

360°

UNIVERSITÄTS
KLINIKUM FREIBURG

BEHANDLUNG · FORSCHUNG · LEHRE

1 | 2025

SCHWERPUNKT

PSYCHE

In dieser Ausgabe:

- Was tun bei Angst und Depression?
- Stress und Burn-out
- Seelische Unterstützung bei Krebs und vieles mehr ...

INHALT

WAS TUN BEI ANGST UND DEPRESSION?

Interview mit Prof. Dr. Dr. Katharina Domschke

S. 4

STARKE PSYCHE, STARKES HERZ

Psychokardiologie

S. 7

ÄLTER WERDEN, LEBENSFROH BLEIBEN

Hilfe bei psychischen Alterserkrankungen

S. 8

IMPULSE FÜR DIE PSYCHE

Tiefe Hirnstimulation bei Depressionen

S. 10

DEPRESSION

Die stille Volkskrankheit

S. 12

SCHLAFEN SIE GUT!

Tipps für eine ruhige Nacht

S. 14

DEN URSACHEN AUF DER SPUR

Interview mit Prof. Dr. Ludger Tebartz van Elst

S. 16

SEELISCHE UNTERSTÜTZUNG BEI KREBS

Psychokardiologie

S. 19

2

(WIEDER) LEBEN OHNE ALKOHOL

Hilfe für Betroffene inklusive eines ersten Selbsttests

S. 20

IMMER WIEDER HÄNDEWASCHEN

Zwangsstörungen

S. 22

PSYCHE UND KUNST

Heilsames Zeichnen, Musizieren und Gestalten

S. 24

DAS GANZE SPEKTRUM PSYCHOSOMATISCHER ERKRANKUNGEN

Interview mit Prof. Dr. Claas Lahmann

S. 26



DIE SEELISCHE GESUNDHEIT VON KINDERN UND JUGENDLICHEN STÄRKEN

Interview mit Prof. Dr. Christian Fleischhaker S. 30

SCHRITT FÜR SCHRITT

Angsterkrankungen in virtueller Realität behandeln S. 32

MIT PRÄZISION AUS DER DUNKELHEIT

Ein Roboter bringt neue Hoffnung für Patient*innen mit Depressionen S. 34

STRESS UND BURN-OUT

Vermeiden, erkennen, bekämpfen S. 36

ACHTSAMKEIT

Konzentriert und gelassen durch den (Klinik-)Alltag S. 38

ZU VIEL SPORT BEI ESSSTÖRUNGEN

Den Körper selbstbewusst wahrnehmen S. 40

BORDERLINE

Emotionen an der Grenze S. 42

FÜR DAS LEBEN TRAINIEREN

Autismus-Spektrum-Störungen S. 44

SPEZIALSPRECHSTUNDE

für Geflüchtete S. 46

GEWINNSPIEL

S. 47

IMPRESSUM

S. 47



Blut spenden =
Leben spenden!

www.blutspende-uniklinik.de

UNIVERSITÄTS
KLINIKUM FREIBURG

blutspende
Universitätsklinikum Freiburg



WAS TUN BEI ANGST UND DEPRESSION?

INTERVIEW MIT PROF. DR. DR. KATHARINA DOMSCHKE

ÄRZTLICHE DIREKTORIN DER KLINIK FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE

Frau Professor Domschke, einer Ihrer Forschungsschwerpunkte ist Angst. Angst ist ein normales Empfinden, aber ab wann beginnt Angst krankhaft zu sein?

Zunächst ist Angst wirklich ganz normal, ja sogar lebensnotwendig. Wir brauchen Angst als Alarmsystem bei Gefahr, als Motor unserer Leistungsfähigkeit und auch ein wenig als „Salz in der Suppe“ im Leben – man denke an den Genuss von Horrorfilmen oder Geisterbahnfahrten. Angst wird dann krankhaft und behandlungsbedürftig, wenn sie zu lange andauert, wenn sie zu häufig auftritt, wenn sie ohne äußeren Anlass auftritt, wenn sie den betroffenen Menschen im privaten, sozialen oder beruflichen Leben einschränkt und wenn sie ein Vermeidungsverhalten der gefürchteten Situationen oder Objekte nach sich zieht.

Was ist der Auslöser für krankhafte Angst?

Die Ursachen von Angst sind vielfältig. Genetische Faktoren spielen sicher eine Rolle, weiterhin Störungen im Nervenbotenstoffhaushalt, unter anderem von Serotonin und Noradrenalin, und bestimmte Veränderungen in der Funktionsweise von Gehirngebieten wie zum Beispiel des Mandelkerns, der sogenannten Amygdala. Als weitere Auslöser von Angst sind ganz wesentlich Umweltfaktoren zu nennen wie Traumata, akuter oder chronischer Stress und bestimmte Erziehungsstile oder Bindungserfahrungen, aber auch Drogen- oder Kaffeegenuss.

Welche Therapiemöglichkeiten gibt es gegen Angststörungen?

Die Therapie von Angststörungen ruht auf zwei Säulen, der Psychotherapie und der medikamentösen Behandlung, also der Pharmakotherapie. Psychotherapeutisch ist vor allem die kognitive Verhaltenstherapie exzellent wirksam, als Medikamente kommen Antidepressiva wie Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRIs) zum Einsatz. Diese Medikamente sind sehr gut verträglich und machen nicht abhängig. Insgesamt kann über 80 Prozent der Patient*innen mit diesen Therapiemöglichkeiten bereits im ambulanten Rahmen sehr gut geholfen werden. Eine tagesklinische oder stationäre Therapie kann bei schweren, ausgeprägten Angsterkrankungen sinnvoll und hilfreich sein.





Seit Dezember 2016 leitet Univ.-Prof. Dr. Dr. Katharina Domschke M. A. (USA) als Ärztliche Direktorin die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Freiburg. Prof. Domschke hat in Münster, Dublin und Boston Medizin und Psychologie studiert. Nach Promotionen an den Universitäten Münster und Maastricht habilitierte sie sich 2008 an der Universität Münster. Im Jahr 2012 trat sie eine W2-Professur für Psychiatrie an der Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Würzburg an und war dort zuletzt stellvertretende Klinikdirektorin. Seit 2016 ist sie zusätzlich Adjunct Professor of Psychiatry an der Medizinischen Universität Wien, seit 2017 Mitglied der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina. Prof. Domschke hat langjährige klinische Erfahrung in der Diagnostik und Behandlung im gesamten Spektrum psychischer Erkrankungen im Erwachsenenalter. Ihre besonderen Schwerpunkte liegen dabei auf Depressionen, Angststörungen, Zwangsstörungen und stressassoziierten Erkrankungen.

5

Welche präventiven Maßnahmen gegen Angst-erkrankungen und Depression gibt es?

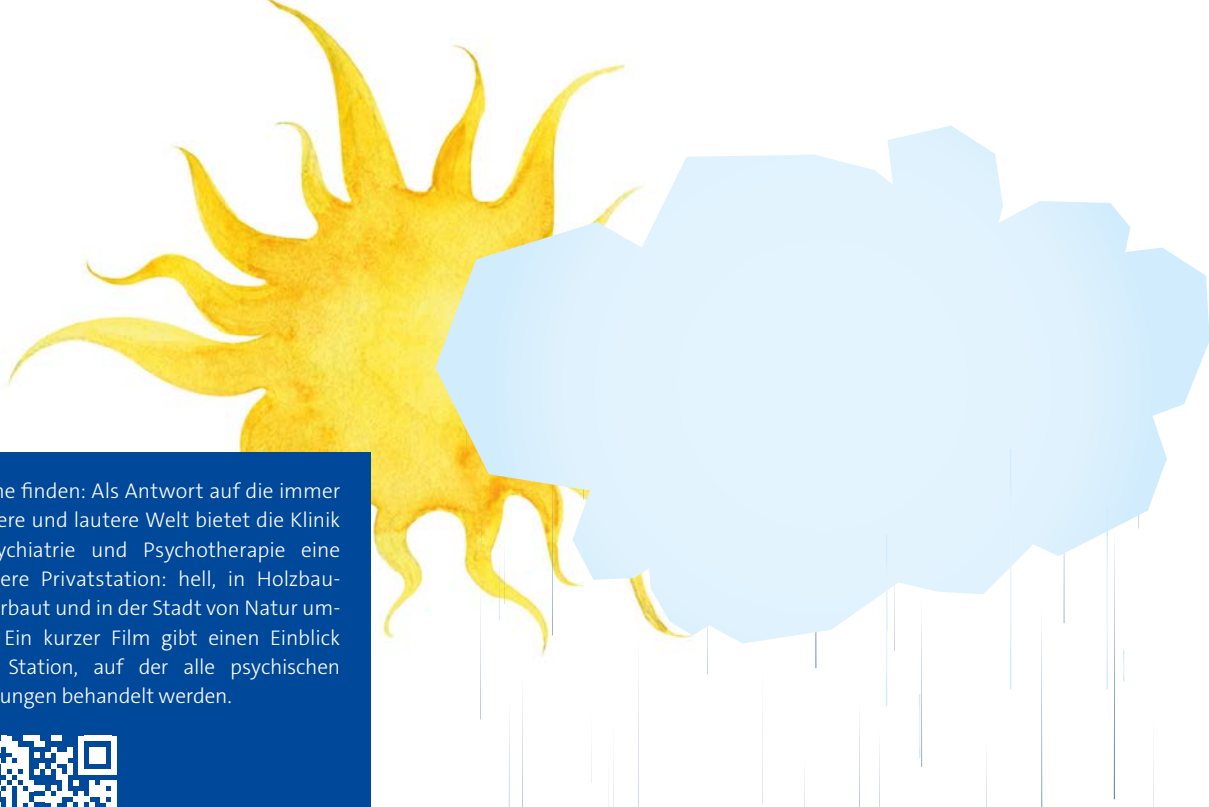
Hier spielen sogenannte Resilienzstärkende, also die Widerstandskraft stützende Verfahren eine bedeutende Rolle. Dazu gehören ein funktionierendes soziales Netz mit guten familiären und freundschaftlichen Kontakten, regelmäßige sportliche Betätigung, die Reduktion von „Dystress“, das heißt „schlechtem“ Stress, eine gute Schlafhygiene und Entspannungsübungen wie zum Beispiel autogenes Training oder progressive Muskelrelaxation. Guter Stress, das heißt „Eustress“ wie zum Beispiel im Rahmen einer befriedigenden Arbeit, kann durchaus präventiv gegen Depressionen wirken.

Zuletzt hat die Neurobiologie eine zunehmende Rolle bei der Erforschung von psychiatrischen Krankheiten eingenommen. Wie hat sich das Fachgebiet Psychiatrie dadurch verändert?

Man weiß, dass – wie vorhin ja schon gesagt – biologische Faktoren eine bedeutende Rolle bei der Entstehung psychischer Erkrankungen spielen. In meiner Arbeitsgruppe beschäftigen wir uns seit vielen Jahren mit der Genetik von neurobiologischen Systemen bei Angst und Depression. Dabei spielt auch die Epigenetik eine große Rolle. Darunter versteht man biochemische „An- und Ausschalter“ von Risikogenen, die beispielsweise »

WEITERE LEKTÜRE

Im Februar 2025 ist Prof. Dr. Dr. Katharina Domschkes neues Buch "Alphabet der Angst" im Herder Verlag erschienen, in dem mit einem Vokabular von Adrenalin bis Zukunftsangst die nützlichen, die problematischen und die schädlichen Aspekte der Angst beleuchtet und viele Wege aus der Angst heraus aufgezeigt werden.



Zur Ruhe finden: Als Antwort auf die immer schnellere und lautere Welt bietet die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie eine besondere Privatstation: hell, in Holzbauweise erbaut und in der Stadt von Natur umgeben. Ein kurzer Film gibt einen Einblick in die Station, auf der alle psychischen Erkrankungen behandelt werden.



www.uniklinik-freiburg.de/360grad

Gibt es geschlechterspezifische Unterschiede bei der Entstehung und der Therapie von psychiatrischen Erkrankungen?

In der Tat scheinen Frauen von Angsterkrankungen und Depressionen zwei- bis dreimal häufiger betroffen zu sein als Männer. Das kann biografische und/oder biologische Ursachen haben, aber auch daran liegen, dass Frauen im Schnitt einen offeneren Kommunikationsstil über Gefühle pflegen und sich häufiger hilfesuchend an Ärzt*innen oder Psycholog*innen wenden.

Zudem wird die „Männer-Depression“ oft nicht nur von den klassischen Depressionssymptomen wie Niedergeschlagenheit, Antriebsminderung und Verlust von Interessen und Freude bestimmt, sondern präsentiert sich vordergründig eher mit vermehrter Reizbarkeit, Schlafstörungen, vermehrtem Alkoholkonsum und Sporttreiben. Damit könnten Angsterkrankungen und Depressionen bei Männern womöglich unterdiagnostiziert, das heißt in vielen Fällen unerkannt und damit leider auch unbehandelt bleiben.

Die Therapie unterscheidet sich trotz unterschiedlicher Symptome nicht wesentlich. Wichtig ist, dass alle sensibel für das Thema sind und dass – bildlich gesprochen – die vom Burn-out betroffene Kerze mit professioneller Hilfe wieder angezündet wird. ■

6

von Stress, besonderen Lebensereignissen, Hormonen oder Ernährung betätigt werden. Damit stellt die Epigenetik einen großen Faktor im Zusammenspiel von biologischen Risikofaktoren und Umwelteinflüssen und damit auch für psychische Erkrankungen dar. Die neurobiologische Forschung soll Marker identifizieren, die dabei helfen, ein erhöhtes Krankheitsrisiko zu erkennen und damit frühzeitig präventive Maßnahmen anbieten zu können.

Darüber hinaus kann neurobiologische Forschung dazu beitragen, innovative Therapieansätze zu entwickeln. Dies sowohl für die Psychotherapie genauso wie für die Pharmakotherapie. Beide Therapieformen können so entsprechend den neurobiologischen Voraussetzungen bei jedem einzelnen Patienten im Sinne einer „personalisierten Psychiatrie“ individuell maßgeschneidert werden.

Anmeldung Psychiatrische Institutsambulanz

☎ +49 761 270-65500

Anmeldung Privatambulanz

☎ +49 761 270-69830

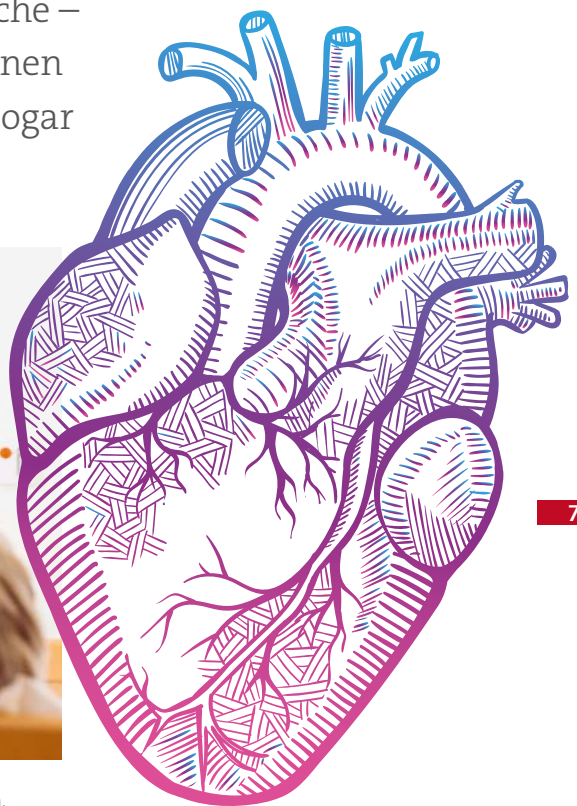
STARKE PSYCHE STARKES HERZ

PSYCHOKARDIOLOGIE

Geht es dem Herzen schlecht, leidet auch die Psyche – und umgekehrt. Doch Ärzt*innen und Patient*innen können gemeinsam gegensteuern und dadurch sogar die Heilungschancen des Herzens steigern.



Die Mitarbeiter des Liaison-Teams versuchen im Gespräch mit den Patient*innen Ängste abzubauen, sei es vor der Krankheit oder vor der veränderten Lebenssituation.



7

Es steht für das Leben wie kein zweites Organ: das Herz. Doch nimmt es Schaden, macht oft die Sorge ums Herz noch weiter krank. „Etwa jeder dritte Herzpatient sollte aufgrund begleitender Beschwerden psychosomatisch betreut werden“, sagt PD Dr. Derek Spieler, der den psychosomatischen Konsil- und Liaison-Dienst des Universitätsklinikums Freiburg leitet. Die insgesamt 19 Mitarbeiter*innen des Dienstes sind für stationäre Patient*innen mit besonderer psychischer Belastung und deren Angehörige da.

Für die Patient*innen in der Herz- und Gefäßchirurgie wurde ein eigener Liaison-Dienst eingerichtet.

Hier stehen zwei Psychologinnen beispielsweise dem älteren Patienten zur Seite, der aus Angst vor einer bevorstehenden Herzoperation zusammengebrochen ist. In der Kardiologie und Angiologie unterstützen währenddessen die Kolleg*innen vom allgemeinen Konsil- und Liaison-Dienst eine junge Leistungssportlerin, die mit schweren Herzrhythmusstörungen eingeliefert wurde und um ihre Karriere bangt. „Psychische Beschwerden wie Depressionen wirken sich ungünstig auf das Herz aus. Umgekehrt können Herzerkrankungen zu Angststörungen oder Depressionen führen“, betont Spieler.

