Arbeit, finanzielle Sorgen, schwebende Gerichtsverfahren	1
3) Deutlicher Hinweis auf Stimmen hören/Verfolgungsideen	1
4) Deutlicher Hinweis auf Depression, Verlust an Interesse oder Verlust an Freude	3
5) Deutlicher Hinweis auf sozialen Rückzug	1
6) Äußerung von Suizidabsichten	1
7) Deutlicher Hinweis auf einen Plan zur Suizidausführung	3
8) Familiengeschichte von ernsthaften psychiatrischen Problemen oder Suizid	1
9) Kürzlicher Verlust einer nahe stehenden Person oder Bruch einer Beziehung	3
10) Vorliegen einer psychotischen Störung	1
11) Witwe/Witwer	1
12) Frühere Suizidversuche	3
13) Vorliegen schlechter sozioökonomischer Verhältnisse, z.B.: schlechte Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit, Armut	1
14) Vorliegen von Alkohol- oder anderem Substanzmissbrauch	1
15) Bestehen einer terminalen Krankheit, unerträglichen Schmerzen	1
16) mehrere psychiatrische Hospitalisationen in den letzten Jahren, Wiederaufnahme kurz nach der letzten Entlassung	1
Total	26

16

Suicide Status Form II

Suicide Status Form II

Suizidalitätskala

Teil B (Untersucher)

Ja Nein Suizidplan: Wann: _____ Wo: _____
 Wie: _____ Zugang zu Suizidmitteln ja nein
 Ja Nein Suizidvorstellungen: Beschreibe: _____
 Ja Nein Probestandlungen: Beschreibe: _____
 Ja Nein Suizidanklage: Beschreibe: _____
 Suizidgedanken: Häufigkeit: _____ pro Tag _____ pro Woche _____ pro Monat
 Einmal _____
 Ja Nein Akutidee: _____
 Ja Nein Impuls: _____
 Ja Nein Substanz: _____
 Ja Nein Bedrohung: _____
 Ja Nein Soziale: _____
 Ja Nein Beziehung: _____
 Ja Nein Gesundheit: _____
 Ja Nein Problem: _____

Vorläufige Diagnose: _____

Suicide Status Form II (SSF-II) German Version I

Initialen: _____ Untersucher: _____ Datum: _____

Teil A: Patientin und Untersucherin gemeinsam! „I WANT TO SEE IT THROUGH YOUR EYES“

Geben Sie bitte bei jeder Frage an, wie Sie sich gerade jetzt fühlen (Bitte zutreffende Zahl einkreisen). Ordnen Sie nachher in der linken Spalte die Fragen entsprechend der Wichtigkeit, die Sie ihnen zuordnen. Dabei steht 1 für die wichtigste und 5 für die unwichtigste Frage.

Rang	Frage	Punkte
1)	Beurteilen Sie den psychischen Schmerz (Gefühl der Verletzung, des Leids, des Elends, nicht jedoch Anspannung und Stress oder körperlichen Schmerz): Ich finde psychisch am schmerzhaftesten: _____ niedriger psychischer Schmerz: 1 2 3 4 5 : hoher psychischer Schmerz	
2)	Beurteilen Sie das Ausmaß des aktuellen inneren Stresszustands (Ihr allgemeines Gefühl, unter Druck zu stehen, von etwas Überwältigt zu sein u.ä.): niedriger innerer Stresszustand: 1 2 3 4 5 : hoher innerer Stresszustand Für mich ist am meisten mit Stress verbunden: _____	
3)	Beurteilen Sie innere Spannung und Erregung (bedrückende Gefühlsinhalte, das Gefühl, Sie müssten irgendetwas – ohne zu wissen was – tun, nicht jedoch Verlangen, nicht „Verleiden“): niedrige Erregung: 1 2 3 4 5 : hohe Erregung Ich habe am ehesten das Bedürfnis etwas zu tun, um diesem Erregungsstand ein Ende zu setzen, wenn: _____	
4)	Beurteilen Sie die Hoffnungslosigkeit (Ihre Erwartung, dass sich die Dinge nicht bessern, ganz egal, was Sie machen werden): wenig Hoffnungslosigkeit: 1 2 3 4 5 : viel Hoffnungslosigkeit Ich bin am hoffnungslosesten in Bezug auf: _____	
5)	Beurteilen Sie die Selbstentwertung, den Selbsthass (Ihr allgemeines Gefühl, sich selbst nicht zu mögen, keinen Selbstwert zu haben, sich selbst nicht zu respektieren): wenig Selbstentwertung: 1 2 3 4 5 : viel Selbstentwertung Was ich an mir am meisten ablehne, ist: _____	
6)	Allgemeine Einschätzung der Suizidgefährdung: extrem niedrig (werde mich nicht umbringen): 1 2 3 4 5 : extrem hoch (werde mich umbringen)	

