

DAS

magazin

01 | 2017

BEHANDLUNG

FORSCHUNG · LEHRE

SCHWERPUNKT PSYCHE



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM FREIBURG

Außerdem in dieser Ausgabe:

Was tun bei Angst und Depression?

Stress und Burn-out

Seelische Unterstützung bei Krebs

und vieles mehr ...

INHALT



EDITORIAL	Seite 3
WAS TUN BEI ANGST UND DEPRESSION? Interview mit Prof. Dr. Dr. Katharina Domschke	Seite 4
DIE SCHATTEN DES ALTERS BEWÄLTIGEN Psychische Alterserkrankungen	Seite 7
IMPULSE FÜR DIE PSYCHE Tiefe Hirnstimulation bei Depressionen	Seite 8
DEPRESSIONEN Die stille Volkskrankheit	Seite 10
SCHLAFEN SIE GUT! Tipps für eine ruhige Nacht vom Schlafexperten	Seite 12
DIE ZEIT DER SCHIZOPHRENIE GEHT VORÜBER Interview mit Prof. Dr. Ludger Tebartz van Elst	Seite 14
(WIEDER) LEBEN OHNE ALKOHOL Hilfe für Betroffene inklusive eines ersten Selbsttests	Seite 16
IMMER WIEDER HÄNDEWASCHEN Zwangsstörungen	Seite 18
PSYCHE UND KUNST Heilsames Zeichnen, Musizieren und Gestalten	Seite 20
DAS GANZE SPEKTRUM PSYCHOSOMATISCHER ERKRANKUNGEN Interview mit Prof. Dr. Claas Lahmann	Seite 22
GEWINNSPIEL	Seite 25
STRESS UND BURN-OUT Vermeiden, erkennen, bekämpfen	Seite 26
ACHTSAMKEIT Konzentriert und gelassen durch den (Klinik-)Alltag	Seite 28
ZU VIEL SPORT BEI ESSSTÖRUNGEN Den Körper selbstbewusst wahrnehmen	Seite 30
STARKE PSYCHE, STARKES HERZ Psychokardiologie	Seite 32
SEELISCHE UNTERSTÜTZUNG BEI KREBS Psychoonkologie	Seite 33
BORDERLINE Emotionen an der Grenze	Seite 34
FÜR DAS LEBEN TRAINIEREN Autismus-Spektrum-Störungen	Seite 36
SPEZIALSPRECHSTUNDE für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge	Seite 38

EDITORIAL



Liebe Leserin, lieber Leser,

im Jahr 2016 hat das Universitätsklinikum Freiburg erneut bewiesen, dass es zu den erfolgreichsten Universitätskliniken in Deutschland gehört. Bundesweit ist es bei vielen Fallzahlen an der Spitze. Bei der Behandlung von Polytraumen und Herzinfarkten steht es an erster Stelle. An vierter Stelle, wenn es um die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Schlaganfall geht. Auch bei der Durchführung komplexer Lungenresektionen, also dem chirurgischen Entfernen großer Lungenbereiche, führt das Universitätsklinikum Freiburg den bundesweiten Vergleich an. Des Weiteren nimmt das Universitätsklinikum Freiburg in onkologischen Therapien eine Spitzenstellung ein.

Noch eine weitere gute Nachricht konnte verzeichnet werden: Das Universitätsklinikum Freiburg verjüngt sich personell laufend. 2016 konnten kluge Köpfe hinzugewonnen werden, die eine Garantie für die erfolgreiche Weiterentwicklung des Klinikums darstellen. Zwei dieser klugen Köpfe werden ihre Ideen auch in diesem Magazin vorstellen: Professor Dr. Dr. Katharina Domschke, Ärztliche Direktorin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, und Professor Dr. Claas Lahmann, Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Dank dieser guten Sachlage konnte das Universitätsklinikum auch 2016 seine Patientenzahlen erneut steigern. Über diese Gesamtleistung kann man mehr als zufrieden sein. Dennoch haben all diese Bemühungen nicht ausgereicht, um budgetär eine schwarze Null in unserem Kerngeschäft, dem Betriebshaushalt, auszuweisen. Das liegt daran, dass Investitionen oder Investitionsbeteiligungen des Landes ausgeblieben sind und das Klinikum in Vorleistung treten musste. So war das Universitätsklinikum Freiburg auch im Jahr 2016 wieder ganz auf sich alleine gestellt. Viele Investitionen mussten selbst erbracht werden. Das bedeutet, dass sich Kliniken und Institute mehr als Solidargemeinschaft verstehen und Partner noch mehr eingebunden werden müssen. Nur so kann es gelingen, dem unterfinanzierten Gesundheitssystem entgegenzutreten, damit das Universitätsklinikum Freiburg auch in Zukunft erfolgreich sein kann.

Professor Dr. Dr. h.c. mult. J. Rüdiger Siewert
Leitender Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender
des Universitätsklinikums Freiburg

WAS TUN BEI ANGST UND DEPRESSION?

INTERVIEW MIT

PROF. DR. DR. KATHARINA DOMSCHKE

ÄRZTLICHE DIREKTORIN DER KLINIK FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE

4

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. »



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. Sie folgt auf Univ.-Prof. Dr. Mathias Berger.

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 diesem Jahr ist sie zusätzlich Adjunct Professor of Psychiatry an der Medizinischen Universität Wien.

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, Angsterkrankungen, Zwangsstörungen und stressassozierten Erkrankungen.

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 Patienten 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.

Welche präventiven Maßnahmen gegen Angsterkrankungen und Depression gibt es?

Hier spielen sogenannte Resilienzstärkende, also die Widerstandskraft stärkende 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. »



In den letzten Jahren hat die Neurobiologie eine zunehmende Rolle bei der Erforschung von psychiatrischen Krankheiten eingenommen. Welche Veränderungen für das Fachgebiet Psychiatrie hat das zur Folge?

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 über zehn Jahren mit der Genetik von neurobiologischen Systemen bei Angst und Depression. Zunehmend rückt dabei auch die Epigenetik in den Fokus der Aufmerksamkeit. Darunter versteht man biochemische „An- und Ausschalter“ von Risikogenen, die beispielsweise von Stress, besonderen Lebensereignissen, Hormonen oder Ernährung betätigt werden. Damit hat die Epigenetik wahrscheinlich eine Schlüsselfunktion bei psychischen Erkrankungen und stellt einen großen Faktor im Zusammenspiel von biologischen Risikofaktoren und Umwelteinflüssen 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.

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 Ärzte oder Psychologen 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 und 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 bei Männern und Frauen nicht wesentlich. Wichtig ist, dass beide Geschlechter sensibel für das Thema sind und dass – bildlich gesprochen – die vom Burn-out betroffene Kerze mit professioneller Hilfe wieder angezündet wird. ■

Anmeldung Psychiatrische Institutsambulanz

Telefon: +49 761 270-65500

Anmeldung Privatambulanz

Telefon: +49 761 270-69830

DIE SCHATTEN DES ALTERS BEWÄLTIGEN



Ältere Menschen entwickeln überdurchschnittlich oft Depressionen oder eine Demenz. Durch wirksame Therapien können sie das Leben wieder in den Griff bekommen.

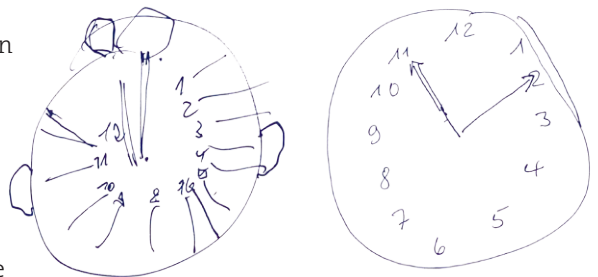
7

Kurz nach Peter L.s Renteneintritt stirbt unerwartet seine Frau. Der 64-Jährige, der nie psychische Probleme hatte, flüchtet sich in Alkoholkonsum. Zunehmend antriebsloser kann er seinen Alltag kaum bewältigen. Sein Hausarzt vermutet eine beginnende Demenz und überweist L. an die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg. Peter L.s Diagnose lautet: Altersdepression. Nicht selten geht sie mit Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch, Mangelernährung und körperlichen Erkrankungen einher. Das Leiden ist häufig, wird aber oft nicht behandelt. Auch weil Ältere bei psychischen Beschwerden aus Scham seltener den Arzt aufsuchen. „Dabei können wir diesen Patienten sehr gut helfen, sowohl mit verträglichen Medikamenten als auch mit Psychotherapie“, sagt Dr. Magnus-Sebastian Vry. Der Psychiater leitet die Station für Gerontopsychiatrie an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Hier

kümmern sich Psychiater, Neurologen und Pflegeexperten gemeinsam mit dem Klinik-Sozialdienst um ältere Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung. Die Medikamente schaffen oft die Basis für eine Verbesserung. „In der Psychotherapie erarbeiten wir mit den Betroffenen Strategien, um die ‚Schatten des Alters‘ zu bewältigen“, sagt Vry.

