

## **Selbsthilfegruppen für depressiv kranke Menschen**

### **Selbsthilfe: finden wir gut. Erkenntnisse aus klinischer psychiatrischer, psychotherapeutischer und psychologischer Sicht**

#### **Vorbemerkung**

Einen Beitrag für das Selbsthilfegruppenjahrbuch der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. zu schreiben, ist natürlich eine besondere Ehre. Dazu gehört auch eine kurze Vorgeschichte, welche die Einstellung eines der o. g. Autoren (M.W.) und deren Veränderung zu Selbsthilfegruppen für Depressive im Laufe von über 30-jähriger Arbeit mit depressiv kranken Menschen in ambulanter und vor allem stationärer Behandlung („Depressionsstationen“) zeigt.

1976 wurde im damaligen Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weissenau, Abteilung Psychiatrie I, der Universität Ulm, die erste Depressionsstation als Spezialstation für die Behandlung schwer depressiv kranker Menschen gegründet (Wolfersdorf 1997). Wenige Jahre später musste M.W. zwei studentische Selbsthilfegruppen, die für depressiv kranke Menschen an der benachbarten Fachhochschule für Pädagogik gegründet worden waren, auflösen und einen Teil der Studentinnen und Studenten als Patienten wegen akuter Suizidalität stationär aufnehmen. Damit war für mindestens ein Jahrzehnt eine negative Einstellung zu Selbsthilfegruppen für Depressive bei M.W. zementiert. Das Vorurteil, dass depressiv Kranke sich im stationären Rahmen gegenseitig in ihrer Depressivität noch verstärken, hat M.W. zeitlebens erfolgreich bekämpft. Derzeit gibt es über 90 Depressionsstationen für schwer depressiv Kranke in deutschen Fachkrankenhäusern für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (Wolfersdorf und Müller 2007 a, b). Dass Mitglieder von Selbsthilfegruppen sich nicht gegenseitig verstärken, sondern sich entlasten und fördern können, war M.W. vor dem Hintergrund der genannten Erfahrung (noch) nicht nachvollziehbar. 30 Jahre später, nach Besuchen bei verschiedenen Selbsthilfegruppen für Depressive und bei der Selbsthilfe-Kontaktstelle KISS in Hamburg gehört die Säule „Selbsthilfe“ zur Standardbehandlung der Depression, vgl. Abb. 1 (Wolfersdorf 2008).

Heute geben zahlreiche Depressionsstationen an, mit Selbsthilfegruppen für depressiv kranke Menschen, meist ehemalige stationäre Patienten der eigenen Depressionsstation, zusammenzuarbeiten. Auf vielen Depressionsstationen liegen Informationsflyer aus, die auf das Vorhandensein von Selbsthilfegruppen für depressive Kranke hinweisen. Neben den psychotherapeuti-

**Abb. 1: Akutbehandlung der Depression im Alltag heute**

- Psychotherapie**
- Einzelgespräche, Einzelpsychotherapie
  - Gruppenpsychotherapie
  - Selbstsicherheitstraining
  - Aktivierungsgruppen
  - Entspannungsverfahren
  - Gestaltungstherapie

- Biologische Therapien**
- Antidepressiva
  - Lichttherapie
  - Wachtherapie  
Schlafentzug
  - Sport und Bewegung,  
Gymnastik
  - Elektrokrampftherapie

- Soziotherapie**
- Angehörigengruppe
  - Sozialarbeit
  - Ergotherapie
  - Belastungstrainings
  - rehabilitative  
Lehrendlungsmaßnahmen
  - Leistungserprobung  
und -diagnostik
  - ambulante psychiatri-  
sche Pflege

- Selbsthilfe**
- Selbsthilfegruppen für  
Depressive
  - Selbsthilfegruppen für  
Angehörige

Basis: emphatisch-fürsorgliche therapeutische Beziehung, Aktivierung

schen, den biologischen, den sozialpädagogisch-psychoedukativen Behandlungsmaßnahmen in der akuten Behandlung der Depression und in der Begleitung über die Langzeitstrecke sind Selbsthilfefeansätze heute also selbstverständlich geworden. Der nachfolgende Bericht schildert die Erfahrungen mit der Bayreuther Selbsthilfegruppe, deren Initiierung vom Depressionszentrum des Bezirkskrankenhauses Bayreuth aus ging und die zur Etablierung weiterer Selbsthilfegruppen für depressiv kranke Menschen in Oberfranken gesorgt hat.