1) Inwiefern sind Ihre Suizidgedanken abhängig von Gefühlen und Gedanken über sich selbst?
Überhaupt nicht 1 2 3 4 5 völlig

2) Inwiefern sind Ihre Suizidgedanken abhängig von Gefühlen und Gedanken anderer gegenüber?
Überhaupt nicht 1 2 3 4 5 völlig

Bitte schreiben Sie im Folgenden möglichst viele Gründe oder Motive auf, warum Sie leben wollen, oder warum Sie sterben wollen. Bitte ordnen Sie dann die einzelnen Gründe entsprechend ihrer Wichtigkeit von 1 – 5 in der Spalte „Rang“.

Rang	Gründe/Motive, die für das Leben sprechen	Rang	Gründe/Motive, die für den Tod sprechen

Mein Wunsch zu leben, ist: _____
 Überhaupt nicht vorhanden: 1 2 3 4 5 6 7 8 : ganz besonders stark

Mein Wunsch zu sterben, ist: _____
 Überhaupt nicht vorhanden: 1 2 3 4 5 6 7 8 : ganz besonders stark

Das, was mir am meisten helfen würde, nicht mehr an Suizid zu denken, wäre: _____

17

[illegible]

18

SPOC – Suicidal Patient Observation Chart		SPOC – Suicidal Patient Observation Chart	
Traurig, niedergeschlagen, deprimiert	☐	Sowohl gehobene als auch gedrückte Stimmung	☐
Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung	☐	Plötzliche Veränderung der Stimmungslage (Affektlabilität)	☐
Hoffnungsvoll, plant für die Zukunft	☐	Impulsivität, impulsive Handlungen	☐
Unruhig, ängstlich	☐	Motorische Unruhe	☐
Schuldgefühle, schamhaft	☐	Körperliche Beschwerden / Schmerzen	☐
Wütend, irritiert	☐	Todes-, Suizidwunsch oder -gedanken	☐
Aggressiv, feindlich	☐	Suizidpläne oder -vorbereitungen	☐
Ruhig	☐	Selbstverletzendes Verhalten, Suizidversuch	☐
Zurückgezogen, gedanklich abwesend, isoliert	☐	Erliegt praktische und / oder persönliche Angelegenheiten	☐
Psychischer Schmerz / Leidensdruck	☐	Konflikt mit Mitarbeitern, Personal, anderen	☐
Misstrauisch	☐	Aktivitäten (außerhalb des Zimmers)	☐
Verzerrte Realitätswahrnehmung, psychotisch	☐	Isst und / oder trinkt	☐
Verwirrt	☐	Kümmert sich um persönliche Hygiene	☐
Befehlende, imperative Stimmen	☐	Schläft	☐

19

Fallbeispiel

- 77-jährige Patientin, seit 15 Wochen in der Klinik, plötzlich auftretende starke depressive Episode
- kann sich zu Hause nicht mehr allein versorgen, der Umzug in ein Seniorenheim steht an + sie wird von der Klinik direkt dorthin gehen (lebte bis vor Aufnahme in eigener Wohnung, hat sich das Seniorenheim selbst ausgesucht)
- ist körperlich altersentsprechend beweglich.
- zeigt kaum Gefühle, ist sehr antriebslos, steht nicht von selbst auf, sondern liegt im Bett & starrt die Wand an.
- hat auf Station keine sozialen Kontakte außer zur Bezugsschwester. Sie hat keine Hobbies, beschäftigt sich mit nichts.