Da eine Altersdepression oft ähnliche Symptome wie eine beginnende Demenz zeigt, sollten Betroffene und Angehörige frühzeitig mit einem Facharzt sprechen. „Für Laien ist die Unterscheidung schwierig, zumal eine Altersdepression Vorbote einer Demenz sein kann“, sagt Privatdozentin Dr. Sabine Hellwig, Neurologin und Psychiaterin mit Forschungsschwerpunkt Demenzerkrankungen an der Klinik

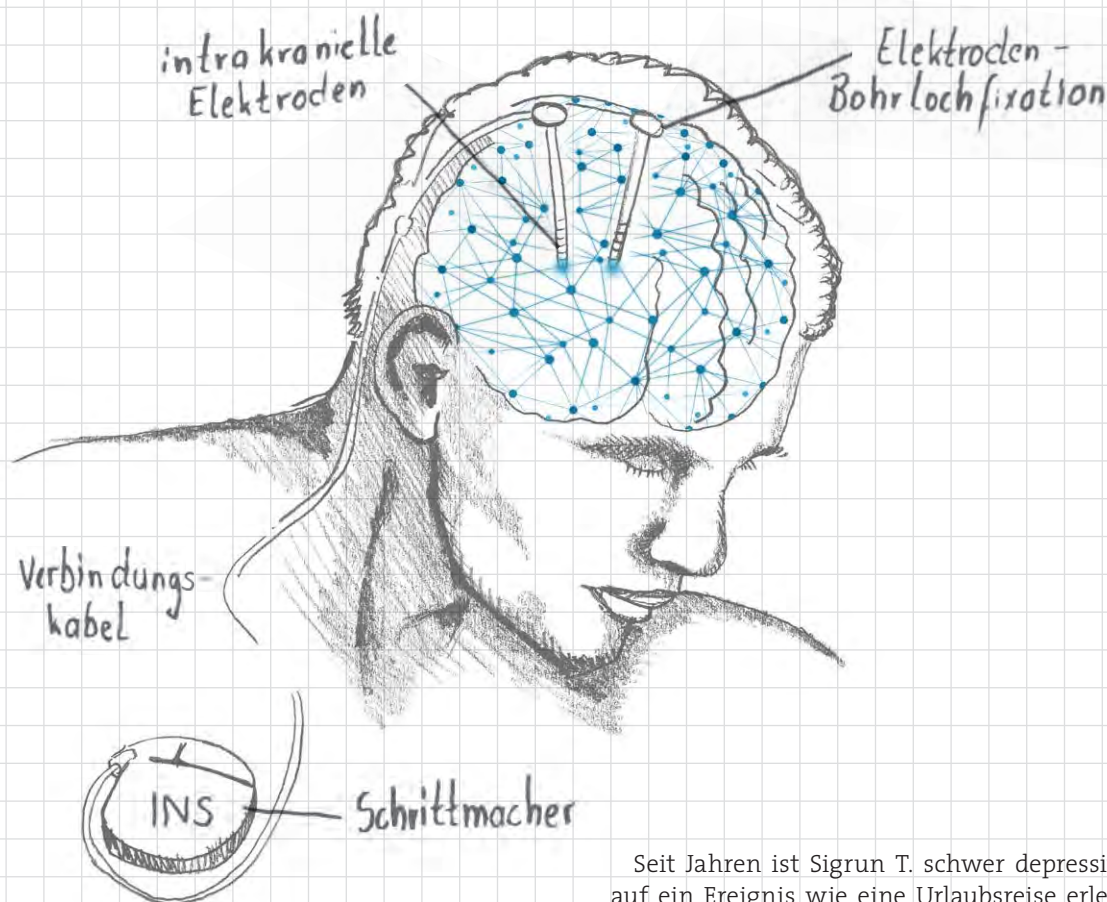
für Psychiatrie und Psychotherapie. Auch Patienten mit Demenz können von einer medikamentösen Therapie profitieren. Außerdem nützen oft einfache Hilfen wie ein gut strukturierter Tagesablauf. „Damit können wir den Patienten viel Lebensqualität zurückgeben“, sagt Hellwig. ■



Beim „Uhrtest“ sollen Patienten Ziffern und Zeiger in ein leeres Uhrblatt einzeichnen. Anders als Menschen mit Depression (rechts) tun sich Demenzkranke damit zunehmend schwerer.

IMPULSE FÜR DIE PSYCHE

Bei Morbus Parkinson und Epilepsie wird die Tiefe Hirnstimulation seit Jahren erfolgreich eingesetzt. Psychiater und Neurochirurgen des Universitätsklinikums Freiburg arbeiten nun 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 helfen bei ihr nicht mehr. Nun setzt die 45-Jährige all ihre Hoffnung in eine neue Methode: die Tiefe Hirnstimulation, kurz THS. Damit sollen die Symptome der Depression gelindert werden. Bei dem Verfahren implantieren Neurochirurgen 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 Brust oder Bauch implantiert ist. Mit einem Sender kann der Arzt das Gerät aus der Nähe steuern und so die Stärke der Stimulation einstellen. »

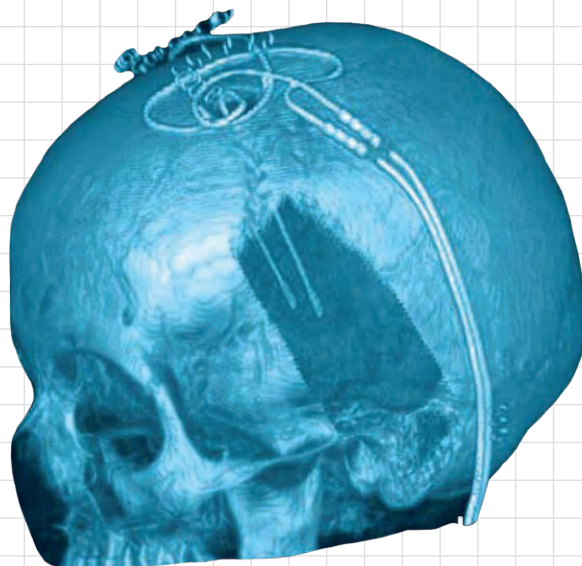
Mehr als 150.000 Menschen wurden bereits mit Tiefer Hirnstimulation behandelt. Besonders bei Parkinsonpatienten setzt Professor Dr. Volker A. Coenen die Methode sehr erfolgreich ein. Aber der Leiter der Abteilung Stereotaktische und Funktionelle Neurochirurgie an der Klinik für Neurochirurgie des Universitätsklinikums Freiburg geht in seiner Forschung weiter. „Es gibt keinen Grund, Tiefe Hirnstimulation nur bei neurologischen Erkrankungen einzusetzen, nicht aber bei psychiatrischen wie Depression“, sagt Coenen. Auch Sigrun T. hofft, von der Methode zu profitieren.

Professor Dr. Thomas Schläpfer hat seit Ende 2016 als Abteilungsleiter die Professur für Interventionelle Biologische Psychiatrie inne, eine weltweit einzigartige Brücke zwischen Psychiatrie und Neurochirurgie.

SCHWERSTE DEPRESSIONEN IM GEHIRN ABSCHALTEN

2011 machten Coenen und Schläpfer einen entscheidenden Schritt. Damals waren beide am Universitätsklinikum Bonn tätig, bevor sie nach Freiburg wechselten. Weil Depressive oft kaum noch Freude empfinden, stimulierten sie einen Hirnbereich, der an der Wahrnehmung dieses so wichtigen Gefühls beteiligt ist. Der Behandlungserfolg war überwältigend: Sechs der sieben bis dahin nicht behandelbaren Patienten hatten nach dem Eingriff keine Depression mehr.

Kürzlich zeigten die beiden Forscher, dass Patienten, 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. Auch wenn es mit 24 Patienten noch immer eine recht kleine Patientengruppe ist“, sagt Coenen. 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 schlagartig. „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 Schläpfer. ■



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

150.000

Patienten wurden bereits mit Tiefer Hirnstimulation behandelt.

HILFT THS AUCH BEI SUCHT UND ZWÄNGEN?

Auch zur möglichen Behandlung weiterer psychiatrischer Erkrankungen wird die Tiefe Hirnstimulation untersucht. „Bei Suchterkrankungen ist die Forschung methodisch extrem schwierig und die Datenlage ist nicht überzeugend“, sagt Schläpfer. Bei Zwangsverhalten lassen sich hingegen Fehlfunktionen im Gehirn sehr gut nachvollziehen und mittels Tiefer Hirnstimulation ansprechen. „Aber auch hier wurden erst wenige Patienten behandelt“, schränkt er ein.

DEPRESSION

DIE STILLE VOLKSKRANKHEIT

10

Jeder von uns kennt das Gefühl, mal schlecht drauf zu sein und keine Lust zu haben. 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 Beschwer-

den hinzu. Die eigene vermeintliche Unzulänglichkeit in der Bewältigung des Alltags wiederum löst Ängste und Schuldgefühle aus, welche die angeschlagene Verfassung noch weiter belasten.