## **Einleitung**

Viele depressive Patienten erleben im stationären Rahmen das Zusammen sein mit ebenfalls von der Störung Betroffenen als sehr wichtigen Faktor, der dazu beiträgt, sich angenommen zu fühlen. Auch schildern viele es als entlastend, mit Menschen zusammen zu sein, die die depressiven Symptome aus eigener Erfahrung kennen und daher ohne viele Worte verstehen, welche Probleme durch die Erkrankung auftreten. Dieses Erleben kann nach der stationären Behandlung in einer Selbsthilfegruppe fortgeführt werden. Dieses Wir-Gefühl zu erleben, das sich durch die regelmäßigen Treffen ergibt, ist eine Erfahrung, die viele Patienten als wichtigen Wirkfaktor der Selbsthilfegruppe nennen.

Außerdem bieten sie die Möglichkeit, wieder mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen als mit professionellen Helfern oder der eigenen Familie bzw. dem oft immer kleiner gewordenen Freundes- und Bekanntenkreis. Das Gefühl, nicht mehr mithalten zu können, Angst vor sozialer Interaktion, Insuffizienz-Erleben und ähnliche depressive Symptome mehr haben oft zu einem Rückzug aus Vereinen, Freundeskreisen oder auch aus dem kirchlichen Gemeindeleben geführt. Durch die Selbsthilfegruppe kann so das soziale Netz langsam wieder aufgebaut bzw. das bestehende erweitert werden. Die Teilnehmer treffen dort auf andere Patienten, mit denen der Austausch über Schwierigkeiten in der Familie, mit dem Partner, den nächsten Verwandten und Angehörigen eine wichtige Hilfe ist, da die Angehörigen selbst durch ihre Rolle als Konfliktpartei hier als Ansprechpartner ausfallen.

Wenn Selbsthilfegruppen über längere Zeit bestehen bleiben, können sie so ein wichtiger Baustein für die soziale Einbindung und die kontinuierliche Unterstützung sein, dem eine eminente Bedeutung zukommt. Sie bilden zusätzlich eine Art Schnittstelle zwischen professioneller Begleitung und dem nicht-professionellen sozialen Netz der Patientin – und können so auch als einer der ersten Schritte „nach draußen“ angesehen werden: Da die Gruppen nicht therapeutisch geleitet werden, sondern jede(r) Teilnehmer(in) für sich selbst verantwortlich ist, kann der/die Betroffene so lernen, das Leben wieder mehr in die eigene Hand zu nehmen, Entscheidungen wieder selbständig zu treffen und zu erleben, dass auch andere ihn oder sie trotz der evtl. noch bestehenden Einschränkungen als vollwertiges Mitglied einer Gemeinschaft akzeptieren.

Gute Erfahrungen wurden damit gemacht, bereits während der stationären Behandlung den Kontakt zu Selbsthilfegruppen für depressiv kranke Menschen zu bahnen, etwa durch regelmäßig stattfindende Informationsabende, bei denen Mitglieder der Selbsthilfegruppen aus dem Einzugsbereich des Krankenhauses ihre Gruppe auf Station vorstellen, und durch Aushänge im Stationsbereich, wann und wo die Treffen stattfinden, sowie durch Hinweise in den Behandlungsgesprächen. Hier können Behandlerinnen und Behandler den Patienten auf die Gruppen hinweisen und zusammen mit ihm klären, ob und wie eine Teilnahme vorstellbar ist und welche Vorteile dies haben könnte.