„Wir sind regelmäßig auf den kardiologischen Stationen und klären mit den behandelnden Ärzt*innen, welche Patient*innen zeitnah psychologische Unterstützung brauchen“, erklärt Psychologin Tamara Sotelo, die dem psychosomatischen Konsil- und Liaison-Dienst angehört. Die Liaison-Mitarbeiter*innen hören zu, beraten über konkrete, auch poststationäre Hilfsangebote oder erklären unterschiedliche Entspannungstechniken. „Ganz oft geht es im Gespräch darum, übermäßige Ängste vor der Krankheit oder der veränderten Lebenssituation abzubauen“, ergänzt Psychologin Silke Eisfeld, die für das psychosomatische Liaison-Team in der Herz- und Gefäßchirurgie tätig ist. ■



ÄLTER WERDEN – LEBENSFROH BLEIBEN

8

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im höheren Lebensalter. Doch es gibt wirksame Therapien, die älteren Menschen die Lebensfreude zurückbringen können.

Kurz nach Peter L.s Renteneintritt stirbt unerwartet seine Frau. Dem 68-Jährigen, der zuvor nie psychische Probleme hatte, schwindet der Lebensmut, er fühlt sich wertlos und unnütz. Nachts liegt er häufig wach und kreist um die immer gleichen Gedanken. Zunehmend antriebsloser verlässt er das Haus nur noch selten, wobei ihn auch seine schmerzhafteste Kniegelenksarthrose daran erinnert, dass er nicht mehr so kann wie früher – dabei waren die Spaziergänge mit seiner Frau ein geliebtes Ritual. In den Sorgen gefangen, greift er immer häufiger zu einem Glas Wein. Seine Kinder würden nicht verstehen, wie es ihm wirklich gehe, daher meidet er inzwischen die

Treffen mit ihnen. Mit dem Eindruck, immer vergesslicher zu werden, sucht er seinen Hausarzt auf. Dieser vermutet eine beginnende Demenz und überweist L. zur weiteren Diagnostik und Therapie an die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg. Hier diagnostiziert man jedoch keine Demenzerkrankung, sondern eine Altersdepression.

FRÜHZEITIG HILFE SUCHEN

Da eine Altersdepression oft ähnliche Symptome wie eine beginnende Demenz zeigt, sollten Betroffene und Angehörige frühzeitig professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. „Für Laien ist die Unterscheidung schwierig,

zumal eine Altersdepression Vorboten einer Demenz sein kann. Für die genaue Diagnose benötigen wir oft zusätzliche Untersuchungen wie eine ausführliche Testung der geistigen Leistungsfähigkeit, eine MRT oder nuklearmedizinische Untersuchungen“, sagt Oberärztin Prof. Dr. Sabine Hellwig, Neurologin und Psychiaterin mit Forschungsschwerpunkt Demenzerkrankungen und affektive Erkrankungen im höheren Lebensalter an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im höheren Lebensalter. Nicht selten gehen sie mit biographischen

Auslösern wie dem Tod des Lebenspartners oder dem Wegfall des Berufslebens einher, aber auch mit körperlichen Erkrankungen wie Schlaganfall oder Parkinson oder mit Alkohol- und Medikamentenmissbrauch. Trotz der Häufigkeit werden sie oft nicht erkannt oder gar als unvermeidlich hingenommen und daher nicht ausreichend behandelt. Psychische Beschwerden sind bei älteren Menschen oft sehr schambehaftet, weshalb diese sich schwertun, ärztliche Hilfe zu suchen. „Dabei können wir diesen Patient*innen sowohl mit verträglichen Medikamenten als auch mit Psychotherapie sehr gut helfen und ihnen viel Lebensfreude und -qualität zurückgeben“, sagt Dr. Meret Heibel, Stationsärztin auf der Spezialstation für Gerontopsychiatrie. „Neben zusätzlichen langjährig etablierten Therapieverfahren wie der Elektrokrampftherapie können wir nun auch neuere Verfahren wie die Magnetstimulation (rTMS) und die Ketamingabe zur Behandlung der Altersdepression einsetzen“, so Heibel weiter (siehe Seite 13).



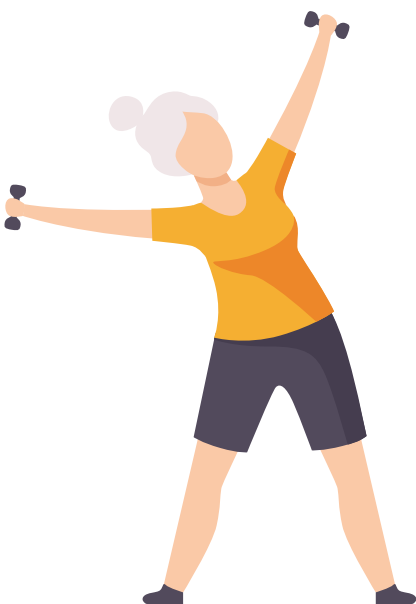
RUNDUM GUT VERSORGT

Auf der Spezialstation für Gerontopsychiatrie kümmert sich ein interprofessionelles Team aus Psychiater*innen, Neurolog*innen und Pflegeexpert*innen gemeinsam mit dem Klinik-Sozialdienst um ältere Patient*innen mit schwerer psychischer Erkrankung. Zudem besteht eine enge Kooperation mit sämtlichen Fachrichtungen des Universitätsklinikums, sodass körperliche Begleiterkrankungen unkompliziert und sachkundig mitbehandelt werden können. Ein wichtiger Bestandteil der interdisziplinären Behandlung der Patient*innen sind Fachtherapien wie die Physiotherapie, um Mobilität und Koordination zu stärken. „Wir bieten eine ganzheitliche Unterstützung, um unseren Patient*innen eine hohe Lebensqualität beim Älterwerden zu ermöglichen“, fasst Hellwig zusammen. ■

SPESIALISIERTE SPRECHSTUNDE

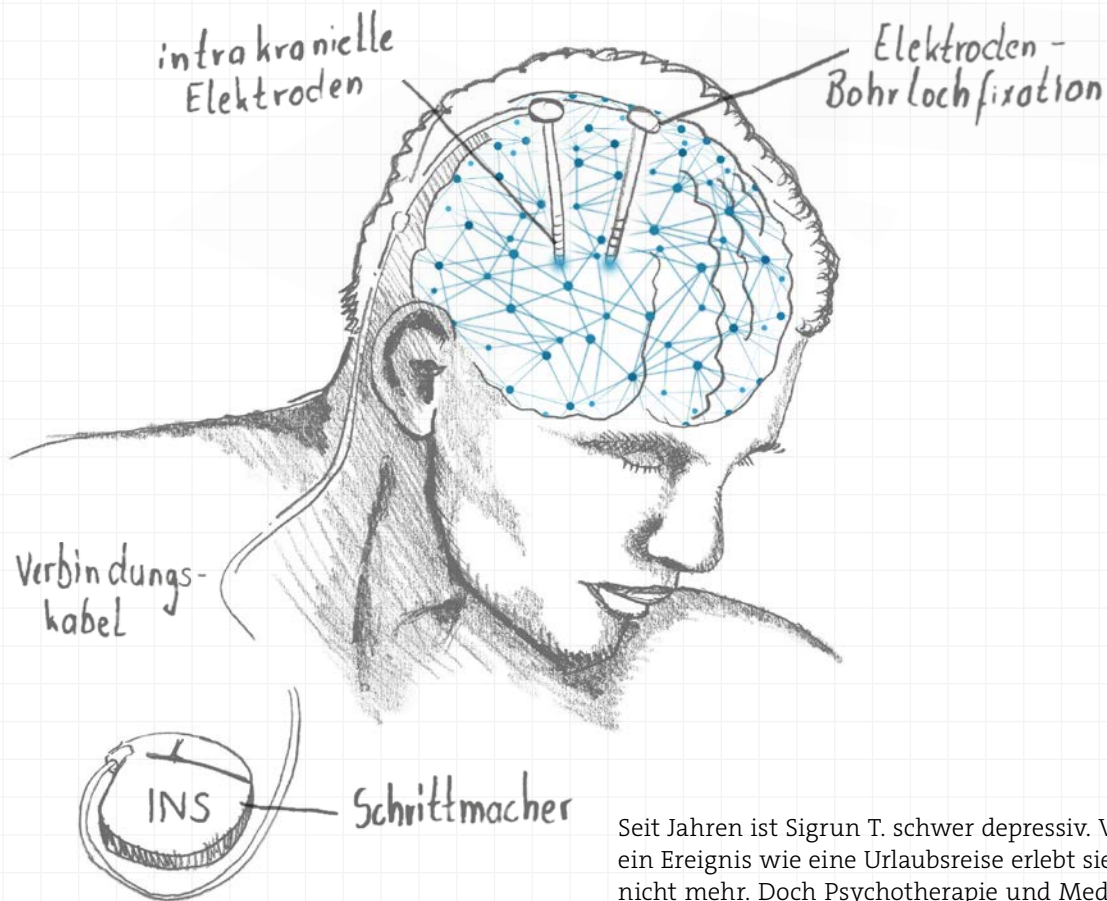
Seit Januar 2025 bietet die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg eine Gerontopsychiatrische Sprechstunde an. Ältere Patient*innen ab dem 60. Lebensjahr, bei denen psychische Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen, wahnhaft oder Gedächtnisstörungen erstmals im Alter aufgetreten sind, erhalten bei Bedarf eine gerontopsychiatrische Zweitmeinung, die Klärung eines stationären Behandlungsauftrags, aber auch die Koordination weiterer diagnostischer Abklärungen. Eine Terminvereinbarung findet nach haus- oder fachärztlicher Zuweisung über die Institutsambulanz statt.

www.uniklinik-freiburg.de/psych/ambulanzen/pia

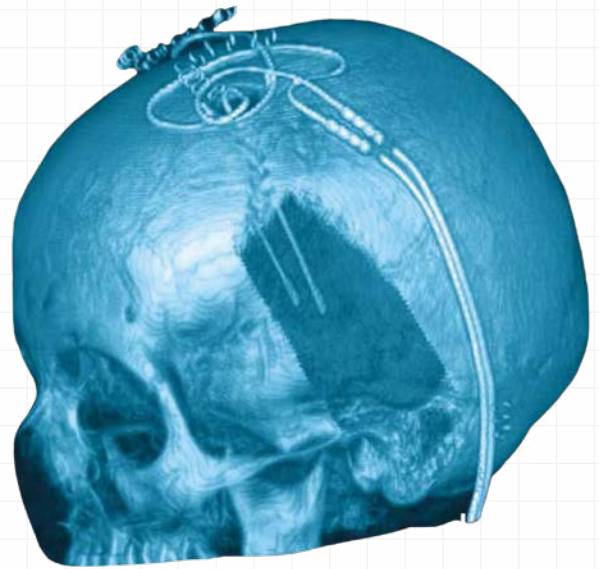


IMPULSE FÜR DIE PSYCHE

Bei Morbus Parkinson und Epilepsie wird die Tiefe Hirnstimulation seit Jahren erfolgreich eingesetzt. Psychiater*innen und Neurochirurg*innen des Universitätsklinikums Freiburg arbeiten daran, die Methode auch für die Behandlung von Depression zu etablieren.



Seit Jahren ist Sigrun T. schwer depressiv. Vorfreude auf ein Ereignis wie eine Urlaubsreise erlebt sie schon lange nicht mehr. Doch Psychotherapie und Medikamente haben aufgehört zu helfen. Nun setzt die 45-Jährige all ihre Hoffnung in die Tiefe Hirnstimulation, kurz THS. Damit sollen die Symptome der Depression gelindert werden. Bei dem Verfahren implantieren Neurochirurg*innen hauchdünne Elektroden ins Gehirn, mit denen ein präzise gewählter Hirnbereich durch feine elektrische Impulse stimuliert wird. Über ein Kabel sind die Elektroden mit einem Schrittmacher verbunden, der in der Brust implantiert ist. Mit einem Sender können Ärzt*innen das Gerät aus der Nähe steuern und so die Stärke der Stimulation einstellen. »



Über Elektroden werden bei der Tiefen Hirnstimulation die Hirnareale des Patienten gezielt angeregt.

SCHWERSTE DEPRESSIONEN IM GEHIRN ABSCHALTEN

Mehr als 200.000 Menschen wurden weltweit bereits mit der Tiefen Hirnstimulation behandelt. Besonders bei Menschen mit einer Parkinsonerkrankung setzt auch Prof. Dr. Volker A. Coenen die Methode sehr erfolgreich ein. Aber der Leiter der Abteilung Stereotaktische und Funktionelle Neurochirurgie an der Klinik für Neurochirurgie des Universitätsklinikums Freiburg geht in seiner Forschung weiter. „Es gibt keinen Grund, Tiefe Hirnstimulation nur bei neurologischen Erkrankungen einzusetzen“, sagt Coenen. Auch Sigrun T. hofft, von der Methode zu profitieren.

2011 machte Coenen gemeinsam mit Prof. Dr. Thomas Schläpfer, der seit 2016 als Abteilungsleiter die Professur für Interventionelle Biologische Psychiatrie am Universitätsklinikum Freiburg innehat, einen entscheidenden Schritt. Damals waren beide am Universitätsklinikum Bonn tätig, bevor sie nach Freiburg wechselten. Weil Depressive oft kaum noch Freude empfinden, stimulierten Coenen und Schläpfer einen Hirnbereich, der an der Wahrnehmung dieses so wichtigen Gefühls beteiligt ist. Der Behandlungserfolg war überwältigend: Sechs der sieben bis dahin nicht behandelbaren Patient*innen hatten nach dem Eingriff keine Depression mehr.

Die beiden Forscher konnten zeigen, dass Patient*innen, die einmal auf diese Therapie ansprechen, dies auch nach fünf Jahren Behandlung tun. „Das deutet darauf hin, dass die Therapie auch langfristig funktioniert, was ein sehr ermutigendes Ergebnis ist“, sagt Coenen. Inzwischen ist auch eine Folgestudie mit weiteren 16 Patienten publiziert. Die Ergebnisse bestätigen sich. Noch findet die THS-Behandlung bei Depression ausschließlich in klinischen Studien statt. Es gelten strenge Auswahlkriterien: Unter anderem müssen alle alternativen Therapien erfolglos sein und es dürfen keine weiteren schweren Erkrankungen vorliegen. Auch bei Sigrun T. wirkt die Behandlung rasch. „Nur Minuten, nachdem wir die Stimulation während der Operation angeschaltet hatten, unterhielt sie sich mit mir über zukünftige Urlaubsziele und machte erste Pläne“, erinnert sich Coenen. ■

200.000

Patient*innen wurden weltweit bereits mit Tiefer Hirnstimulation behandelt.

HILFT THS AUCH BEI TICS UND ZWÄNGEN?

Auch die Behandlung weiterer psychiatrischer Erkrankungen mit Tiefer Hirnstimulation wird untersucht. „Bei Ticstörungen wie dem Gilles-de-la-Tourette-Syndrom und der Zwangserkrankung können wir ebenfalls erstaunliche Resultate mit der THS sehen“, sagt PD Dr. Juan Carlos Baldermann, der als Psychiater gemeinsam mit Coenen und Schläpfer das Team seit 2024 ergänzt und langjähriger Experte für die THS bei psychischen Erkrankungen ist. Bei Zwangsverhalten lassen sich Fehlfunktionen im Gehirn sehr gut nachvollziehen und mittels THS ansprechen. In mehreren klinischen Studien an verschiedenen Zentren konnte mittlerweile gezeigt werden, dass sich Zwänge unter der Stimulation deutlich reduzieren lassen. „Dennoch kommt das Verfahren bisher nur bei Menschen zum Einsatz, bei denen etablierte und konventionelle Verfahren wie die Psychotherapie und Pharmakotherapie nicht ausreichend helfen“, schränkt Baldermann ein.

DEPRESSION

DIE STILLE VOLKSKRANKHEIT

12

Jede*r von uns kennt das Gefühl, mal schlecht drauf zu sein. Aber was ist, wenn Antriebslosigkeit und Gereiztheit zum Dauerzustand werden? Wenn selbst alltägliche Aufgaben zur Last werden? Im Unterschied zu einfachen Verstimmungen reduzieren sich bei einer depressiven Erkrankung die körperlichen und geistigen Funktionen drastisch. An Depressionen erkrankte Menschen ziehen sich meist aus dem Leben zurück. Nicht selten kommen zu den psychischen auch körperliche Beschwerden. Die eigene vermeintliche Unzulänglichkeit in der Bewältigung des Alltags löst Ängste und Schuldgefühle aus, welche die angeschlagene Verfassung noch weiter belasten.

