Wenn die Psyche Hilfe sucht

Ein LWL-Ratgeber

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Inhalt

04 Vorwort

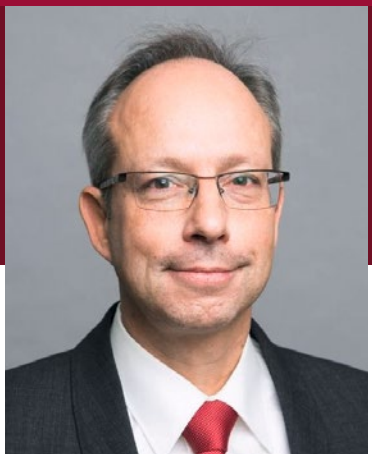
Typische Krankheitsbilder

06 Angststörungen
08 Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen
10 Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
16 Burn-out-Syndrom
18 Demenz
22 Depression
28 Essstörungen
34 Persönlichkeitsstörungen
36 Schizophrenie
38 Schlafstörungen
40 Sucht
44 Zwangsstörungen
46 Wie bekomme ich Hilfe? Wohin wende ich mich?
48 Behandlungsverfahren

Der LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen

58 Ein starker Verbund für seelische Gesundheit
60 Unternehmensphilosophie
64 Aufbau der Kliniken im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen
68 Die Einrichtungen des LWL-PsychiatrieVerbundes Westfalen
70 Die LWL-Kliniken

Vorwort



Matthias Löb
LWL-Direktor

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

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

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

Umso wichtiger ist es, über psychische Krankheiten zu informieren. Mit diesem Ratgeber möchten wir einen Beitrag dazu leisten und über die Ursachen und Wirkungen von seelischen Erkrankungen

Prof. Dr. Meinolf Noeker
LWL-Krankenhausdezernent

informieren und zugleich verdeutlichen, dass kein Mensch in einer Belastungssituation gegen seelische Beeinträchtigungen gefeit ist. Körper und Seele bilden eine Einheit.

In den weiteren Kapiteln finden Sie nähere Informationen über verschiedene psychiatrische und psychotherapeutische Heilverfahren. Die differenzierte Beschreibung der 15 Kliniken des LWL-PsychiatrieVerbundes Westfalen gibt Ihnen eine erste Orientierung für die möglichen Hilfsangebote.

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

Matthias Löb

Prof. Dr. Meinolf Noeker

Angststörungen

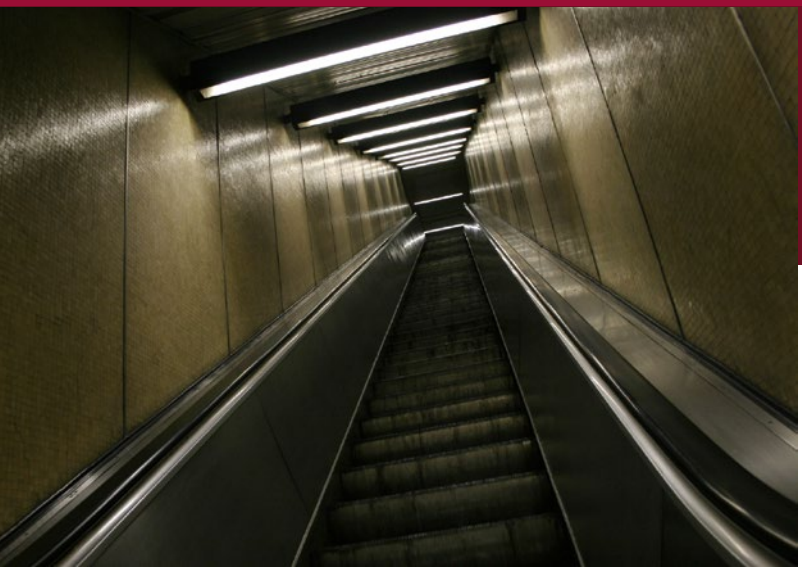
»Angst ist ein schlechter Ratgeber«, heißt es im Volksmund, aber auch: »Vorsicht ist die Mutter der Porzellankiste«.

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

Verbreitete Phobie: Angst vor Menschenmassen.

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

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



Rolltreppen können ebenso wie Fahrstühle oder große Höhen panische Angst auslösen.

dem Angstanfall geht es ihnen erst einmal gut – was bleibt, ist die Angst vor dem nächsten Anfall, man spricht auch von der »Angst vor der Angst«.

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

Die Formen der Angst sind facettenreich. Angst kann sich hinter der Maske völliger Beherrschtheit verbergen, aber auch dazu führen, dass Betroffene Hilfe im »Seelentröster« Alkohol suchen oder ungeeignete Beruhigungstabletten konsumieren. Heutzutage sind Angsterkrankungen in der Regel gut behandelbar. Es gibt sowohl Medikamente als auch Psychotherapieverfahren (s. Seite 48).

Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen

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

Der Verlust eines geliebten Menschen ist schmerzhaft.

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

Wenn die Reaktionen so stark sind, dass sie zu einer länger anhaltenden Beeinträchtigung der sozialen Leistungsfähigkeit oder des emotionalen Erlebens führen, spricht man von einer Anpassungsstörung. Menschen, die unter einer Anpassungsstörung leiden, benötigen Hilfe bei der Bewältigung der Belastungen. Es werden Wege gesucht, die Belastungen abzubauen oder – wenn dies nicht möglich sein sollte – mit den Belastungen besser umzugehen. Als hilfreich hat sich die Anwendung einer Psychotherapie (s. Seite 48) erwiesen.

Neben den beschriebenen sogenannten kritischen Lebensereignissen und chronischen Belastungen erleben manche Menschen schwerste Ausnahmesituationen, die das psychische System an die Grenze seiner Möglichkeiten bringen. Dazu gehören Katastrophen wie ein Erdbeben oder ein Flugzeugabsturz. Ebenso können Gewalttaten wie ein Raubüberfall, eine Vergewaltigung oder eine Misshandlung Auslöser sein.

Einschneidende Veränderungen im Leben können den Alltag komplett durcheinanderwerfen.

Häufig treten die Symptome auch bei Soldaten nach Kriegseinsätzen oder bei Zeugen solcher Ereignisse – zum Beispiel Feuerwehrleute, die die Opfer bergen müssen – auf.

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

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

Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Die »hyperkinetische Störung«, wie die ADHS noch heute oft genannt wird, ist eine häufige psychische Störung nicht nur bei Kindern und Jugendlichen, sondern auch bei Erwachsenen.

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

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

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

ADHS ist die am häufigsten diagnostizierte psychiatrische Störung im Kindes- und Jugendalter. Auch Erwachsene sind mit etwa 4% sehr oft betroffen.

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

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

Hauptsächlich werden ein »Mischtyp« mit sowohl Unaufmerksamkeits- als auch Hyperaktivitäts-/Impulsivitäts-Symptomen und ein »vorwiegend unaufmerksamer Typ« (von Laien nicht selten ADS genannt) der ADHS unterschieden. Jeder Mensch zeigt zumindest zeitweise einige der oben genannten Symptome. Die Diagnose einer ADHS (im Kindes-, Jugend- oder Erwachsenenalter) wird jedoch erst gestellt, wenn sehr viele dieser Merkmale über einen längeren Zeitraum und sehr ausgeprägt vorhanden sind. Die Störung muss im Grundschulalter begonnen haben und zu wesentlichen Beeinträchtigungen in mindestens zwei verschiedenen Lebensbereichen (z. B. am Arbeitsplatz und zu Hause) führen.

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

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

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

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

Experteninterview

Prof. Dr. Dr. Martin Holtmann
Professor Dr. Dr. Martin Holtmann ist Ärztlicher Direktor der LWL-Universitätsklinik Hamm der Ruhr-Universität Bochum und Facharzt für Kinder- & Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Internetabhängig – ja oder nein?

Das Internet gehört heute für viele Menschen fest zum Lebensalltag. Es eröffnet vielfältige Möglichkeiten, birgt aber auch Gefahren. Gerade junge Menschen müssen einen verantwortungsvollen Umgang mit diesem Medium erst lernen. Prof. Dr. Dr. Martin Holtmann ist Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie an der LWL-Universitätsklinik Hamm. Er rät zur Gelassenheit, denn eine häufige Nutzung des Internets allein bedeutet nicht gleich ein problematisches Verhalten.

Herr Prof. Holtmann, viele Menschen verbringen ganze Tage mit E-Mails, Facebook, Online-Shopping oder Online-Spielen. Woran erkennen Sie, ob jemand internetsüchtig ist?

Es besteht ein Unterschied zwischen einer tatsächlichen Sucht und einem problematischen Internetnutzungsverhalten. Jemand gilt erst dann als abhängig, wenn er ohne das Suchtmittel nicht mehr auskommt, immer mehr Zeit investiert, die Dosis immer größer wird und sich Entzugserscheinungen zeigen, sobald das Suchtmittel fehlt – wie bei anderen Süchten auch. Wenn ein Jugendlicher zum Beispiel ohne Internet unruhig wird, mit Schlaflosigkeit, erhöhter Reizbarkeit und anderen körperlichen und psychischen Entzugssymptomen reagiert, ist das ein Hinweis. Er würde außerdem enorme Auswirkungen auf sein soziales Leben in Kauf nehmen. Er ginge nicht mehr in die

Experteninterview

Schule, würde sich nicht mehr mit Freunden treffen. Die Schwelle ist hier aber relativ hoch – bis es so weit kommt, muss vorher vieles schief laufen.

Wo liegt die Grenze zwischen Abhängigkeit und krankhaftem Verhalten?

Das ist schwierig zu definieren, was auch mit dem unterschiedlichen Blick der Generationen auf dieses Phänomen zu tun hat. Eltern finden es mitunter schon pathologisch, dass Jugendliche per SMS kommunizieren, obwohl sie fast nebeneinander sitzen – für die jungen Menschen hingegen ist das normal. Die Grenze zum Pathologischen ist dann überschritten, wenn das soziale Leben durch den Internetgebrauch stark beeinträchtigt wird. Die Jugendlichen selbst können meist nicht so leicht erkennen, wann es zu viel wird. Solange aber noch andere Beschäftigungen und Sozialkontakte bestehen, gibt es erst einmal keinen Grund, sich Sorgen zu machen. Davon abgesehen ist es gerade in einer Entwicklungsphase wie der Pubertät völlig in Ordnung, wenn mal etwas aus dem Gleichgewicht gerät und manche Dinge auch intensiver ausprobiert werden.

Also sind junge Menschen besonders gefährdet?

Sie sind zumindest am häufigsten betroffen, wie auch eine Studie des Bundesgesundheitsministeriums zeigt. Bei den 14- bis 24-Jährigen ist die Sucht am größten: 2,4% sind abhängig, 13,6% zeigen pathologisches Nutzungsverhalten. Die Gründe dahinter sind sehr verschieden. Einige sind sozial ängstlich, unsicher oder sogar depressiv, sie finden nur über das Internet Kontakt zu anderen Menschen. Andere sind narzisstisch gekränkte Persönlichkeiten, die immer und überall von anderen enttäuscht sind. Im Internet erfahren sie auf einmal eine große Wertschätzung, auch wenn diese eher eine »Pseudo-Zuwendung« ist. Das kann über soziale Netzwerke genauso passieren wie bei Online-Computerspielen.

Gibt es gesellschaftliche Gründe dafür, dass gerade junge Menschen so oft betroffen sind?

Die jüngeren Generationen haben einfach eine höhere Affinität zu elektronischen Medien als ältere Menschen und nutzen daher viel stärker die Kommunikationswege von SMS, Chats oder Facebook-Einträgen.

Vor 15 Jahren war der Kommunikationsstil noch ein ganz anderer als heute. Aber: Jede Generation hat das Recht, das so zu machen, wie sie das möchte. Zumal die meisten Jugendlichen sich ja auch nur mit solchen Freunden digital unterhalten, mit denen sie sich auch im wirklichen Leben treffen, die Überschneidungen zwischen »wirklicher« und »virtueller« Welt sind also meist sehr groß.

Was raten Sie Eltern, deren Kind zu viel vor dem Computer sitzt?

Sie sollten sich das gesamte Bild anschauen. Was passiert sonst im Leben des Kindes? Wenn es weiterhin einen Freundeskreis hat, altersangemessen in die Familie integriert ist und die Schule auf die Reihe bekommt, würde ich die Zeit vor dem Computer nicht vorschnell pathologisieren.

Ist ein komplettes Internetverbot eine gute Idee?