## **Erfahrungen bei der Begleitung der Selbsthilfegruppen am Bezirkskrankenhaus Bayreuth (BKH)**

Als Unterstützung bei der Etablierung einer Selbsthilfegruppe boten wir, zwei stationär arbeitende Diplom-Psychologinnen des Depressionszentrums am BKH Bayreuth, auf Anregung von Prof. Wolfersdorf zwei Abende an, zu denen mögliche Interessentinnen und Interessenten schriftlich oder mündlich eingeladen wurden. Die erste Gruppe fand sich im Januar 2002 zusammen und bestand für ca. zwei Jahre. Im August 2005 wurde dann erneut eine Gruppe aufgebaut, die bis heute (2008) besteht.

Am ersten Abend wurden, von uns moderiert, Vorschläge für die Arbeit der Gruppe besprochen, die Rahmenbedingungen geklärt und ein erstes Kennenlernen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer untereinander zu fördern versucht. Als Beispiel und Anregung eines möglichen Vorgehens wurde an diesem Abend ein Faltblatt der Selbsthilfekontakt- und Informationsstelle NAKOS genutzt (s. u.). Die dort empfohlene Gruppengröße von 6-12 Teilnehmer(inne)n hat sich bewährt. Es ist sinnvoll, regelmäßige Termine zu vereinbaren, zu denen die Teilnehmer auch verbindlich erscheinen oder sich ggfs. bei einem Gruppensprecher abmelden, wenn ein Termin nicht wahrgenommen werden kann. Die Treffen sollten, wenn möglich, an einem neutralen Ort, also nicht in der Wohnung eines Teilnehmers stattfinden, der sich dann als „Gastgeber“ fühlen müsste. Sie können dem Austausch von Erfahrungen mit der Erkrankung und deren Bewältigung dienen, doch auch gemeinsame Unternehmungen im Sinne der Wiederaufnahme von Aktivität und Planen angenehmer Unternehmungen können hilfreich sein. (Weitere Vorschläge und Anregungen s. u.)

Am zweiten Abend zogen wir uns nach kurzer Anmoderation aus der Gruppe in einen Nebenraum zurück. Die Teilnehmer konnten so versuchen, ohne Moderation miteinander in ein Gespräch zu kommen. Wir boten an, uns bei Bedarf wieder in die Gruppe zurückzurufen, was jedoch nicht notwendig wurde. Ab dem dritten Abend traf sich die Gruppe ganz ohne professionellen Helfer.

## Die Sichtweise der Gruppe

Um einen Einblick in die derzeitige Arbeit der Selbsthilfegruppe zu bieten, wurden den beiden Gruppensprecherinnen im Dezember 2007 sechs Fragen gestellt, mit der Bitte, diese in der Gruppe zu diskutieren und die Antworten wieder an uns zurückzugeben. Sie werden im Folgenden kurz referiert:

1. Wie viele Mitglieder hat die SHG derzeit? Wie hat sich die Mitgliederzahl im Verlauf der Jahre seit der Gründung verändert?

Anfangs 20, derzeit noch 10 Personen. Vier Teilnehmer(innen) seien seit Beginn der Gruppe dabei, zwei seien nach Auflösung einer zeitweilig gleichzeitig bestehenden Parallelgruppe dazugekommen, die anderen seien durch Flyer, die im BKH ausliegen, auf die Gruppe aufmerksam geworden. Die meisten Mitglieder seien ehemalige stationär im BKH behandelte Patientinnen. Zwei Jahre lang hätten zwei Personen teilgenommen, die nicht vorher stationär behandelt waren, sondern sich außerhalb der Klinik in psychotherapeutischer Behandlung befunden hätten.

2. Wie ist der Ablauf der SHG-Treffen im Moment? Hat sich etwas verändert? Sind noch Vorgehensweisen vom Beginn der SHG gleich geblieben (Anfangs- und Schlussrunde, Moderation etc.) oder hat sich mittlerweile vielleicht auch ein „eigener Stil“ entwickelt?