Medizinische Diagnose: F 32.2 (schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, erstauftretend)

Bisherige medizinische Therapie: Metoprolol 95 mg (Betablocker), Saroten®-Infusion

Bisherige Psychotherapie: Keine.

Bisherige Pflege: Bezugspflege, Wunschkost

20

Was die Bezugsschwester tat:

- NANDA-Pflegediagnose: **Hoffnungslosigkeit**

Angestrebte Pflegeergebnisse:

- Aufrechterhaltung der positiven Beziehung zw. Bezugspflege + Patientin
- Patientin erkennt + äußert eigene Gefühle, z. B. in Bezug auf die Zukunft im Seniorenheim
- erkennt + wendet Bewältigungsformen an, um den Gefühlen der Hoffnungslosigkeit entgegenzuwirken
- beteiligt sich an Aktivitäten des täglichen Lebens + Stationsablauf

Pflegeinterventionen:

- Beziehung fördern und positiv besetzen durch Wohlbefinden und Sicherheit; Angebot der Aromapflege (Handmassage mit geeigneten Essenzen wie Jasmin, Melisse, Minze, Rose, Benzoe, Ingwer, Petit Grain, Lavendel)
- Soziale Interaktion fördern; in kleinen Schritten vorgehen: Patientin auf die Liste für den Therapie-Hund setzen; mit der Patientin eine Katze im Tierheim besuchen; Patientin einladen, in der Stationsgruppe von beiden Erfahrungen zu sprechen
- Ermitteln von Bewältigungsformen und Abwehrmechanismen der Patientin (Abwehr: bringt doch alles nichts... zur Lichttherapie + Wacht-Therapie motivieren)
- Handlungsspielräume und Alternativen beim Tagesablauf und der Ernährung einräumen (Ingwer-Tee, Omega3-FS, Tryptophan-reiche Ernährung)
- Wohlbefinden fördern, auf Sicherheit achten: mit Ärztin über mögliches Absetzen des Betablockers sprechen (Alternativen?), Umstellung der antidepressiven Medikation auf Seroquel®

21



Der Therapie-Hund
aus dem Fallbeispiel



Eine der Katzen durfte später mit ins
Senioren-Wohnen ziehen

22

komplementäre Möglichkeiten

biologisch wirksam	sozial wirksam	kognitiv-reflektiv wirksam
Sport & Bewegung	Beziehungen & soziale Unterstützung	Genesungsbegleiter*in
Licht-Therapie	Gespräche: Hoffnung, Information, Psychoedukation	Tagebuch der guten Dinge
Tageslicht-Wecker	Haustiere	Achtsamkeit (MBSR)
Wach-Therapie	gemeinsame Unternehmungen	Sticken
Ernährung & Medikation	Cinema-Therapie	Psychotherapie zugänglich machen
Symptomverschreibung	soziale Projekte (z.B. mit Kindergarten)	Selbsthilfe-Gruppen zugänglich machen

23



Biologisch wirksam: Sport & Bewegung

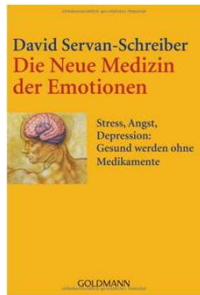
„Es gibt kein Verbot für alte Weiber,
auf Bäume zu klettern.“

Astrid Lindgren *

* als sie mit 67 Jahren anlässlich des 80. Geburtstages ihrer Freundin Elsa Olenius 1974 mit dieser um die Wette auf einen Baum kletterte.