Nein. Denn das Internet ist Teil unserer heutigen Lebenswirklichkeit, auch der unserer Kinder. Ab einem gewissen Entwicklungsstand müssen sie lernen, mit diesem Medium umzugehen. Man muss gemeinsam mit den Kindern das richtige Maß finden, und das geht nur, indem man sie damit konfrontiert und sie auch ausprobieren lässt.

Ab wann sollten Eltern professionelle Hilfe für ihre Kinder suchen?

Wenn Beeinträchtigungen auftreten, müssen die Eltern Hilfe organisieren. Notfalls auch gegen den Willen des Jugendlichen. Ein Ansprechpartner kann zum Beispiel das Zentrum für Familienmedizin in Gütersloh sein, an dem die Erwachsenenpsychiatrie des LWL-Klinikums Gütersloh mit uns von der LWL-Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Hamm und der Jugendhilfe eng zusammenarbeitet. Wir hatten dort eine Familie, bei der die Mutter depressiv, der Vater alkoholkrank war – und bei den Kindern trat exzessiver Internetgebrauch auf. Die Familiendynamik war also insgesamt stark auf Rückzug und soziale Isolation eingestellt. Gerade bei solchen Konstellationen können wir sehr umfassend aus einer Hand Hilfe für Kinder und Eltern anbieten.

Burn-out-Syndrom

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

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

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

Mit dem »Burn-out-Syndrom« wird ein Zustand bezeichnet, der am Ende einer Entwicklung steht, die mit Enthusiasmus beginnt und sich über Stagnation, Frustration und Apathie ausbildet. Typische Symptome sind reduzierte Leistungsfähigkeit (fehlender Antrieb) und gedrückte Stimmung, verbunden mit dem Gedanken, dass einem alles zu viel ist. Es können auch psychosomatische Beschwerden auftreten und Suchterkrankungen ihren Beginn haben. Abzugrenzen hiervon ist die »depressive Anpassungsstörung«, die mit einer ähnlichen Symptomatik einhergeht wie das »Burn-out-Syndrom«. Auslöser für diese Störung sind belastende Ereignisse, Situationen oder Lebenskrisen von erheblichem, aber nicht außergewöhnlichem Ausmaß. Typischerweise beginnt die Entwicklung hin zu einem »Burn-out-Syndrom« mit einer

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

enthusiastischen Phase, bei der eigene Bedürfnisse für ein bestimmtes (berufliches) Ziel hinten angestellt werden und ohne Erholungs- und Entspannungsphasen gearbeitet wird. Häufig fühlen sich die Betroffenen in dieser Phase unentbehrlich und als die einzige Person, die weiß, »wie's geht«. Misserfolge werden ignoriert und im Verlauf stellen sich Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen und unspezifische körperliche Symptome als erste Boten der nahenden Erkrankung ein. Es treten auch gereizte Verstimmungszustände auf. Begünstigende Faktoren für die Erkrankung sind Persönlichkeitszüge mit Perfektionsstreben und ein Helfersyndrom, Berufstätigkeit als Hauptlebensinhalt bei fehlenden anderen Interessen bzw. Ausgleichsmöglichkeiten, objektive Überforderung, organisationspsychologische Ursachen und gesellschaftliche Faktoren.

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

Demenz

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

Zunehmende Vergesslichkeit ist ein frühes Symptom einer Alzheimer-Demenz.

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

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

Unter den verschiedenen Formen der Demenz ist die »Alzheimer-Krankheit« die häufigste (70%). Die schwindende Leistungsfähigkeit im Alter ist keineswegs ungewöhnlich, sondern oftmals normal. Ein früher Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit, etwa schon mit 50 Jahren, oder deutliche Veränderungen der Persönlichkeit können ein Hinweis auf eine Demenz sein. Bei einer sehr seltenen Form (1%)

Demenz verursacht Orientierungslosigkeit.

konnte ein Erbfaktor identifiziert werden und bei der sogenannten »Multiinfarkt-Demenz« ist jahrelang z.B. erhöhter Blutdruck mit verantwortlich. Andere Faktoren wie erhöhte Blutfette und Diabetes können das Risiko einer solchen Erkrankung verstärken.

Die Ursachen der meisten Demenzen sind allerdings bis ins Detail noch nicht erforscht. Das gestaltet ihre Behandlung und die Prävention schwierig. Das regelmäßige Training der geistigen und körperlichen Fähigkeiten kann den Fortgang der Erkrankung verlangsamen und es gibt Möglichkeiten, die Lebensqualität betroffener Menschen zu erhalten oder auch zu verbessern. Im Zentrum von Therapien und Pflege steht immer, den Patientinnen und Patienten das Gefühl von Zuwendung und Geborgenheit zu geben, sie zu fördern und auf ihre Bedürfnisse einzugehen. In der Regel übernehmen die nächsten Angehörigen die Pflege und Betreuung von an Demenz erkrankten Menschen. Für viele Betroffene sind aber auch spezielle Wohn- und Betreuungsformen wie zum Beispiel Tagespflegen, Hausgemeinschaften, Wohngruppen in Alten- oder Pflegeheimen wichtige Anlaufstellen, wenn ein Wohnen in den eigenen vier Wänden nicht mehr möglich ist.

Experteninterview

Der Patient im Zentrum

Es ist eine erfreuliche Tatsache: Die Menschen werden immer älter. Gesundheit ist hierbei ein wichtiges Thema, denn gesund und fit zu sein bedeutet auch eine hohe Lebensqualität. Je älter ein Mensch wird, desto individueller muss auch eine gute medizinische Versorgung sein. Bernd Meißnest ist Chefarzt am LWL-Klinikum Gütersloh und ärztlicher Leiter des dort angegliederten Zentrums für Altersmedizin – eine Einrichtung, die speziell auf die Bedürfnisse älterer Menschen zugeschnitten wurde.

Herr Meißnest, ein Mensch von 85 Jahren ist in vielerlei Hinsicht kaum mit einem 25-Jährigen zu vergleichen, auch und besonders in Fragen der medizinischen Versorgung. Worin bestehen die Unterschiede?

Bei alternden Menschen, die zudem oft soziale, finanzielle und alltägliche Einschränkungen hinnehmen müssen, wächst das Risiko von Beschwerden und Erkrankungen, die Körper und Seele beeinträchtigen können. Mit bestimmten gesundheitlichen Einschränkungen kann ein älterer Mensch zwar leben, die Lebensqualität ist meist verändert – und die Möglichkeiten, dem entgegenzuwirken, indem man sich fit hält, sind für ältere Menschen oftmals beschränkt. Auch das soziale Umfeld, das auffangen kann, ist häufig kleiner als bei Jüngeren.

Eine gute medizinische Versorgung für ältere Menschen muss diese Besonderheiten also berücksichtigen. Wie kann das funktionieren?

Eine Lösung können spezielle medizinische Zentren sein, die auf die Bedürfnisse älterer Menschen zugeschnitten sind. Das Zentrum für Altersmedizin in Gütersloh ist solch ein Angebot. Es gibt hier ausschließlich 1- oder 2-Bettzimmer, die barrierefrei ausgestattet sind, die Therapieräume befinden sich auf der jeweiligen Stationsebene in unmittelbarer Nähe der Patientenzimmer, genauso wie die großen Speise- und Aufenthaltsräume. Die Stationsebenen sind lichtdurchflutet und wohnlich. Das Besondere bei der Behandlung ist, dass die wesentlichen medizinischen Fachrichtungen zur Therapie von Erkrankungen im Alter – Neurologie, Innere Medizin/Geriatrie und Gerontopsychiatrie – unter

Bernd Meißnest
arbeitet im LWL-Klinikum Gütersloh als Chefarzt der Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie und ist ärztlicher Leiter des dortigen Zentrums für Altersmedizin.

einem Dach zusammenlaufen. Die Patienten müssen also nicht mehr, wie sonst üblich, abhängig vom aktuellen Behandlungsschwerpunkt in andere Abteilungen verlegt werden. Stattdessen werden sie vom Zeitpunkt der Aufnahme an stationär, tagesklinisch oder ambulant auf einer Station behandelt, auch noch über die Entlassung hinaus.

Welche weiteren Vorteile bietet das Zentrum den Patienten?

Durch die Vernetzung der Fachrichtungen können die Beschwerden der Patienten gezielt gelindert werden. Oft wird sogar eine vollständige Rehabilitation erreicht. Vor allem aber erlangen ältere Menschen durch das auf sie zugeschnittene medizinische Angebot ein Stück Lebensqualität zurück, die durch die Einschränkungen, die bestimmte Erkrankungen mit sich bringen, meist reduziert ist. Die enge Abstimmung der Fachrichtungen untereinander ermöglicht auch eine bessere weiterführende Versorgung: In allen Fachdisziplinen stehen unseren Patienten Mitarbeiter der Physiotherapie, Sprachtherapie, Ergotherapie, Musik- und Kunsttherapie, Sporttherapie, Neuropsychologie sowie Sozialarbeiter, Mediziner und besonders geschulte Mitarbeiter der Pflege zur Verfügung.

Oberstes Ziel ist also, durch Steigerung der Lebensqualität einen Gesundungsprozess in Gang zu bringen?

Ja, und Bewegung ist ein zentraler Bestandteil davon. Wir animieren unsere Patienten mit individuellen Therapien dazu, mobil zu bleiben, um ihnen so buchstäblich ein Stück Bewegungsfreiheit zurückzugeben. Wir helfen dabei, diese Selbstbestimmtheit auch nach der Entlassung beizubehalten, beispielsweise, indem wir Patienten wie Angehörigen bei der Organisation ambulanter Hilfe unter die Arme greifen. Im Rahmen familiärer Pflegekurse können Angehörige pflegerische Maßnahmen aber auch aktiv selbst erlernen. Das Zentrum für Altersmedizin kooperiert zudem sehr eng mit allen an der ambulanten Versorgung beteiligten Akteuren, wie niedergelassenen Ärzten, Pflegediensten, Sozialdiensten und anderen mehr.

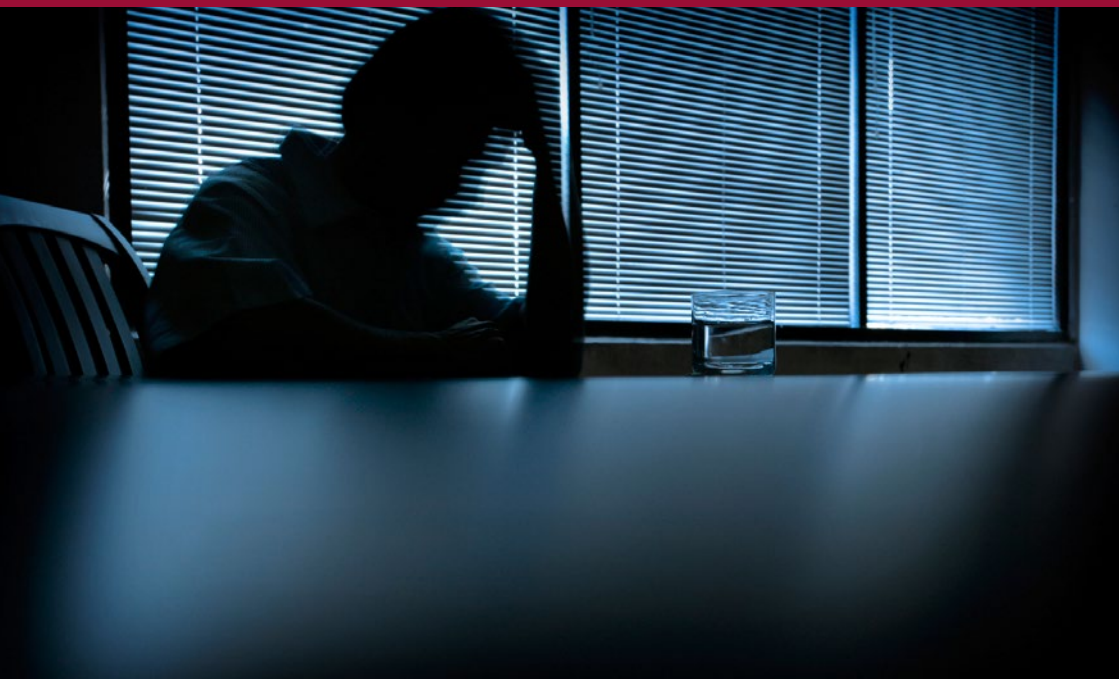
Depression

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

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

Oft geht der Depression eine besondere Belastung, etwa der Verlust einer geliebten Person oder eine anhaltende Überforderung, voraus. Sie kann aber auch wie ein Blitz aus heiterem Himmel kommen. Viele Betroffene erleiden nur eine einzige, über Wochen oder Monate

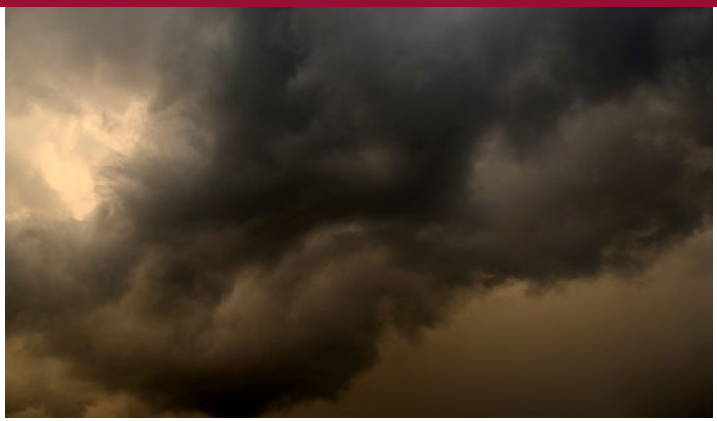
Eine Depression kann jeden treffen – unabhängig von Beruf, Alter und sozialem Stand. Oft bricht die Depression in einen bis dahin gut funktionierenden Alltag ein.