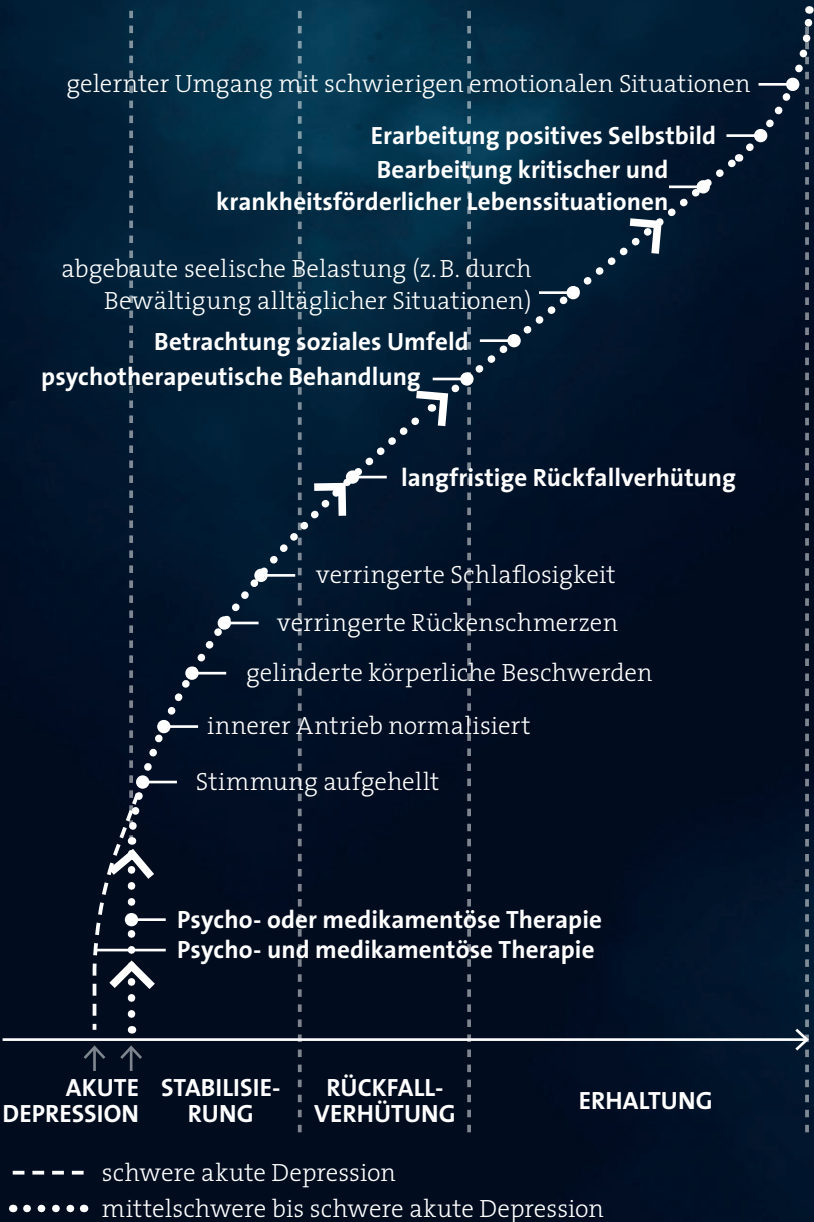
Depressionen können in jedem Lebensalter auftreten. „Das große individuelle Leiden und die deutlich erhöhte Suizidrate, vor allem bei schwer erkrankten Patienten, unterstreichen die Wichtigkeit einer frühzeitigen Therapie“, sagt Prof. Dr. Dr. Katharina Domschke, Ärztliche Direktorin der Klinik für Psychiatrie

und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg. „Unwissenheit, Verdrängung oder Schamgefühle hindern jedoch oft Betroffene daran, sich der Umwelt zu öffnen oder einen Arzt aufzusuchen.“ Eine möglichst frühzeitige Diagnose ist aber wichtig, um eine auf den Patienten 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 des Betroffenen so weit zu stabilisieren, dass es nicht zu einem baldigen Rückfall kommt, wenn die Alltagsbelastungen wieder zu bewältigen sind. Danach wird an der langfristigen Rückfallverhütung gearbeitet. Der Einsatz von sogenannten Antidepressiva in der Behandlung ist sehr hilfreich und wird in den Leitlinien national wie international empfohlen. Sie sollen die Stimmung aufhellen, den inneren Antrieb normalisieren und so gleichzeitig die körperlichen Beschwerden wie Rücken- oder Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit verringern. Sie wirken gezielt auf die Übertragung der Nervenimpulse im Gehirn. Gleichmaßen empfohlen ist weiterhin in der Regel eine psychotherapeutische Behandlung. „Diese bezieht das soziale Umfeld der Patienten mit ein und versucht, seelische Belastungen und damit Stress in alltäglichen Situationen Schritt für Schritt abzubauen“, erklärt Prof. Dr. Elisabeth Schramm, Leitende Psychologin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. „Kritische und krankheitsförderliche Lebenssituationen müssen bearbeitet werden. Ein unterstützendes Beziehungsnetz, ein positiveres Selbstbild und der Umgang mit schwierigen emotionalen Situationen werden mit den Patienten erarbeitet.“

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie forscht vor allem an der Entwicklung immer gezielterer und damit wirksamerer Psychotherapieverfahren nicht nur für akute Depressionen, sondern auch für bisher chronisch verlaufende Erkrankungsformen. Davon spricht man, wenn eine Depression länger als zwei Jahre besteht. „Die Ergebnisse verdeutlichen, dass speziell dafür entwickelte Psychotherapien vor allem in Kombination mit Antidepressiva auch in diesen Fällen erfolgreich sind“, sagt Prof. Schramm. ■



Wenn ein alleiniges Behandlungsverfahren in Betracht gezogen wird, soll bei ambulant behandelbaren Patienten mit akuten mittelschweren bis schweren depressiven Episoden eine alleinige Psychotherapie gleichwertig zu einer alleinigen medikamentösen Therapie angeboten werden. Bei akuten schweren Depressionen soll eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden.

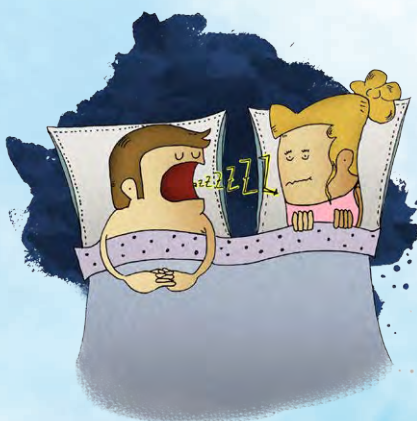
SCHLAFEN SIE GUT!

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

Einige Störfaktoren, wie beispielsweise Lärm, kann man leicht beheben. Andere Schlafstörungen hingegen können eine psychische Ursache haben oder aufgrund einer körperlichen Erkrankung auftreten. Dauerhafte negative Auswirkungen auf die seelische Gesundheit sind die Folgen. Schlafstörungen sollten behandelt werden, „wenn sie mindestens seit vier Wochen bestehen,

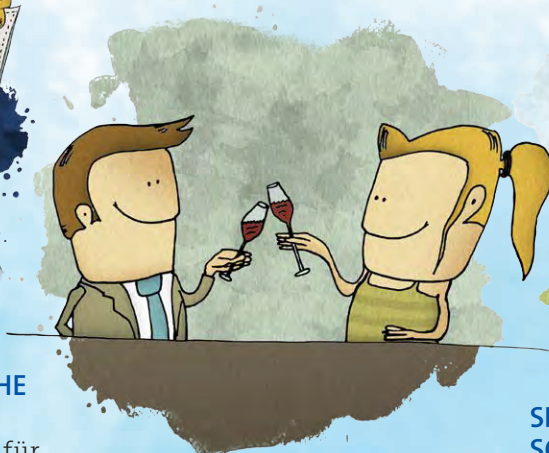
die Betroffenen darunter leiden und der Schlafmangel tagsüber negative Auswirkungen hat“, erklärt Professor Dr. Dieter Riemann, Psychologe und Leiter des Schlaflabors an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg. In diesem Artikel gibt der Schlafexperte hilfreiche Tipps für eine ruhige und erholsame Nacht. ■

12



LÄRM – SCHNARCHGERÄUSCHE REDUZIEREN

Zu den häufigsten Ursachen für schlechten Schlaf gehört Lärm ab einer gewissen Intensität wie Straßenverkehr, vorbeifahrende Züge oder Fluglärm. Auch der schnarchende Lebenspartner kann zur echten Belastung werden, denn Schnarchgeräusche erreichen Spitzenwerte von 80 bis 100 Dezibel. „In manchen Fällen helfen da nur Ohrstöpsel oder zur Not getrennte Schlafzimmer“, sagt Schlafmediziner Riemann. Damit der Schnarcher erst gar nicht aus dem Zimmer verbannt werden muss, rät Riemann ihm zu Alkoholverzicht, Gewichtsabnahme oder unter Umständen zu einem operativen Eingriff, der reduzierend auf die Lautstärke wirken kann. ■



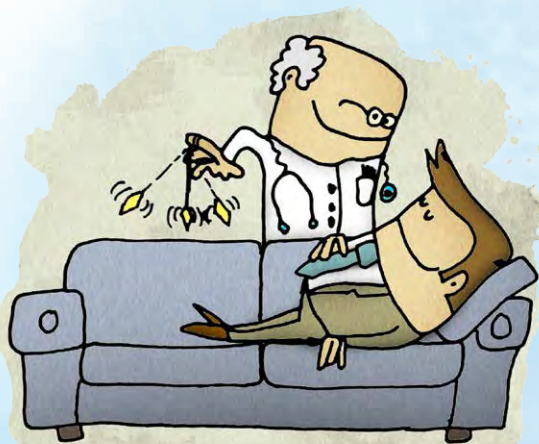
ALKOHOL – WEDER FREUND NOCH SCHLÄFER

Viele Menschen gönnen sich ein Gläschen Wein am Abend als Schlummertrunk. Zunächst wirkt der Alkohol beruhigend, also schlaffördernd. Doch Riemann betont: „Sobald die Wirkung nach vier bis fünf Stunden nachlässt, wacht man häufiger auf und schläft umso unruhiger.“ Dies trifft bereits auf geringe alkoholische Mengen wie ein bis zwei Gläser Wein zu. Mit zunehmendem Alter verstärkt sich diese Auswirkung sogar. ■



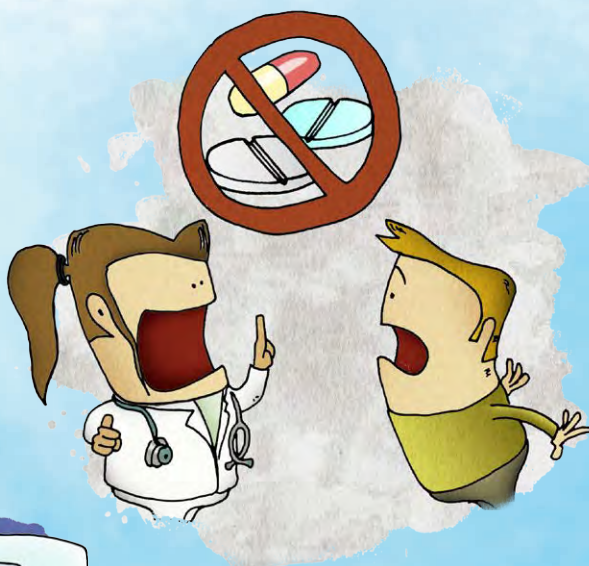
SPÄTER SPORT STÖRT DEN SCHLAF – UND SEX?