Depressionen können in jedem Lebensalter auftreten. „Das große individuelle Leiden und die deutlich erhöhte Suizidrate, vor allem bei schwer erkrankten Patient*innen,

unterstreichen die Wichtigkeit einer frühzeitigen Therapie“, sagt Prof. Dr. Dr. Katharina Domschke, Ärztliche Direktorin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg. „Unwissenheit, Verdrängung oder Schamgefühle hindern jedoch oft Betroffene daran, sich der Umwelt zu öffnen oder ärztliche Hilfe zu suchen.“ Eine möglichst frühzeitige Diagnose ist aber wichtig, um eine individuell zugeschnittene Therapie beginnen zu können. Denn wurde die richtige Diagnose einmal gestellt, kann bis zu 80 Prozent der Erkrankten in einem überschaubaren Zeitraum entscheidend geholfen werden.

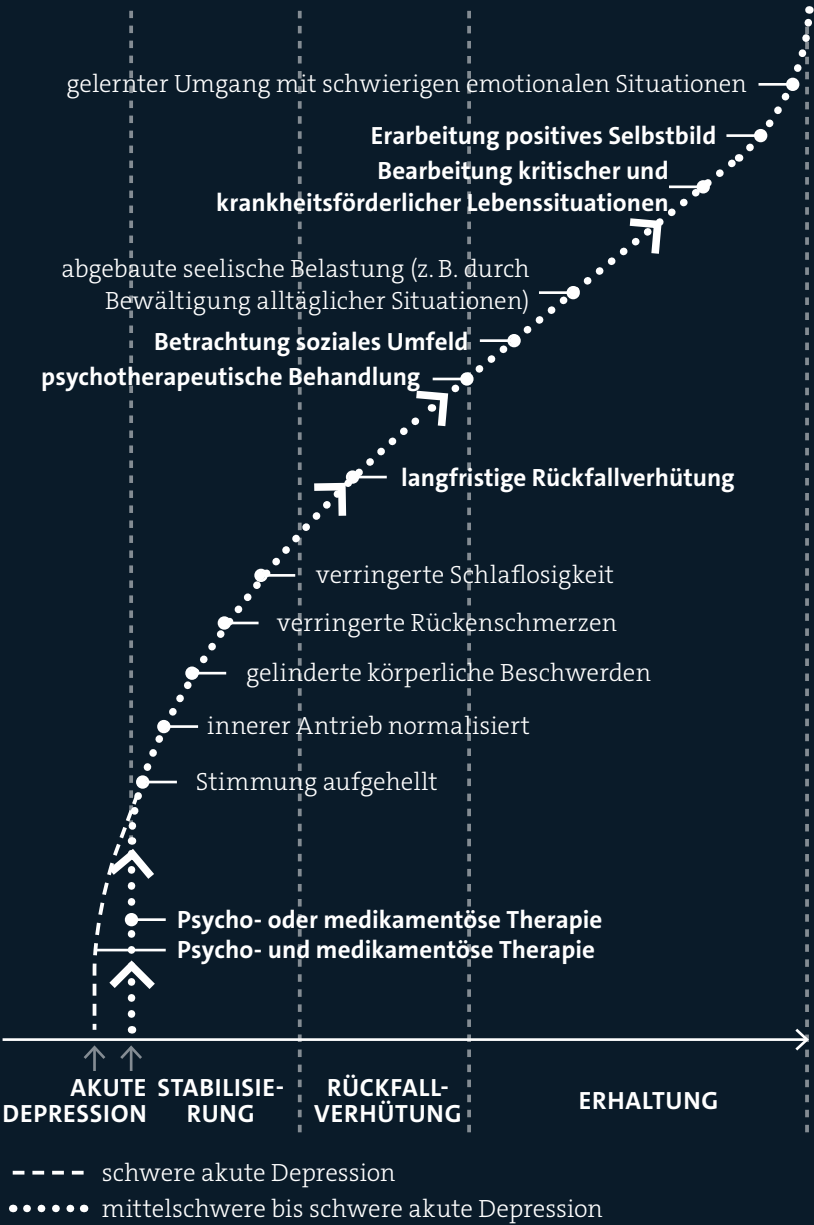
UNTERSCHIEDLICHE STUFEN DER THERAPIE

Die Therapie greift zuerst an der akuten Depression an und versucht im Anschluss den Zustand der Betroffenen so weit zu stabilisieren, dass es nicht zu einem Rückfall kommt,

wenn die Alltagsbelastungen wieder zu bewältigen sind. Danach wird an der langfristigen Rückfallverhütung gearbeitet. „Der Einsatz von Antidepressiva in der Behandlung ist sehr hilfreich und wird in den Leitlinien national wie international empfohlen. Sie sollen die depressive Stimmung bessern, den inneren Antrieb normalisieren und die körperlichen Beschwerden wie Rücken- oder Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit verringern. Sie wirken gezielt auf die Übertragung der Nervenimpulse im Gehirn“, erklärt der Leiter der Sektion Psychopharmakotherapie Prof. Dr. Claus Normann, der gemeinsam mit Funktionsoberärztin Dr. Pia Leykam die Spezialstation für Depressionen oberärztlich leitet. Gleichmaßen empfohlen ist in der Regel eine psychotherapeutische Behandlung. „Diese zielt darauf ab, Denkmuster und Verhaltensweisen, die zur Aufrechterhaltung der Depression beitragen, zu erkennen und gezielt zu »

verändern,“ erläutert PD Dr. Miriam Schiele, Leitende Psychologin und Leiterin der Sektion „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. „Im Zentrum steht außerdem der schrittweise Abbau von Stressfaktoren und emotionalen Belastungen im Alltag sowie die Verbesserung des Umgangs mit schwierigen Gefühlen. Dazu wird auch das soziale Umfeld der Patient*innen miteinbezogen.“ Auf der Spezialstation für Depressionen werden Psychotherapiekonzepte für akute und chronische Depressionen angeboten, bei denen alle Berufsgruppen in Einzel- und Gruppentherapien zusammenarbeiten. In einer spezialisierten Einheit werden zusätzlich Therapien mit dem schnell wirksamen Antidepressivum Esketamin sowie die transkranielle Magnetstimulation (rTMS) durchgeführt. Bei diesem Verfahren wird das Gehirn durch Magnetimpulse von außen stimuliert. „Die rTMS wird bei uns auf dem höchsten technischen Standard durchgeführt und führt nur sehr selten zu Nebenwirkungen“, erklärt Dr. Stefan Vestring, Funktionsoberarzt der SSU (siehe ausführlichen Beitrag S. 34/35).

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie forscht an der Entwicklung immer gezielterer und damit wirksamerer Psychotherapieverfahren für akute Depressionen, aber auch für bisher chronisch verlaufende Erkrankungsformen, bei denen eine Depression länger als zwei Jahre besteht. „Die Ergebnisse verdeutlichen, dass speziell dafür entwickelte Psychotherapien wie CBASP oder IPT in Kombination mit Antidepressiva auch in diesen Fällen erfolgreich sind“, sagt Frau Prof. Elisabeth Schramm, die die Sektion „Psychotherapieforschung in der Psychiatrie“ leitet und den „Familiencoach Depression – Hilfe für Angehörige und Freunde“ in Kooperation mit der AOK entwickelt hat. ■



Beispiel für einen Behandlungsverlauf bei akuter Depression. Bei einer mittelschweren Depression gelten Psychotherapie und medikamentöse Therapie als gleich wirksam, bei einer schweren Depression empfehlen die Leitlinien eine Kombination beider Verfahren.

SCHLAFEN SIE GUT!

Schlaf ist wichtig für die körperliche, geistige und seelische Gesundheit. Was aber, wenn man abends nicht einschlafen kann oder nachts nicht durchschläft und grübelnd im Bett liegt?

Schlafstörungen können psychische oder körperliche Ursachen haben und wirken sich negativ auf die körperliche, geistige und seelische Gesundheit aus. Sie sollten behandelt werden, „wenn sie mindestens seit vier Wochen bestehen und die Betroffenen darunter leiden“, erklärt Professor Dr. Dr. Kai Spiegelhalter,

Psychologe und Leiter der Sektion Psychiatrische Schlafforschung und Schlafmedizin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg. In diesem Artikel gibt der Schlafexperte Tipps für eine ruhige und erholsame Nacht. ■



ALKOHOL – SCHLUMMER-TRUNK MIT NACHSPIEL

Viele Menschen gönnen sich ein Gläschen Wein am Abend als Schlummertrunk. Zunächst wirkt der Alkohol beruhigend, also schlaffördernd. Doch Spiegelhalter betont: „Sobald die Wirkung nach vier bis fünf Stunden nachlässt, schläft man umso unruhiger und es ist viel wahrscheinlicher, dass man nachts aufwacht.“ Dies trifft bereits auf geringe alkoholische Mengen wie ein bis zwei Gläser Wein zu. ■



SPÄTER SPORT STÖRT DEN SCHLAF

Hochleistungssport nach 21 Uhr oder 22 Uhr kann die Schlafqualität verschlechtern. „Wenn man sich spät abends massiv sportlich betätigt, schüttet der Körper eine hohe Konzentration an Stresshormonen aus, was den Schlaf beeinträchtigt“, erklärt Schlafforscher Spiegelhalter. Daher den Sport auf die frühen Abendstunden verlegen und ausreichend Zeit für die Entspannung danach einplanen. Das gilt übrigens auch für aufregenden Medienkonsum wie Actionfilme oder Computerspiele. ■



SORGEN UND PROBLEME – DAS GRÜBEL-MONSTER STOPPEN

Grübeln im Bett kann den Schlaf extrem stören. Wer dennoch von Sorgen und Problemen geplagt wird, kann sich nachts kurze Notizen machen und sich am nächsten Tag gezielt Zeit nehmen, über diese Dinge nachzudenken. Dies kann das nächtliche Grübeln reduzieren. „Grübeln, das vor allem in den frühen Morgenstunden auftritt und mit gedrückter Stimmung einhergeht, kann aber auch auf eine Depression hindeuten“, gibt Spiegelhalter zu bedenken. |



FINGER WEG VON SCHLAFTABLETLEN

„Die Einnahme von Schlafmitteln birgt Risiken“, warnt Schlafexperte Spiegelhalter. So könne es zu einer Medikamentenabhängigkeit oder zu einem Wirkverlust bei einer längerfristigen Einnahme kommen. Stattdessen empfiehlt der Wissenschaftler in Übereinstimmung mit medizinischen Leitlinien psychotherapeutische Methoden wie die sogenannte Bettzeitrestriktion und Stimuluskontrolle, Entspannungstechniken und psychologische Techniken, um nächtliches Grübeln zu reduzieren. Wer dennoch zu Schlaf-tabletten greifen muss, sollte dies nur unter ärztlicher Aufsicht tun. |

PSYCHOTHERAPIE BEI SCHLAF STÖRUNGEN

In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie gibt es eine Psychotherapieambulanz für Schlafstörungen. Der Schwerpunkt liegt auf der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen (Insomnien), nichtorganischen Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, Parasomnien und Alpträumen.



www.uniklinik-freiburg.de/360grad



DEN URSACHEN AUF DER SPUR

16

INTERVIEW MIT PROF. DR. LUDGER TEBARTZ VAN ELST

LEITENDER OBERARZT DER
KLINIK FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHOTHERAPIE



„Zuvor als schizophren diagnostizierte Personen litten an einer autoimmunen Hirnentzündung und können mit Methoden der Immuntherapie erfolgreich behandelt werden.“

17

Er will das Krankheitsbild der Schizophrenie abschaffen. Warum, das sagt uns Professor Dr. Ludger Tebartz van Elst im Interview.

Herr Professor Tebartz van Elst, was stört Sie am Begriff der Schizophrenie?

Das Konzept der Schizophrenie wurde vor gut 100 Jahren von dem Psychiater Emil Kraepelin geprägt, damals unter dem Namen Dementia praecox. Er fasste unterschiedliche klinische Muster mit Halluzinationen, Wahn, motorischen, affektiven und kognitiven Symptomen zu einem neuen Konzept zusammen. Das Rollenmodell dafür war die Neurosyphilis, die mit einheitlicher Ursache – einer Infektion mit *Treponema pallidum* – einen bunten Strauß an körperlichen und psychischen Symptomen verursachen kann. Später wurde diese Grundidee von dem Schweizer Psychiater Eugen Bleuler in

Schizophrenie umbenannt. Mit Entdeckung der antikörpervermittelten autoimmunen Hirnentzündungen vor etwa 15 Jahren wurde klar, dass zuvor als schizophren diagnostizierte Personen an einer autoimmunen Hirnentzündung litten und mit Methoden der Immuntherapie erfolgreich behandelt werden können. Dies betrifft zwar nur eine kleine Untergruppe der Menschen mit Schizophrenien. Aber es hat klargemacht, dass sich hinter einer Schizophrenie-Diagnose unerkannte organische Ursachen verbergen können. Vielerorts herrscht noch die Meinung vor, die Schizophrenie sei eine Kausaldiagnose. Das ist aber nicht der Fall. In Wirklichkeit ist sie auch in den internationalen Klassifikationssystemen eine beschreibende Syndrom-Diagnose, bei der man die Ursachen nicht abschließend geklärt hat, wenn man sie stellt.

Sie sagen, dass das Konzept der Schizophrenie ungenau sei. Warum?

Zum einen, weil die denkbaren Ursachen der psychischen Symptome, die unter der Diagnose zusammengefasst werden, oft nicht geklärt wurden. So können autoimmune Hirnentzündungen, rheumatische Erkrankungen, epileptische Prozesse oder Stoffwechselstörungen wie die akutintermittierende Porphyrrie schizophrene Psychosen hervorrufen. Meist weisen Begleitsymptome auf diese besonderen Ursachen hin, aber eben nicht immer. Es lohnt sich also, bei einer so schwerwiegenden psychiatrischen Diagnose sehr genau nach seltenen Ursachen zu schauen. Denn diese Erkenntnisse können weitreichende Konsequenzen für die Betroffenen haben.

Das Schizophrenie-Konzept ist auch deshalb ungenau, weil der Name die Symptome nicht benennt. Hinter dem scheinbar einheitlichen »



Begriff Schizophrenie können sich ganz unterschiedliche Symptom-muster wie Halluzinationen mit Wahn, ein motorisches Einfrieren mit Denkleere oder eine emotionale Verflachung mit Gleichgültigkeit, Desorganisation und Motivationslosigkeit verbergen.

Das bedeutet, dass Sie mithilfe der Forschung die Schizophrenie abschaffen wollen?

Genau, aber das ist weniger revolutionär, als es vielleicht zunächst scheint. In Japan wurde schon 2002 Schizophrenie als Begriff durch Integrationsstörung ersetzt, vor allem, um das Stigma zu reduzieren. Das finde ich auch gut. Mein Ziel ist aber in erster Linie, durch eine sehr genaue medizinische Untersuchung aller Menschen mit Symptomen einer Schizophrenie viel genauere ursächliche Untergruppen zu identifizieren. Der einfache Gedanke dahinter ist: So wie bei den autoimmunologischen Hirnerkrankungen, die klinisch für viele wie Schizophrenien aussahen, könnte es auch in anderen medizinischen Teildisziplinen sehr diskrete und subtile Ursachenmuster geben, die zu Hirnfunktionsstörungen führen – und dann auf Symptomebene wie eine Schizophrenie aussehen. Solche subtilen Ursachen kann man aber nur finden, wenn man sie gezielt sucht und gegebenenfalls auch Behandlungsversuche unternimmt.

„Denn die Symptome können ja nicht abgeschafft werden, die gibt es, solange es die Menschheit gibt.“

Es gibt also Personen, bei denen die Diagnose Schizophrenie falsch war?

Richtig. Beispielsweise bei einer Patientin, die jahrelang wegen der Diagnose Schizophrenie bei uns mit verschiedenen Psychopharmaka behandelt wurde, die aber nur mäßige Erfolge brachten. Sie hatte auch eine sehr häufige Schilddrüsenerkrankung, eine Hashimoto-Thyreoiditis, die wir aber nicht für

ursächlich hielten, weil die Symptome so typisch für eine Schizophrenie waren. Erst als alle klassischen Schizophrenie-Medikamente ausgereizt waren, behandelten wir versuchsweise mit Kortison – und alle psychotischen Symptome verschwanden nach wenigen Wochen. Rückblickend erhielt sie dann die Diagnose einer Hashimoto-Enzephalopathie. Insofern war unsere eigene, ursprüngliche Diagnose rückblickend falsch.

Wenn es die Diagnose Schizophrenie eines Tages nicht mehr geben wird, wonach suchen Sie dann?

Dann suchen wir nach Ursachen und Erklärungen für all die Symptome und Symptomcluster, die heute unter dem Begriff Schizophrenie zusammengefasst werden. Denn die Symptome können ja nicht abgeschafft werden, die gibt es, solange es die Menschheit gibt. Ich erwarte und hoffe, dass wir zunehmend die verschiedenen Ursachenstränge erkennen werden wie aktuell etwa die Autoimmunentzündungen des Gehirns. Momentan sehen wir vor lauter Wald die Bäume nicht. In diesem Bild ist die Schizophrenie der Wald und die limbische Enzephalitis einer der Bäume. Es gilt aber noch viele andere Bäume zu erkennen und zu verstehen, die wir heute noch Wald nennen. Es liegt noch ein langer Weg vor uns. **I**

WEITERE Lektüre

In seinem Buch "Vom Anfang und Ende der Schizophrenie" blickt Prof. Dr. Ludger Tebartz van Elst aus neuropsychiatrischer Perspektive auf das Schizophrenie-Konzept. Das Buch ist 2022 in zweiter Auflage im Kohlhammer Verlag erschienen.