Depressive Menschen fühlen sich oft antriebslos und leer.

andauernde depressive Phase in ihrem Leben, bei anderen kehrt die Depression wieder. Manche Menschen geraten in den trüben Herbst- und Wintermonaten besonders leicht in eine depressive Bedrücktheit.

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



Kampf gegen die schwarze Wolke: Depressionen sind heute gut behandelbar.

sind, ob Sie an einer Depression leiden, gehen Sie zum Arzt oder Psychotherapeuten.

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

In einer Psychotherapie (s. Seite 48), die sich insbesondere bei leichten und mittelschweren Depressionen bewährt hat, erwerben die Betroffenen Strategien, um anders mit ihren Problemen umzugehen. Wenn Angehörige verstehen, dass es sich bei einer Depression um eine ernsthafte Erkrankung handelt, können sie durch ihre Unterstützung ebenfalls einen wichtigen Beitrag zur Bewältigung der Depression leisten.

Experteninterview

Volkskrankheit Depression – es kann jeden treffen.

Rund vier Millionen Menschen in Deutschland leiden an einer Depression. Sie ist damit eine der verbreitetsten seelischen Erkrankungen überhaupt und trägt nicht unerheblich dazu bei, dass sich die Zahl der Krankentage wegen psychischer Probleme in den letzten zehn Jahren mehr als verdoppelt hat. Nach der hitzigen öffentlichen Debatte um das Phänomen »Burn-out« ist es um dieses Thema inzwischen wieder stiller geworden – und die Diskussion erfreulicherweise auch wieder sachlicher.

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

Die Depression ist eine der häufigsten Gesundheitsstörungen überhaupt (laut WHO leiden etwa 300 Millionen Menschen an dieser Erkrankung). Depressionen bedeuten nicht nur Leid für den Betroffenen, sondern führen zu ernsthaften Beeinträchtigungen im täglichen Leben, in der Familie, in Schule und Beruf. Laut WHO sterben jährlich 800.000 Menschen wegen einer Depression durch Suizid. Die Häufigkeit und die Folgen der Depression erlauben daher schon, von einer „Volkskrankheit" zu sprechen.

Woran erkennen Laien eine Depression, gar eine Suizidgefahr?

Das Kernsymptom ist ein allgemeiner Verlust an Freude und Interesse. Viele glauben, man müsse sich lediglich zusammenreißen, um die Einschränkungen zu überwinden. Damit unterschätzen sie die Hartnäckigkeit der Symptome. Häufig kommt es auch zu Verwechslungen mit Trauerreaktionen, etwa wenn die Erkrankung nach Verlusterlebnissen auftritt.

Depressionen können die Suizidgefahr erhöhen, weil sie mit einer ausgeprägten Hoffnungslosigkeit verbunden sein können. Wenn diese suizidalen Gedanken nicht mehr von alleine verschwinden, wird es hochgefährlich.

Dr. Ewald Rahn

Dr. Ewald Rahn ist Ärztlicher Direktor der LWL-Kliniken in Lippstadt und Warstein. Er ist Experte für Depressionen und deren Behandlung.

Warum wird die Depression verdrängt? Was sind Ihre Erfahrungen?

Aus Scham und dem Gedanken an persönliches Versagen wird über die Erkrankung kaum gesprochen. Das gilt auch für die Arbeitswelt. Daher werden Depressionen erst angesprochen, wenn die Einschränkungen nicht mehr ignoriert werden können. Niemand möchte gerne als Versager abgestempelt werden.

Ist eine Depression angeboren oder erworben?

Die Erkrankung ist fast nie einer einzigen Ursache zuzuordnen. Neben aktuellen Ereignissen (Verluste, zwischenmenschliche Probleme, ein unzureichendes soziales Netz) gibt es auch eine genetische Belastung. Depressionen treten oft auch gemeinsam mit anderen Krankheiten auf, z.B. bei chronischen körperlichen Erkrankungen.

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

Die Depression als Erkrankung tritt häufiger bei Frauen auf. Eine abschließende Erklärung für dieses Phänomen ist leider noch nicht gefunden. Ansonsten ist sie über die sozialen Schichten einigermaßen gleichmäßig verteilt. Eine gesicherte soziale Stellung oder materieller Wohlstand schützt nicht vor einer Depression.

Was muss nach Ihrer Ansicht gegen das Tabuisieren von Depressionen getan werden?

Es ist wichtig immer wieder zu betonen, dass die Depression eine behandelbare Erkrankung ist. Da sich die entwickelten Einschränkungen oft nur mit großen Schwierigkeiten rückgängig machen lassen, ist es sehr wichtig, sich so früh wie möglich in Behandlung zu begeben.

Erfreulicherweise ist die Akzeptanz dieser Erkrankung insgesamt besser geworden. Trotzdem werden psychische Erkrankungen in unserer Gesellschaft oft noch als Makel erlebt. Das ist unnötig und verhindert viel zu oft eine wirksame Hilfe.

Essstörungen

Essstörungen entstehen zumeist aus seelischen Belastungen.

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

Essstörungen entstehen zumeist aus seelischen Belastungen und können schwere körperliche Folgen nach sich ziehen. Die Prognose insbesondere der Magersucht ist sehr ernst. So liegt die Letalität der Magersucht bei 5% nach fünf Jahren, fast 15% nach 20 Jahren. Widersprüchlich erscheint, dass sich an Essstörungen erkrankte Menschen fast ständig mit Essen und Trinken beschäftigen. Anfallartigen Essattacken folgen Phasen von Niedergeschlagenheit und Selbstanklagen wegen der vermeintlich »ruinierten« Figur. Durch gegenregulatorische Maßnahmen wie Fasten, Erbrechen, Abführmittel oder exzessiven Sport wird jeder – auch phantasierten – Gewichtszunahme entgegengewirkt. Im Unterschied zu magersüchtigen Menschen halten Bulimiker in der Regel ein normales oder nur gering unterdurchschnittliches Gewicht. Fasten ist die Voraussetzung für die Bulimie wie auch für die Anorexie. Da aber jede zweite Frau in Deutschland in ihrem Leben eine längere Fastenperiode einlegt, stellt Fasten eine notwendige, keinesfalls aber eine hinreichende Voraussetzung

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

für die Entstehung dieser beiden Essstörungen dar. Während wir die Ursachen der Magersucht noch wenig verstehen, wahrscheinlich neben genetischen Faktoren psychische Probleme in der Kindheit und Adoleszenz eine Rolle spielen, liegt der Bulimie in der Regel ein problematisches Selbstwertgefühl zugrunde, dem die betroffenen jungen Frauen durch Gewichtsabnahme begegnen wollen. Das angestrebte Körpergewicht hat in der Regel ein permanentes Fasten- bzw. Diätverhalten zur Konsequenz. Kopfgesteuert müssen Gefühle des Hungerns permanent abgewehrt oder zumindest kontrolliert werden. Die Konsequenz dieses »gezügelten Essverhaltens« kann der Kontrollverlust sein, der Essanfall. In der Genese der Essstörungen ist die Rolle von Werbung und Medien nicht zu unterschätzen, die makellose und extrem schlanke Körper propagieren, denen in der Realität kaum jemand entsprechen kann. Auf dieser Grundlage entstehen Depressivität und ein mangelndes Selbstwertgefühl, die den meisten Essstörungen den Weg ebnen.

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

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

** »To binge« heißt übersetzt »schlingen« oder »ein Fressgelage abhalten«. Die Binge Eating Störung wurde inzwischen in den Katalog für psychische Störungen (DSM-5) aufgenommen und ist damit als eigenständige Essstörungsentität anerkannt. In der Regel geht sie mit Übergewicht bzw. Adipositas einher.

Experteninterview

Wenn nur noch das Gewicht zählt.

Die Hälfte aller Frauen in Deutschland macht mindestens ein Mal in ihrem Leben eine Diät zur Gewichtsreduzierung, die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper ist also eine weit verbreitete Tatsache. Die Ursache hierfür ist meist ein gestörtes Selbstwertgefühl. Zwar bedeutet ein ungesundes Essverhalten nicht unbedingt, dass eine Essstörung vorliegt oder entsteht – der Übergang ist jedoch fließend. Prof. Dr. Stephan Herpertz, Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LWL-Universitätsklinikums Bochum, ist Experte für Essstörungen und erklärt, wie ernst diese Krankheitsbilder oftmals verlaufen.

Herr Professor Herpertz, welches sind die häufigsten Essstörungen?

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

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

Professor Dr. Stephan Herpertz

Professor Dr. Stephan Herpertz ist Experte für Essstörungen; er ist Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LWL-Universitätsklinikums Bochum sowie Sprecher der S3-Leitlinien »Diagnostik und Therapie von Essstörungen« der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Um Essstörungen diagnostizieren zu können, sind qualitativ hochwertige medizinische Methoden eine wichtige Voraussetzung. Die Grundlage hierfür sind die aktuellen Leitlinien (S3) »Diagnostik und Therapie von Essstörungen« (abrufbar auf der Website Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): www.awmf.org).

Gibt es Personengruppen, die besonders gefährdet sind?

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

Welche Ursachen stecken hinter Essstörungen?

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

Wie können Außenstehende Essstörungen erkennen?

Magersucht ist relativ einfach zu erkennen: Die Betroffenen werden dünn, magern regelrecht ab. Bei der Bulimie muss man schon genauer hinschauen. Indizien sind: große Gewichtsschwankungen, exzessive gedankliche Beschäftigung mit den Themen Essen und Gewicht, Konzentrationsstörungen und oft auch ein Nachlassen der schulischen Leistungen. Meist leiden auch die sozialen Beziehungen der Betroffenen, da ihre Gedanken nur noch um Kalorien, Gewicht, Essen, Figur und Bewegung kreisen.

Wo hört eine Diät auf – wo beginnt die Störung?

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

Wann müssen Essstörungen behandelt werden?

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

Wie behandeln Sie in Ihrer Klinik essgestörte Menschen?

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

Die Waage
bestimmt den Tag.

Persönlichkeitsstörungen

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

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

Zu den häufigsten Störungen zählt die »Borderline-Persönlichkeitsstörung«, unter der zumeist Frauen leiden. Der Begriff stammt vom englischen »borderline«, zu deutsch »Grenze«. Borderline-Persönlichkeiten sind Menschen, die stabil in ihrer Instabilität sind. Extreme Schwankungen zwischen gefühlsmäßigen »Hochs« und »Tiefs« sind an der Tagesordnung. Bei unerträglichen Zuständen von innerer Anspannung verletzen die Betroffenen sich mit dem Ziel der Spannungsabfuhr häufig selbst (z. B. durch Ritzen oder Schnittverletzungen meist an den Unterarmen) oder zeigen impulsiv-aggressives Verhalten, ohne an die Folgen zu denken. Borderline-Persönlichkeiten sind sich ihrer selbst nicht sicher und neigen dazu, auch ihre Bezugspersonen in rascher und unvorhersehbarer Folge entweder zu

Persönlichkeitsstörungen verursachen hohen Leidensdruck.

idealisieren oder zu entwerten. Die Instabilität ihres Gefühlslebens und der Beziehungsgestaltung führt zu Konflikten, sowohl im privaten wie auch im gesamten sozialen Umfeld. Borderline-Persönlichkeitsstörungen sind heute gut therapierbar, z. B. mit der dialektisch-behavioralen Therapie*.