24

Sport & Bewegung: 2 potente Andidepressiva



Bildquellen: David Lohmüller: Strike - Seniorenbowling mit Nintendo Wii, 2009, 3. Preis des Wettbewerbs „Neue Bilder vom Alter(n)“. In: Staudinger U (2010, S.15)

25

Lichttherapie

- vor allem bei SAD und Altersdepression wirksam
- mindestens 10.000 Lux, mindestens 30 min. täglich über mind. 2 Wochen
- keine Nebenwirkungen, keine Kontraindikationen
- kann leicht zu Hause angewendet werden,
- ab ca. 80 €



26

Tageslichtwecker

- unterstützt natürliche biologische Rhythmen
- keine Nebenwirkungen oder Kontraindikationen
- kann leicht zu Hause angewendet werden,
- ab ca. 40 €



27

Klären Sie ab, ob Ihr Patient dafür in Frage kommt! Wachtherapie:

- genauer Wirkmechanismus bis heute nicht bekannt
- CAVE: nicht bei Kindern und Jugendlichen (kann Depression verstärken)
- als Gruppen-Angebot durchführbar (3-8 Teilnehmende)



28

Wach-Therapie: (erst nach abgeklärter Indikation!)

Indikationen:

- kurzfristige Befindlichkeitsbesserung
- gegensteuern bei beginnender neuer Episode (rapid cyler)
- Nebenwirkungen können sein:
Unruhezustände, Krampfanfälle, psychotische Episoden, manische Phase

Kontraindikationen:

- Patient unter 25 Jahre
- kann in Einzelfällen auch bei Älteren krankheitsprovozierend wirken



29



Stimmungaufhellende Lebensmittel

- Tryptophanhaltige Lebensmittel unterstützen die Serotonin-Produktion
- kohlenhydrathaltige Lebensmittel mindern Stress

30

Stimmungsaufheller



- Ananas, Bananen, Beeren, Kirschen, Kürbis, Aprikosen, Parmesan, Schokolade, heiße Milch mit Honig: **Tryptophan**
(-> raus in die Sonne! -> Vitamin D)
- Nüsse, Mandeln: **Selen, Omega-3-Fettsäuren**
- Zitronen, Limetten: **Vitamin C** („sauer macht lustig“)
- Nudeln, Kartoffeln, Brot, Reis: **Kohlenhydrate** (Stress)
- Ingwer, Chili: **6-Gingerol, Capsaicin** setzen Endorphine frei

31

Symptom-Verschreibung: 2-Stunden-Rückzug

- Symptomen mit Akzeptanz begegnen
- zeitlich begrenzt auf 2 h
- Kombination mit **Wärmebehandlung**
- vermittelt Geborgenheit, Patient entspannt sich, Dauer-Druck der Behandlung lässt nach, Beziehung zu Behandlern verbessert sich (Compliance)
- regelmäßig anbieten (alle 2 Tage)



32

Beziehungen & soziale Unterstützung sind wirksam



33

Sozial wirksam sind Gespräche: Suchen Sie nach Hoffnung!

„Hoffnung ist nicht die Überzeugung, dass etwas gut ausgeht, sondern die **Gewissheit**, dass etwas einen **Sinn** hat, egal wie es ausgeht.“ Václav Havel



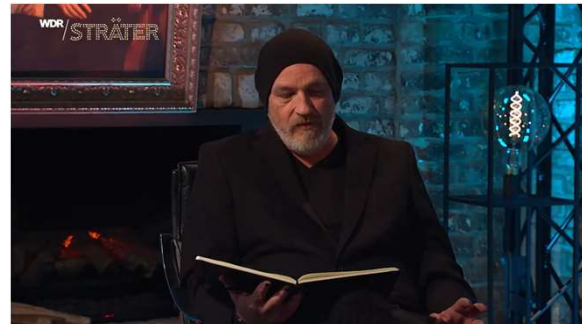
34

Sozial wirksam: Gespräche

CAVE

- vorschnelles Trösten
- ermahnen
- verallgemeinern
- belehren, Ratschläge geben
- herunterspielen
- beurteilen & kommentieren
- nachforschen, ausfragen, analysieren
- vorschnell Aktivitäten empfehlen
- unangemessen Ziele setzen (überfordern)

1. Das wird wieder!
2. Du denkst zu viel nach!
3. Das ist doch alles nur Kopfsache...
4. Ich könnte das ja nicht - den ganzen Tag im Bett liegen.
5. Anderen geht es viel schlechter als Dir.
6. Denk doch mal positiver!
7. Du musst einfach mehr vor die Tür!
8. Lach' doch mal!