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 Riemann. 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. Sexuelle Aktivität hingegen regt den Körper zwar an, wirkt aber schlaffördernd, weil der Körper hinterher entspannt ist. ■



AB ZUM ARZT: SCHLAFAPNOE

Rund fünf Prozent der Bevölkerung sind von nächtlichen Atemaussetzern betroffen, der Schlafapnoe. Bei dieser körperlichen Erkrankung kann im Schlaf bis zu 100-mal für zehn Sekunden und länger die Atmung aussetzen. Grund dafür ist häufig eine erschlaffte Rachen- und Gaumenmuskulatur, die durch den Sog beim Einatmen die Atemwege verschließt. Auch lautes Schnarchen kann ein Indiz für eine Schlafapnoe sein. „Wachen die Betroffenen auf, haben sie meist das Gefühl, gut geschlafen zu haben, fühlen sich jedoch nie richtig fit“, erklärt Schlafmediziner Riemann. Durch die Schlafapnoe können sich Begleiterkrankungen wie Herzrhythmusstörungen oder Bluthochdruck entwickeln. „Beim Verdacht auf eine Schlafapnoe sollten unbedingt eine Untersuchung im Schlaflabor und gegebenenfalls eine ärztlich überwachte Therapie durchgeführt werden“, mahnt Riemann. ■



FINGER WEG VON SCHLAFTABLETTE

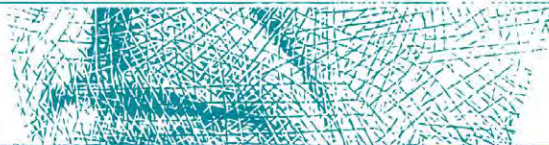
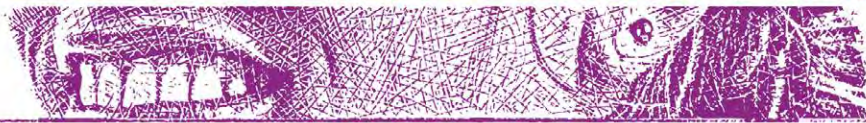
„Die Einnahme von Schlafmitteln birgt Risiken“, warnt Schlafexperte Riemann. So könne es zu einer Medikamentenabhängigkeit oder zu einem Wirkverlust bei einer längerfristigen Einnahme kommen. Stattdessen empfiehlt der Wissenschaftler psychotherapeutische Methoden wie Achtsamkeitsübungen, Entspannungstechniken, Methoden zur besseren Strukturierung des „Schlafwach-Rhythmus“ und psychologische Techniken, um nächtliche Grübeleien zu reduzieren. Wer dennoch zu Schlaftabletten greifen muss, sollte dies nur unter ärztlicher Aufsicht tun. ■



SORGEN UND PROBLEME – DAS GRÜBEL-MONSTER STOPPEN

Absolut tabu für einen guten Schlaf sind Grübeleien im Bett. Wer dennoch von Sorgen und Problemen geplagt wird, sollte sich vor dem Schlafengehen auf einen „Gedankenstuhl“ in ein anderes Zimmer setzen. Probleme, die einen beschäftigen, kann man dort beispielsweise in ein Notizbuch schreiben und versuchen, Lösungsmöglichkeiten für den nächsten Tag zu finden. Wer das Grübel-Monster nicht loswird, sollte den „Gedankenstopp“ trainieren. Bei dieser Technik stellt man sich ein imaginäres Stoppschild vor, um kreisende Gedanken zu durchbrechen. Auch hilft es, leise Stopp zu sagen. Wichtig ist es, die quälenden Gedanken dabei zu verbannen und eine angenehme Vorstellung dagegensetzen. „Grübeleien, die vor allem in den frühen Morgenstunden quälen und mit gedrückter Stimmung einhergehen, können aber auch auf eine Depression hindeuten“, gibt Riemann zu bedenken. ■

DIE ZEIT DER SCHIZOPHRENIE GEHT VORÜBER



INTERVIEW MIT PROF. DR. LUDGER TEBARTZ VAN ELST

LEITENDER OBERARZT DER KLINIK FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE



Er will das Krankheitsbild der Schizophrenie abschaffen. Warum, sagt er uns im Interview.

Herr Prof. Tebartz van Elst, können Sie erklären, wie Schizophrenie in der Allgemeinbevölkerung gesehen wird? Was ist falsch daran?

Schizophrenie ist zunächst einmal ein vielgestaltiger Begriff. Sie ist beispielsweise eine Angst, wenn jemand Stimmen hört und sich deswegen die Frage stellt, ob er

schizophren ist. Manchmal ist sie auch ein Wort, das für Menschen verwendet wird, die sich vermeintlich oder auch wirklich nicht normal verhalten, um sie als verrückt zu markieren. Und neben vielen weiteren Bezeichnungen in diesem Sammelsurium an Bedeutungen ist sie auch ein Name für eine Krankheit. Falsch daran ist, dass der Begriff unscharf ist. Er ist wissenschaftlich ein Sammelbegriff und wird von den Menschen aber als Krankheit miss-

verstanden. Da dies leider manchmal auch in der Klinik und der Wissenschaft geschieht, wird das Konzept der Schizophrenie zu einem hinderlichen Konzept.

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

Hinter der Diagnose Schizophrenie verstecken sich vielleicht 20 bis 30 verschiedene Krankheiten mit unterschiedlichen Ursachen. Um wieder zu genaueren Ergebnissen »



zu kommen, müssen die möglichen Ursachen für die Symptome erforscht werden. Mit jeder neuen Erkenntnis können wir das Konzept Schizophrenie ausdünnen, bis am Ende nicht mehr viel davon übrig ist.

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

Genau, denn die Diagnose Schizophrenie kommt mit Hilfe eines weltweit anerkannten Diagnose-Katalogs zustande. Für die Schizophrenie werden in diesem Katalog neben sogenannten negativen Symptomen wie Interessensverlust, emotionale Verflachung, sozialer Rückzug, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, die im Verlauf der Krankheit entstehen können, ebenso Wahrnehmungsstörungen, Wahnvorstellungen und Halluzinationen genannt. Dazu gehört auch das prominenteste Beispiel: das Stimmenhören. Hat ein Patient diese Symptome, kann die Diagnose Schizophrenie lauten, obwohl die Ursachen der Erkrankung dabei eine zweitrangige Rolle spielen, da man sie meist auch gar nicht kennt. Das führt dazu, dass Krankheiten mit ähnlichen Symptomen der Schizophrenie zugerechnet werden, obgleich sie auch eine andere Krankheit sein können.

Unserem Gehirn steht bei unterschiedlichsten Krankheitsbildern nur eine begrenzte Zahl von Reaktionsweisen zur Verfügung. Das ist eine Erkenntnis, die sich zunehmend in der Hirnforschung herauskristallisiert. So kann es sein, dass das Symptom Stimmenhören eben nicht nur Schizophrenie-Kranken bekannt ist, sondern auch bei einigen Epilepsie-Patienten, Parkinson-Patienten, Menschen mit entzündlichen Hirnerkrankungen oder Menschen, die Substanzen missbrauchen. Erst mit diesem Wissen aus der Forschung und der Ursachenkenntnis kann eine optimale Therapie gestartet werden.

Es gibt also Patienten, bei denen Schizophrenie diagnostiziert wurde, aber die Diagnose falsch war?

Richtig. Beispielsweise bei einer Patientin, die jahrelang wegen der Diagnose Schizophrenie mit verschiedenen Psychopharmaka behandelt wurde, diese aber nur mäßige Erfolge brachten. Glücklicherweise hat man die Ursache für das Stimmenhören weiter untersucht und herausgefunden, dass die Patientin unter einer Hirnerkrankung im Zusammenhang mit einer Schilddrüsenentzündung litt. Diese sogenannte Hashimoto-Enzephalopathie konnte durch eine Cortison-Behandlung erfolgreich bekämpft werden.

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. Den Begriff und die Idee der Schizophrenie gibt es aber erst seit etwa 100 Jahren. Und ich erwarte und hoffe, dass wir zunehmend die verschiedenen Ursachenstränge erkennen werden wie aktuell etwa die Autoimmunerkrankungen 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 gibt aber noch viele andere Bäume zu erkennen und zu verstehen, die wir heute noch Wald nennen. Es liegt noch ein langer Weg vor uns, um dann auch nach passenden Therapien zu suchen. Erst dann wird das Krankheitsbild Schizophrenie mit all seinen Bedeutungen und Symptomen, so wie ich sie am Anfang beschrieben habe, zusammenschmelzen und womöglich irgendwann verschwinden. ■



(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.

16

„Menschen, die alkoholabhängig sind, haben häufig 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. Alexandra Isaksson, Funktionsoberärztin und Leiterin 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 nur einige davon.

Die Expertin 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 jeder zu Hause durchführen kann, hilft bei der Einschätzung des eigenen Trinkpensums. Den entsprechenden Test finden Sie auf der nächsten Seite.

Wer seinen problematischen Alkoholkonsum erkannt hat und etwas verändern will, kann sich in Freiburg an das Team von Dr. Isaksson wenden. „Die stationäre Therapie dauert in der Regel drei Wochen, nur 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, erhält

jeder Patient einen individuellen Notfallplan, der ihn 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 kommen Sie zu unseren therapeutengeleiteten Gruppen in der Institutsambulanz“, ermutigt Dr. Isaksson. Ein besonderes Angebot der Freiburger Klinik sind dabei spezielle Gestaltungs- und Bewegungstherapien.