SEELISCHE UNTERSTÜTZUNG BEI KREBS

PSYCHOONKOLOGIE



Eine Krebserkrankung zehrt nicht nur körperlich an den Kräften, sondern oft auch psychisch. Psychoonkolog*innen helfen dabei, mit der Belastung umzugehen.

19

Nach der Diagnose „Krebs“ ist nichts mehr, wie es war. Plötzlich stellen sich viele Fragen: Wie sage ich es meinem Partner oder den Kindern? Lohnt es sich noch, Pläne zu machen? Werde ich wieder arbeiten können? In dieser neuen Situation fühlen sich viele Patient*innen überfordert und hilflos. „Einer von drei Krebspatienten ist seelisch so stark belastet, dass es sinnvoll ist, eine psychoonkologisch geschulte Fachperson zu konsultieren“, unterstreicht Cornelia Schulz. Die Psychologin leitet die Psychosoziale Krebsberatungsstelle des Tumorzentrums Freiburg – CCCF am Universitätsklinikum Freiburg.

Dort finden Krebspatient*innen während einer ambulanten Therapie oder in der Nachsorge Unterstützung für ihre seelischen Bedürfnisse – auch wenn sie nicht am Universitätsklinikum Freiburg behandelt werden. „Aus unserer Erfahrung wissen wir, dass die meisten Patient*innen von einer aktiven Bewältigungsstrategie profitieren“, sagt Schulz. Dazu gehört, sich umfassend zu informieren und offen mit Gefühlen umzugehen. Darum bieten die Mitarbeiter*innen der Psychosozialen Krebsberatungsstelle Einzelberatung und unterschiedliche Gruppenaktivitäten, wie zum Beispiel eine Achtsamkeitsgruppe oder eine Wandergruppe „Männer in Bewegung“, an oder vermitteln zu weiteren Angeboten, etwa zu Ernährung oder Sport bei Krebs.

Auch während einer Reha-Maßnahme in der Klinik für Onkologische Rehabilitation des Universitätsklinikums Freiburg werden die Patient*innen mit umfassenden psychoonkologischen Einzel- und Gruppenangeboten sowie mit kunsttherapeutischen Angeboten wie Tanz- und Maltherapie unterstützt. Der leitende Psychologe Markus Birmele erklärt: „Wir helfen unseren Patient*innen dabei, wieder Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl zu entwickeln, Zutrauen in ihren Körper zu gewinnen und ihre geistige Leistungsfähigkeit zu verbessern. Denn damit steigt auch ihre Lebensqualität.“

KONTAKT

PSYCHOSOZIALE KREBSBERATUNGSSTELLE TUMORZENTRUM FREIBURG – CCCF

Universitätsklinikum Freiburg

☎ +49 761 270-77500

Krebsberatungsstelle@uniklinik-freiburg.de

KLINIK FÜR ONKOLOGISCHE REHABILITATION

in der Klinik für Tumorbilogie

Universitätsklinikum Freiburg

☎ +49 761 206-2281

aufnahme@ukf-reha.de



(WIEDER) LEBEN OHNE ALKOHOL

Wenn Menschen immer öfter zum Glas greifen, drohen sie abhängig zu werden. Die körperlichen und psychischen Folgen einer Alkoholabhängigkeit sind enorm. Hilfe gibt es in der Spezialambulanz für Abhängigkeitserkrankungen.

20

„Menschen, die alkoholabhängig sind, haben oft auch eine weitere psychische Erkrankung. Ein erhöhter Alkoholkonsum geht beispielsweise häufig mit depressiven Verstimmungen einher. Deshalb ist es wichtig, den Betroffenen ganzheitlich zur Seite zu stehen“, sagt Dr. Torsten Klein, Oberarzt und Leiter der Spezialambulanz für Abhängigkeitserkrankungen in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg. Die Motive für eine Abhängigkeit sind vielfältig: Stress, Schwierigkeiten im Umgang mit den eigenen Gefühlen oder eine genetische Vorbelastung durch alkoholabhängige Familienmitglieder sind einige davon.

Der Experte für Abhängigkeitserkrankungen betont, dass es häufig Freunde oder Familienangehörige seien, die sich Sorgen um den Alkoholkonsum der Betroffenen machen. „Das muss man unbedingt ernst nehmen.“ Ein Selbsttest, den jede*r zu Hause durchführen kann, hilft bei der Einschätzung des eigenen Trinkpensums (siehe nächste Seite). Wer seinen problematischen

Alkoholkonsum erkannt hat und etwas verändern will, kann sich in Freiburg an das Team von Dr. Klein wenden. „Die stationäre Therapie dauert in der Regel drei Wochen, so besteht eine Chance auf einen dauerhaften Erfolg.“ Auf den körperlichen Entzug folgt eine Psychotherapie, in der unter anderem die persönliche Motivation für die Abstinenz gestärkt wird. Damit die Zukunft ohne Alkohol gelingt, erhalten die Patient*innen einen individuellen Notfallplan, der mit hilfreichen Tipps vor dem Rückfall bewahren soll. Um trocken zu

bleiben, muss die Therapie aber langfristig fortgeführt werden. „Gehen Sie in eine Selbsthilfegruppe oder eine Suchtberatungsstelle“, ermutigt Klein. Ein besonderes Angebot der Freiburger Klinik sind spezielle Gestaltungs- und Bewegungstherapien.

Zwar schaffen es viele Menschen, abstinenz zu bleiben, dennoch bleibt eine lebenslange Rückfallgefahr. „Am erfolgreichsten sind jene Menschen, die komplett auf Alkohol verzichten“, sagt Klein. |

SPEZIALAMBULANZ FÜR ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN AM UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Diagnostik, Beratung, Motivation und Behandlungs-
vermittlung von Menschen mit problematischem
Alkohol- oder Tablettenkonsum

+49 761 270-65500

www.uniklinik-freiburg.de/360grad



AUDIT-FRAGEBOGEN MIT AUSWERTUNGSSCHEMA

A) Wie oft trinken Sie Alkohol?

- 0 Nie
- 1 Etwa einmal pro Monat
- 2 2- bis 4-mal pro Monat
- 3 2- bis 3-mal pro Woche
- 4 4-mal oder öfter pro Woche

B) Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viele alkoholhaltige Getränke trinken Sie typischerweise?

- 0 1 oder 2
- 1 3 oder 4
- 2 5 oder 6
- 3 7 oder 8
- 4 10 oder mehr

	Nie	> einmal pro Monat	Einmal im Monat	Einmal pro Woche	Tägl. oder fast tägl.
C) Wie oft haben Sie an einem Tag mehr als sechs alkoholische Getränke getrunken?	0	1	2	3	4
D) Wie oft haben Sie im letzten Jahr festgestellt, dass Sie mehr getrunken haben, als Sie eigentlich wollten?	0	1	2	3	4
E) Wie oft haben Sie im letzten Jahr im Zusammenhang mit dem Alkoholtrinken eine Aufgabe nicht erledigt, die man eigentlich von Ihnen erwartet hatte?	0	1	2	3	4
F) Wie oft haben Sie im letzten Jahr morgens Alkohol getrunken, um in Schwung zu kommen?	0	1	2	3	4
G) Wie oft fühlten Sie sich im letzten Jahr schuldig oder hatten ein schlechtes Gewissen aufgrund Ihres Alkoholtrinkens?	0	1	2	3	4
H) Wie oft im letzten Jahr waren Sie aufgrund des Alkoholtrinkens nicht in der Lage, sich an Ereignisse der letzten Nacht zu erinnern?	0	1	2	3	4
	Nein	Ja, aber nicht im letzten Jahr		Ja, letztes Jahr	
I) Wurden Sie oder jemand anders schon einmal verletzt, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	0	2		4	
J) Hat sich schon einmal ein Verwandter, ein Freund, ein Arzt oder jemand anderes über Ihr Alkoholtrinken Sorgen gemacht oder Ihnen vorgeschlagen, weniger zu trinken?	0	2		4	

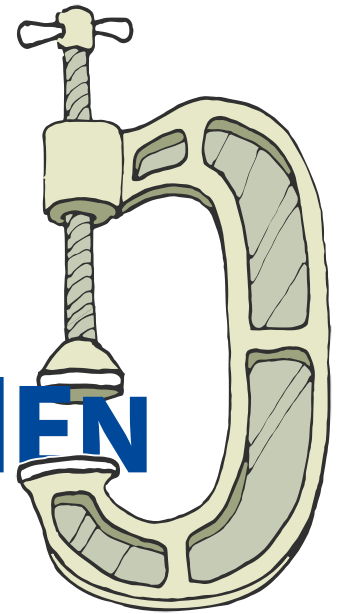
Auswertung: Addieren Sie alle von Ihnen gekreuzten Zahlen und Sie erhalten Ihren Gesamtscore. Ein Verdacht auf eine alkoholbezogene Störung ergibt sich bei einem Scorewert ab acht. Mit höherem Scorewert steigt die Wahrscheinlichkeit der Abhängigkeit. Sehr kritische Werte sind 15 – 20.

Gesamtscore



Bei einem Waschzwang müssen sich die Patienten aus einem inneren Zwang heraus mehrmals am Tag die Hände waschen.

IMMER WIEDER HÄNDEWASCHEN



22

Menschen mit Zwangsstörungen verspüren den Drang, sich ständig waschen oder etwas vielfach kontrollieren zu müssen. Sie haben dabei meist massive Ängste. Eine spezifische Therapie kann helfen.

Frau M. muss es immer wieder tun. Einmal Hände- waschen reicht nicht, denn sie verspürt einen inneren Zwang, es mehrmals zu machen, manchmal bis zu 50 Mal am Tag. Sie bekommt Angst, sich mit Krankheiten anzustecken, und Herzrasen, wenn sie sich nicht ständig die Hände wäscht. Dabei weiß sie „vom Kopf her“ ganz genau, wie gering das Risiko ist, sich tatsächlich anzustecken. Frau M. leidet unter einer Zwangsstörung.

„Die Zwangsstörung gilt auch als die heimliche Erkrankung“, sagt Prof. Dr. Dominique Endres, geschäftsführender Oberarzt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg. „Denn viele Patient*innen schämen sich stark dafür, dass sie ein bestimmtes Ritual immer wieder ausführen müssen und behalten die Symptome deshalb für sich“, sagt Endres. Neben dem Waschzwang gibt es viele weitere Zwangsgedanken und -handlungen, wie beispielsweise den Kontrollzwang. Menschen mit diesem Zwang können das Haus mitunter erst verlassen, nachdem sie Lichtschalter, Herd und Bügeleisen in einer bestimmten Reihenfolge – oft zigfach – kontrolliert haben. Kommen die Betroffenen jedoch mit

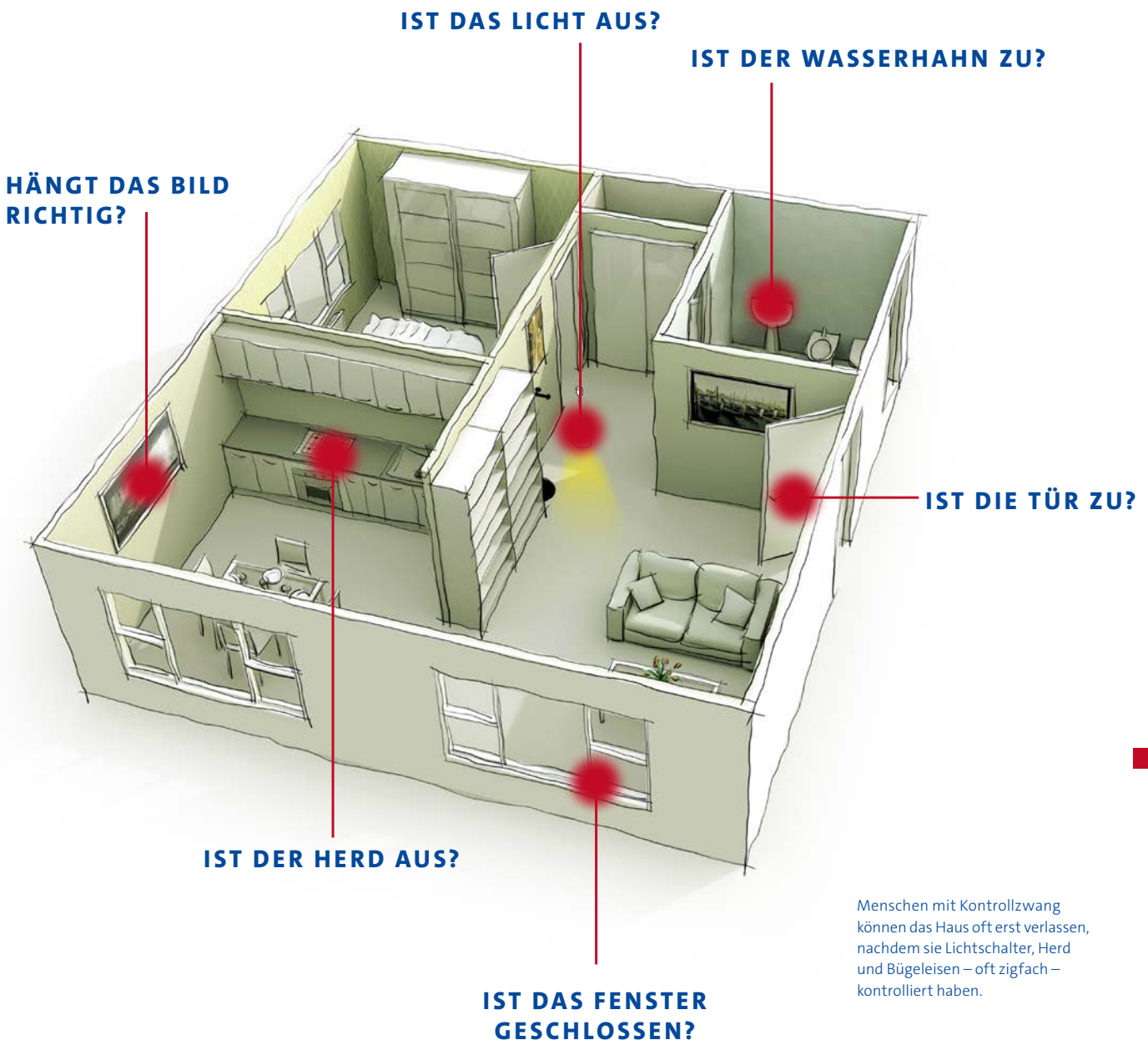
der Reihenfolge durcheinander, müssen sie noch einmal von vorn anfangen. „Das schränkt viele Betroffene in ihrem Alltag enorm ein“, sagt Endres.

ZWANGSSTÖRUNGEN FÜHREN ZU STARKEN ÄNGSTEN

Aus dem Alltag sind vor allem die sogenannten „zwanghaften Angewohnheiten“ bekannt. Im Gegensatz zur echten Zwangshandlung im Rahmen einer Zwangserkrankung lösen sie keine Befürchtungen aus, dass etwas Schlimmes passieren könnte, wenn man sie nicht ausführt. Patient*innen mit einer Zwangsstörung entwickeln massive Ängste, wenn sie eine Zwangshandlung nicht abschließen können. »

**„Die Zwangsstörung
gilt auch als die heimliche
Erkrankung.“**

Prof. Dr. Dominique Endres, geschäftsführender
Oberarzt an der Klinik für Psychiatrie und
Psychosomatik



Menschen mit Kontrollzwang können das Haus oft erst verlassen, nachdem sie Lichtschalter, Herd und Bügeleisen – oft zigfach – kontrolliert haben.

DURCH THERAPIE DIE ZWÄNGE MINDERN

Die Krankheit hat neurobiologische Ursachen, unter anderem im Stoffwechsel des Gehirns: Auffälligkeiten gibt es insbesondere bei den Neurotransmittern Serotonin, Dopamin und Glutamat. Endres und sein Team führen diagnostisch zunächst eine ausführliche Suche nach körperlichen Ursachen der Zwangsstörung durch. Bei manchen Patient*innen resultieren hieraus kausale Behandlungsmöglichkeiten. Die klassische Behandlung am Universitätsklinikum Freiburg erfolgt mit einer Kombination aus medikamentöser und störungsspezifischer psychotherapeutischer Behandlung. Das Psychotherapiekonzept mit mehreren Gruppenangeboten und Einzelgesprächen auf der Spezialstation für Zwangsstörungen dauert circa zehn Wochen. Im Mittelpunkt steht die Expositionsbehandlung mit Reaktionsmanagement.