35

Besprechen Sie mit Betroffenen auch:

gesunde Ernährung:

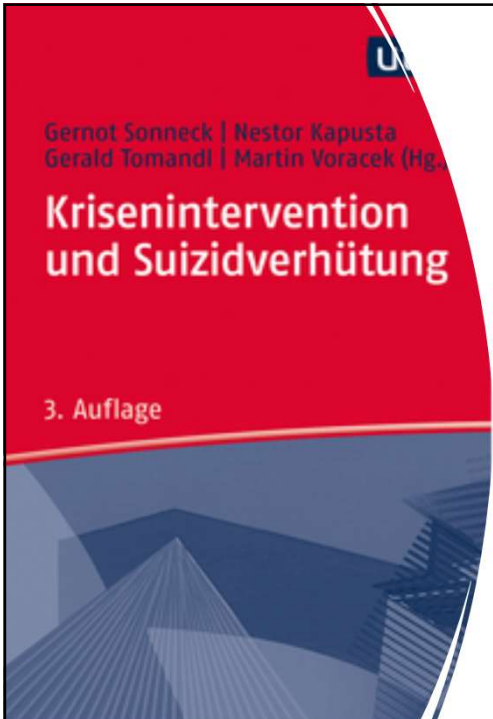
- L-Tryptophan haltig: Serotonin bildend
- Omega 3-FS
- Vitamin B12
- Kalium
- Magnesium (spez. bei agitierten Patienten)

negativer Einfluss der Genussgifte auf die Stimmung:

- Nikotin,
- Alkohol
- Cannabis & andere Drogen



36



Das BELLA-Kriseninterventionskonzept

- B**eziehung aufbauen
- E**rfassen der Situation
- L**inderung der schweren Symptomatik
- L**eute einbeziehen, die unterstützen
- A**nsätze zur Problembewältigung finden

37

Information:

- Quelle: Berger M (Hrsg) 2004: Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. München: Elsevier, S. 584

Tabelle 12-8 Mögliche somatische Erkrankungen als Ursachen für depressive Störungen.

Infektionskrankheiten (z.B.) ■ Viruspneumonie ■ Mononukleose ■ Influenza ■ Brucellose ■ Typhus	metabolische Störungen (z.B.) ■ Urämie ■ Leberinsuffizienz ■ Vitamin-B₁₂-Mangel ■ Folsäuremangel ■ Morbus Wilson ■ Hypoproteinämie ■ Porphyrrie
kardiovaskuläre und pulmonale Erkrankungen (z.B.) ■ Herzinsuffizienz ■ Arrhythmien ■ chronisch obstruktive Bronchitis ■ Schlafapnoe	gastrointestinale Erkrankungen (z.B.) ■ Pankreatitis ■ entzündliche Darmerkrankungen ■ Morbus Whipple
Neoplasmen ■ Pankreaskarzinom ■ Leukämien ■ Hirntumoren	Kollagenosen (z.B.) ■ Lupus erythematodes ■ Polymyalgia rheumatica ■ Panarteriitis nodosa
Endokrinopathien (z.B.) ■ Hypothyreose ■ Hyperthyreose ■ Addison-Erkrankung ■ Cushing-Syndrom ■ Hyperparathyreoidismus ■ Hypoparathyreoidismus ■ Diabetes mellitus	Hirnerkrankungen (z.B.) ■ Morbus Parkinson ■ Encephalomyelitis disseminata ■ Alzheimer-Erkrankung ■ Enzephalomalazie ■ Epilepsie

38

Information:

Tabelle 11-9 Medikamente und Drogen, die Depressionen bedingen können (nach SOREFT und McNEILL, 1987).