Spezialambulanz für Abhängigkeitserkrankungen am Universitätsklinikum Freiburg

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Diagnostik, Beratung, Motivation und
Behandlungsvermittlung von Menschen
mit problematischem Alkohol- oder
Tablettenkonsum

Anmeldung

Mo. – Fr., 8–16.30 Uhr
Tel. +49 761 270-65500

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

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

Zwar schaffen es viele Menschen, abstinent zu bleiben, dennoch bleibt eine lebenslange Rückfallgefahr bestehen. „Am erfolgreichsten sind jene Menschen, die komplett auf Alkohol verzichten“, sagt die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. ■

Infos zur Definition und zu den Folgen von Alkoholabhängigkeit unter:
www.bzga.de/infomaterialien/alkoholpraevention

AUDIT-FRAGEBOGEN MIT AUSWERTUNGSSCHEMA

A) Wie oft trinken Sie Alkohol?

- ☐ 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	

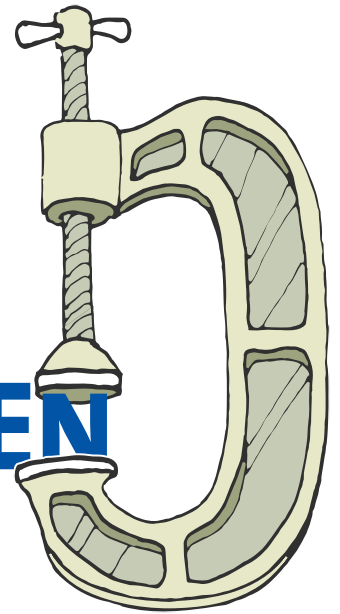
AUSWERTUNG: Addieren Sie alle von Ihnen gekreuzten Zahlen und Sie erhalten Ihren Gesamtscore. Ein Verdacht auf eine alkoholbezogene Störung ergibt sich bei einem Scorewert ab acht. Mit höherem Scorewert steigt die Wahrscheinlichkeit der Abhängigkeit. Sehr kritische Werte sind 15–20.

Gesamtscore



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

IMMER WIEDER HÄNDEWASCHEN



18

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

Sarah F. 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 anzu- stecken. Sarah F. leidet unter einer Zwangsstörung.

„Die Zwangsstörung ist eine der geheimsten aller psychi- schen Erkrankungen“, sagt PD Dr. Dr. Andreas Riedel, Oberarzt an der Klinik für Psychiatrie und Psychosoma- tik des Universitätsklinikums Freiburg. „Denn viele Patienten schämen sich dafür, dass sie ein bestimmtes Ritual immer wieder ausführen müssen“, sagt Riedel. Neben dem Waschzwang gibt es viele weitere Zwänge, wie beispielsweise den Kontrollzwang. Menschen mit diesem Zwang können das Haus erst verlassen, nachdem sie Lichtschalter, Herd und Bügeleisen in einer bestimm- ten Reihenfolge – oft mehrmals – kontrolliert haben. Kommen die Betroffenen jedoch mit der Reihenfolge durcheinander, müssen sie noch einmal von vorn anfan- gen. „Das schränkt viele Patienten in ihrem Alltag sehr ein“, sagt Riedel.

STRESS IST NICHT DIE URSACHE

Aus dem Alltag sind vor allem die sogenannten „zwang- haften Angewohnheiten“ bekannt. Im Gegensatz zur echten Zwangshandlung im Rahmen einer Zwangs- erkrankung lösen sie keine Befürchtungen aus, dass et- was Schlimmes passieren könnte, wenn man sie nicht ausführt. Patienten mit einer Zwangsstörung entwi- ckeln massive Ängste, wenn sie eine Zwangshandlung nicht abschließen können. Anders als häufig angenom- men, kann man sich einen Zwang nicht angewöhnen. Auch Stress ist nicht die Ursache, sondern kann lediglich ein „Gelegenheitsauslöser“ sein. »

**„Die Zwangsstörung
ist eine der geheimsten
aller psychischen
Erkrankungen.“**

PD Dr. Dr. Andreas Riedel, Oberarzt an der
Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik

IST DAS LICHT AUS?

IST DER WASSERHAHN ZU?

HÄNGT DAS BILD RICHTIG?

IST DIE TÜR ZU?

IST DER HERD AUS?

IST DAS FENSTER GESCHLOSSEN?

Beim Kontrollzwang können Menschen mit diesem Zwang erst das Haus verlassen, nachdem sie Lichtschalter, Herd und Bügeleisen kontrolliert haben.

DURCH THERAPIE DIE ANGST MINDERN

Die Krankheit hat neurobiologische Ursachen, unter anderem im Stoffwechsel des Gehirns: Auffälligkeiten gibt es insbesondere bei den Neurotransmittern Serotonin und Dopamin. Andreas Riedel und sein Team behandeln Patienten am Universitätsklinikum Freiburg mit einer circa zehnwöchigen stationären Therapie. Bei drei von vier Patienten kann die Störung deutlich gebessert werden. Neben einer medikamentösen Behandlung und Gruppen- sowie Einzelpsychotherapie hat Sarah F. ein Expositionstraining absolviert. „Dabei lernen die Patienten mit Hilfe von Fachpflegekraft und Einzeltherapeut, sich ihren Ängsten zu stellen, indem sie zum Beispiel eine dreckige Oberfläche berühren, ohne dem Drang, sich zu waschen, nachzugeben“, erklärt Riedel. Mit Hilfe der Therapie wurde die Angst bei Sarah F. von einem Training zum nächsten weniger, sodass sie ihren Alltag jetzt viel leichter bewältigen kann. ■

PSYCHE UND KUNST



Der weiche Speckstein lässt sich gut von Hand schleifen. Um ihn zu einer Kugel zu formen, braucht es aber viel Geduld.

HEILSAMES ZEICHNEN, MUSIZIEREN UND GESTALTEN

Patienten mit unterschiedlichsten psychischen Erkrankungen profitieren von künstlerischen und gestalterischen Fachtherapien. Am Universitätsklinikum Freiburg ist das Angebot mit Musik-, Kunst- und Gestaltungstherapie sowie Ergotherapie außergewöhnlich groß.

Mittagszeit. In der Kapelle des Zentrums für Psychische Erkrankungen des Universitätsklinikums Freiburg ist es ganz still. Beate Frey-Mishory schließt die Augen und lässt die Finger über die Saiten des Monochords gleiten. Das lange Klanginstrument hat sich die Musiktherapeutin quer

über den Schoß gelegt und entlockt ihm wohlthuende Töne. Irgendwann setzt ihr Kollege Elmar Lehmann mit dem Saxophon ein. Die Töne verklingen und Pfarrerin Birgit Hengel gibt den anwesenden Patientinnen einen kurzen geistlichen Impuls auf den Weg.

Jeden Mittwoch veranstaltet die Musiktherapie mit der evangelischen und katholischen Seelsorge des Zentrums eine viertelstündige Klangpause in der Klinikkapelle. „Das hilft dabei, runterzukommen“, sind sich die Pfarrerin und die Therapeuten einig. Die Pause ist ein zusätzliches Angebot für alle Interessierten. Doch im

Rahmen ihrer Behandlung können die Patientinnen und Patienten an der Klinik auch selbst Musik machen, Zeichnen, Malen oder Handwerken – angeboten werden diese künstlerisch-gestalterischen Behandlungseinheiten von Mitarbeitern der Musik-, der Kunst- und Gestaltungstherapie sowie der Ergotherapie.

Thomas Winkler leitet diese klinischen Fachtherapien, an die noch weitere Therapieformen wie die Physio- und Bewegungstherapie, »





Die Musiktherapeuten Elmar Lehmann und Beate Frey-Mishory gestalten die Klangpause mit dem Saxophon und dem Monochord.



Diesen Elefanten hat ein Patient in der Holzwerkstatt angefertigt.

der Sozialdienst und die Akzeptanz- und Commitmenttherapie angegliedert sind. Beim Rundgang durch die Klinik öffnet Winkler die Tür zum Park. Von hier aus gelangt man zu den künstlerisch-handwerklichen Werkstätten. In der Holzwerkstatt fliegen sonst die Späne, doch heute ist kein Betrieb. Dafür ist nebenan volles Haus. Beim Therapieangebot „Zeichnen, Malen, Plastizieren“ sind Patienten der Basisgruppe Ergotherapie von Station 3 in Aktion.

KREATIVITÄT LEBEN – DAS SELBSTWERTGEFÜHL STÄRKEN

Ein Patient hält stolz eine glänzende Kugel aus Speckstein in der Hand. In langer Arbeit hat er den weichen Stein aus einem klobigen Stück zu einem Handschmeichler geformt. Der Mann leidet wie die anderen Anwesenden unter chronischen Depressionen. Warum sind Angebote wie Musik, Malen, Zeichnen, Töpfern oder das Arbeiten mit Holz heilsam für Menschen, die an den unterschiedlichsten psychischen Erkrankungen leiden? Thomas Winkler, selbst Ergo- und Gestalttherapeut: „Hier trainieren die Patienten ihre lebenspraktischen Fähigkeiten.“ Allein durch die regelmäßige Anwesenheit in den Gruppen verbessern sie schon ihre Tagesstruktur und erleben das Gefühl, wieder selbst etwas bewirken und erschaffen zu können. Zudem stärkt es ihr Selbstvertrauen und fördert ihre Eigenverantwortung. Denn für Menschen, die durch ihre Erkrankung oft nur noch ein minimales Selbstwertgefühl haben, „ist es eine hohe Herausforderung, sich in einer Gruppe zu präsentieren“, weiß Thomas Winkler, aber es sei auch eine Chance. „Wir vermitteln den Patienten, dass sie etwas ausprobieren, aber auch wieder neu anfangen dürfen.“ Zum Beispiel eine Tonfigur, die sie gerade geformt haben, zurück

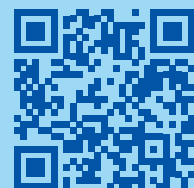
zu einem Klumpen zu kneten. Wer möchte, kann am Abend in den Ateliers im „freien Zeichnen und Malen“ an seinen Kunstwerken weiterarbeiten.