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

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

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

Schizophrenie

Der Begriff Schizophrenie bezeichnet in der europäischen Psychiatrie eine Störung, bei der die Betroffenen sich nicht mehr als vollständiges »Ich« wahrnehmen.

Schizophrenien zählen zu den häufigsten psychischen Krankheiten. Dennoch fällt es – vor allem den Betroffenen – schwer, sie zu identifizieren. Zwar gibt es eine Reihe unspezifischer Symptome, doch weisen diese nicht zwingend auf eine Schizophrenie hin: Ängstlichkeit, Stimmungsschwankungen und Schlafstörungen, Leistungseinbrüche, Missverständnisse mit anderen Menschen, das Bedürfnis nach sozialem Rückzug und Gefühle von Einsamkeit oder Passivität sind Phänomene, die jeder Mensch hin und wieder durchlebt, ohne deshalb schizophren zu sein oder sich dafür zu halten. Erst, wenn die Merkmale, Anzeichen oder Signale eskalieren, sind es oftmals Angehörige, Freunde und Bekannte, die auf psychische Veränderungen aufmerksam werden und eine seelische Erkrankung vermuten – meistens eher als die Leidenden selbst. Zu diesen Anzeichen, die den Beginn der Störung eindeutig markieren, gehören die sogenannten prädikativen Bonner Basissymptome, wie z.B. Gedankeninterferenzen, bei denen sich einzelne Gedanken stark in den Vordergrund drängen und andere Gedankengänge behindern, sowie optische Wahrnehmungsstörungen und eine starke Tendenz zur Eigenbeziehung. Bizarre Denkweisen und übertriebenes, gekünsteltes Verhalten kennzeichnen ein fortgeschrittenes Stadium der Krankheit, bis schließlich auch sogenannte »Blips« auftreten können: Wahnzustände, akustische Halluzinationen und schwere formale Denkstörungen sind ebenfalls Symptome einer Schizophrenie, die sich in der Regel aber nur weniger als 7 Tage lang zeigen. Unter Schizophrenie versteht man, vereinfacht ausgedrückt, ein »Auseinanderfallen des Ich«: Das Selbstbild wird von den Betroffenen nicht mehr als konsistente Größe in Abgrenzung zur umgebenden Welt wahrgenommen. Denken, Fühlen und Handeln bilden keine Einheit mehr, daher verfü-

Unter Schizophrenie versteht man eine Persönlichkeitsstörung, bei der Denken, Fühlen und Handeln für die Betroffenen keine Einheit mehr bilden.

gen Schizophrenie-Erkrankte auch über kein klares »Ich«-Gefühl. Die meisten Menschen mit schizophrenen Erkrankungen halten sich selbst nicht für krank, sondern allenfalls für etwas müde und erschöpft – sie haben keine Einsicht in ihre Krankheit. Oft fühlen sie sich deshalb unverstanden und leiden unter Verfolgungswahn, verschließen sich ihrer Umwelt, reagieren panisch oder, wenngleich selten, der Situation unangemessen überschwänglich begeistert. Viele kapseln sich immer mehr ab, schaffen sich ihre eigene Wirklichkeit, hören plötzlich Stimmen, die es nicht gibt (akustische Halluzinationen), und registrieren ihre Umgebung zunehmend als bedrohlich und feindselig. Die gestörte Wahrnehmung der äußeren Wirklichkeit verursacht zudem ein abweichendes Erleben und Denken und daraus resultierend eine unlogische Willensbildung und Entscheidungsfindung. In der Folge entstehen tief greifende Zwiespältigkeiten, zeitweilig aber auch ein sich bis zum Starrsinn steigerndes Festhalten an einmal gewählten Einstellungen und Entscheidungen. Markante Kennzeichen schizophrener Störungen sind Wochen oder Monate dauernde Krankheitsprozesse mit höchst unterschiedlichen Phasen und Verläufen. Zwischen den akuten Krankheitsepisoden sind monate- oder sogar jahrelange stabile Abschnitte keine Seltenheit. 80% der Patientinnen und Patienten haben jedoch lebenslang mit den Symptomen ihrer Krankheit zu tun. Auch in der modernen Medizin gibt es noch keine gesicherten Kenntnisse, die eine exakte Vorhersage über den Krankheitsverlauf zulassen, aber es gibt inzwischen gute und hilfreiche Therapieansätze. Durch Früherkennung und eine möglichst frühzeitige Behandlung kann der Krankheitsverlauf günstig beeinflusst werden. Als Zentrum für Früherkennung und Therapie psychischer Störungen bietet zum Beispiel das »BoFit« an der LWL-Universitätsklinik Bochum Beratung, Behandlung und begleitende Hilfen für Betroffene an.

Schlafstörungen

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

Wenn hartnäckige Schlafstörungen auftreten, sollte dies immer ein Anlass sein, sich von psychiatrischer Seite untersuchen zu lassen.

Warum schlafen wir?

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

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

Hinter Schlafstörungen stecken oft psychische Ursachen.

Suchtmittel und Schlaf

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

Tipps für einen guten Schlaf

- Das Wichtigste: Verbannen Sie Uhr und Wecker aus dem Sichtfeld. Der Ärger darüber, schon wieder oder immer noch wach zu sein, setzt nämlich das Stresshormon Adrenalin frei, das uns für die darauffolgenden 20 Minuten nicht wieder einschlafen lässt.
- Nicht tagsüber schlafen.
- Schlafzimmer kühl und dunkel halten.
- Abends keine aufputschenden Getränke zu sich nehmen – eventuell bereits nachmittags weglassen.
- Die »Bettschwere« abwarten, d.h., nicht zu früh zu Bett gehen. Wenn Sie z.B. 7 oder 8 Stunden Schlaf brauchen und schon um 21 Uhr zu Bett gehen, werden Sie ab 4 oder 5 Uhr morgens wieder wach liegen.
- Feste Zeiten einhalten – insbesondere eine feste morgendliche Aufstehzeit.
- Wenn Sie wieder wach werden: Liegen bleiben und sich sagen: »Der Körper holt sich den Schlaf, den er braucht – auch nur zu liegen erholt mich.«
- Wenn Sie nachts aufstehen: Kein helles Licht einschalten, sonst denkt der Körper, es sei schon Morgen.

Sucht

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

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

Wie wird man abhängig?

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

Warum wird man alkoholabhängig?

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

Warum ist Alkoholabhängigkeit eine Krankheit?

Wenn Alkohol sehr häufig getrunken wird, setzt eine Gewöhnung ein. Reichte früher ein »Feierabend-Bier«, müssen es im weiteren Verlauf zunächst zwei und dann immer mehr sein. Dies ist kein psychologischer Effekt, sondern ein körperlich-biologischer Prozess. Alkohol wirkt im Körper überwie-

Alkoholismus ist nach der Nikotinsucht die häufigste Sucht in unserer Kultur.

gend – zumindest in höherer Dosierung – dämpfend, wie eine »Bremse« für Probleme und seelische Nöte. Der Körper gleicht diese Dämpfung im Rahmen der Gewöhnung aus, indem er der bremsenden Wirkung entgegensteuert – sozusagen »Gas gibt«. Das führt beim Ausbleiben von Alkohol zum Überwiegen der Gegenregulation (da der Körper weiter »Gas gibt«) – die Betroffenen werden unruhig, nervös, gereizt. Blutdruck und Puls steigen an – typische Entzugserscheinungen.

Was kann das Umfeld tun?

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

Was kann man selbst tun?

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

Experteninterview

Wenn Hemmungen und Hürden fallen.

Glücksspiel macht nicht nur in Spielhallen, an Kasinoautomaten und in Spielbanken süchtig, sondern auch und gerade im Internet. Dr. med. Ulrich Kemper ist Chefarzt der Bernhard-Salzmann-Klinik am LWL-Klinikum in Gütersloh. Er erklärt das Phänomen »Sucht« am Beispiel des Glücksspiels und weiß, wie hoch die Gefahr der Abhängigkeit gerade unter Online-Zockern ist.

Herr Dr. Kemper, ist der süchtige Online-Glücksspieler ein verbreiteter Typus?

Das pathologische Online-Glücksspiel wird in einigen westlichen Ländern bereits als das am schnellsten wachsende, aber am meisten ignorierte Suchtproblem betrachtet. Vor allem typische Casinospiele wie Roulette, Black Jack oder Poker sind im Netz sehr beliebt. Auch Live-Wetten und Lotterien ziehen viele Spieler an. In der Bernhard-Salzmann-Klinik sind seit 1985 ca. 1.900 pathologische Glücksspieler behandelt worden.

Wie kann die Sucht am Glücksspiel das Leben der Betroffenen beeinflussen?

Pathologisches Glücksspiel ist durch massive psycho-soziale Folgen gekennzeichnet. Durch unüberlegte Kredite und Schulden ist die ökonomische Existenz gefährdet. Angehörige sind in Mitleidenschaft gezogen, familiäre Bindungen drohen zu zerbrechen und die Kinder reagieren mit Schulschwierigkeiten und psychischen Störungen.

Wird mit einem Verbot das Problem aus der Welt geschafft?

Nein. Zwar sind die meisten Glücksspiele im Internet in Deutschland offiziell nicht erlaubt, aber verschwunden sind die Suchtquellen dadurch nicht. Durch das Internet haben Online-Spieler jederzeit die Möglichkeit, bei ausländischen Anbietern zu zocken. Dieses ist allerdings riskant, denn der Spieler macht sich nicht nur gegebenenfalls strafbar, sondern hat im Falle eines Gewinns keinen rechtlichen Beistand, falls ihm der Gewinn nicht ausgezahlt wird.

Dr. med. Ulrich Kemper
Dr. med. Ulrich Kemper ist Chefarzt der Bernhard-Salzmann-Klinik und der LWL-Klinik für Suchtmedizin des LWL-Klinikums Gütersloh.

Woran ist zu erkennen, ob jemand abhängig ist?

Die typischen Suchtmerkmale lassen sich auch hier erkennen: Die Gedanken kreisen ständig um das Thema Glücksspiel, Beziehungen und/oder der Job werden gefährdet oder gehen sogar verloren. Kann der Sucht nicht nachgekommen werden, reagieren Betroffene unruhig und gereizt. Mehrfach wird versucht, die Sucht zu kontrollieren oder sich zu lösen. Aber es gelingt nicht, so dass über die finanziellen Verhältnisse gespielt und komplett die Kontrolle verloren wird. Es ist nicht mehr möglich, vom Glücksspiel abzulassen und wie bei einem Drogensüchtigen muss permanent die Dosis gesteigert werden, um überhaupt noch die gewünschte psychische Wirkung zu erzielen.

Der Süchtige muss sich also komplett der Droge entziehen?

Ja. Doch zunächst geht es darum zu erkennen, dass man mit dem Problem nicht alleine fertig werden kann. Im nächsten Schritt ist das Glücksspielverhalten zu stoppen. Nicht der Verzicht steht hier im Vordergrund, sondern die Entwicklung von alternativen Verhaltensweisen. Ein wichtiger Grundsatz in der Spielertherapie lautet, dass in hohem Maße die Eigenverantwortung gefördert wird. Durch eine Aufarbeitung der Ursachen soll deshalb dafür gesorgt werden, dass der Spieler nicht mehr zum Ausgangspunkt seiner Sucht zurückkehrt. Spieler müssen also wieder lernen und merken, dass sie Spaß und Freude an Dingen empfinden können, die sie vor der Vereinnahmung durch die Sucht interessiert haben.

Zwangsstörungen

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

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

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

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

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

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

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

Wie bekomme ich Hilfe? Wohin wende ich mich?

Depressionen, Suchtkrankheiten und Angstgefühle können jede und jeden treffen.

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

Der erste Schritt ist der schwerste. Den richtigen Ansatz zu finden, zu erkennen, dass eine Behandlung der seelischen Störung notwendig und hilfreich ist, ist weder für die Betroffenen einfach noch für deren Angehörige, den Freundeskreis, die Kolleginnen und Kollegen, kurz, für das gesamte soziale Umfeld, in dem sich die leidtragenden Menschen bewegen.

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

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

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

Wer sich nicht fit fühlt oder sich in gesundheitlichen Fragen beraten lassen will, geht normalerweise zu einer Ärztin oder einem Arzt. Hausärztin oder Hausarzt sind hier als Vertrauenspersonen meist die ersten Ansprechpartner, die einen über Jahre hinweg am besten kennengelernt haben. Er oder sie kann auch bei einer seelischen Störung die richtige erste Adresse sein und entscheiden, wie in einem solchen Fall verfahren werden sollte, welche Behandlung in Frage kommt und welche weiteren Maßnahmen, ambulant oder stationär, ergriffen werden müssen.