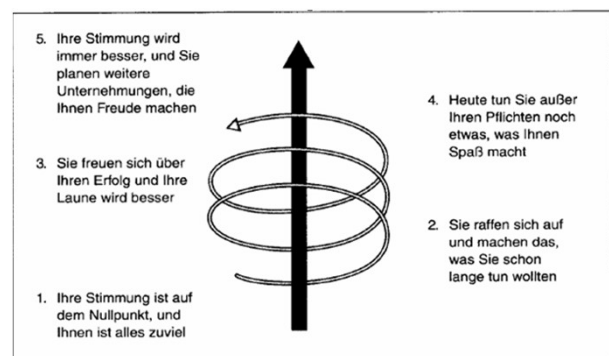
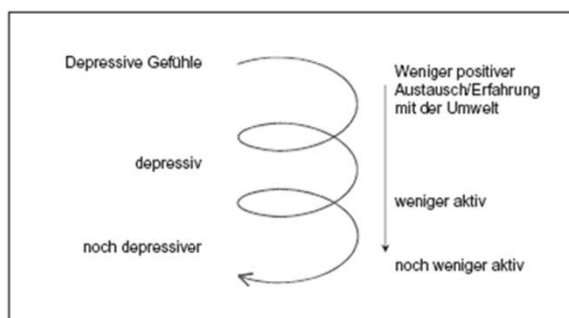
Antihypertensiva ■ Reserpin ■ α-Methyldopa ■ Propranolol (und andere hirnängige β-adrenerge Blocker) ■ Prazosin ■ Clonidin	Zytostatika ■ Vincristin ■ Vinblastin
Kardiaka und Antiarrhythmika ■ Digitalis ■ Lidocain ■ Disopyramid ■ Propranolol ■ Metoprolol	Cholinergika ■ Physostigmin ■ Takrin
Kortikosteroide	Levodopa
orale Kontrazeptiva	Absetzen von ■ Coffein ■ Nikotin ■ Amphetaminen, Kokain ■ Fenfluramin ■ Barbituraten
Cimetidin	psychotrope Substanzen ■ Benzodiazepine ■ Chlorpromazin ■ Phenothiazine
Antiglaukom-Medikamente	Alkohol
Indometacin	andere ■ Halothan ■ Phenylephrin ■ Antikonvulsiva ■ Baclofen ■ Pentazocin ■ Morphin, andere Opiate
Antibiotika ■ Cycloserin ■ Isoniazid (INH) ■ Nalidixinsäure ■ Gyrasehemmer	
Disulfiram	

Quelle: Berger M (Hrsg) 2004:
Psychische Erkrankungen. Klinik
und Therapie. München:
Elsevier, S. 585

39

Psychoedukation (niederschwellig!):

Planung positiver Aktivitäten



40

Haustiere



41

Kognitiv-reflektiv
wirksam:
Genesungsbegleitung



- <https://ex-in.de/ex-in-genesungsbegleitung/>
- Experienced Involvement = Experten aus Erfahrung

„Jemanden zu haben, der schon an dem Ort war, wo ich jetzt gerade bin und es von dort weg geschafft hat... das ist ebenso hilfreich wie ermutigend. Die Gespräche tun mir gut und ich fühle mich rundum verstanden!“

(Patient nach 2 Gesprächen mit dem Genesungsbegleiter)

42

Tagebuch der guten Dinge!