Die ursprünglich vorgeschlagenen Anfangs- und Schlussrunden bestünden weiterhin. Jede(r) Teilnehmer(in) berichte über sein/ihr Befinden. Wenn jemand ausführlicher über ein Problem sprechen wolle, dürfe er/sie sich die Zeit nehmen. Die anderen Gruppenteilnehmer(innen) brächten dazu ihre Erfahrungen ein. Das Gefühl, sich etwas „von der Seele reden“ zu dürfen und dabei auf Verständnis zu stoßen, sei oft schon sehr hilfreich. Wenn es so scheine, als ob ein(e) Teilnehmer(in) – oft ein neues Mitglied – sich noch nicht getraue, ein eigenes Problem zu schildern, werde vorsichtig nachgefragt. Bisher sei dies vom Betreffenden immer als Erleichterung erlebt worden. Stünden keine Probleme an, werde auch mal über andere Themen gesprochen, auch über solche, die nicht mit der Krankheit in Zusammenhang stünden.

3. Würden Sie anderen Betroffenen raten, auch in eine SHG zu gehen?

Ja, die Gruppe wird als empfehlenswert eingeschätzt. Die bisherigen Teilnehmer(innen) hätten sich positiv über ihren Besuch geäußert. Als hilfreich wird die Möglichkeit geschildert, sich die Beiträge, die auf den einzelnen zutreffen, auszuwählen und für sich zu nutzen. Falle ein Termin aus (z.B. feiertagsbedingt), werde die Gruppe von vielen vermisst und die Zeit bis zum nächsten regulären Treffen (also vier Wochen) als zu lang empfunden. Die Gruppe trifft sich üblicherweise 14-tägig.

### 5. Welche Vorteile der SHG-Arbeit sehen Sie?

Die meisten Teilnehmer(innen) geben an, dass es ihnen nach den Treffen vom Befinden her besser gehe als zuvor. V.a. die Möglichkeit, Erfahrungen auszutauschen, z.B. auch solche, die man mit Ärzten, Therapeuten und Medikamenten gemacht habe, oder über verschiedene Formen der Erkrankung (z.B. Depressionen nach konkreten auslösenden Situationen vs. solchen, bei denen zunächst keine „Ursache“ erkannt werden kann) und die gegenseitige Unterstützung würden als hilfreich erlebt.

### 6. Welche Schwierigkeiten traten im Verlauf der Jahre auf, und wie konnten diese bewältigt werden? Gibt es Probleme, die noch nicht gelöst sind?

Bis auf einen nicht näher ausgeführten Vorfall nennt die Gruppe keine größeren Schwierigkeiten. Das erwähnte Problem habe zu Unruhe geführt, konnte aber wieder behoben werden. Anfangs seien Teilnehmerinnen einfach weggeblieben, ohne die Gruppe zu informieren. Mittlerweile würden sich diejenigen, die nicht mehr teilnehmen wollen oder können, bei den anderen abmelden. Es bestehe zu diesen ehemaligen Mitgliedern noch telefonischer Kontakt.

### 6. Was sollte eine neu zu gründende SHG beachten?

Als hilfreich werden die oben genannten Vorschläge für „Gruppenregeln“ genannt, u.a. Schweigepflicht nach außen. Auch die Vereinbarung, sich zunächst für 10 Sitzungen zur Teilnahme zu „verpflichten“, wird als sinnvoll hervorgehoben, wenngleich dies bei der bestehenden Gruppe nicht von Anfang an wie erwünscht funktioniert habe. So könne eine ausreichende Gruppengröße erreicht werden, ohne die ein regelmäßiges Treffen schwer zu gewährleisten sei.

## **Infoblatt für die Selbsthilfegruppen**

Der Text wurde entnommen aus dem Faltblatt „Tipps für die Arbeit von Selbsthilfegruppen – Aus Erfahrungen lernen“ der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen, NAKOS, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V., Stand 2000, gekürzt und ergänzt von Andrea Heindl.