Die Musiktherapie hat einen eigenen Übungsraum. Er ist voll mit verschiedenen Klanginstrumenten wie Glockenspielen, Trommeln oder Klanghölzern. Thomas Winkler: „Auch hier können die Patienten in den Gruppen- und Einzeltherapiestunden Spannungen abbauen, sich selbst wahrnehmen und einen weiteren Schritt in Richtung Genesung gehen.“

KONTAKT

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Hauptstraße 5 · 79104 Freiburg
Telefon +49 761 270-65010
www.uniklinik-freiburg.de/psych/fachtherapien



DAS GANZE SPEKTRUM PSYCHOSOMATISCHER ERKRANKUNGEN

INTERVIEW MIT
PROF. DR. CLAAS LAHMANN

ÄRZTLICHER DIREKTOR DER KLINIK FÜR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN UND PSYCHOTHERAPIE

22

Wer beeinflusst wen stärker: 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, der Atem, den es einem verschlägt und viele mehr. In der Forschung wurden viele Mechanismen beschrieben, wie psychische Belastungen zu körperlichen Veränderungen, oft sogar ernststen Erkrankungen führen können.

Zunehmend verstehen wir aber, dass die Psyche wiederum auch sehr stark vom Körper beeinflusst wird. Körperliche Veränderungen wie beispielsweise 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 aktueller 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.

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 erst 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 bereits durch die aktuelle Gebietsbezeichnung eine stärkere Fokussierung auf den Körper deutlich – dieser Trend prägt sowohl die klinische Ausrichtung als auch Forschung und Lehre. »



Univ.-Prof. Dr. Claas Lahmann ist seit Oktober 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 somatopsychische Störungen.

23

toformen Störungen, aber auch psychosomatische Beschwerden in der Folge schwerer beziehungsweise chronischer körperlicher Erkrankungen. Weitere Schwerpunkte stellen Essstörungen wie Anorexie, Bulimie, aber auch Binge Eating, also Essanfälle, als Ursache von krankhaftem Übergewicht, dar. Außerdem behandeln wir psychosomatische Beschwerden im Kontext berufsbezogener Belastungen. Auf dem Gebiet bauen wir gerade unser spezifisches Behandlungsangebot unter anderem für Lehrkräfte aus.

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

Tatsächlich ist es so, dass viele Patienten und auch manche ärztliche Kolleginnen oder Kollegen denken, dass sich psychosomatische Störungen dadurch auszeichnen, dass man „nichts“ findet. Natürlich ist es äußerst wichtig, mögliche zugrunde liegende körperliche Erkrankungen

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 Patienten mit anderen Erkrankungen, wie multipler Sklerose, Dialysepflichtigkeit, entzündlichen Darmerkrankungen oder anderen neurologischen Erkrankungen neigen oft zu psychischen Belastungen und psychosomatischen Beschwerden.

Mit welchen Symptomen/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 soma-

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 Verhaltens- »

beobachtungen. 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 Patienten die Diagnose der psychosomatischen Störung dann auch deziert und in einer verständlichen Form mitzuteilen. Wenn der Patient hört: „Zum Glück haben wir nichts gefunden, aber gehen Sie doch mal in die Psychosomatik“, wird er verständlicherweise weniger motiviert sein. Besser man sagt ihm, dass seine Beschwerden zwar nicht auf eine klar fassbare Erkrankung eines Organs zurückzuführen sind, aber Ausdruck einer Regulationsstörung sind, die häufig an Stimmungsschwankungen zu erkennen ist. Hierfür hat die psychosomatische Medizin nach weiterer Diagnostik oft wirksame Behandlungsoptionen.

**Wir fühlen uns alle immer gestress-
ter und abgehetzt, kurz vor dem
Burn-out. Nehmen psychosomati-
sche 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 den Ärzten anderer Fachgebiete besser erkannt und häufiger diagnostiziert – dies ist sicherlich auch auf eine bessere Ausbildung der Studierenden und Weiterbildungen der ärztlichen Kolleginnen und Kollegen 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 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 den Schwerpunkt für berufsbedingte psychosomatische Erkrankungen weiter ausbauen.

Es scheint ein richtiger Hype um das Thema „Achtsamkeit“ ausgebrochen 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 und auch wissenschaftlich fundierten Stellenwert in der Psychosomatik – allerdings sind sie kein Allheilmittel und der momentane Hype ist meines Erachtens vor allem mit Blick auf den aktuellen gesellschaftlichen Kontext zu verstehen. ■

Wie heißt die Methode, mit der ein präzise gewählter Hirnbereich durch feine elektrische Impulse stimuliert werden kann?

GEWINNSPIEL

Buchhandlung
Rombach

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

Gewinnen können Sie einen 100-Euro-Gutschein der Buchhandlung Rombach, Freiburg.
Einsendeschluss ist der 31. August 2017.

Die Lösung der Ausgabe 02/2016 lautet: zehnjähriges Bestehen.
Gewonnen hat: Simone Krauss aus Weingarten. Herzlichen Glückwunsch!



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

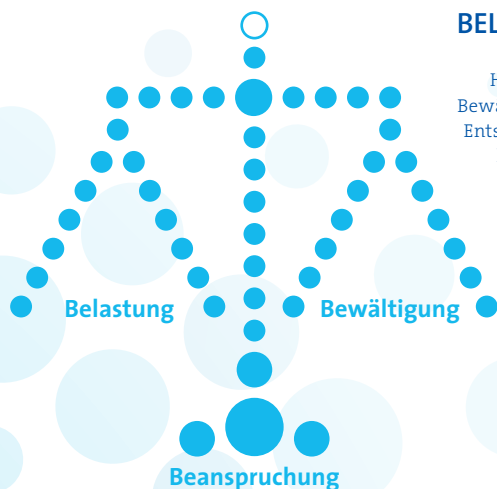
Depression und Verzweiflung

12

Vollständige Burn-out-Erschöpfung

Das Burn-out-Phasenmodell
verdeutlicht die
unterschiedlichen Schritte bis
hin zur völligen Erschöpfung.

BELASTUNG ≠ STRESS



Hier sind Belastung und Bewältigung im Gleichgewicht. Entsteht ein Ungleichgewicht, kann Stress entstehen.



Im Arbeitsleben erwarten Vorgesetzte, Kunden und Auftraggeber Höchstleistungen. Das kann ganz schön anstrengend werden. Stress entsteht immer dann, wenn das Gefühl entsteht, gestellte Anforderungen nicht mehr erledigen 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 Kollegen über Wochenendpläne, mal 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 Mitarbeiter. 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 beispielsweise innere Leere dazukommen, sollte ein Fachmann aufgesucht werden. Vielleicht deuten die Symptome auf einen Burn-out hin.

HILFE GEGEN BURN-OUT

Die Spezialambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bietet bei Burn-out Hilfe an. „Wenn Patienten sich völlig ausgebrannt fühlen, können die Experten in unserer Ambulanz helfen“, sagt Lahmann. Bei den ambulanten Untersuchungs- und Behandlungsterminen findet ein ausführliches Gespräch mit einem Therapeuten statt. Er klärt in einem Gespräch diagnostisch ab, wie es weitergehen könnte, zum Beispiel mit einer Psychotherapie. „Sie kann unseren Patienten helfen, ihren Erschöpfungszustand zu überwinden und den Stress zu bekämpfen“, sagt Lahmann. ■

KONTAKT

Spezialambulanz für Erschöpfungskrankheiten (Burn-out)

Anmeldung Montag bis Freitag von 9 bis 12 Uhr
Telefon: +49 761 270-68410
www.uniklinik-freiburg.de/psychosomatik/patientenversorgung/ambulanz/spezialambulanzen

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Hauptstraße 8, 79104 Freiburg
Telefon: +49 761 270-68050
Telefax: +49 761 270-69430
psychosomatik.direktion@uniklinik-freiburg.de



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 derzeit in Form von Achtsamkeitsmeditation ein immer größerer Trend wird. 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 zu sein beschrieben“, sagt PD 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 kann sich jeder Mitarbeiter sammeln und sich 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, soll nun auch in anderen Bereichen des Klinikums zur Anwendung kommen. In einem aktuellen Projekt wollen die Wissenschaftler ein selbst entwickeltes, mußeorientiertes Achtsamkeitskonzept bei Assistenzärztinnen und -ärzten erforschen. Mit Hilfe des Programms sollen die Mediziner lernen, 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 Ärzte konzentriert und stets den Patienten zugewandt den Klinikalltag meistern.

ACHTSAMKEITSMEDITATION WIRD NEUROBIOLOGISCH UND -PHYSIOLOGISCH IM GEHIRN SICHTBAR

Rund 180 junge Mediziner an mehreren Krankenhäusern in Deutschland werden an der vierjährigen Studie im Rahmen des Sonderforschungsbereichs „Muße“ teilnehmen. „Das mußeorientierte Achtsamkeitskonzept soll Erschöpfungskrankheiten von Ärzten vorbeugen“, sagt Schmidt.

Das Programm hilft aber nicht nur den Ärzten, Stresssituationen konstruktiv zu lösen, auch die Patientinnen und Patienten profitieren von ihrer mitfühlenden Art. Schmidt erläutert: „Wenn sich unser Training bewährt, wollen wir es schon während des Studiums für die angehenden Mediziner als Kurs zur Burn-out-Prävention anbieten.“ **I**



ZU VIEL SPORT BEI ESSSTÖRUNGEN



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

Wenn Patienten mit Essstörungen übermäßig Sport treiben, muss dies als Teil der Erkrankung verstanden werden. Dieser Teil kann die Essstörung mit aufrechterhalten. In einer Studie am Universitätsklinikum Freiburg lernen Patienten, wie sie ihren Körper bewusster wahrnehmen und wieder Freude an Bewegung empfinden können.

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 mal vor Schwäche zusammengebrochen ist.