- bei sehr pessimistischer Grundstimmung, ausschließlicher Wahrnehmung negativer Ereignisse + Gefühle
- wirksam bei Betroffenen mit Schuldgefühlen, Selbstvorwürfen: Alter-ego-Spalte

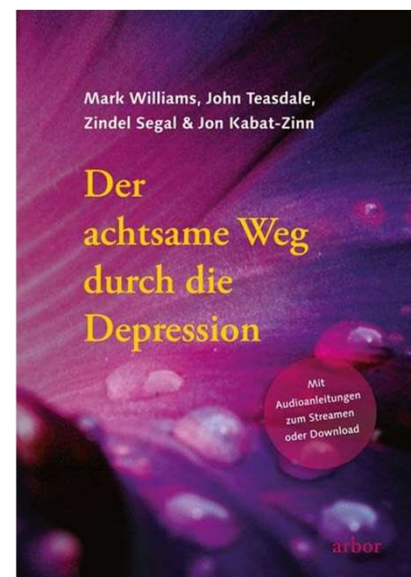


43

Was ist Achtsamkeit?

Eine besondere Form der Aufmerksamkeit die nicht-wertend auf das bewusste Erleben des aktuellen Augenblicks gerichtet ist.
Jon Kabat-Zinn (1990)

Achtsamkeitsbasierte Konzepte können signifikant dazu beitragen, Residualsymptome zu senken & die Impulskontrolle zu verbessern -
> beugt Suizidhandlungen vor



44

Stricken. Stricken? Ja, stricken! ... und „count your blessings“

- Stricken kann nicht nur den Demenz-Verlauf verzögern, sondern auch antidepressiv wirken
- hilft bei der Stressbewältigung
- verbessert die Verknüpfung der Hirnhälften (Durchblutung)
- verbessert Immunparameter (IGG steigt an)
- erhöht Serotonin und Dopamin (man wird ruhiger, gelassener - aber der Antrieb steigt)

Kontraindikation: Tendovaginitis, Allergie

Nebenwirkung: jede Menge Socken, Schals etc.

45



Stricken

- in der Gruppe
- gleichzeitig Gespräch über die „Segnungen“ des eigenen Lebens

46

Hoffnung hat etwas damit zu tun, dass...

- Zuwendung
- Wertschätzung
- Tagesstruktur
- Neubewertung von Ereignissen

wesentliche Wirkfaktoren von Genesung sind

„Damit wird ein Umfeld geschaffen, in dem auch Medikamente eine stabilisierende Funktion entfalten können“

(Pfeifer in Oswald 2016, S. 46)

47

Quellen:

- Allgemeine Ortskrankenkassen Bundesverband (AOK-BV) (ohne Datum) Zahlen und Fakten über Depression. Verfügbar unter: https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2018/07_faktenblatt_depressionen.pdf
- Berger M (Hrsg) 2004: Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. München: Elsevier
- Björkdahl, A.; Nyberg, U.; Runeson, B. & Omérov, P. (2011). The development of the Suicidal Patient Observation Chart (SPOC): Delphi study. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 18, 558-561
- Evangelische Kirche Deutschland (Hrsg.) (1986) Die Bibel. Stuttgart: Deutsche Bibelgesellschaft
- Bibliomed (2015) Altenpfleger fehlen besonders häufig wegen Depression. Verfügbar unter: <https://www.bibliomed-pflege.de/news/21862-altenpfleger-fehlen-besonders-haeufig-wegen-depressionen>
- Deutsches Ärzteblatt (2022) Mehr als 730.000 Menschen leben in Deutschland in Pflegeeinrichtungen. Verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/117722/Mehr-als-730-000-Menschen-leben-in-Deutschland-in-Pflegeeinrichtungen>
- Naumovska, K (2015) Suizid von Ärztinnen/Ärzten und von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/Gesundheits- und Krankenpflegern in Hamburg von Januar 2007 bis Juni 2014. Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin. Verfügbar unter: <https://ediss.sub.uni-hamburg.de/bitstream/ediss/6816/1/Dissertation.pdf>
- Oswald, A (2016) Psychiatrie und Gesellschaft im Wandel der Zeit 1900 – 2016. Basel: Schwabe
- Pflegemarkt.com (2023) Anzahl und Statistik der Altenheime in Deutschland. Verfügbar unter: <https://www.pflegemarkt.com/2016/10/28/anzahl-und-statistik-der-altenheime-in-deutschland/>
- Sonneck G. et al (Hrsg.) (2016) Krisenintervention und Suizidverhütung. Stuttgart: UTB
- Statistisches Bundesamt (2023) Personal in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/personal-pflegeeinrichtungen.html>
- Statista (2023) Geschlechterverteilung unter sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Pflege und insgesamt in Deutschland im Jahr 2021. Verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1029877/umfrage/verteilung-von-pflegekraefte-in-deutschland-nach-pflegeart-und-geschlecht/>
- Tudor-Hart, J (1971) The Inverse Care Law. The Lancet. Verfügbar unter: DOI: 10.1016/S0140-6736(71)92410-X