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

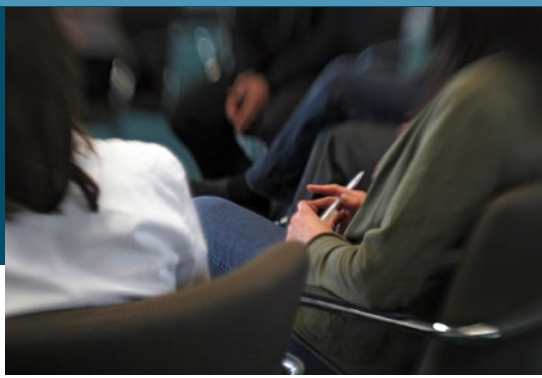
Behandlungsverfahren

Psychotherapie

Die Psychoanalyse, begründet von Sigmund Freud Anfang des 20. Jahrhunderts, und die Verhaltenstherapie stellen die beiden großen Ansätze in der Psychotherapie dar. Aber auch andere Psychotherapieverfahren wie die Gesprächspsychotherapie, die Individualpsychotherapie oder die Systemische Therapie erlebten im 20. Jahrhundert einen stürmischen Aufschwung mit vielfältigen Weiterentwicklungen.

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

Menschen, die sich – oft nach langem Zögern – auf die Psychotherapie einlassen, empfinden anfangs Hoffnung, aber auch Furcht und



In Gruppentherapien können sich Betroffene austauschen.

Scham. Sie hoffen, dass sich kompetente Fachleute, eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut, mit ihren Problemen befassen und gemeinsam mit ihnen Lösungen erarbeiten. Das bedeutet jedoch, dass ein großer Vertrauensvorschuss geleistet und die Angst, sich in fremde Hände zu begeben, überwunden werden muss.

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

Bei den einzelnen Psychotherapieverfahren gibt es unterschiedliche methodische Schwerpunkte: Die **Verhaltenstherapie** geht davon aus, dass Verhalten – auch problematisches Verhalten – im Laufe des Lebens erlernt wurde. Die Therapie zielt vorwiegend darauf ab, neue Verhaltensstrategien, Bewertungsmaßstäbe und Gefühlsreaktionen zu entwickeln. Bei der **Psychoanalyse** und der **Tiefenpsychologie** werden in erster Linie Konflikte der vergangenen und aktuellen Lebensgeschichte durchgearbeitet. Die ebenfalls häufig angewandte **Gesprächspsychotherapie** legt auf eine durch Einfühlung und Wertschätzung geprägte therapeutische Beziehung besonderen

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

Wert. Die **Systemische Therapie**, früher gewöhnlich als »Familientherapie« bezeichnet, sieht den Betroffenen als Mitglied eines Systems und setzt sich mit diesem auseinander. Dabei legt die Systemische Therapie Wert auf die enge Kooperation der Therapeutin oder des Therapeuten mit der Familie und anderen für die Betroffenen wichtigen Menschen (Angehörige, Freunde, Nachbarn usw.). Neben dem sogenannten »Index-Patienten« werden die übrigen Beteiligten als einerseits Mitleidende, andererseits als Mitexperten in die grundsätzlichen Gespräche und Behandlungsentscheidungen gleichberechtigt einbezogen.

Die Mehrzahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nutzt für ihre Arbeit verschiedene Verfahren. Unabhängig von der Methode ist für den Behandlungserfolg entscheidend, dass zwischen den Betroffenen und der Therapeutin bzw. dem Therapeuten eine stabile und vertrauensvolle Beziehung entsteht. In der Verantwortung des Therapeuten liegt hierbei auch die umfassende Aufklärung der Patienten über mögliche Risiken einer psychotherapeutischen Behandlung, denn trotz einer allgemein sehr hohen Erfolgsquote gibt es keine Garantie dafür, dass eine Psychotherapie bei jedem bzw. bei jedem gleich gut funktioniert. Wie auch bei anderen medizinischen Behandlungen können Nebenwirkungen auftreten. So können Betroffene in eine Abhängigkeit zu ihrem Therapeuten geraten oder soziales Fehlverhalten entwickeln (z.B. durch der Situation unangemessenes, übermäßig selbstbewusstes Auftreten). In solchen Einzelfällen kann der Nutzen einer Psychotherapie in Frage gestellt sein.

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

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

Medikamentös gestützte Therapie

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

Im Gegensatz zu dem ebenfalls weit verbreiteten Vorurteil machen Antidepressiva, Neuroleptika und Stimmungsstabilisierer nicht abhängig. Allerdings können Menschen, die über einen längeren Zeitraum benzodiazepinhaltige Beruhigungs- und Schlafmittel einnehmen, eine Sucht entwickeln, die oft mit einer Erhöhung der Dosis verbunden ist. Falsch ist auch die Annahme, dass Psychopharmaka ausschließlich eine »ruhigstellende« Wirkung hätten. Bestimmte Antidepressiva etwa verstärken den Antrieb von Patientinnen und Patienten, die ständig unter Erschöpfungsgefühlen oder Müdigkeit leiden.

Psychoedukation (Krankheits- und Medikamentenlehre)

Die Psychoedukation dient der Aufklärung, der Reflexion von Verhaltensweisen, Bewältigungsstrategien und Emotionen sowie der Entwicklung eigener Lösungen. Therapeutinnen und Therapeuten erklären den Patientinnen und Patienten die Krankheitsbilder und die Wirkungen von Medikamenten in allgemein verständlichen Worten.

Ziel ist, die Krankheit besser zu verstehen und besser mit ihr umgehen zu können. Auch sollen die Patientinnen und Patienten eigene Ressourcen und Möglichkeiten kennenlernen, um mögliche Rückfälle zu vermeiden und selbst langfristig zur eigenen Gesundheit beizutragen.

Lichttherapie

Die Lichttherapie gab es schon in der Antike. Damals glaubten die Ärzte, dass Schwermut die Krankheit der Dunkelheit sei, und legten lethargische Patientinnen und Patienten in die Sonne. Auch heute führt eine Lichttherapie bei Menschen mit »Herbst-Winter-Depressionen« oder Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus zu einer Stabilisierung des seelischen Gleichgewichts. Aus Effizienz- und Sicherheitsgründen wird dazu weißes, fluoreszierendes Licht verwendet, das bis zu 10.000 Lux produziert. Es enthält keine UV-Strahlen, die Krebs erregen könnten. Als effektiv hat sich eine Bestrahlungsdauer von maximal 30 Minuten erwiesen, durchgeführt werden solche Therapiesitzungen normalerweise frühmorgens, wenn es noch dunkel ist.

Wachtherapie

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

Soziotherapie

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

Die Freude am Ausleben eigener kreativer Impulse steht im Mittelpunkt der Ergotherapie.

Ergotherapie

Der Begriff Ergotherapie ersetzt heute die alte Bezeichnung »Arbeits- und Beschäftigungstherapie«. Dieser Begriff gilt inzwischen als überholt, weil die heutige Ergotherapie ein therapeutisches Verfahren bezeichnet, das die individuellen kreativen Impulse von Patienten nutzt und so die Stärkung gesunder Kräfte in den Vordergrund stellt. Anders, als die alte Bezeichnung impliziert, kommt das Wirkpotenzial der Ergotherapie also nicht durch bloße Beschäftigung oder Arbeit als solche zustande.

In der Ergotherapie geht es vielmehr um den Prozess sozialen und kreativen Handelns. Die Erfolge dieser Therapieform zeigen, dass

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

Patienten selbst in Stadien akuter Krankheit, wie etwa der autistischen Schizophrenie, in ausgeprägtem Maße zu eigenständigen, kreativen Handlungen fähig sind. In diesem Zusammenhang können dann auch alltägliche Verrichtungen wie Einkaufen, Waschen, Kochen, Saubermachen wieder eingeübt werden. Ebenso kann das kreative Potenzial der Patienten durch Leistungs- und produktbezogene Arbeiten ausgeschöpft werden. Die jeweiligen Arbeiten werden in der Therapie stets der Verfassung und den Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten angepasst.
Die Ergotherapie verbessert so nachweislich nicht nur die kreative Leistung der Patienten, sondern auch das psychische Befinden insgesamt. Außerdem hebt sie die subjektive Lebensqualität.

Kreativ-, Kunst- und Musiktherapie

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

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

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

Theatertherapie

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

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

Körperbezogene Therapien

In den Bereich der körperbezogenen Therapiemethoden fällt u.a. die **Bewegungstherapie**. Sie geht über die bloße Entspannung des Körpers hinaus. Die Übungen umfassen entspanntes Liegen, Gehen und andere Bewegungen unter bewusster Konzentration auf die

Atmung und mit geschlossenen Augen. Die Behandlung wird in der Regel in Gruppen durchgeführt. Sie fördert eine konzentrierte Zuwendung zum eigenen Körper (Anspüren), darüber hinaus zur Außenwelt, zum Raum und zu den Mitpatientinnen und -patienten in Form einer behutsamen Kontaktaufnahme. Auch **Krankengymnastik** und **Physiotherapie** zählen zu den körperbezogenen Behandlungen. Bei der Krankengymnastik stehen gymnastische Übungen im Vordergrund, bei der Physiotherapie werden Wasser, Luft, Wärme und Kälte sowie Bewegung und elektrischer Strom zur Heilung eingesetzt.

Snoezelen

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

Aromatherapie

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

Ein starker Verbund für seelische Gesundheit

Der LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen ist für Sie da. Mit mehr als 130 Einrichtungen in Westfalen-Lippe.

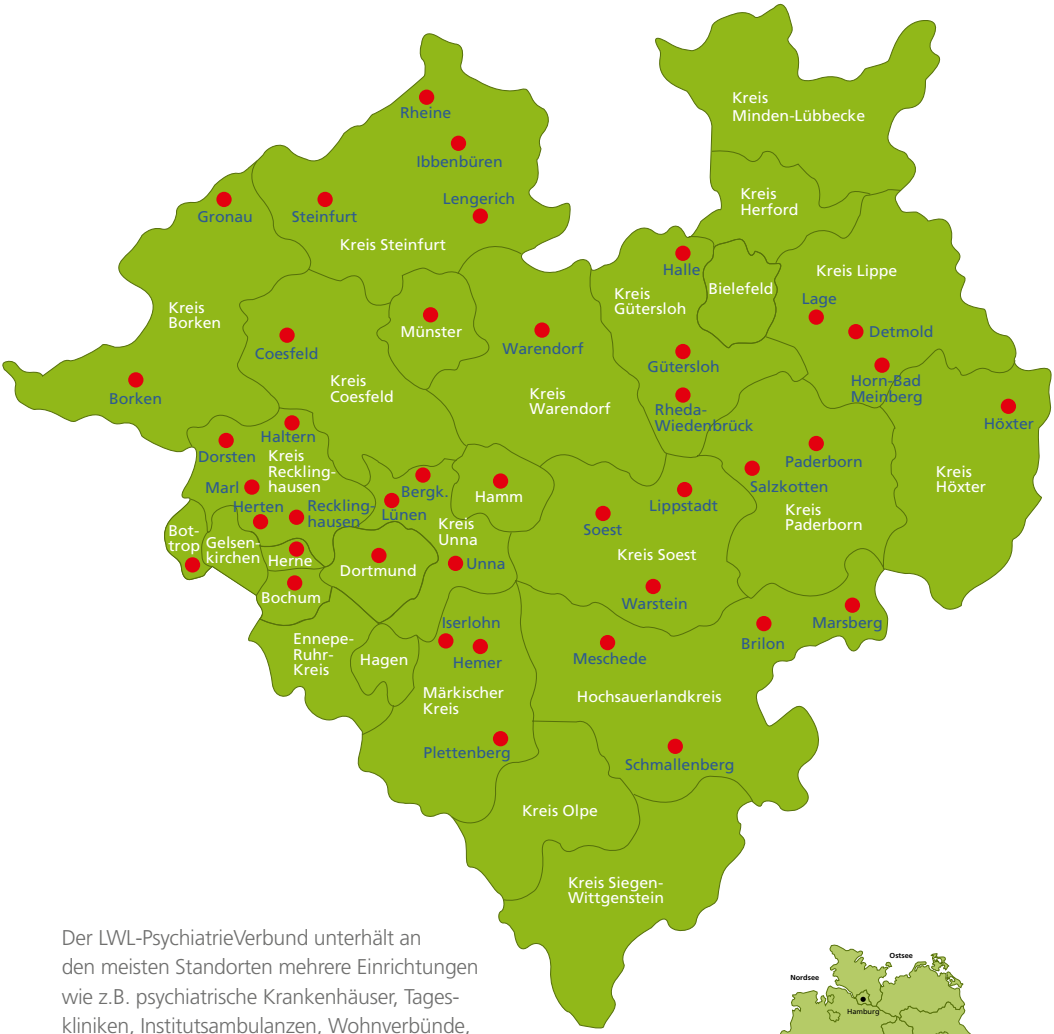
Sie möchten eine unserer psychiatrischen Einrichtungen in Ihrer Nähe finden? Sie suchen Behandlungsangebote für bestimmte Krankheitsbilder in Ihrer Region? Sie möchten wissen, welche Auswahl an Therapieangeboten besteht?