Frau M. hat ein Expositionstraining absolviert. „Dabei lernen die Patient*innen mithilfe von Fachpflegepersonen, Psycholog*innen und Ärzt*innen, sich ihren Ängsten zu stellen, indem sie zum Beispiel eine dreckige Oberfläche berühren, ohne dem Drang, sich zu waschen, nachzugeben“, erklärt Endres. Erweitert ist die psychotherapeutische Konzeptbehandlung um Inhalte aus der „Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)“. So soll unter anderem eine Beschäftigung mit wertorientiertem Handeln die Motivation für die sehr anstrengenden Expositionsübungen verbessern. Mithilfe der Therapie wurde die Angst bei Frau M. von einem Training zum nächsten weniger, sodass sie ihren Alltag jetzt viel leichter bewältigen kann. ■

PSYCHE UND KUNST

HEILSAMES ZEICHNEN, MUSIZIEREN UND GESTALTEN

KÜNSTLERISCHE THERAPIEN

Am Universitätsklinikum Freiburg profitieren die Patient*innen mit unterschiedlichen psychischen Erkrankungen von einem Angebot mit Musik-, Kunst- und Ergotherapie. Kreative Prozesse bieten eine breite Palette an nonverbalen Ausdrucksformen, die es ermöglichen, innere Prozesse sichtbar und (be-)greifbar zu machen. „Eine besondere Rolle in der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen spielt die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Die Expertise aller Berufsgruppen, die an der Behandlung beteiligt sind, fließt in wöchentliche Teamsitzungen ein, in denen die individuellen Therapie Schwerpunkte abgestimmt werden. So erhalten Menschen mit komplexem Hilfebedarf passgenaue Therapien und Angebote“, sagt Oberärztin Dr. Elena Reinhold aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg.

MUSIKTHERAPIE

Musiktherapie nutzt das Potenzial der Musik, erklärt Musiktherapeutin Judith Rombach: „Musik spricht Menschen an und berührt. Sie wird im Gehirn direkt mit Emotionen, Erlebnissen, Erfahrungen und Erinnerungen verbunden. Sie kann Kommunikation und Beziehungsgestaltung auf einer Ebene möglich



machen, die zunächst außerhalb von Sprache liegt.“ Aktives Musizieren und Musikhören fördert daher Wahrnehmung und Achtsamkeit, aktiviert Kommunikation und Gestaltungskraft. Eine der wichtigsten Methoden ist die musikalische Improvisation, die innerpsychische und interpersonelle Prozesse erlebbar macht. „Unser vielfältiges, leicht spielbares Instrumentarium lädt zum Experimentieren, Gestalten und gemeinsamen Erleben ein. Musikalische Vorkenntnisse oder Begabungen sind nicht erforderlich“, sagt Rombach.

Die Musiktherapie bietet Gruppen- und Einzeltherapien an. Im Fokus stehen Wahrnehmung und Achtsamkeit, Selbstregulation, Interaktion und Konzentration.

ERGOTHERAPIE, KUNST- UND GESTALTUNGSTHERAPIE

Im Rahmen von psychischen Erkrankungen sind die Fertigkeiten des täglichen Lebens häufig eingeschränkt oder sogar abhandengekommen. Die Patient*innen erleben sich daher oft als wertlos und ziehen sich aus dem sozialen Leben zunehmend zurück.

„Unser vielfältiges, leicht spielbares Instrumentarium lädt zum Experimentieren, Gestalten und gemeinsamen Erleben ein.“

„In der Ergotherapie kommen die Patient*innen ihren lebenspraktischen und kreativen Fähigkeiten und Fertigkeiten wieder nahe und können diese weiter aufbauen und trainieren. Erstes Ziel ist häufig eine Aktivierung unter Einbezug aller Sinne und die Wiederherstellung einer relevanten Tagesstruktur“, erläutert Ergotherapeutin Aimée-Catherine Schmeurer. Allein durch die regelmäßige Teilnahme verbessern die Patient*innen die Fähigkeit, den Tag haltgebend zu strukturieren und sie erleben das Gefühl, wieder selbst etwas bewirken und erschaffen zu

können. Im Verlauf der Behandlung werden Patient*innen durch handwerkliche und künstlerische Tätigkeiten angeregt, wieder selbstständig ins Handeln zu kommen. „Sie knüpfen an ihre Ressourcen an und stärken ihr Konzentrationsvermögen, die Fokussierung, die Ausdauer, aber auch den Selbstwert und die Freude am Tun“, sagt Schmeurer. Im kreativen Prozess mit unterschiedlichen Materialien erproben sie Problemlösestrategien, Perspektivwechsel sowie soziale Interaktionen. ■

Die Ergotherapie bietet je nach Indikation praktische Tätigkeiten in der Holzwerkstatt, der Ton- und Mosaikwerkstatt und im Computertraining an, um die Konzentrations- und Belastungsfähigkeit zu steigern. Im Museumsprojekt können neben der künstlerischen Anregung soziale Interaktionen erprobt und verbessert werden. Bei der betätigungsorientierten Arbeit in Einzel- und Gruppenangeboten, wie dem Haushaltstraining, liegt der Fokus auf Zielsetzungen und trainierenden Tätigkeiten, die konkret in den zukünftigen Alltag hineinwirken.

Die Kunsttherapie bietet eine erlebnisaktivierende Erfahrung in der Gruppe oder im Einzel-Setting. Sie orientiert sich inhaltlich an den jeweiligen Stationskonzepten und Schwerpunkten. Verschiedene Materialien ermöglichen eine nonverbale Ausdrucksform und bringen die Patient*innen in der Gruppe in Kontakt und Begegnung. Dabei sind Werk und Prozess von gleicher Bedeutung. Ziel ist es, einen Raum zu schaffen, in dem sich Patient*innen kreativ äußern sowie positive Erfahrungen in der Gemeinschaft sammeln können und destruktive Verhaltensmuster erkennen und loslassen lernen.

MUSIK IM GARTENSAAL

Zu musikalischen Lesungen und Konzerten lädt die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Uniklinik Freiburg regelmäßig in den Gartensaal des neu errichteten Gartenflügels West ein. Vom Jazzquartett über das Ensemble für historische Musik bis hin zum Streichoktett sind musikalische Neuentdeckungen möglich. „Unser Ziel ist es, durch solche kulturellen Begegnungen einen Dialograum zu schaffen, der das Verständnis für psychische Erkrankungen fördert und zeigt, dass Heilung und Hoffnung in vielfältigen Formen existieren“, sagt Professor Dr. Katharina Domschke, Ärztliche Direktorin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. „Musik und Kunst spielen dabei eine Schlüsselrolle.“



DAS GANZE SPEKTRUM PSYCHOSOMATISCHER ERKRANKUNGEN

INTERVIEW MIT PROF. DR. CLAAS LAHMANN

ÄRZTLICHER DIREKTOR DER KLINIK FÜR
PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN
UND PSYCHOTHERAPIE

26

Wer beeinflusst wen stärker, Herr Professor Lahmann: der Kopf den Körper oder der Körper den Kopf?

Lange Zeit stand vor allem die Beeinflussung körperlicher Funktionen durch den Kopf, genauer gesagt die Psyche, im Vordergrund. Der Volksmund hat dafür unzählige Metaphern wie das Herz, das vor Angst in die Hose rutscht, die Spucke, die einem wegbleibt oder der Atem, den es einem verschlägt. In der Forschung wurden viele Mechanismen

beschrieben, wie psychische Belastungen zu körperlichen Veränderungen, oft sogar ernstesten Erkrankungen führen können. Zunehmend verstehen wir, dass die Psyche auch sehr stark vom Körper beeinflusst wird. Körperliche Veränderungen wie Entzündungsvorgänge im Rahmen von Systemerkrankungen, aber auch Veränderungen in der Darmflora können sich in bemerkenswerter Weise auch auf das psychische Erleben auswirken. Wie stark der Körper den Kopf beeinflusst, ist unter dem Oberbegriff „Embodiment“ eine Frage vieler Forschungsprojekte. Vor diesem Hintergrund integrieren wir in der Psychosomatischen Klinik routinemäßig körperorientierte psychotherapeutische Interventionen in die Behandlungen. Versuchen Sie doch einmal „Ja“ zu sagen und dabei den Kopf zu schütteln und bilden Sie sich einen eigenen Eindruck, wer da wen beeinflusst.



„In unserer Klinik behandeln wir das gesamte Spektrum psychosomatischer Erkrankungen.“

Wenn Sie Ihr Fachgebiet betrachten: Was ist neu in der Psychosomatik, was hat sich in den letzten Jahren getan?

Den Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie gibt es unter diesem Namen seit 2003. Er hat damals den Facharzt für psychotherapeutische Medizin abgelöst. Auch wenn sich mit der begrifflichen Änderung die Inhalte des Fachgebietes gar nicht grundlegend geändert haben, so wird doch eine stärkere Fokussierung auf den Körper deutlich – dieser Trend prägt sowohl die klinische Ausrichtung als auch Forschung und Lehre. Neben den sogenannten somatoformen Störungen rücken auch psychosomatische Aspekte schwerer körperlicher Erkrankungen zunehmend in den Fokus. Hier ist der große und wichtige Bereich der Psychoonkologie zu nennen. Aber auch Patient*innen mit anderen Erkrankungen, wie Multipler Sklerose, Dialysepflichtigkeit, entzündlichen Darmerkrankungen oder

anderen neurologischen Erkrankungen neigen oft zu psychischen Belastungen und psychosomatischen Beschwerden.

Mit welchen Symptomen und Erkrankungen kommen die Menschen in Ihre Klinik?

In unserer Klinik behandeln wir das gesamte Spektrum psychosomatischer Erkrankungen. Dazu zählen vor allem körpermedizinisch nicht ausreichend zu erklärende Körperbeschwerden, die sogenannten somatoformen Störungen, aber auch psychosomatische Beschwerden in der Folge schwerer beziehungsweise chronischer körperlicher Erkrankungen. Weitere Schwerpunkte stellen Essstörungen wie Anorexie, Bulimie, aber auch Binge Eating als Ursache von krankhaftem Übergewicht dar. Außerdem behandeln wir psychosomatische Beschwerden im Kontext berufsbezogener Belastungen, beispielsweise mit einem spezifischen Behandlungsangebot für Lehrkräfte.

Univ.-Prof. Dr. Claas Lahmann ist seit 2016 Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Freiburg. Prof. Lahmann ist Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit der Zusatzbezeichnung spezielle Schmerztherapie und war vorher als leitender Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum rechts der Isar der TU München tätig. Seine Arbeits- und Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Körperpsychotherapie und Arbeitspsychosomatik sowie somatoforme Störungen und somato-psychische Störungen.

Wie schwer ist es, psychosomatische Störungen festzustellen? Viele Patient*innen fühlen sich mit ihren Problemen lange nicht ernst genommen, weil es oft heißt: „Du hast doch nichts!“

Tatsächlich ist es so, dass viele Patient*innen und auch manche ärztliche Kolleg*innen denken, dass sich psychosomatische Störungen dadurch auszeichnen, dass man „nichts“ findet. Natürlich ist es äußerst wichtig, mögliche zugrunde liegende körperliche Erkrankungen auszuschließen – hierfür haben wir am Universitätsklinikum durch »

das breite Spektrum an Diagnosemethoden die besten Voraussetzungen, worüber ich sehr froh bin –, aber darüber hinaus erfordert die Diagnostik auch die Prüfung sogenannter Positivkriterien, die wir auch wissenschaftlich besser zu fassen versuchen. Das ist beispielsweise bei anorektischen Essstörungen ein insgesamt erhöhtes Maß an gesundheitsbezogenen Ängsten. Aber auch Änderungen im Verhalten wie Vermeidungs- oder Rückversicherungsverhalten sind exemplarische Positivkriterien, auf die wir besonders achten. In der klinischen Diagnostik verwenden wir dazu neben diagnostischen Gesprächen und Interviews auch Fragebögen und Verhaltensbeobachtungen. Im Unterschied zu den meisten körpermedizinischen Erkrankungen sind psychosomatische Erkrankungen aber immer noch schlechter zu objektivieren, weil wir sie nicht mit Laborwerten oder durch Bildgebung fassen können.

Sehr wichtig ist es, den Patient*innen die Diagnose der psychosomatischen Störung dann auch deziert und in einer verständlichen Form mitzuteilen. Wenn sie hören: „Zum Glück haben wir nichts gefunden, aber gehen Sie doch mal in die Psychosomatik“, werden sie verständlicherweise weniger motiviert sein. Besser man sagt ihnen, dass ihre Beschwerden zwar nicht auf eine klar fassbare Erkrankung eines Organs zurückzuführen sind, aber Ausdruck einer Regulationsstörung, die häufig an Stimmungsschwankungen zu erkennen ist. Hierfür hat die psychosomatische Medizin nach weiterer Diagnostik oft wirksame Behandlungsoptionen.

Wir fühlen uns alle immer gestresster, abgehetzt, kurz vor dem Burn-out. Nehmen psychosomatische Erkrankungen tatsächlich zu? Und wenn ja, warum?

Erstaunlicherweise scheinen psychische und psychosomatische Erkrankungen in den letzten Jahren beziehungsweise dem letzten Jahrzehnt absolut gesehen nicht

zugenommen zu haben. Allerdings werden diese Erkrankungen von Ärzt*innen anderer Fachgebiete besser erkannt und häufiger diagnostiziert – dies ist sicherlich auch auf eine bessere Ausbildung der Studierenden und Weiterbildungen der ärztlichen Kolleg*innen zurückzuführen. Dazu kommt ein stärkeres Bewusstsein für diese Erkrankungen in der Öffentlichkeit und eine etwas geringere Stigmatisierung psychosomatischer und psychischer Erkrankungen. Was leider tatsächlich zunimmt, sind Krankschreibungen, Berufsunfähigkeit und

„Im Unterschied zu den meisten körpermedizinischen Erkrankungen sind psychosomatische Erkrankungen aber immer noch schlechter zu objektivieren.“

WEITERE LEKTÜRE

In seinem 2024 im rowohlt Verlag erschienenen Buch widmet sich Prof. Dr. Claas Lahmann dem Thema "Wie Arbeit glücklich macht" und geht der Frage nach, wann man besser darüber nachdenken sollte, den Job zu wechseln.



vorzeitige Berentung aufgrund psychosomatischer Erkrankungen. Dies hat möglicherweise auch mit der stetig steigenden Dynamisierung unseres Lebens und vor allem des Arbeitslebens zu tun. Dies ist auch der Grund, warum wir in unserer Klinik einen Schwerpunkt auf berufsbedingte psychosomatische Erkrankungen legen.

Das Thema „Achtsamkeit“ scheint ein echter Dauerbrenner zu sein. Zu Recht?

Achtsamkeit meint das intendierte und zugleich nicht wertende Wahrnehmen des Moments. Ziel ist also die bewusste Fokussierung auf das Erleben im Hier und Jetzt. Vielen Menschen fällt das sehr schwer: In dem Moment, in dem sie das eine tun, sind sie gedanklich schon ganz woanders und verbringen große Teile im „Autopilotenmodus“.

Unachtsamkeit erhöht aber nicht nur im Außen das Risiko für Fehler oder Unfälle, sondern kann auch im Inneren zum Entstehen psychosomatischer Erkrankungen führen, da Belastungen beziehungsweise Überlastungen nicht oder nur viel zu spät wahrgenommen werden und die notwendigen Phasen der Entspannung und Erholung viel zu kurz kommen. Achtsamkeitsbasierte Interventionen konnten in zahlreichen klinischen Studien eine eindrucksvolle Wirksamkeit aufweisen, und in wissenschaftlichen Untersuchungen konnten bemerkenswerte Veränderungen von Hirnfunktionen und körperlichen Stressreaktionen belegt werden. Sie haben also tatsächlich einen hohen wissenschaftlich fundierten Stellenwert in der Psychosomatik – allerdings sind sie kein Allheilmittel und die momentane Begeisterung ist meines Erachtens vor allem mit Blick auf den aktuellen gesellschaftlichen Kontext zu verstehen. |

KENNEN SIE SCHON
UNSEREN NEWSLETTER?

Die neuesten Nachrichten aus
dem Universitätsklinikum Freiburg

» hilfreiche Gesundheitstipps

» moderne Behandlungsmethoden

» spannende Forschungsprojekte

» aktuelle Veranstaltungen

NEWSLETTER "Im Fokus"

Ausgabe 10/2017

Unter Experten und Lesern...

Die Redaktion von „Im Fokus“

INHALT DIESER AUSGABE:

Schwere Behandlung bei schweren Schlaganfällen

Durch Grippe-Infektion bei und andere... werden... es zu spät ist

Änderung von Tumoren im Körper... können...

Schlaganfall bei...

GASTROENTEROLOGIE

Schwere Behandlung bei schweren Schlaganfällen

Ähnliche...

WIRTSCHAFTSLOGIE

durch Grippe-Infektion...

...

DIE SEELISCHE GESUNDHEIT VON KINDERN UND JUGENDLICHEN STÄRKEN

INTERVIEW MIT PROF. DR. CHRISTIAN FLEISCHHAKER

Professor Fleischhaker, eine Frage, die man oft Eltern stellt: Wie geht's den Kindern?

Leider schlecht. Immer mehr Kinder und Jugendliche leiden an psychischen Krankheiten und die Zahl der schwerstkranken jungen Betroffenen steigt immer weiter. Die Suizidalität unter den Jugendlichen nimmt ebenfalls zu. Wir mussten auch in den letzten beiden Jahren erneut eine Verschlechterung der seelischen Gesundheit feststellen.

Was sind die Gründe?

Die sind vielfältig. Zum einen spielen globale Krisen wie Corona, Klimakrise und der Krieg in Europa eine Rolle. Zum anderen ist der Einfluss der sozialen Medien enorm, Cybermobbing und ein ständiges Vergleichen mit unrealistischen Vorbildern sind große Probleme. Einige Kinder und Jugendliche, die noch keine ausreichende Resilienz gegen widrige Umstände aufgebaut haben, reagieren daher auf solche Einflussfaktoren besonders sensibel.