48

Lese-Tipps für Betroffene:



49

The brief Reasons for Living Inventory for Adolescents (BRFL-A) (Osman A, Linehan M, 1996)

Name/Code Number: _____ Sex: M/F Age: _____ RFL-A

This questionnaire lists specific reasons that people sometimes have for not committing suicide, if the thought were to occur to them or if someone were to suggest it to them. Please read each statement carefully, and then choose a number that best describes how important each reason is to you for not committing suicide.

Use the scale below and circle the appropriate number in the space to the right of each statement. Please use the whole range of choices so as not to rate only at the middle (2, 3, 4, 5) or only at the extremes (1, 6).

How important to you is this reason for not committing suicide?

	1 = Not at all important	2 = Quite unimportant	3 = Somewhat unimportant	4 = Considerably unimportant	5 = Quite important	6 = Extremely important
1. Whenever I have a problem, I can turn to my family for support or advice.	1	2	3	4	5	6
2. It would be painful and frightening to take my own life.	1	2	3	4	5	6
3. I accept myself for what I am.	1	2	3	4	5	6
4. I have a lot to look forward to as I grow older.	1	2	3	4	5	6
5. My friends stand by me whenever I have a problem.	1	2	3	4	5	6
6. I feel loved and accepted by my close friends.	1	2	3	4	5	6
7. I feel emotionally close to my family.	1	2	3	4	5	6
8. I am afraid to die, so I would not consider killing myself.	1	2	3	4	5	6
9. I like myself just the way I am.	1	2	3	4	5	6
10. My friends care a lot about me.	1	2	3	4	5	6
11. I would like to accomplish my plans or goals in the future.	1	2	3	4	5	6
12. My family takes the time to listen to my experiences at school, work, or home.	1	2	3	4	5	6
13. I expect many good things to happen to me in the future.	1	2	3	4	5	6
14. I am satisfied with myself.	1	2	3	4	5	6
15. I am hopeful about my plans or goals for the future.	1	2	3	4	5	6
16. I believe my friends appreciate me when I am with them.	1	2	3	4	5	6
17. I enjoy being with my family.	1	2	3	4	5	6
18. I feel that I am an OK person.	1	2	3	4	5	6
19. I expect to be successful in the future.	1	2	3	4	5	6
20. The thought of killing myself scares me.	1	2	3	4	5	6
21. I am afraid of using any method to kill myself.	1	2	3	4	5	6
22. I can count on my friends to help if I have a problem.	1	2	3	4	5	6
23. Most of the time, my family encourages and supports my plans or goals.	1	2	3	4	5	6
24. My family cares about the way I feel.	1	2	3	4	5	6
25. My future looks quite hopeful and promising.	1	2	3	4	5	6
26. I am afraid of killing myself.	1	2	3	4	5	6
27. My friends accept me for what I really am.	1	2	3	4	5	6
28. I have many plans I am looking forward to carrying out in the future.	1	2	3	4	5	6
29. I feel good about myself.	1	2	3	4	5	6
30. My family cares a lot about what happens to me.	1	2	3	4	5	6
31. I am happy with myself.	1	2	3	4	5	6
32. I would be frightened or afraid to make plans for killing myself.	1	2	3	4	5	6

- Artikel aus: Journal of Abnormal Child Psychology, p. 433 - 444
- DOI: 10.1007/BF01441566
- verfügbar unter:
<https://www.researchgate.net/publication/226936937>

50