Rahmenbedingungen:

- Gruppengröße: ca. 6-12 Teilnehmer;
- Neutrale Umgebung (nicht: Privatwohnung eines Teilnehmers, der sonst „Gastgeber“ sein müsste, außerdem wären dort mehr Störungen zu erwarten (Telefon, Kinder etc.);
- Häufigkeit und Dauer der Treffen verbindlich festlegen (z.B. wöchentlich je eineinhalb Stunden);
- Verbindlichkeit ist v.a. in der Anfangsphase wichtig, damit sich die Vertraulichkeit einstellen kann, die für eine effektive Arbeit der SHG nötig ist. Bewährt hat sich, zu Beginn die Teilnahme für einen bestimmten Zeitraum (z.B.

10 Treffen) verbindlich zu verabreden und danach über ein Weiterbestehen der Gruppe zu beschließen;

- Regelmäßigkeit der Teilnahme: Wenn ein Teilnehmer nicht kommen kann, soll er dies vor der Sitzung mitteilen bzw. sich von einem Mitglied entschuldigen lassen;
- Pünktlichkeit (sowohl Beginn als auch Ende der Gruppe);
- Sitzordnung: geschlossener Kreis;
- Kein Essen, Trinken oder Rauchen während der Treffen, eine konzentrierte Atmosphäre schaffen (besser: sich zusätzlich zu anderer Zeit zu einen „gemütlichen Abend“ verabreden);
- Ausscheiden aus der Gruppe: Nicht einfach „wegbleiben“, sondern der Gruppe mitteilen, dass und warum man ausscheiden möchte. So können evtl. Konflikte bereinigt werden, was evtl. ein Verbleiben in der Gruppe ermöglicht, bzw. wird ein klarerer Abschluss für den ausscheidenden und die bleibenden Teilnehmer geschaffen;

Zur Arbeit in der Gruppe:

- Keine „stets harmonische Atmosphäre“ erwarten – Konflikte und Probleme treten in jeder Gruppe auf. Gerade die SHG kann ein gutes Übungsfeld dafür bieten, besser mit Konflikten umgehen zu lernen, was gerade bei Menschen, die unter Depressionen leiden, besonders wichtig ist, da diese erfahrungsgemäß oft Probleme damit haben, Konflikte auszuhalten und auszutragen;
- Blitzlicht-Runde zu Beginn und Ende jeder Sitzung: Jeder berichtet kurz über seine derzeitigen Gefühle und Erwartungen; solche Runden können auch eingesetzt werden, wenn das Gespräch ins Stocken gerät oder wenn Schwierigkeiten auftauchen;
- Gesprächsverlauf ist offen. Die Gruppe kann sich ein Thema wählen, über das sie in der jeweiligen Sitzung sprechen möchte;
- Jede(r) ist für sich selbst verantwortlich. Es gibt keine feste Leitung. Die Aufgaben innerhalb der Gruppe (z.B. Kontakt nach außen, Werben neuer Gruppenmitglieder, Absprachen mit der Institution, die die Räumlichkeiten zur Verfügung stellt, etc.) sollen von allen wahrgenommen werden. Es kann zu Beginn der Sitzung ein Gruppenleiter bestimmt werden, der die Runde eröffnet, beschließt und währenddessen darauf achtet, dass die Gesprächsregeln eingehalten werden. Diese Aufgabe sollte aber reihum und jedes Mal von einem anderen Teilnehmer wahrgenommen werden;
- Es kann immer nur einer sprechen. Möglichst die „Ich-Form“ (nicht: „man“, nicht: „wir“) verwenden. Sich direkt an die anderen Teilnehmer wenden, mit ihnen sprechen, nicht über sie;
- Sprechen über eigene Gefühle, Gedanken, Verhaltensweisen, nicht über Außenstehende („mein Mann/meine Frau/Kind/Mutter/Freundin...“);
- Möglichst offen über Gefühle sprechen;
- Störungen haben Vorrang: Wer nicht mehr zuhören kann, sollte das möglichst bald ansprechen, die Gruppe sollte dann den Verlauf unterbrechen und sich zunächst der Störung zuwenden;