Das elektronische Einrichtungsverzeichnis des LWL-Psychiatrie-Verbundes Westfalen-Lippe liefert Ihnen schnelle Antworten auf diese Fragen. Über eine Suchmaske geben Sie den gewünschten Suchbegriff ein und Sie erhalten eine Auflistung unserer Einrichtungen in Ihrer Nähe.

Dieses Informationsangebot soll Ihnen eine Orientierungsmöglichkeit und einen Einblick in das differenzierte Leistungsangebot unserer Einrichtungen im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen geben.

www.gesundheitsliste.lwl.org

Orientierungshilfe – Einrichtungen des LWL-PsychiatrieVerbundes Westfalen



Der LWL-PsychiatrieVerbund unterhält an den meisten Standorten mehrere Einrichtungen wie z.B. psychiatrische Krankenhäuser, Tageskliniken, Institutsambulanzen, Wohnverbünde, Pflegezentren etc. Nähere Informationen zu den Einrichtungen an einem Standort finden Sie im Internet in unserem Einrichtungsverzeichnis unter: www.gesundheitsliste.lwl.org

Übersicht der Einrichtungen des LWL-PsychiatrieVerbundes (im Soll), Stand: 2019

Unternehmensphilosophie

Der LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen.

Die Einrichtungen des LWL-PsychiatrieVerbundes Westfalen sind »Sprungbrett und Auffangnetz für die Seele«. Als kommunale Einrichtung gehören wir den Bürgerinnen und Bürgern der Region Westfalen-Lippe. Deren individuelle Bedürfnisse leiten unser Handeln und sind uns eine Verpflichtung, ihnen eine menschliche und professionelle Betreuung zu bieten.

Wir begleiten unsere Patienten und Bewohner kompetent in schwierigen Phasen – unser Handeln wird dabei von Respekt und Toleranz bestimmt.

Ein erstklassiges Netzwerk.

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

Bei uns arbeiten Menschen mit Menschen.

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

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

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

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

Dialog auf Augenhöhe.

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

Offenheit, Toleranz, Transparenz.

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

Wir verstehen uns als Initiatoren und Förderer.

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

Psychische Erkrankungen sind kein unabwendbares Schicksal. Sie können behandelt, geheilt oder erheblich gelindert werden. Dafür bietet der LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen mit mehr als 130 Einrichtungen in der Region ein erstklassiges Netzwerk.

Aufbau der Kliniken im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen

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

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

Jährlich werden mehr als 57.000 Menschen mit seelischen Störungen in den elf Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie und den vier Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie des LWL-PsychiatrieVerbundes Westfalen behandelt (einschließlich Tageskliniken). Dieses Versorgungsnetz umfasst rund 3.200 vollstationäre Betten, 53 Tageskliniken mit mehr als 800 Plätzen im teilstationären Bereich und 38 Institutsambulanzen. Das sind ambulante Einrichtungen, die sich auf dem Gelände oder im Gebäude eines Krankenhauses oder einer Tagesklinik befinden.

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

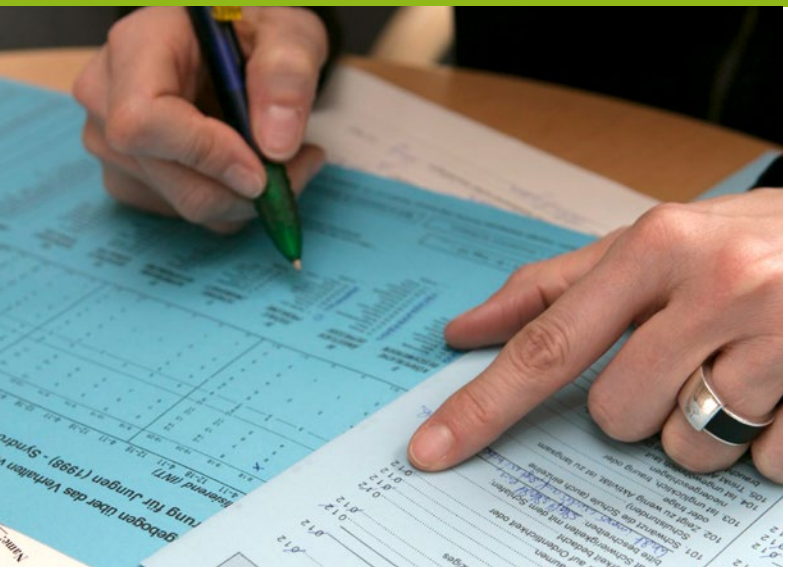
Offenheit, Toleranz und Transparenz prägen die Behandlung in den LWL-Kliniken.

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

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

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

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



Am Beginn jeder Behandlung steht eine gründliche Diagnose.

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

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

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

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

Dazu zählen:
Betreutes Wohnen zu Hause, Familienpflege für psychisch kranke Menschen (Wohnen in »Gastfamilien«), Wohnverbünde zur Förderung von Menschen mit Behinderung und Pflegezentren für pflegebedürftige Menschen. So hat der LWL für pflegebedürftige Menschen in den LWL-Pflegezentren etwa 660 stationäre Plätze eingerichtet. Neben der stationären Pflege werden ebenso Plätze für Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege sowie ambulante Pflege angeboten. Für Menschen mit Behinderung (z.B. geistige oder psychische Behinderung) hat der LWL in den LWL-Wohnverbünden etwa 1.450 Plätze geschaffen. Die Menschen mit Behinderung leben in kleinen Wohngruppen zusammen und werden nach den Bedürfnissen ihrer Behinderung individuell gefördert. Unter dem Leitgedanken, den betroffenen Menschen zu mehr Lebensqualität und Selbstständigkeit zu verhelfen, werden verschiedene Maßnahmen angeboten und ganz alltägliche Verrichtungen geübt.

In der Gerontopsychiatrie werden ältere Menschen mit seelischen Erkrankungen behandelt.

Die Einrichtungen des LWL-PsychiatrieVerbundes Westfalen

Krankenhäuser

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

Tageskliniken

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

Institutsambulanzen

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

Rehabilitationsinstitute / -zentren

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

Wohnverbünde

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

Pflegezentren

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

LWL-Universitätsklinikum Bochum
im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen

UK RUB UNIVERSITÄTSKLINIKUM DER RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM

LWL-Universitäts-klinikum Bochum

der Ruhr-Universität Bochum
Psychiatrie | Psychotherapie | Präventivmedizin | Psychosomatische Medizin | Psychotherapie

Anschrift

Alexandrinenstraße 1-3 | 44791 Bochum
Tel. 0234 5077-0 | Fax 0234 5077-1719
E-Mail lwl-uk-bochum@lwl.org
www.lwl-uk-bochum.de

Ärztlicher Direktor des Klinikums

Prof. Dr. Georg Juckel

Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin

Prof. Dr. Georg Juckel

Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Prof. Dr. Stephan Herpertz

Spezielle Behandlungsangebote

- Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin: Behandlung von demenziellen und Befindlichkeitsstörungen im Alter, stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen, schizophrenen und psychotischen Störungen, Depressionen, bipolaren Störungen, akuten Traumatisierungen, Angst- und Zwangsstörungen, ADHS, Persönlichkeitsstörungen, psychische Störungen bei Intelligenzminderung, Autismus
- Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Behandlung von Traumafolgestörungen, Essstörungen, Adipositas, Angststörungen, somatoformen (Schmerz-)Störungen, psychosomatischen, somatopsychischen Störungen (Psychodiabetologie), nicht stoffgebundenen Suchterkrankungen
- Institutsambulanzen: Früherkennungszentrum (BoFit), Spezialsprechstunden für bipolare Störungen, schizophrene Negativsymptomatik, ADHS bei Erwachsenen, berufsbezogene Störungen (Burnout/Mobbing), Borderline-Persönlichkeitsstörungen (einschließlich DBT), transkulturelle Psychiatrie, Schmerz und Psyche, akute Traumatisierung, Abhängigkeitserkrankungen, affektive Erkrankungen, forensische Nachsorge, Intelligenzminderung und Psyche, Traumafolgestörungen, Internet- und Computerspielabhängigkeit, Essstörungen und Adipositas (Stellungnahmen zur Adipositaschirurgie), Probleme der Krankheitsverarbeitung bei primär körperlichen Erkrankungen (Psychodiabetologie)

Weitere Standorte / Angebote

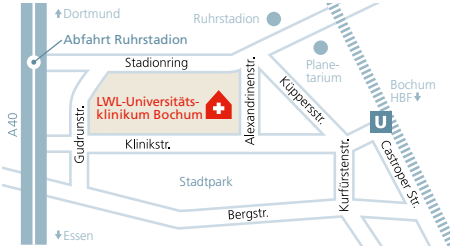
Tagesklinische Angebote

- LWL-Tageskliniken (Allgemeine Psychiatrie, Gerontopsychiatrie und Psychosomatische Medizin)

Ambulante Angebote

- LWL-Psychiatrische Institutsambulanz
- LWL-Ambulant Betreutes Wohnen

Anfahrt



LWL-Klinik Dortmund

Prävention | Psychiatrie | Psychotherapie | Psychosomatik | Rehabilitation

Anschrift

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

Ärztlicher Direktor

Prof. Dr. Hans-Jörg Assion

Spezielle Behandlungsangebote

- Behandlung von Angsterkrankungen und Borderline-Störungen (einschließlich DBT)
- Behandlung von Traumafolgestörungen
- Depressionsbehandlung auf separaten Stationen
- Spezialstation für Menschen mit geistigen Behinderungen und psychischen Störungen
- Qualifizierte Alkohol- und Medikamentenentzugsbehandlung (mit tagesklinischer Behandlungsphase)
- Qualifizierte Drogenentzugsbehandlung
- Wohnortnahe medizinische Rehabilitation bei Suchterkrankungen (Entwöhnung stationär, ganztägig ambulant und ambulant)
- In den Institutsambulanzen: gerontopsychiatrische, suchtmedizinische und interkulturelle Ambulanz sowie Spezialambulanzen für bipolare Störungen, ADHS, Autismus, akut Traumatisierte und Menschen mit Traumafolgestörungen, Leistungssportler und Mütter mit ihren Kindern
- Fitness-, Entspannungs- und Gesundheitskurse am LWL-Präventionszentrum Dortmund (weitere Informationen für Patientinnen und Patienten sind im Patientenportal der Klinik-Webseite abrufbar)

Weitere Standorte/Angebote

Tagesklinische Angebote

- LWL-Tageskliniken (Dortmund-Brackel, Dortmund-Aplerbeck, Lünen, Bergkamen, Unna)

Ambulante Angebote

- LWL-Institutsambulanzen (Dortmund)

Weitere Einrichtungen

- LWL-Wohnverbund Dortmund
- LWL-Pflegezentrum Dortmund
- LWL-Rehabilitationszentrum Ruhrgebiet »FörderTurm«

Anfahrt

LWL-Klinikum Gütersloh

Kooperationspartner der Universität Bielefeld
Psychiatrie | Psychotherapie | Psychosomatik | Neurologie | Innere Medizin | Geriatrie

Anschrift

Buxelstraße 50 | 33334 Gütersloh
Tel. 05241 502-0 | Fax 05241 502-2102
E-Mail lwl-klinikum-guetersloh@lwl.org
www.lwl-klinikum-guetersloh.de

Ärztlicher Direktor

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych.
Klaus-Thomas Kronmüller

Spezielle Behandlungsangebote

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

Weitere Standorte/Angebote

Tagesklinische Angebote

- LWL-Tageskliniken (Gütersloh, Halle)

Ambulante Angebote

- LWL-Institutsambulanzen (Gütersloh, Halle)