Fast jeder zweite Patient mit einer Essstörung treibt in einer problematischen Art und Weise Sport. Egal ob Laufen, Radfahren oder Schwimmen: Patienten, die an Magersucht oder Bulimie leiden, setzen Sport ein, um gezielt ihr Gewicht oder die Figur zu beeinflussen. „Sie haben einen strengen Plan im Kopf und werden sehr unruhig, wenn sie zum Beispiel nicht die Möglichkeit haben, vor dem Frühstück eine Stunde laufen zu gehen“, sagt Professor Dr. Almut Zeeck, Leitende Oberärztin der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg. »



**„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 Ärzte nicht nur dann, wenn diese exzessiv ist, sondern auch, wenn Patienten sich schuldig fühlen, wenn sie keinen Sport treiben können. Auch wenn das Sporttreiben wie ein innerer Zwang ist oder wenn Patienten trotz Verletzung und Krankheit nicht mit dem Sport aufhören können, ist dies problematisch. Auch die Motive spielen eine Rolle: Mia T. hat keine Freude an der Bewegung mehr, sondern versucht durch den täglichen Sport die vermeintlich vielen Kalorien zu verbrauchen, die sie zu sich genommen hat.

Die Folgen von exzessivem Sport bei Patientinnen mit Magersucht oder Bulimia nervosa betreffen den Körper, aber auch andere Bereiche. Von körperlicher Seite her 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. Da der Sport sehr viel Zeit in Anspruch nimmt, vernachlässigen die Betroffenen zudem soziale Kontakte oder es treten bei der Arbeit Probleme auf. Das Sporttreiben komplett zu verbieten, macht nach Einschätzung von Professor Zeeck wenig Sinn, denn dann trainieren viele meistens heimlich weiter. „Wichtig ist es, in der Therapie von Patienten mit Essstörungen das Thema Sport offen anzusprechen“, sagt die Oberärztin.

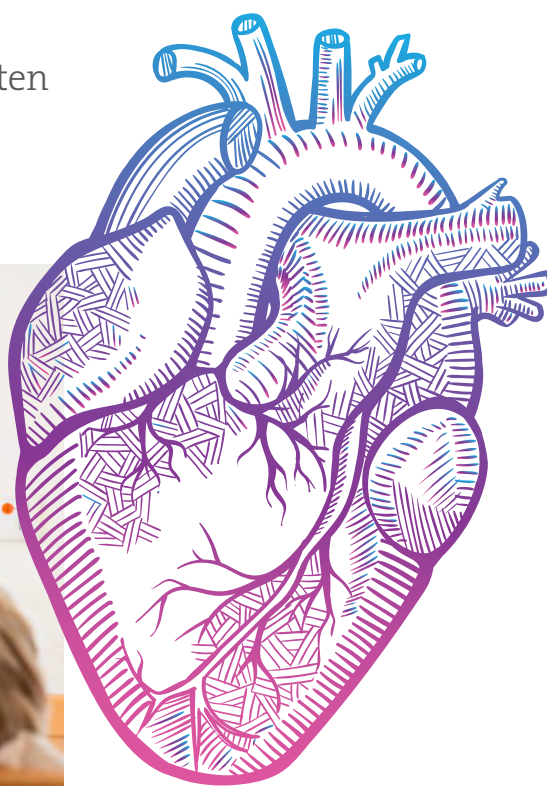
Am Universitätsklinikum Freiburg läuft derzeit eine Studie mit dem Namen „Ambulantes Freiburger Sporttherapie-Programm für Patienten mit Essstörungen“. Über drei Monate nehmen sie einmal pro Woche an 13 Einheiten von jeweils zwei Stunden teil. „Ziel ist es zunächst, dass die Patientinnen das Wahrnehmen des eigenen Körpers und eigener Grenzen durch unterschiedliche Übungen wieder schulen“, sagt Professor Zeeck. Später lernen sie verschiedene Sportarten und Bewegungsformen, zum Beispiel Volleyball oder Tanzen, kennen, die eine Alternative zu der problematischen sportlichen Aktivität sind, die sie vorher betrieben haben. Zusätzlich wird untersucht, welche Zusammenhänge sich zwischen Sporttreiben, Essverhalten, dem Körpererleben und der Stimmung der Patienten finden lassen. Patienten können bei den angeleiteten Bewegungsangeboten positive Erfahrungen sammeln. „Gemeinsam mit anderen wieder Spaß am Sport und an der Bewegung zu entwickeln, ist ein weiteres wichtiges Ziel des ambulanten Sportprogramms“, betont Zeeck.

Mia T. hat mit einer Psychotherapeutin an ihrer Essstörung gearbeitet und parallel an der Sportprogramm-Studie teilgenommen. Sie treibt nur noch selten alleine Sport und 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 Teilnehmern 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. ■

STARKE PSYCHE STARKES HERZ

PSYCHOKARDIOLOGIE

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



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

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 Professor Dr. Andreas Joos. Der Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie kennt sich aus mit der Wechselwirkung von Herz und Psyche: Zum einen erforscht er diese gemeinsam mit Kardiologen und Kardiochirurgen im Bereich Psychokardiologie. Zum anderen leitet Joos den psychosomatischen Konsil- und Liaison-Dienst des Universitätsklinikums Freiburg.

Die 13 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Dienstes sind für stationäre Patienten mit besonderer psychischer Belastung und deren Angehörige da. Beispielsweise beim älteren Patienten, der aus Angst vor einer bevorstehenden Herzoperation zusammengebrochen ist, oder bei der jungen 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 Joos.

„Wir sind regelmäßig auf den kardiologischen Stationen und klären mit den behandelnden Ärzten, welche Patienten zeitnah psychologische Unterstützung brauchen“, sagt die Psychologin Tamara Sotelo, die dem psychosomatischen Liaison-Team angehört. „Ganz oft geht es im Gespräch darum, übermäßige Ängste vor der Krankheit oder der veränderten Lebenssituation abzubauen“, sagt Sotelo. Die Liaison-Mitarbeiter hören zu, beraten über konkrete, auch poststationäre Hilfsangebote oder erklären unterschiedliche Entspannungstechniken. ■

SEELISCHE UNTERSTÜTZUNG BEI KREBS

PSYCHOONKOLOGIE



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

33

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 Patientinnen überfordert und hilflos. „Einer von drei Krebspatienten ist seelisch so stark belastet, dass es sinnvoll ist, eine psychoonkologisch geschulte Fachperson zu konsultieren“, unterstreicht Dr. Alexander Wunsch. Der Psychologe leitet die Psychosoziale Krebsberatungsstelle des Tumorzentrums Freiburg – CCCF am Universitätsklinikum.

Dort finden Krebspatienten 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 Patienten von einer aktiven Bewältigungsstrategie profitieren“, sagt Wunsch. Dazu gehört, sich umfassend zu informieren und offen mit Gefühlen umzugehen. Darum bieten die Mitarbeiter der Psychosozialen Krebsberatungsstelle Gesprächsrunden und Gestaltungstherapien an oder vermitteln Angebote, etwa zu Ernährung oder Sport bei Krebs. Auch während einer Reha-Maßnahme in der Klinik für Onkologische Rehabilitation des Universitäts-

klinikums Freiburg werden die Patienten mit umfassenden psychoonkologischen Einzel- und Gruppenangeboten sowie mit kunsttherapeutischen Angeboten wie Tanz- und Maltherapie unterstützt. Der Psychologe Professor Dr. Joachim Weis leitet die dortige Abteilung für Psychoonkologie seit mehr als 20 Jahren: „Wir helfen unseren Patienten 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“, sagt Weis. |

KONTAKT

Psychosoziale Krebsberatungsstelle Tumorzentrum Freiburg – CCCF

Universitätsklinikum Freiburg

Telefon: +49 761 270-77500

Krebsberatungsstelle@uniklinik-freiburg.de

Klinik für Onkologische Rehabilitation

Universitätsklinikum Freiburg

Telefon: +49 761 206-2281

aufnahme@ukf-reha.de

BORDERLINE

EMOTIONEN AN DER GRENZE



34

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 Patienten 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, stellvertretender 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 Medizinern 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 ein Arzt die Diagnose stellen und adäquat therapieren 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 dem 14. Lebensjahr, 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 Gefühlschwankungen 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 Patienten 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 steht der Therapeut dem Patienten 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. Der Therapeut versucht, die Balance zwischen dem Ver-

stehen und Wertschätzen des Problems des Patienten 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 Christian 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 Pro für die Diagnose ab 16. ■

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 Misslautigkeit [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.