Was bedeutet das für die Behandlung?

Es gibt für viele erkrankte Kinder und Jugendliche keinen Therapieplatz. Insbesondere fehlen die (teil-)stationären Plätze. Wir haben in Südbaden gerade einmal eine Versorgungskapazität von circa 60 Prozent des Bundesdurchschnitts. Im Netzwerk der Lehrkrankenhäuser versuchen wir alle Therapieplätze bestmöglich zu nutzen, aber es reicht nicht.

Wie lange warten junge Patienten auf eine stationäre Therapie?

Akutaufnahmen zur Krisenintervention können wir immer noch sofort gewährleisten. Aber bei chronischen Fällen ist ein Jahr Wartezeit keine Seltenheit. Die Therapie selbst dauert zwischen drei Monaten und bis zu einem Jahr. Das bedeutet für viele Jugendliche, dass die Krankheit sie fast zwei Jahre aus ihrem sozialen Umfeld reißt. Die Rückkehr in den Alltag ist dann sehr schwer.





„Wir treten der Verschlechterung der seelischen Gesundheit der Kinder und Jugendlichen entgegen.“

Und das soziale Netz wird mit der Dauer der stationären Therapie auch brüchiger.

Was lässt sich gegen diese Situation tun?

Ich bin überzeugt, dass die Ambulantisierung im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich eine sehr gute Ergänzung sein kann. Wir haben 2022 dank schneller finanzieller Zusagen und Unterstützung unseres Klinikumsvorstands, einem hoch engagierten Team und der sehr guten Zusammenarbeit mit anderen Bereichen im Klinikum in wenigen Monaten eine zusätzliche Tagesklinik für zwölf Patient*innen eingerichtet und eröffnet. Das Land hat uns letztes Jahr 15 weitere tagesklinische und sechs stationäre Plätze

genehmigt. Die Inbetriebnahme der zusätzlichen Plätze hängt maßgeblich mit der baulichen Umsetzung zusammen, die wir gemeinsam mit dem Klinikumsvorstand planen und schnellstmöglich umsetzen wollen.

Welche neuen therapeutischen Ansätze der ambulanten Versorgung gibt es?

In den USA gibt es viele Programme, bei denen die Kinder und Jugendlichen in ihren Familien bleiben und meist täglich von psychiatrisch geschultem Personal begleitet werden, virtuell oder vor Ort. Derartige familienbasierte Konzepte werden derzeit auf Deutschland angepasst. Wir beteiligen uns bereits an einem Programm zur familienbasierten Behandlung von Essstörungen

(FIAT) und seit Anfang Januar am Programm HomeBase, das sich für zahlreiche Erkrankungen wie Depression, soziale Phobien oder Schizophrenie eignet.

Lassen sich damit alle Probleme beheben?

Sicher nicht, zumal die Familien ausreichend Ressourcen dafür haben müssen. Möglichst rasch brauchen wir einen ergänzenden Neubau mit zusätzlichen Stationen und den tagesklinischen Angeboten auf dem Campus der Hauptstraße. Gemeinsam mit dem Klinikumsvorstand kämpfen wir für eine Finanzierung – auf allen Ebenen. ■

SCHRITT FÜR SCHRITT

In einem geschützten Raum Ängste überwinden: Dabei kann virtuelle Realität eine große Hilfe sein. Am Universitätsklinikum Freiburg wird sie in der Expositionstherapie bei Angststörungen eingesetzt.



32

Tom steht auf einer Plattform, die in schwindelerregender Höhe inmitten eines grünen Tals steht. Unter ihm breitet sich eine Wiese aus und um ihn herum erstreckt sich das weite Tal, eingerahmt von einer Berglandschaft. Seine Füße stehen fest auf dem kalten Boden der Plattform, doch seine Hände zittern, sein Herz pocht, Schweißperlen bilden sich auf seiner Stirn. Jede Bewegung kostet große Überwindung. Noch einmal tief Atem holen – dann tritt er an das Geländer und wagt einen Blick nach unten.

Doch unter Toms Füßen ist weder Stahlgitter noch Luft. Er steht auf grauem Linoleum in einem Behandlungszimmer der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Freiburg. Seiner persönlichen Mutprobe hat er sich in der virtuellen Realität (VR) gestellt, sicher begleitet von PD Dr. Miriam Schiele, Leitende Psychologin und Leiterin der Sektion Klinische Psychologie und Psychotherapie der Klinik. »

SPEZIALAMBULANZ FÜR ANGSTERKRANKUNGEN

In der Spezialambulanz für Angsterkrankungen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie wird Patient*innen mit Sozialer Phobie oder Höhenangst im Rahmen wissenschaftlicher Studien eine Expositionstherapie in virtueller Realität angeboten.

www.uniklinik-freiburg.de/psych/ambulanzen/angsterkrankungen



UNBEGRENZTE MÖGLICHKEITEN

„Virtuelle Realität bietet uns die Möglichkeit, Patient*innen mit Angststörungen gezielt in angstauslösende Situationen zu bringen, ohne dass sie sich realen Gefahren aussetzen müssen“, erklärt die Psychotherapeutin, die eine spezialisierte Ambulanz für Angsterkrankungen leitet. „So können sie lernen, ihre Ängste in einer geschützten Umgebung zu bewältigen.“ Während herkömmliche Expositionstherapien oft an logistische Grenzen stoßen – nicht alle haben Zugang zu beängstigenden Höhen oder Flugreisen – können in der VR-Welt vielfältige Szenarien erschaffen werden. Patient*innen wie Tom können die Plattform in wiederkehrenden Sitzungen so oft betreten, bis die Angst merklich abnimmt.

MESSBARE ERFOLGE

Die Technologie ist mehr als nur ein Spiel mit Bildern – sie kann nachhaltige Veränderungen bewirken. „Auch wenn wir die Situation künstlich herstellen, lernen unsere Patient*innen in ihr reale Ängste zu überwinden. Diese Effekte lassen sich messen und überprüfen“, sagt die Wissenschaftlerin. Gemeinsam mit ihrem Team erforscht Schiele die klinischen, neurobiologischen und psychophysiologischen Effekte der VR-Therapie.

Ein Ziel ihrer Forschung ist, sogenannte Biomarker zu identifizieren, die künftig dabei helfen könnten, die individuellen Mechanismen hinter psychischen Erkrankungen zu verstehen und einzuschätzen, bei wem welches Therapieverfahren besonders gut wirksam ist. Durch den Einsatz von virtueller Realität könnten Therapien so in Zukunft noch gezielter an die Patient*innen angepasst werden. „Unser Anliegen ist es, mit innovativen Ansätzen die Erfolgsaussichten von Therapien individuell zu verbessern“, sagt Schiele. ■



MIT PRÄZISION AUS DER DUNKELHEIT

34 **SCHNELL UND KAUM SPÜRBAR:**
EIN ROBOTER BRINGT NEUE HOFFNUNG FÜR
PATIENT*INNEN MIT DEPRESSIONEN, BEI DENEN
ANDERE THERAPIEN NICHT ANSCHLAGEN.

Depression ist eine der häufigsten psychischen Erkrankungen weltweit. Allein in Deutschland sind etwa 9,5 Millionen Menschen davon betroffen. Für die meisten Betroffenen gibt es erfolgreiche Therapien – sei es durch Psychotherapie, Medikamente oder eine Kombination aus beidem. Doch nicht bei allen zeigen diese Maßnahmen die gewünschte Wirkung. Etwa 20 bis 30 Prozent

der Patient*innen leiden an therapieresistenter Depression, einer Form, bei der herkömmliche Behandlungen nicht anschlagen. In der Stimulations- und Schlaf-Unit an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg gibt es eine innovative Lösung, die vielen Betroffenen neuen Mut geben könnte: die transkranielle Magnetstimulation (TMS). »



GEZIELTE STIMULATION FÜR KLARERE GEDANKEN

Die TMS ist eine nichtinvasive Methode, bei der mithilfe einer Magnetspule gezielte Impulse durch den Schädel hindurch auf das Gehirn einwirken. Im Fokus steht dabei der präfrontale Kortex – eine Region, die für Denkprozesse, Aufmerksamkeit und emotionale Regulation eine zentrale Rolle spielt. „Durch die gezielte Aktivierung der Gehirnregionen können Symptome wie Antriebslosigkeit, schlechte Stimmung und fehlende Kontrolle negativer Gedanken gemindert werden. Das erhöht die Lebensqualität der Patient*innen und unterstützt die psychotherapeutische Behandlung“, sagt Dr. Stefan Vestring, Funktionsoberarzt in der Stimmulations- und Schlaf-Unit.

HOCHMODERNER ROBOTER ERMÖGLICHT AMBULANTE THERAPIE

Am Universitätsklinikum Freiburg wird ein hochmoderner Roboter eingesetzt, der die Magnetspule millimetergenau über den Kopf der Patient*innen steuert und so eine präzise Aktivierung der betroffenen Gehirnregionen ermöglicht. „Die Behandlung wird täglich über etwa sechs Wochen angewendet und dauert nur wenige Minuten. Sie kann auch ambulant durchgeführt werden“, sagt Prof. Dr. Claus Normann, Leiter der Sektion Psychopharmakotherapie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Vielen Betroffenen schenkt die Therapie eine neue Perspektive. Neben der klinischen Behandlung werden in der SSU auch in Zusammenarbeit mit Prof. Andreas Vlachos (Institut für Anatomie und Zellbiologie) wissenschaftliche Studien durchgeführt. ■

35

STIMULATIONS- UND SCHLAF-UNIT

Die Stimmulations- und Schlaf-Unit in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg behandelt Patient*innen mit schweren Depressionen. Dabei werden neuartige Therapien wie die transkranielle Magnetstimulation und Ketamin eingesetzt. Zudem gibt es Studien zu Schlafstörungen, bei denen das Schlafverhalten der Patient*innen untersucht wird.



www.uniklinik-freiburg.de/360grad

STRESS UND BURN-OUT

VERMEIDEN,
ERKENNEN,
BEKÄMPFEN

1

Der Zwang,
sich zu beweisen

2

Verstärkter
Arbeitseinsatz

3

Vernachlässigung
eigener Bedürfnisse

4

Verdrängung
von Konflikten und
Bedürfnissen

5

Umdeutung
von Werten

6

Verstärkte Verdrängung
von Problemen

7

Sozialer
Rückzug

8

Verhaltensänderungen

9

Verlust des Gefühls für
die eigene Persönlichkeit

10

Innere Leere

11

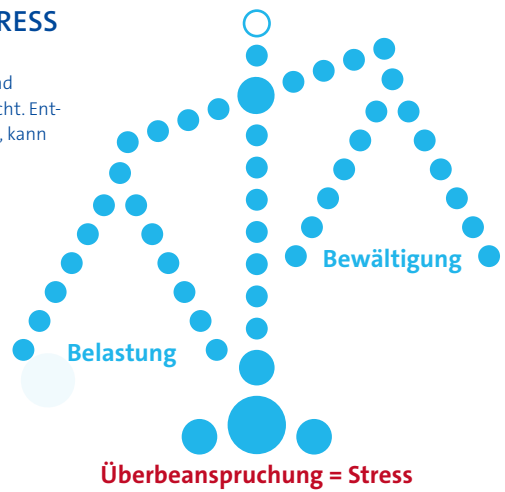
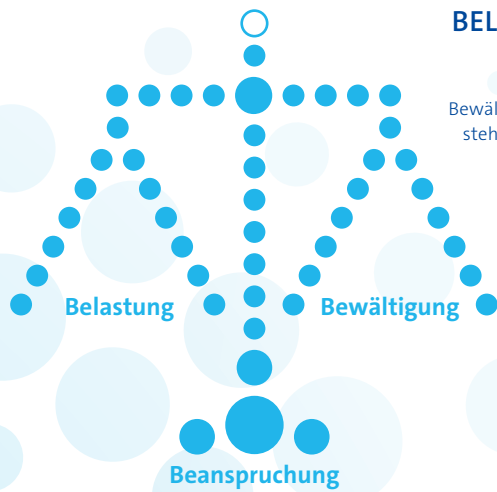
Depression und Verzweiflung

12

Vollständige Burn-out-Erschöpfung

DAS BURN-OUT-PHASENMODELL VERDEUTLICHT
DIE UNTERSCHIEDLICHEN SCHRITTE BIS HIN ZUR
VÖLLIGEN ERSCHÖPFUNG.

BELASTUNG ≠ STRESS



Im Arbeitsleben erwarten Vorgesetzte, Kunden und Auftraggeber*innen Höchstleistungen. Das kann ganz schön anstrengend werden. Stress entsteht immer dann, wenn das Gefühl entsteht, gestellten Anforderungen nicht mehr gerecht werden zu können. „Die Belastung ist dann so groß, dass die mentale und körperliche Beanspruchung dem Druck nicht mehr standhält“, sagt Professor Dr. Claas Lahmann, Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Doch wie kann man Stress erkennen und vermeiden? Was kann man gegen Stress tun? Wer hilft, wenn Stress nicht mehr allein bewältigt werden kann? Diese Tipps gibt es vom Experten.

STRESS VERMEIDEN

„Die beste Variante, Stress zu bekämpfen, ist die Vorbeugung“, sagt Stressforscher Lahmann. „Genügend Schlaf, eine gesunde Ernährung und ein wenig Sport zum Ausgleich. Damit ist schon viel getan.“ Viele kleine Pausen auf der Arbeit helfen, um Stress gar nicht aufkommen zu lassen. Ein kurzes Gespräch mit den Kolleg*innen über Wochenendpläne, zwischendurch aufstehen und ein Glas Wasser trinken oder den Rücken strecken bringen eine zeitweilige Entspannung, um danach wieder konzentriert weiterzuarbeiten. Beim Thema Stress sind aber auch Führungskräfte gefragt. Sie können für Entlastung am Arbeitsplatz sorgen: „Loben Sie Ihre Mitarbeitenden. Das steigert die Motivation und senkt das Stresslevel.“

AKUTER STRESS IST NICHT BEDENKLICH

Kurzzeitig Stress zu haben ist normal und nicht gesundheitsschädlich. Dieser sogenannte akute Stress gehört zum Arbeitsleben dazu. Es ist der gleiche Stress wie beispielsweise bei einem Bewerbungsgespräch. Ergebnisse neuer Grundlagenforschungen haben gezeigt, dass akuter Stress sogar die Leistung und die Lernfähigkeit steigert.

CHRONISCHEN STRESS BEKÄMPFEN

„Wenn Stress jedoch zum Dauerzustand wird, kann er chronisch werden, und das ist ungesund für unseren Körper“, sagt der Experte. Vorzeichen einer chronischen Stressreaktion sind Rücken-, Kopf- und Nackenschmerzen, Magen-Darm-Probleme sowie Schlafstörungen. Doch es gibt Verfahren, um dem chronischen Stress zu begegnen. Bei der progressiven Muskelentspannung wird durch Übungen die Anspannung in Entspannung

umgekehrt. „Ballen Sie beispielsweise für fünf Sekunden ihre Faust, lassen Sie die Spannung los und genießen Sie die Entspannung“, erklärt Lahmann. Stress kann auch mit der Mindfulness-Based Stress-Reduction, kurz MBSR, bekämpft werden. Dazu gehören verschiedene Entspannungsmethoden wie Yoga und Meditation: „Die Übungen helfen dabei, sich auf Situationen einzulassen, ohne sie zu bewerten. So entsteht Stress erst gar nicht“, sagt Claas Lahmann. „Um zu erkennen, ob Sie unter chronischem Stress leiden, beobachten Sie, ob Beschwerden häufiger auftreten oder neu hinzukommen.“ Eine neue Arbeitsstelle kann Auslöser für solche Stressreaktionen sein. Wenn Stresssymptome zum Dauerzustand oder Probleme verdrängt werden und dann noch Gefühle wie innere Leere dazukommen, sollte fachlicher Rat gesucht werden. Vielleicht deuten die Symptome auf einen Burn-out hin.