*Stationäre Motivationsbehandlung

Weitere Einrichtungen

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

Anfahrt

LWL-Klinik Hemer

Hans-Prinzhorn-Klinik
Psychiatrie | Psychotherapie | Psychosomatik

Anschrift

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

Ärztlicher Direktor

Dr. Patrick Debbelt

Spezielle Behandlungsangebote

- Psychotherapeutische Medizin und Depressionsbehandlung
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Suchtmedizin und spezielle Psychiatrie
- Geronto(neuro)psychiatrie
- Behandlung von Angsterkrankungen und Borderline-Störungen (einschließlich DBT)
- Behandlung von Traumafolgestörungen
- Depressionsbehandlung auf separaten Stationen
- Qualifizierte Alkohol- und Medikamentenentzugsbehandlung (mit tagesklinischer Behandlungsphase)
- Qualifizierte Drogenentzugsbehandlung
- In den Institutsambulanzen: gerontopsychiatrische, suchtmedizinische und interkulturelle Ambulanz sowie Spezialambulanzen für bipolare Störungen, ADHS, Autismus, akut Traumatisierte und Menschen mit Traumafolgestörungen

Weitere Standorte / Angebote

Tagesklinische Angebote

- LWL-Tageskliniken (Allgemeinpsychiatrie bzw. Gerontopsychiatrie – Iserlohn)

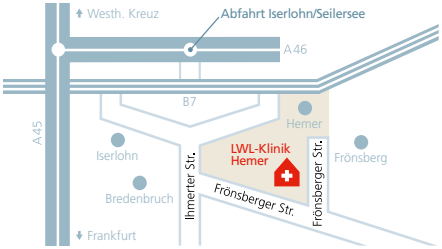
Ambulante Angebote

- LWL-Institutsambulanzen (Hemer, Iserlohn)
- LWL-Ambulanter Pflegedienst
- LWL-Ambulant Betreutes Wohnen

Weitere Einrichtungen

- LWL-Wohnverbund Hemer

Anfahrt



LWL-Klinik Herten

Psychiatrie | Psychotherapie |
Psychosomatische Medizin

Anschrift

Im Schloßpark 20 | 45699 Herten
Tel. 02366 802-0 | Fax 02366 802-5009
E-Mail lwl-klinik-herten@lwl.org
www.lwl-klinik-herten.de

Ärztlicher Direktor

Dr. Luc Turmes

Spezielle Behandlungsangebote

- Depressionsbehandlung auf zwei separaten Stationen (allgemeinpsychiatrische Depressionsstation und Depressionsstation für ältere Menschen)
- Mutter-Kind-Einheit mit stationärem, tagesklinischem und ambulantem Angebot zur Behandlung postpartaler Depressionen nach der Geburt einschließlich Säuglingsambulanz
- Qualifizierte* Alkohol- und Medikamentenentzugsbehandlung
- Kognitionsstation für psychotische Erkrankungen
- Schematherapeutische Behandlung von Borderline-Störungen
- Ambulante und tagesklinische Behandlung von psychosomatischen Erkrankungen (u.a. somatoforme Störungen, Adipositas)

*Stationäre Motivationsbehandlung

Weitere Standorte/Angebote

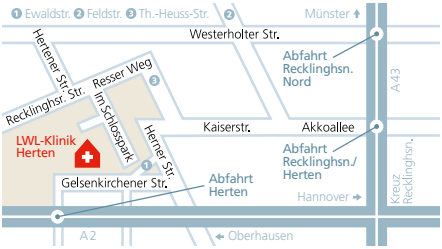
Tagesklinische Angebote

- LWL-Tageskliniken in Herten, Dorsten und Haltern (Allgemeine Psychiatrie und Gerontopsychiatrie)
- LWL-Tagesklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Ambulante Angebote

- LWL-Psychiatrische Institutsambulanzen (Herten, Dorsten und Haltern)
- LWL-Ambulanz für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Anfahrt



LWL-Klinik Lengerich

Psychiatrie | Psychotherapie | Psychosomatik

Anschrift

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

Betriebsstätte Rheine

Hörstkamp 12 | 48431 Rheine
Tel. 05971 91279-100 | Fax 05971 91279-111

Ärztlicher Direktor

Dr. Christos Chrysanthou

Spezielle Behandlungsangebote

- Behandlung von Zwangs-, Angst-, Ess- und Borderline-Störungen
- Depressionsbehandlung auf vier Stationen (allgemeinpsychiatrische Depressionsstation und Depressionsstation für ältere Menschen)
- Behandlung von Trauma-Folgestörungen
- Fachbereich Psychosomatik
- Demenzbehandlung in der Abteilung Gerontopsychiatrie
- Qualifizierter Drogenentzug (Alkoholentzug, Cannabis- und Partydrogenentzug, Entzug von Opioiden, stationäre Motivationsbehandlung)
- Behandlung psychisch kranker und / oder suchtmittelabhängiger hörgeschädigter Menschen

Weitere Standorte / Angebote

- Substitutionsambulanzen (Lengerich, Ibbenbüren, Rheine, Steinfurt-Borghorst)

Tagesklinische Angebote

- LWL-Tageskliniken (Lengerich, Ibbenbüren, Steinfurt-Borghorst)

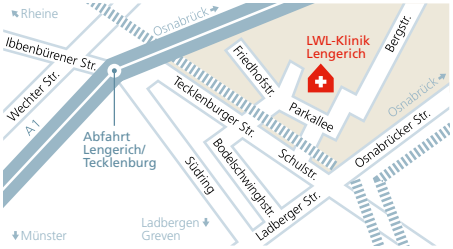
Ambulante Angebote

- LWL-Institutsambulanzen (Lengerich, Rheine)

Weitere Einrichtungen

- LWL-Wohnverbund Lengerich
- LWL-Pflegezentrum Lengerich

Anfahrt



LWL-Klinik Lippstadt

Psychiatrie | Psychotherapie | Psychosomatik

Anschrift

Im Hofholz 6 | 59556 Lippstadt
Tel. 02945 981-01 | Fax 02945 981-1009
E-Mail info@lwl-klinik-lippstadt.de
www.lwl-klinik-lippstadt.de

Ärztlicher Direktor

Dr. med. Ewald Rahn

Spezielle Behandlungsangebote

- Depressionsbehandlung auf zwei separaten Stationen (für jüngere und ältere Menschen)
- Behandlung von Komorbidität: Sucht und Depression, Angst oder PTBS
- Psychosebehandlung
- Behandlung spezifischer Lebenskrisen junger Erwachsener
- Gerontopsychiatrische Abteilung differenziert nach kriseninterventioneller Behandlung psychischer Erkrankungen bei älteren Menschen sowie Behandlung der neuropsychiatrischen und demenziellen Erkrankungen im Alter
- Qualifizierte* Alkohol-, Medikamenten- und Drogenentzugsbehandlung, Paarentzug
- WOGE Gesundheitsförderung

*Stationäre Motivationsbehandlung

Weitere Standorte/Angebote

Tagesklinische Angebote

- LWL-Tageskliniken (Lippstadt, Soest)

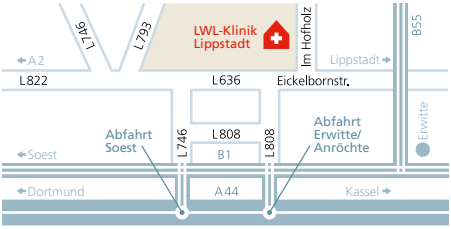
Ambulante Angebote

- LWL-Institutsambulanz (Lippstadt)

Weitere Einrichtungen

- LWL-Pflegezentrum Lippstadt
- LWL-Wohnverbund Lippstadt
- LWL-Akademie für Gesundheits- und Pflegeberufe
- LWL-Fort- und Weiterbildungszentrum (in der LWL-Klinik Warstein)

Anfahrt



Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen

LWL-Klinik Marsberg

Psychiatrie | Psychotherapie | Psychosomatik

Anschrift

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

Ärztlicher Direktor

Priv.-Doz. Dr. med. Stefan Bender

Spezielle Behandlungsangebote

- Familienpsychiatrie (in Kooperation mit der kinder- und jugendpsychiatrischen LWL-Klinik Marsberg)
- Gerontoneuropsychiatrie
- Neuropsychologische Diagnostik/Behandlung
- Psychoonkologische Behandlung
- Psychotherapeutische Notfallversorgung
- Qualifizierte* Alkohol- und Medikamentenentzugsbehandlung
- Qualifizierte* Drogenentzugsbehandlung; auch für Paare
- Substitutionsambulanz
- Trauma-Ambulanz/Trauma-Therapie

*Stationäre Motivationsbehandlung

Weitere Standorte/Angebote

Tagesklinische Angebote

- LWL-Tageskliniken (Marsberg, Schmallenberg-Bad Fredeburg)

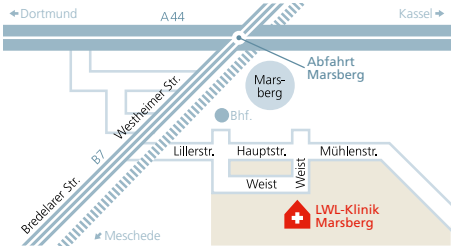
Ambulante Angebote

- LWL-Institutsambulanzen (Marsberg, Schmallenberg-Bad Fredeburg)

Weitere Einrichtungen

- LWL-Klinik Marsberg (Kinder- und Jugendpsychiatrie)
- LWL-Pflegezentrum Marsberg
- LWL-Wohnverbund Marsberg
- LWL-Therapiezentrum für Forensische Psychiatrie Marsberg
- LWL-Akademie für Gesundheits- und Pflegeberufe Marsberg

Anfahrt



LWL-Klinik Münster

Psychiatrie | Psychotherapie |
Psychosomatik | Innere Medizin

Anschrift

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

Ärztliche Direktorin

Prof. Dr. Patricia Ohrmann

Spezielle Behandlungsangebote

- Abteilung für spezielle Psychotherapie (komplexe und intensive Behandlungen von schweren neurotischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Psychotraumata, Ängsten, Depressionen sowie emotionalen Störungen bei jungen Erwachsenen)
- Internistische Abteilung (überregionale Versorgung psychisch kranker Menschen und Menschen mit geistiger Behinderung bei Vorliegen relevanter internistischer Krankheitsbilder); Möglichkeit der internistischen und neurologischen Diagnostik
- Depressionsbehandlung auf separater Station
- Psychiatrische Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen
- Qualifizierte* Alkohol- und Medikamentenentzugsbehandlung
- Qualifizierte* Drogenentzugsbehandlung
- Ambulanzen für: Allgemeinpsychiatrie, Suchtmedizin, Gerontopsychiatrie, psychiatrische Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung
- Medizinische Rehabilitation speziell für alkohol- und medikamentenabhängige Menschen

*Stationäre Motivationsbehandlung

Weitere Standorte / Angebote

Tagesklinische Angebote

- LWL-Tageskliniken (Münster)

Ambulante Angebote

- LWL-Institutsambulanzen (Münster)

Weitere Einrichtungen

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

Anfahrt

LWL-Klinik Paderborn

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

Anschrift

Agathastraße 1 | 33098 Paderborn
Tel. 05251 295-0 | Fax 05251 295 5333
E-Mail info@lwl-klinik-paderborn.de
www.lwl-klinik-paderborn.de

Ärztliche Direktorin

PD Dr. med. Christine Norra

Spezielle Behandlungsangebote

- Depressionsbehandlung auf separater Station
- Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, v. a. Borderlinestörung sowie Angst-, Zwangs-, Essstörungen
- Systemisches Behandlungskonzept auf den Sektor-Akut-Stationen
- Qualifizierte* Alkohol- und Medikamentenentzugsbehandlung
- Qualifizierte* Drogenentzugsbehandlung
- Behandlung von Doppeldiagnosen »Psychose und Sucht«
- Anerkannte Trauma-Ambulanz für Erwachsene (OEG, BG)

*Stationäre Motivationsbehandlung

Weitere Standorte/Angebote

Tagesklinische Angebote

- LWL-Tageskliniken (Paderborn)
- LWL-Behandlungszentrum West (Salzkotten)

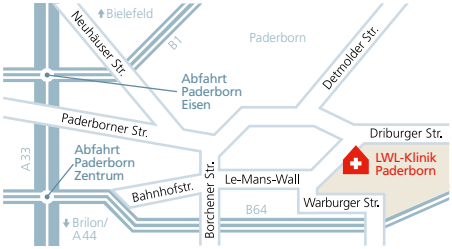
Ambulante Angebote

- LWL-Institutsambulanzen (Paderborn und Salzkotten)

Weitere Einrichtungen

- LWL-Wohnverbund Paderborn
- LWL-Rehabilitationszentrum Ostwestfalen, Standort Paderborn (Medizinische Rehabilitation für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen)

Anfahrt



LWL-Klinik Warstein

Psychiatrie | Psychotherapie | Psychosomatik

Anschrift

Franz-Hegemann-Straße 23 | 59581 Warstein
Tel. 02902 82-0 | Fax 02902 82-1009
E-Mail info@lwl-klinik-warstein.de
www.lwl-klinik-warstein.de