- Eigenständigkeit respektieren: Kein „Richtig“ oder „Falsch“, nicht bewerten oder kritisieren, sondern die Meinung des anderen so stehen lassen. Keine Ratschläge, keine Versuche, den anderen zu „therapieren“!
- Probleme dürfen offengelassen werden. Keinen zeitlichen Druck aufbauen. Geduld mit sich und den anderen haben, wenn häufig dieselben Probleme geäußert werden. Keine „Warum-Fragen“, die von den Erfahrungen und Gefühlen wegleiten;
- Schweigepflicht nach außen: Was in der Gruppe besprochen wird, bleibt in der Gruppe – das gilt auch für Partner und Angehörige!

## Literatur

- Geislinger R (2007) Selbsthilfe im Bereich depressiver und bipolarer Störungen. In: „Kerbe“ – Forum für Sozialpsychiatrie 25 (2), S. 21 – 23
- Höflich A, Meyer F, Matzat J, Beutel ME (Hrsg.) (2007) Selbsthilfegruppen für psychisch und psychosomatisch Kranke. Zugangswege, Barrieren, Nutzen. Herausgegeben vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen. Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaften, Bremerhaven
- Matzat J (2004) Angst, Panik, Depression – Themenwechsel in der Gesundheitsselfhilfe? In: Koskon Koordination für Selbsthilfe in NRW (Hrsg.) Im Blickpunkt: Angst Panik Depression, S. 65 – 73
- Matzat J (2004) Wegweiser Selbsthilfegruppen. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Matzat, J, Spangenberg N (1989) Selbsthilfegruppen in der Nachsorge nach stationärer psychotherapeutischer Behandlung In: Söllner W, Wesiak W, Wurm B (Hrsg.) Sozio-psycho-somatik. Gesellschaftliche Entwicklungen und psychosomatische Medizin. Springer, Berlin
- Wolfersdorf M (Hrsg.) (1997) Depressionsstationen / Stationäre Depressionsbehandlung. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Wolfersdorf M (2007) Depression – eine Krankheit unserer Zeit? Zur Epidemiologie, Phänomenologie und Therapie aus klinischer Sicht heute. In: „Kerbe“ – Forum für Sozialpsychiatrie 25 (2), S. 7 – 11
- Wolfersdorf M (2008) Depression. Die Krankheit bewältigen. BALANCE Buch plus Medien Verlag, Bonn
- Wolfersdorf M, Müller B, AK Depressionsstationen (2007 a) Arbeitskreis Depressionsstationen – ein Überblick zum aktuellen Stand 2005. In: Psychotherapie im Alter 4 (4), S. 129 – 136
- Wolfersdorf M, Müller B, AK Depressionsstationen (2007 b) Zur Situation der stationären Depressionsbehandlung in Deutschland. In: Psychiat. Prax. 34 (suppl. 3), S. 277 –S 280

Dr. phil. Andrea Heindl ist Diplom-Psychologin und Psychologische Psychotherapeutin. Sie arbeitet im Depressionszentrum des BKH Bayreuth (Station A1) und leitet die Depressionsambulanz der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Bezirkskrankenhaus Bayreuth. Ulrike Rupprecht ist ebenfalls Diplom-Psychologin und Psychologische Psychotherapeutin. Sie arbeitet auf der Station A5 und ist Psychologische Leiterin der Depressionsstation (Station A5). Das „Depressionszentrum“ umfasst 3 Stationen (A1, A5, G3) in der selben Klinik. Prof. Dr. med. Dr. h. c. Manfred Wolfersdorf ist Arzt für Psychiatrie – Psychotherapie – und Arzt für Psychosomatische Medizin, Ärztlicher Direktor und Chefarzt dieser Klinik. Er hat 1976 zusammen mit einer Krankenschwester, einem Psychologen und seinem damaligen Chef die erste Depressionsstation in Deutschland gegründet. Heute leitet er den Arbeitskreis Depressionsstationen Deutschland/Schweiz.