HILFE BEI BURN-OUT

Die Ambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bietet Hilfe bei Burn-out. „Wenn Patient*innen sich völlig ausgebrannt fühlen, können die Expert*innen in unserer Ambulanz helfen“, sagt Lahmann. Bei den ambulanten Untersuchungs- und Behandlungsterminen findet ein ausführliches Gespräch mit einem Therapeuten oder einer Therapeutin statt. In einem Gespräch wird diagnostisch abgeklärt, wie es weitergehen könnte, zum Beispiel mit einer Psychotherapie. „Eine Therapie kann unseren Patient*innen helfen, ihren Erschöpfungszustand zu überwinden und den Stress zu bekämpfen“, sagt Lahmann. |

KONTAKT

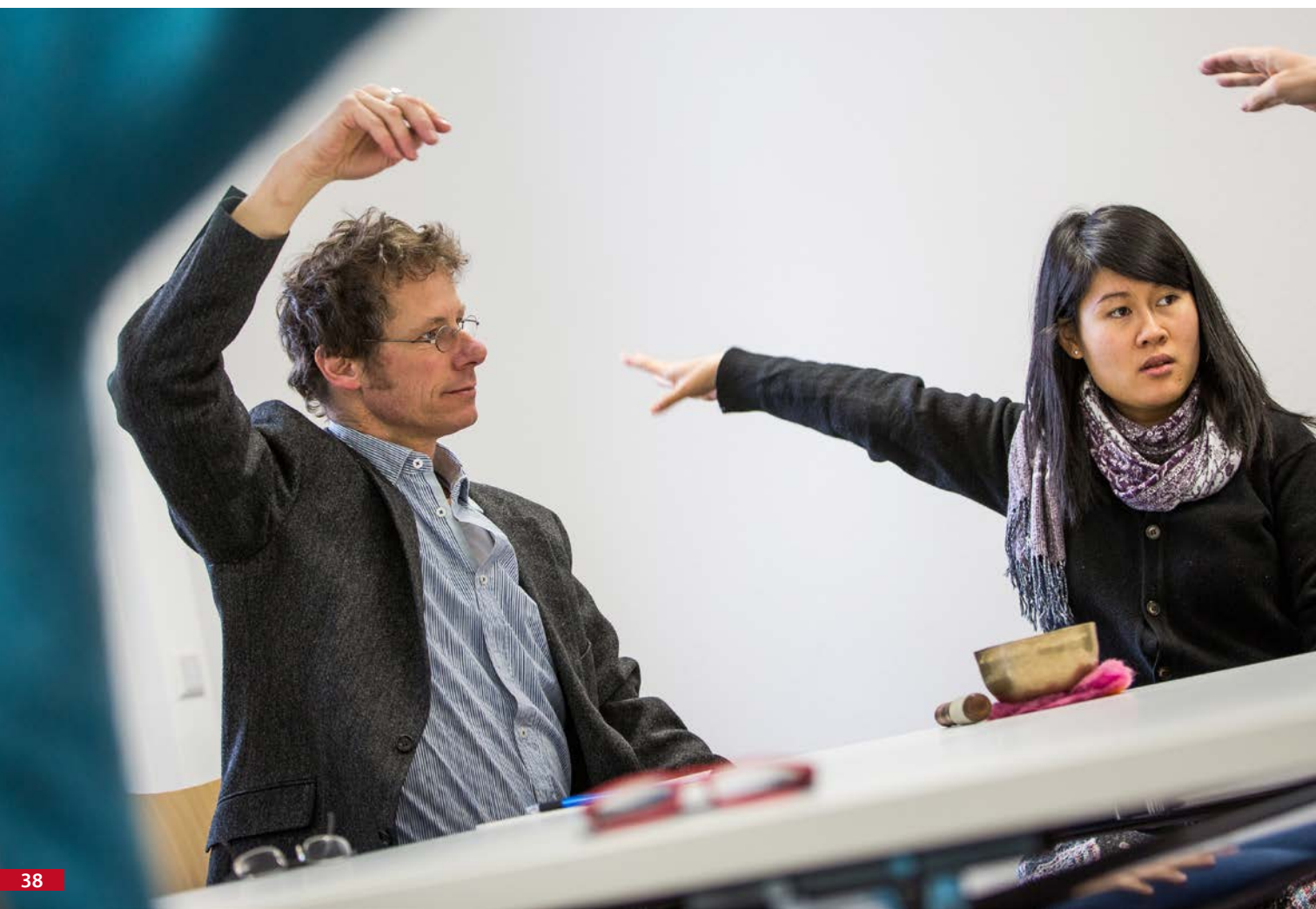
AMBULANZ FÜR ERSCHÖPFUNGSKRANKHEITEN (BURN-OUT)

Anmeldung Montag bis Freitag
von 9 bis 12 Uhr

+49 761 270-68410

www.uniklinik-freiburg.de/360grad





ACHTSAMKEIT

KONZENTRIERT UND GELASSEN DURCH DEN (KLINIK-)ALLTAG

Achtsamkeit ist mehr als Stressbewältigung – sie ist ein Urelement buddhistischer Heilssuche und Spiritualität. Modern interpretiert hilft Achtsamkeit durch eine bewusste Auseinandersetzung mit der Umwelt und sich selbst, eine innere Haltung zu entwickeln, mit der belastende Situationen erfolgreich gelöst werden können. Deswegen wird sie auch als Bewusstseinskultur bezeichnet, die sich in Form von Achtsamkeitsmeditation großer Beliebtheit erfreut. Bei der Achtsamkeitsmeditation trainiert man eine bestimmte Grundhaltung, mit der man dem gesamten Leben und damit

auch sich selbst gegenübertritt. Diese Haltung ist davon geprägt, dass man sich bewusst ist, was gerade geschieht und was man in diesem Moment tut. „Das wird oft mit im Hier und Jetzt sein beschrieben“, sagt Professor Dr. Stefan Schmidt, Psychologe und Leiter der Forschungsgruppe Meditation, Achtsamkeit und Neurophysiologie an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg. Bei Stefan Schmidt und seinem Team ist Achtsamkeit fest in den Berufsalltag integriert. »



MINDFULNESS-BASED STRESS-REDUCTION

Einen Zugang zur Achtsamkeitspraxis bietet das Programm „Mindfulness-Based Stress-Reduction“ (MBSR), das vielfach angeboten wird. Es kann einen ersten Einstieg zum Umgang mit belastenden Situationen bieten. Während des Kurses werden verschiedene Meditationstechniken erlernt. Ziel ist es, die achtsame Grundhaltung in der Meditation zu üben und dann in den Alltag zu übertragen. Im Idealfall sollte jeden Tag mindestens 20 Minuten geübt beziehungsweise meditiert werden.

ACHTSAMKEIT IST EIN PERMANENTER ÜBUNGSWEG

„Wir starten jede Abteilungsbesprechung mit einer kurzen Meditation“, sagt Schmidt. Ein Gongschlag leitet in die Meditation ein, dann folgen einige Lockerungsübungen. In der anschließenden Stillephase können sich die Mitarbeiter*innen sammeln und auf die Themen für das Meeting konzentrieren. „Das gemeinsame Innehalten ist wichtig, um sich von Ärger, Stress oder den Geschehnissen des Tages zu befreien“, sagt Schmidt. „So öffnen wir uns für neue Ideen.“ Was sich bei Schmidts Team positiv etabliert hat, kommt auch in anderen Bereichen des Klinikums zur Anwendung. So wurde ein selbst entwickeltes, mußeorientiertes Achtsamkeitskonzept bei Assistenzärzt*innen erforscht. Mit Hilfe des Programms lernten die Mediziner*innen, sich in Zeitdruck- und Stresssituationen einen inneren Freiraum zu schaffen, um mit neuer Kraft und mit frischem Geist in die nächste Patientenbehandlung gehen zu können.

„Die im Achtsamkeitstraining erlernte positive innere Haltung und Sammlung hilft ihnen, auch in stressigen Situationen einen inneren Ruhepol zu bewahren“, sagt Schmidt. So können die Ärzt*innen konzentriert und stets den Patient*innen zugewandt den Klinikalltag meistern.

ACHTSAMKEITSMEDITATION WIRD NEUROBIOLOGISCH UND -PHYSIOLOGISCH IM GEHIRN SICHTBAR

Rund 150 junge Mediziner*innen an mehreren Krankenhäusern in Deutschland haben an der vierjährigen Studie im Rahmen des Sonderforschungsbereichs „Muße“ teilgenommen. „Wir konnten nachweisen, dass das mußeorientierte Achtsamkeitskonzept einem Burn-out vorbeugt“, sagt Schmidt.

Das Programm hilft aber nicht nur den Ärzt*innen, Stresssituationen konstruktiv zu lösen, auch die Patient*innen profitieren von ihrer mitfühlenden Art. Schmidt erläutert: „Mittlerweile wird ein ähnliches Programm schon während des Studiums für angehende Mediziner*innen als Kurs zur Burn-out-Prävention angeboten.“



ZU VIEL SPORT BEI ESSSTÖRUNGEN



40

Patient*innen mit einer Essstörung haben ein verzerrtes Bild von sich selbst: Sie nehmen sich im Spiegel ganz anders wahr, als es der Realität entspricht.

Wenn Patient*innen mit Essstörungen übermäßig Sport treiben, muss dies in den meisten Fällen als Teil der Erkrankung verstanden werden. Übermäßiges Sporttreiben kann eine Essstörung mit aufrechterhalten. Am Universitätsklinikum Freiburg wurde ein sporttherapeutisches Programm entwickelt, in welchem Patient*innen lernen konnten, ihren Körper wieder bewusster wahrzunehmen und Freude an Bewegung zu empfinden.

Mia T. rennt. Meistens eine Stunde pro Tag, manchmal auch zwei. Wäre sie körperlich völlig gesund, würde sie fast als Hochleistungssportlerin durchgehen. Doch Mia T. ist krank. Sie leidet unter Magersucht und kann trotz starken Untergewichts nicht aufhören, täglich laufen zu gehen. Sie verausgabt sich manchmal so sehr, dass sie auch schon vor Schwäche zusammengebrochen ist.

Fast die Hälfte aller Patient*innen mit einer Essstörung treibt auf eine problematische Art Sport. Egal, ob Laufen, Radfahren oder Schwimmen: Patient*innen, die an Magersucht oder Bulimie leiden, setzen Sport ein, um gezielt ihr Gewicht oder ihre Figur zu beeinflussen. „Sie haben einen strengen Plan im Kopf und werden sehr unruhig, wenn sie zum Beispiel nicht vor dem Frühstück eine Stunde laufen gehen können“, sagt Prof. Dr. Almut Zeeck, Leitende Oberärztin der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg.



Zum anderen vernachlässigen die Betroffenen soziale Kontakte, da der Sport sehr viel Zeit in Anspruch nimmt, oder es treten bei der Arbeit Probleme auf. Das Sporttreiben komplett zu verbieten, macht nach Einschätzung von Prof. Zeeck wenig Sinn: Dann trainieren viele heimlich weiter. „Wichtig ist es, in der Therapie das Thema Sport offen anzusprechen“, sagt die Oberärztin.

In einer neuen Studie am Universitätsklinikum Freiburg sollen die Mechanismen, die zu übermäßigem Sporttreiben führen, in Zukunft noch genauer untersucht werden. Im Vergleich von Menschen mit einer Essstörung, die übermäßig Sport treiben, mit solchen, die das nicht tun, und gesunden Kontrollproband*innen sollen die Wirkungen unterschiedlicher Intensitäten von Bewegung auf die Stimmung und Gedanken der

Probanden analysiert werden. „Wir wollen verstehen, welche Funktionen übermäßiges Sporttreiben hat und welche Faktoren es aufrechterhalten, um die wenigen schon existierenden Therapieprogramme weiterzuentwickeln und zu verbessern“, erklärt Zeeck.

Auf lange Sicht würde sich die Oberärztin wünschen, dass Therapieprogramme zur Reduktion übermäßigen Sporttreibens nicht nur im Rahmen von Forschungsprojekten, sondern auch in der regulären Versorgung von Patient*innen angeboten werden.

„Gemeinsam mit anderen wieder Spaß am Sport und an der Bewegung zu entwickeln, ist ein wichtiges Ziel solcher sporttherapeutischer Programme“, betont Zeeck. Mia T. hat mit einer Psychotherapeutin an ihrer Essstörung gearbeitet und parallel an einer mittlerweile abgeschlossenen Sportprogrammstudie teilgenommen. Sie trainiert mittlerweile gern in einer Gruppe, in der vor allem der Spaß am Bewegen im Vordergrund steht. Dort fühlt sie sich auch von den anderen Teilnehmer*innen akzeptiert und hat gelernt, dass sie sich beim Sport auch wohlfühlen darf. Eine wichtige Erkenntnis, die ihr helfen wird, ihr Leben wieder in den Griff zu bekommen. ■

**„Gemeinsam mit anderen
wieder Spaß am Sport
und an der Bewegung zu
entwickeln, ist ein
weiteres wichtiges Ziel
des ambulanten
Sportprogramms.“**

Prof. Dr. Almut Zeeck, Leitende Oberärztin,
Klinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie

Von problematischer sportlicher Aktivität sprechen Ärzt*innen nicht nur, wenn diese exzessiv ist. Auch wenn das Sporttreiben wie ein innerer Zwang ist, wenn Patient*innen trotz Verletzung oder Krankheit nicht damit aufhören können oder sich schuldig fühlen, wenn sie keinen Sport treiben, ist dies problematisch. Auch die Motive spielen eine Rolle: Mia T. hat keine Freude an der Bewegung mehr, sondern will durch den täglichen Sport die vermeintlich vielen Kalorien verbrauchen, die sie zu sich genommen hat.

Die Folgen von exzessivem Sport bei Patient*innen mit Magersucht oder Bulimia nervosa betreffen nicht nur den Körper. Zum einen haben sie ein erhöhtes Risiko für Knochenbrüche. „Das passiert bei Menschen mit Essstörungen schneller als bei Gesunden, da sie häufig eine verminderte Knochendichte haben“, erklärt Zeeck.

BORDERLINE

EMOTIONEN AN DER GRENZE

42

Es gibt eine eiserne Regel in der Psychiatrie: Persönlichkeitsstörungen werden erst ab dem 18. Lebensjahr diagnostiziert. Und es gibt genau eine Ausnahme von dieser Regel: die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus.

„Wir haben in den vergangenen Jahren festgestellt, dass die Patient*innen zwischen 20 und 30 Jahren oft erzählen, dass sie sich erinnern können, wie die ersten Symptome bei ihnen mit 14, 15 Jahren auftraten“, erzählt Professor Dr. Christian Fleischhaker, kommissarischer Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter am Universitätsklinikum Freiburg. Das sei der Grund dafür, die Grenze in diesem Fall zu unterschreiten.

Den Mediziner*innen ist durchaus bewusst, wie heikel das ist. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ist schon für Erwachsene etwas, mit dem sie und ihr Umfeld oft schwer umgehen können. Jugendliche trifft das vermutlich noch härter. Aber, sagt Christian Fleischhaker, die Borderline-Störung ist relativ gut behandelbar. Den Betroffenen kann somit früher geholfen werden, sie müssen nicht erst jahrelang leiden, bis die Diagnose gestellt und adäquat therapiert werden kann. Ein Argument, das für eine zeitige Diagnose spricht. In der Freiburger Klinik kann sie bei Jugendlichen ab 16 Jahren, in Ausnahmen auch schon ab 14 Jahren, gestellt werden.

Die Borderline-Störung ist eine Persönlichkeitsstörung, die vor allem durch die Instabilität von Emotionen, Stimmung und zwischenmenschlichen Beziehungen gekennzeichnet ist. Betroffene leiden aufgrund der heftigen Gefühlsschwankungen unter einer extremen inneren Anspannung. Um diese zu lindern, greifen sie häufig auf selbstschädigende Verhaltensweisen zurück. Selbstverletzungen, hochriskante Aktivitäten und Drogenkonsum senken die Anspannungen sofort, werden dadurch jedoch schnell zu einer Art „Sucht“. Das Selbstbild der Betroffenen ist gestört, sie fühlen sich zerrissen und leiden unter massiven Ängsten vor dem Verlassenwerden.

BORDERLINE-THERAPIE

Die Therapie der Wahl bei Borderline-Störung ist die sogenannte dialektische Verhaltenstherapie oder auch dialektisch-behaviorale Therapie, kurz DBT. Lange hat man den Patient*innen vor allem mit tiefenpsychologisch orientierten Therapien zu helfen versucht, seit wenigen Jahrzehnten zeigt sich jedoch, dass die DBT weitaus besser wirkt als unspezifische Standardverfahren. „Als etwa um das Jahr 2000 herum die Zahl der jungen Betroffenen rasant anstieg, haben wir uns entschlossen, die DBT auch bei Jugendlichen auszuprobieren – und haben überrascht festgestellt, dass sie bei ihnen noch effektiver wirkt als bei Erwachsenen“, sagt Fleischhaker. „Es handelt sich dabei um ein hochkomplexes Therapieprogramm, das wir vor allem ambulant durchführen.“ DBT-A beinhaltet eine Einzeltherapie und ein Gruppentraining, zudem stehen die Therapeut*innen den Patient*innen im Notfall telefonisch zur Verfügung.

In der Einzeltherapie wird in hierarchischer Abfolge an den verschiedenen Problemen des Betroffenen gearbeitet. Ganz oben steht dabei suizidales und therapiegefährdendes Verhalten. Die Therapeut*innen versuchen, die Balance zwischen dem Verstehen und Wertschätzen der Probleme der Patient*innen und dem Anschub nötiger Veränderungen zu finden. Wie solche Fertigkeiten aussehen können, die ein Verhalten ändern, wird in der Gruppentherapie trainiert.

MEDIKAMENTÖSE THERAPIE?

Eine effektive medikamentöse Therapie der Borderline-Störung gibt es nicht. In Deutschland ist lediglich ein Psychopharmakon zur Behandlung der Depression für Jugendliche unter 18 Jahren zugelassen. „In manchen Fällen kommt zur Borderline-Störung eine schwere Depression, dann wäre das Medikament angebracht. Ansonsten aber erzielen wir sehr gute Erfolge mit der Psychotherapie, da braucht es keine Medikamente“, sagt Fleischhaker.