Ärztlicher Direktor

Dr. med. Ewald Rahn

Spezielle Behandlungsangebote

- Depressionsbehandlung auf zwei separaten Stationen (für jüngere und ältere Menschen
- Behandlung von Borderline-Erkrankungen auf zwei separaten Stationen (eine davon für Menschen mit erhöhtem Förderbedarf)
- Psychosebehandlung
- Gerontopsychiatrische Stationen differenziert nach Behandlungsschwerpunkten (Depression, internistische und neurologische Zusatzerkrankungen, Sucht im Alter, Demenzen)
- Qualifizierte* Alkohol- und Drogenentzugsbehandlung (auch für Migranten)
- Behandlung von Sucht und psychischer Erkrankung (Doppel-Diagnose)
- Behandlung chronisch mehrfach beeinträchtigter abhängigkeitskranker Menschen
- WOGE Gesundheitsförderung

*Stationäre Motivationsbehandlung

Weitere Standorte/Angebote

Tagesklinische Angebote

- LWL-Tagesklinik (Warstein)

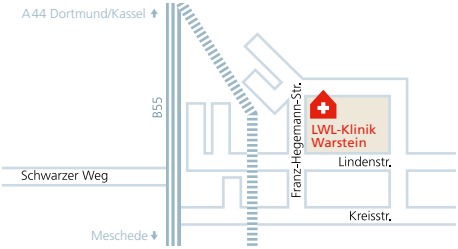
Ambulante Angebote

- LWL-Institutsambulanz (Warstein)

Weitere Einrichtungen

- LWL-Pflegezentrum Warstein
- LWL-Wohnverbund Warstein
- LWL-Institut für Rehabilitation Warstein
- LWL-Rehabilitationszentrum Südwestfalen
- LWL-Akademie für Gesundheits- und Pflegeberufe (in Lippstadt)
- LWL-Fort- und Weiterbildungszentrum

Anfahrt



LWL-Klinik Dortmund

Elisabeth-Klinik
Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychotherapie | Psychosomatik

Anschrift

Marsbruchstraße 162a | 44287 Dortmund
Tel. 0231 913019-0 | Fax 0231 913019-510
E-Mail kjp-dortmund@wkp-lwl.org
www.lwl-jugendpsychiatrie-dortmund.de

Ärztlicher Direktor

Dr. Claus Rüdiger Haas

Chefärztin

Frau Dorothea Rahmann

Spezielle Behandlungsangebote

- Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen, psychotischen Störungen, Depressionen, Schulleistungsstörungen, Schulverweigerung, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsproblemen, Essstörungen und psychosomatischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen
- Familientherapie und -beratung
- Spezialsprechstunde für Kinder und Jugendliche mit exzessivem oder pathologischem Computerspiel- und Internetkonsum
- Spezialsprechstunde für Kinder und Jugendliche mit Essstörungen
- Ambulante Psychotherapiegruppen für Kinder und Jugendliche
- Funktionelle sensomotorische Entwicklungsförderung
- Behandlung von psychischen Störungen infolge belastender Erlebnisse/seelischer Verletzungen)
- Spezialsprechstunde für Migrantenfamilien aus der ehemaligen Sowjetunion
- Heilpädagogisches Therapieangebot, tiergestützte Therapieangebote, Mototherapie

Weitere Standorte/Angebote

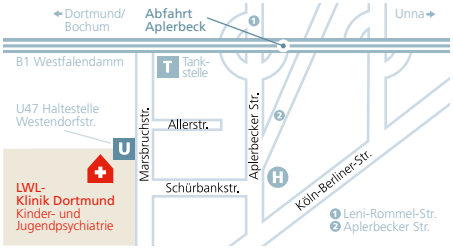
Tagesklinische Angebote

- LWL-Tagesklinik (Dortmund)

Ambulante Angebote

- LWL-Institutsambulanz (Dortmund)

Anfahrt



LWL-Universitätsklinik Hamm

Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychotherapie | Psychosomatik

Anschrift

Heithofer Allee 64 | 59071 Hamm
Tel. 02381 893-0 | Fax 02381 893-1001
E-Mail lwl-uk-hamm@lwl.org
www.lwl-uk-hamm.de

Ärztlicher Direktor

Univ.-Prof. Dr. Dr. Martin Holtmann

Spezielle Behandlungsangebote

- Trauma-Ambulanz
- Behandlung von Essstörungen
- Behandlung von Stimmungsschwankungen (Dialektisch-Behaviorale Therapie)
- Behandlung von Jugendlichen mit Diabetes und begleitenden psychischen Erkrankungen
- Früherkennung und Behandlung von Psychosen und affektiven Erkrankungen (Depressionen und Manien)
- Integrierte Suchtbehandlung: Suchtambulanz, Qualifizierte Entzugsbehandlung, Stationäre Motivationsbehandlung, Entwöhnung und Rehabilitation für Jugendliche und junge Erwachsene (mehr Informationen zur Suchtbehandlung: www.drug-out.lwl.org)
- Eltern-Kind-Behandlung/Familientherapie
- Heilpädagogik, Psychomotorik, Ergotherapie, Arbeitstraining, tiergestützte Therapie, Lichttherapie, Neurofeedback, Kliniksozialdienst

Weitere Standorte/Angebote

Tagesklinische Angebote

- LWL-Tageskliniken (Hamm, Rheda-Wiedenbrück, Gütersloh, Bergkamen, Soest, Warendorf)
- Schmerz-Tagesklinik Hamm

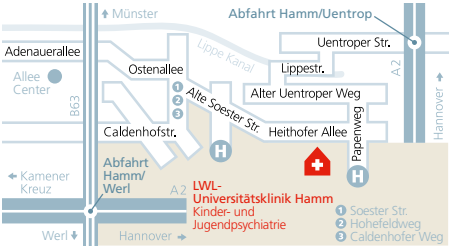
Ambulante Angebote

- LWL-Institutsambulanzen (Hamm, Rheda-Wiedenbrück, Gütersloh, Soest, Bergkamen, Warendorf)

Weitere Einrichtungen

- LWL-Schule im Heithof an der Klinik Hamm

Anfahrt



LWL-Klinik Marl-Sinsen

Haardklinik
Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychotherapie | Psychosomatik

Anschrift

Halterner Straße 525 | 45770 Marl
Tel. 02365 802-0 | Fax 02365 802-2209
E-Mail lwl-klinik.marl@wkp-lwl.org
www.lwl-jugendpsychiatrie-marl.de

Ärztlicher Direktor

Dr. Claus-Rüdiger Haas

Spezielle Behandlungsangebote

- Behandlung von Essstörungen
- Behandlung auf einer Eltern-Kind-Station
- Qualifizierte* Drogenentzugsbehandlung
- Behandlung von längerfristig psychisch kranken Kindern und Jugendlichen mit krankheitsbedingten komplexen kognitiven, emotionalen und psychosozialen Defiziten
- Behandlung von psychomotorischen und sensorischen Entwicklungsstörungen und Sprachstörungen
- Behandlung von hyperkinetischen Störungen
- Behandlung von psychotischen Krankheitsbildern
- Behandlung von Teilleistungsstörungen
- Kunsttherapie, Snoezelen, Sporttherapie, Ergotherapie, Musiktherapie, tiergestützte Therapie

*Stationäre Motivationsbehandlung

Weitere Standorte / Angebote

Tagesklinische Angebote

- LWL-Tageskliniken (Recklinghausen, Borken, Herne, Coesfeld, Gronau, Bottrop)

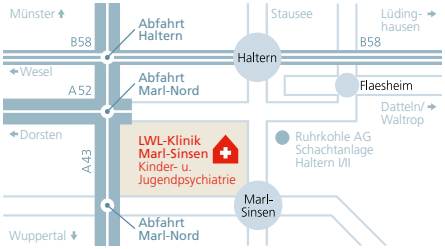
Ambulante Angebote

- LWL-Institutsambulanzen (Marl, Recklinghausen, Coesfeld, Gronau, Borken, Bottrop)

Weitere Einrichtungen

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

Anfahrt



Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen

LWL-Klinik Marsberg

Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychotherapie | Psychosomatik

Anschrift

Bredelarer Straße 33 | 34431 Marsberg
Tel. 02992 601-4000 | Fax 02992 601-3103
E-Mail lwl-kjp-marsberg@lwl.org
www.lwl-jugendpsychiatrie-marsberg.de

Ärztlicher Direktor

Priv.-Doz. Dr. med. Stefan Bender

Chefarzt

Dr. Falk Burchard

Spezielle Behandlungsangebote

- Allgemeine Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Familienpsychiatrie (in Kooperation mit der Marsberger LWL-Klinik für Erwachsenenpsychiatrie)
- Qualifizierte* Drogenentzugsbehandlung für Jugendliche
- Psychotherapie von Essstörungen und Borderline-Erkrankungen (Skills-Training), Traumatherapie
- Therapie von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen, Lernbehinderungen oder leichter geistiger Behinderung

*Stationäre Motivationsbehandlung

Weitere Standorte/Angebote

Stationäre Angebote

- LWL-Kinder- und Jugendklinik Paderborn (Dependance der kinder- und jugendpsychiatrischen LWL-Klinik Marsberg)

Tagesklinische Angebote

- LWL-Tageskliniken (Marsberg, Paderborn, Meschede, Höxter)

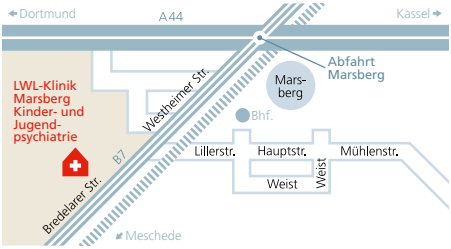
Ambulante Angebote

- LWL-Institutsambulanzen (Marsberg, Paderborn, Meschede, Höxter)

Weitere Einrichtungen

- LWL-Schule in der Klinik Marsberg
- LWL-Wohnverbund Marsberg
- LWL-Pflegezentrum Marsberg
- LWL-Therapiezentrum für Forensische Psychiatrie Marsberg

Anfahrt



»Mein Job ergibt Sinn.

Das gefällt mir. Ich unterstütze Menschen mit Behinderungen dabei, so zu wohnen und zu arbeiten wie alle anderen auch.«

Vera Knappert
Hilfeplanerin in der LWL-Behindertenhilfe Westfalen

Soziales, Psychiatrie, Maßregelvollzug,
Kultur, Jugend und Schule:
Der LWL räumt Barrieren beiseite.
Ganz im Sinn der Inklusion.
www.richtung-inklusion.lwl.org

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Impressum

Wenn die Psyche Hilfe sucht
Ein LWL-Ratgeber

Herausgeber:
Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)
Öffentlichkeitsarbeit der LWL-Abteilung für Krankenhäuser und Gesundheitswesen,
LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen
Hörsterplatz 2
48147 Münster
E-Mail: psychiatrieverbund@lwl.org
Internet: www.lwl-psychiatrieverbund.de
Koordination und Redaktion:
Pamela Hasenjürgen, Carsten Hille, Thomas Profazi
Mitwirkende Autoren:
Priv.-Doz. Dr. med. Stefan Bender,
Dr. Christos Chrysanthou, Dr. Marc-Andreas Edel,
Prof. Dr. Stephan Herpertz, Univ.-Prof. Dr. Dr. Martin Holtmann, Dr. Rüdiger Holzbach, Prof. Dr. Georg Juckel, Dr. med. Ulrich Kemper, Bernd Meißnest,
Dr. med. Ewald Rahn
Gestaltung:
Oktober Kommunikationsdesign, Bochum
Litho und Druck:
Druck & Verlag Kettler GmbH, Bönen
Zweite Auflage:
5.000 Exemplare

© 2019 LWL

Bildnachweis

iStockphoto
Fotolia: Künstler: contrastwerkstatt, pmphoto, drx, mankale, Aleksei Potov, Petro Feketa, Falko Matte
LWL: S. 4, 5, 12, 13, 21, 27, 31, 43, 54, 55, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84
Stephan Wieland, Düsseldorf: S. 50, 66
Gregor Schläger, Hamburg: S. 67

Wege aus der Krise – wir finden sie gemeinsam

LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen.

Seelische Probleme verlangen persönliche Hilfe. Darum gibt es uns:
Der LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen bietet in über 130 Einrichtungen spezialisierte, wohnortnahe Behandlung und Betreuung – für den richtigen Weg aus der Krise.

www.lwl-psychiatrieverbund.de

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.