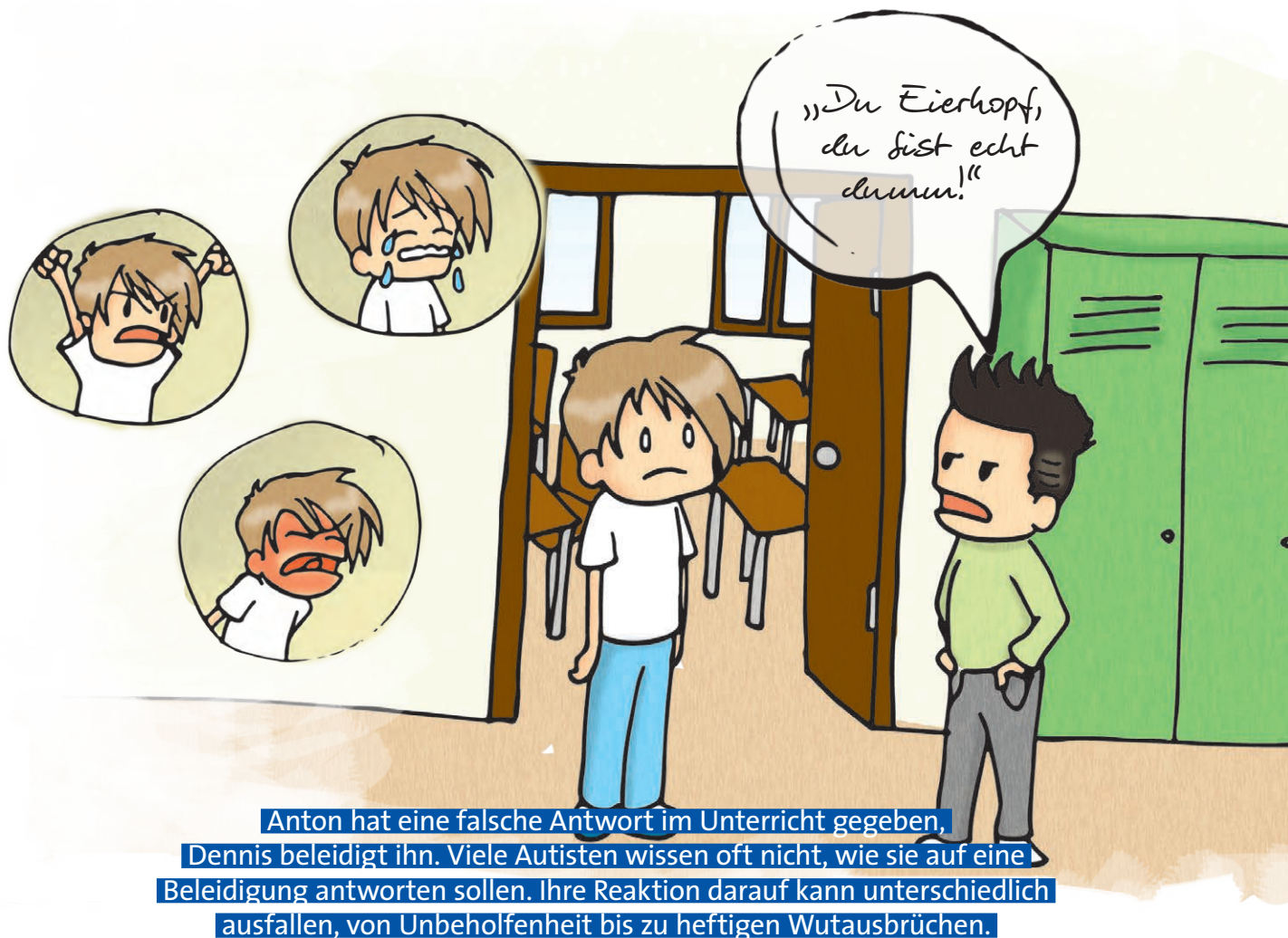


Schon im frühesten Kindesalter verläuft die soziale Kommunikation von Kindern mit einer Autismus-Spektrum-Störung anders: Manche reden nur so viel, wie es im Alltag nötig ist, andere schweigen komplett und noch andere reden viel, ohne auf das Interesse des Gegenübers zu achten. Sie mögen immer wiederkehrende 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 Dr. Monica Biscaldi-Schäfer, geschäftsführende Oberärztin der Klinik für Psychiatrie 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 Patienten, 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 Therapeuten für sechs Monate eine Gruppe.

Die Kinder und Jugendlichen lernen viel über ihre persönlichen Eigenschaften kennen; welche Dinge sie besonders gut können und wo sie Hilfe brauchen. Des Weiteren erfahren sie, dass man über Gefühle ande-

ren 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

Dass Autisten 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 Autisten besonders gern, beim Thema Gefühle blocken sie ab.

kann dies trainiert werden. „Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen haben oft eine sehr große Fantasie, die sie in den Rollenspielen sehr gut mit einbringen können“, 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 Therapeuten 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. Ergebnisse einer ersten Auswertung beider Therapieprogramme zeigen eine Verbesserung der sozialen Fertigkeiten der Kinder sowie der Lebensqualität der Familie bei hoher Zufriedenheit mit den Trainingsinhalten. ■

SPEZIALSPRECHSTUNDE

FÜR UNBEGLEITETE MINDERJÄHRIGE FLÜCHTLINGE

In der Ambulanz der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter kümmern sich seit Mitte 2015 die Fachärztinnen Dr. Frauke Tillmann und Dr. Madeleine Zimmermann um unbegleitete minderjährige Geflüchtete mit psychischen Problemen. 81 Jugendliche kamen seitdem in ihre Spezialprechstunde; 29 sind in regelmäßiger Behandlung.

Sie waren in libyschen Gefängnissen, wurden von den Taliban in ihren Herkunftsländern gefoltert, gingen zu Fuß die Balkanroute oder fuhren mit Booten über das Mittelmeer nach Europa. Jeder dieser heimatlosen jungen Menschen hat ein eigenes Schicksal, und doch verbindet sie einiges: Sie sind minderjährig, meist männlich, kamen unbegleitet und ihre Fluchterlebnisse wirken sich unterschiedlich auf ihre Psyche aus.

SORGE UM DIE FAMILIEN

Die im Schnitt 16- bis 17-Jährigen werden fast immer von den Einrichtungen, in denen sie hier leben, und den mitbehandelnden Kinderärzten in die Spezialprechstunde geschickt. „Freiwillig kommt fast keiner“, sagt Professor Dr. Christian Fleischhaker, stellvertretender Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter. Denn viele Jugendliche haben Angst davor, als „verrückt“ zu gelten. In der Spezialprechstunde soll ihnen diese Sorge genommen werden.



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

Betreut werden die Jugendlichen in der Ambulanz von den Fachärztinnen Dr. Frauke Tillmann und Dr. Madeleine Zimmermann: „Ein Hauptbelastungsfaktor ist die Sorge um ihre Familie.“ Oft treten bei den jungen Geflüchteten erst nach ein oder zwei Jahren Traumafolgestörungen auf: Schlafprobleme, Konzentrationsstörungen, Stimmungsverschlechterung oder unspezifische Symptome wie Kopfschmerzen, eine

dissoziative Störung, die einem Krampfanfall ähneln kann, oder eine Posttraumatische Belastungsstörung. Manche der jungen Patienten sind nach einigen Gesprächen stabilisiert, einige wenige benötigen eine Psychotherapie. „Im Laufe der Zeit sind wir im Umgang mit den Jugendlichen erfahrener geworden“, sagen die Ärztinnen. „Und nicht jeder, der ein Trauma erlebt hat, entwickelt eine Störung.“

freiburger
bündnis
gegen
DEPRESSION

DEPRESSION KANN JEDEN TREFFEN.
DEPRESSION HAT VIELE GESICHTER.
DEPRESSION IST BEHANDELBAR.

DAS FREIBURGER BÜNDNIS GEGEN DEPRESSION E. V.

... hat sich zum Ziel gesetzt, in der Bevölkerung über Depressionen und ihre Behandlung aufzuklären und das Stigma, das auf der Erkrankung noch immer lastet, abzubauen. Damit sollen Betroffene zur Inanspruchnahme von entsprechender Hilfe angeregt werden.

Unterstützen Sie uns durch Ihre Spende, wenn Sie unsere Angebote, Aktivitäten und Veranstaltungen sowie deren kontinuierlichen Ausbau in Freiburg und in der Region unterstützen wollen!

Freiburger Bündnis gegen Depression e. V.
Sparkasse Freiburg Nördlicher Breisgau
IBAN: DE11 6805 0101 0012 9601 14
BIC: FRSPDE66XXX

KONTAKT

Hauptstraße 5
79104 Freiburg
Telefon: 0761 270-69000 (AB)
E-Mail: info@fbgd.org
www.fbgd.org

WIR DANKEN HERZLICH FÜR IHRE UNTERSTÜTZUNG!

IMPRESSUM

DAS magazin

BEHANDLUNG · FORSCHUNG · LEHRE

Ausgabe 1/2017 | Auflage 14.000 Exemplare

Herausgeber

Vorstand des Universitätsklinikums Freiburg

Verantwortlich

Benjamin Waschow,
Leiter Unternehmenskommunikation

Redaktion

Benjamin Waschow | Simon Blunck

Autorinnen und Autoren dieser Ausgabe

Simon Blunck, Johannes Faber, Claudia Fußler, Franziska Kiele,
Inga Schneider, Heidrun Wulf-Frick, Benjamin Waschow

Redaktionsadresse

DAS magazin

Breisacher Straße 153 | 79110 Freiburg
Telefon 0761 270-19211 | Fax 0761 270-9619030
redaktion@uniklinik-freiburg.de
www.uniklinik-freiburg.de

Gestaltung und Produktion

Ketchum Pleon
Käthe-Kollwitz-Ufer 79 | 01309 Dresden

Fotografie

Britt Schilling, Universitätsklinikum Freiburg
© Getty (iStock): cranach (Titel), eugeneseergeev (Titel), ronstik (Titel),
Nataleana (S. 9, 12, 13), sdominick (S. 10), GeorgePeters (S. 14),
KameleonMedia (S. 17), Sasiistock (S. 18 oben), Gleb Guralnyk (S. 18 Mitte),
AlessandroMassimiliano (S. 19), Rogotanie (S. 20, 21), liuzishan (S. 22, 24),
khalus (S. 26, 27), Renikca (S. 32), baona (S. 34); © Fotolia.com: JKL (S. 4, 6),
De Visu (S. 7), Paolese (S. 11), okalinichenko (S. 25); © shutterstock.com:
Radu Bercan (S. 16)

Druck

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



BL T.



Ohne Dich fehlt das Wesentliche! Blut spenden = Leben spenden.

Öffnungszeiten:

Montag Dienstag	8 bis 15 Uhr
Mittwoch Donnerstag	12 bis 19 Uhr
Freitag	8 bis 13 Uhr
1. und 3. Samstag	8 bis 13 Uhr

Blutspendezentrale, Haus Langerhans
Hugstetter Straße 55
Universitätsklinikum Freiburg
Telefon 0761 270 44444
E-Mail blutspende@uniklinik-freiburg.de

www.blutspende-uniklinik.de