Die Prognose bei einer Borderline-Störung ist günstig. Denn die Krankheit selbst ist so instabil wie ihre Symptome. „Nach fünf Jahren erfüllen nur noch 30 bis 40 Prozent der betroffenen Jugendlichen die Diagnosekriterien“, sagt Fleischhaker. Die Chancen, dass die Therapie erfolgreich ist, stehen umso besser, je früher die Störung erkannt und behandelt wird. Das ist ein klares Argument für die Diagnose ab 16. **I**

DIAGNOSE

Wenn sich fünf der folgenden Kriterien über einen Zeitraum von einem Jahr stabil halten, kann es sich um eine Borderline-Störung handeln:

- ☐ **Hektisches Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.**
- ☐ **Ein Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen.**
- ☐ **Ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.**
- ☐ **Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (zum Beispiel Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Essanfälle“).**
- ☐ **Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.**
- ☐ **Affektive Instabilität durch eine ausgeprägte Orientierung an der aktuellen Stimmung**
(z. B. hochgradige episodische Misslaunigkeit [Dysphorie], Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
- ☐ **Chronisches Gefühl von Leere.**
- ☐ **Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (zum Beispiel häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).**
- ☐ **Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.**

FÜR DAS LEBEN TRAINIEREN

AUTISMUS-SPEKTRUM-STÖRUNGEN

Gefühle richtig deuten, Mimik erkennen oder sich in sein Gegenüber einfühlen: Kindern und Jugendlichen mit einer Autismus-Spektrum-Störung fällt dies sehr schwer. Durch das Freiburger Therapieprogramm TOMTASS können sie das jedoch Stück für Stück lernen.

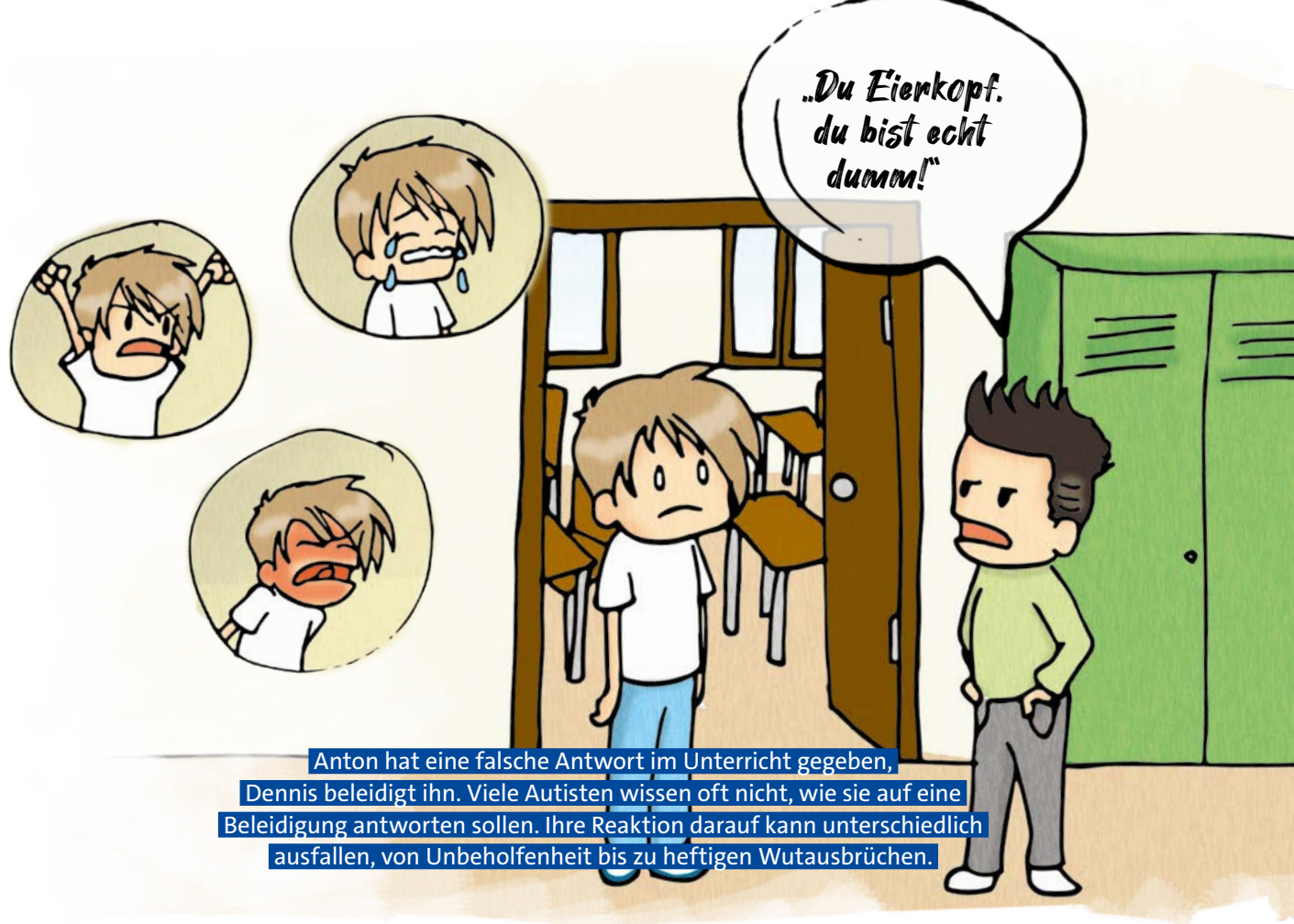


Schon im frühesten Kindesalter verläuft die soziale Kommunikation von Kindern mit einer Autismus-Spektrum-Störung anders: Manche reden nur so viel, wie es im Alltag nötig ist, andere schweigen komplett und noch andere reden viel, ohne auf das Interesse des Gegenübers zu achten. Sie mögen immer wiederkehrende Abläufe und Rituale. Muss der Tag durch unerwartete Vorkommnisse umstrukturiert werden, reagieren Kinder mit einer Autismus-Spektrum-Störung oft mit Wut, denn das bedeutet für sie Stress. Sich in einer Gruppe zu integrieren, fällt ihnen schwer, denn sie können Gefühle von anderen nicht automatisch und unbewusst deuten.

„Es handelt sich um eine neuronale Entwicklungsstörung, die soziale Fertigkeiten und Wahrnehmungen grundlegend verändert. Ihr ‚Anderssein‘ liegt wie ein enges Unterkleid am Körper, das sie nicht ablegen können“, sagt PD Dr. Monica Biscaldi-Schäfer, kommissarische Leitende Oberärztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter am Universitätsklinikum Freiburg.

Kinder und Jugendliche mit einer Autismus-Spektrum-Störung verstehen keine Ironie.

Das Mädchen kann in diesem Fall den Kommentar des Vaters überhaupt nicht einordnen.



Anton hat eine falsche Antwort im Unterricht gegeben,
Dennis beleidigt ihn. Viele Autisten wissen oft nicht, wie sie auf eine
Beleidigung antworten sollen. Ihre Reaktion darauf kann unterschiedlich
ausfallen, von Unbeholfenheit bis zu heftigen Wutausbrüchen.

Um Kinder mit einer Autismus-Spektrum-Störung zu fördern, wurde das Freiburger Therapieprogramm TOMTASS ins Leben gerufen. Die Abkürzung steht für Theory-of-Mind-Training bei Autismus-Spektrum-Störungen. Unter Theory of Mind versteht man, dass sich jemand in sein Gegenüber einfühlen kann. „In der Therapie erfahren die jungen Patient*innen, was genau Autismus bedeutet, damit sie ihre eigenen Schwächen erkennen und ihre Stärken im Alltag optimal einsetzen können“, sagt Biscaldi-Schäfer. Teilnehmen können Kinder im Alter von sieben bis zwölf oder Jugendliche im Alter von 12 bis 18 Jahren mit einer Autismus-Spektrum-Störung, die keine Intelligenzminderung und keine Sprachstörung haben. In dem Therapieprogramm, das aus acht Modulen besteht, begleiten zwei Therapeut*innen für sechs Monate eine Gruppe.

Die Kinder und Jugendlichen lernen viel über ihre persönlichen Eigenschaften, welche Dinge sie besonders gut können und wo sie Hilfe brauchen. Des Weiteren erfahren sie, dass man über Gefühle anderen Menschen Dinge mitteilt und diese durch Mimik, Gestik, Körperhaltung

und eine bestimmte Betonung ausdrücken kann. Zum Beispiel durch ein Memory-Spiel, bei dem auf den Karten Gefühle erkannt werden müssen.

TRAINING DURCH ROLLENSPIELE

Das Thema Kontaktaufnahme und Freundschaft spielt in der Therapie eine besonders große Rolle, da es fast allen Kindern und Jugendlichen mit einer autistischen Störung schwerfällt, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Durch Rollenspiele kann dies trainiert werden. „Unserer Erfahrung nach werden Übungen in Rollenspielen gut von Kindern mit Autismus-Spektrum-Störung angenommen. Dadurch haben sie die Möglichkeit, am Modell zu

lernen, sich in einem geschützten Rahmen auszuprobieren und im Verlauf Selbstwirksamkeit im sozialen Kontakt zu erleben“, sagt Biscaldi-Schäfer.

Um Eltern im Umgang mit ihren Kindern zu unterstützen, wurde das Freiburger Elterntraining für Autismus-Spektrum-Störungen (FETASS) entwickelt. Dabei treffen sich Mütter und Väter zum Gruppentraining mit zwei Therapeut*innen für acht Sitzungen. Durch das Training lernen die Eltern auch, die Stärken ihrer Kinder zu fördern und einen Weg zu finden, der den Alltag etwas erleichtert. „In einer Studie zur Evaluation des FETASS zeigt sich deutlich, dass sich langfristig die Lebensqualität der Kinder, das elterliche Stresserleben und die begleitend oft vorhandenen herausfordernden Verhaltensweisen langfristig reduzieren lassen“, sagt Bettina Brehm, Leitende Psychologin der Klinik. „Die Durchführung beider Programme könnte zu einer nachhaltigen Verbesserung der sozialen Fertigkeiten der Kinder sowie der Lebensqualität der Familien führen. Wir wollen das in weiteren Studien überprüfen“, so Biscaldi-Schäfer und Brehm. ■

Dass Autist*innen in einem Bereich besonders hochbegabt sind und sich zum Beispiel tausende von Zahlenkombinationen merken können, kommt sehr selten vor. Vielmehr verbreitet ist die Spezialisierung auf einen bestimmten, oft naturwissenschaftlichen Bereich. Ob Tierwelt oder Weltall: Über ihr Lieblingsthema reden Autist*innen besonders gern, beim Thema Gefühle blocken sie ab.

SPEZIALSPRECHSTUNDE

FÜR GEFLÜCHTETE

In der Ambulanz der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter werden seit 2015 unbegleitete minderjährige Geflüchtete sowie Kinder und Jugendliche aus Familien mit Migrationshintergrund mit psychischen Problemen betreut.

Im letzten Jahr kamen 32 Jugendliche in die Spezialsprechstunde, zwölf sind in regelmäßiger Behandlung. Die jungen Menschen haben unterschiedliche Migrationsgeschichten. Sie sind im syrischen Bürgerkrieg aufgewachsen, flüchteten vor den Kriegsfolgen in Afghanistan, Irak und der Ukraine, gingen zu Fuß die Balkanroute, flohen vor Gewalterfahrungen auf dem afrikanischen Kontinent und Osteuropa oder fuhren mit Booten über das Mittelmeer nach Europa. Jede*r dieser jungen Menschen hat ein eigenes Schicksal – und doch verbindet sie, dass ihre Fluchterlebnisse sich auf ihre Psyche auswirken.

SONDERFALL UNBEGLEITETE MINDERJÄHRIGE

Die im Schnitt 15- bis 17-Jährigen werden fast immer von den Einrichtungen, in denen sie hier leben, und den mitbehandelnden Kinderärzt*innen in die Spezialsprechstunde geschickt. „Freiwillig kommt fast keiner“, sagt Professor Dr. Christian Fleischhaker, kommissarischer Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter. Denn viele Jugendliche haben Angst davor, als „verrückt“ zu gelten oder kennen keine Worte, um ihren Zustand auszudrücken. In der



Bei jungen Geflüchteten treten oft erst nach ein oder zwei Jahren Traumafolgestörungen auf. Das können Schlafstörungen, Stimmungsverschlechterungen, Kopfschmerzen oder eine dissoziative Störung sein

Spezialsprechstunde soll ihnen diese Sorge genommen werden.

Betreut werden die Jugendlichen in der Ambulanz von Oberärztin Dr. Katja Schneider-Momm und ihrem Kollegen Dr. David Seleman. Oft treten bei den jungen Geflüchteten erst nach ein oder zwei Jahren Traumafolgestörungen auf: Schlafprobleme, Konzentrationsstörungen, Stimmungsverschlechterungen oder unspezifische Symptome

wie Kopfschmerzen, eine dissoziative Störung, die einem Krampfanfall ähneln kann, oder eine posttraumatische Belastungsstörung. Manche der jungen Patient*innen sind nach einigen Gesprächen stabilisiert, einige wenige benötigen eine Psychotherapie. „Im Laufe der Zeit sind wir im Umgang mit den Jugendlichen erfahrener geworden“, sagt die Oberärztin. „Und nicht jeder, der ein Trauma erlebt hat, entwickelt eine Störung.“ ■

*Welche Persönlichkeitsstörung
wird auch bei Minderjährigen
diagnostiziert?*

GEWINN- SPIEL

Ihre Lösung schicken Sie bitte an das
Universitätsklinikum Freiburg
Redaktion 360°
Breisacher Straße 153 | 79110 Freiburg
oder per Mail an redaktion@uniklinik-freiburg.de
Betreff: 360°-Rätsel

Gewinnen können Sie einen 50-Euro-Gutschein
der Buchhandlung Rombach, Freiburg. Einsende-
schluss ist der 31. Juli 2025.

Die Lösung der Ausgabe 2023 lautet: COPD.

Gewonnen hat Ulrike Rombach aus Simonswald.
Herzlichen Glückwunsch!

GESUNDHEITSTIPPS, NEUIGKEITEN UND SPANNENDES AUS DER FORSCHUNG

Folgen Sie uns auf unseren
Social-Media-Kanälen.



[facebook.com/
UniklinikFreiburg](https://facebook.com/UniklinikFreiburg)



[linkedin.com/
company/uniklinikfr](https://linkedin.com/company/uniklinikfr)



[instagram.com/
uniklinik_fr](https://instagram.com/uniklinik_fr)



[x.com/
uniklinik_fr](https://x.com/uniklinik_fr)



[youtube.com/
UniklinikumFreiburg](https://youtube.com/UniklinikumFreiburg)



[tiktok.com/
@uniklinik_fr](https://tiktok.com/@uniklinik_fr)



[bsky.app
@uniklinik-fr.bsky.social](https://bsky.app/@uniklinik-fr.bsky.social)



IMPRESSUM

360° BEHANDLUNG · FORSCHUNG · LEHRE

Ausgabe 1/2025

Auflage 10.000 Exemplare

Herausgeber Universitätsklinikum Freiburg

Verantwortlich Benjamin Waschow
Leiter Unternehmenskommunikation

Redaktion Hanna Lippitz

Autor*innen dieser Ausgabe

Simon Blunck, Johannes Faber, Claudia Füzler,
Franziska Kiele, Linda Kratschmayr, Hanna Lippitz, Inga
Schneider, Heidrun Wulf-Frick, Benjamin Waschow

Redaktionsadresse

360° BEHANDLUNG · FORSCHUNG · LEHRE

Breisacher Straße 153

79110 Freiburg

Telefon 0761 270-20060

redaktion@uniklinik-freiburg.de

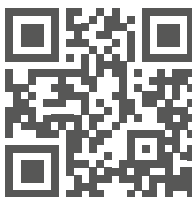
www.uniklinik-freiburg.de

Gestaltung und Produktion Ketchum |
Käthe-Kollwitz-Ufer 79 | 01309 Dresden

Druck burger)(druck GmbH |
August-Jeanmaire-Straße 20 | 79183 Waldkirch

Bildnachweis

Britt Schilling/Universitätsklinikum Freiburg; Universitätsklinikum Freiburg;
© iStock.com: ipolonina (Titel); ChristianChan (S. 5); FG Trade (S. 8); TopVectors (S. 9);
Kerrick (S. 10–11); Nataleana (S. 11, 14, 15); GeorgePeters (S. 16, 18); KameleonMedia
(S. 21); Sasiistock (S. 22 Foto); Gleb_Guralnyk (S. 22); AlessandroMassimiliano (S. 23);
AF-studio (S. 24); liuzishan (S. 26, 28–29); ipolonina (S. 30); PeopleImages (S. 31);
DrAfter123 (S. 32); silverkblack (S. 33); emson (S. 34–35); khalus (S. 36–37); baona
(S. 42–43); © stock.adobe.com: JKLR (S. 4, 5) Paolese(S. 13);© shutterstock.com: Radu
Bercan (S. 20)



www.uniklinik-freiburg.de

KOMM IN SÜDBADENS GRÖSSTES TEAM!

Entdecke über 30 spannende
AUSBILDUNGS- und STUDIENMÖGLICHKEITEN
und starte jetzt deine Zukunft bei uns!



Unser Plus⁺ für Auszubildende und Studierende:

✓ Tolle Perspektiven nach der Ausbildung

✓ Überdurchschnittliche Vergütung

✓ Geregelte Arbeitszeiten

✓ Hansefit und Zuschuss zum Jobticket

✓ Gute Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel

