

Umgang mit depressiven und resignierten Flüchtlingen

1) Zu Begriff und Abgrenzung

Depression bedeutet niedergedrückt oder depressiv gestimmt. Die depressive Verstimmung ist vom Gefühl der Trauer zu unterscheiden. Das Erleben von Trauer ist eine normale Reaktion auf einen erlebten Verlust. Die Trauer klingt von alleine wieder ab, die depressive Stimmung bleibt Tage und Wochen. Die Neigung mit Resignation und Hoffnungslosigkeit auf Ereignisse zu reagieren kann sekundär zu einer depressiven Stimmungsbildung beitragen.

Früher wurde eine Depression auch als endogen bezeichnet, d. h. es gab eine im Menschen verborgene Ursache. Heute ist sie durch die „große Depression vom melancholischen Typ“ ersetzt worden. Charakteristisch ist für sie ein phasenhafter Verlauf, tageseitliche Schwankungen, Morgentief, Schlaf- und Appetitstörungen sowie Verlust des sexuellen Verlangens. Etwa 10% der Bevölkerung erkranken einmal in ihrem Leben an einer Depression. Neu hinzu gekommen ist das „burn-out“ als berufliches Ausgebranntsein.

2) Woran erkennt man eine Depression?

Depressive Symptome sind die depressive Stimmungslage, der Antriebsmangel, das Wertlosigkeitserleben bis hin zu Suizidgedanken, aber auch psychomotorische Unruhe, Schlaflosigkeit und Morgentief. Die Episode kann mit leicht, mittel oder schwer eingestuft werden. Die Symptome müssen wenigstens 14 Tage lang bestehen.

3) Was sind die Ursachen der depressiven Störung

Allgemein gilt ein biologisch-psychologisch-soziales Verursachungsmodell. An biologischen Wirkfaktoren konnte z. B. eine veränderte Transmitterkonzentration in der postsynaptischen Nervenzelle gefunden werden. Bei psychosozialen Wirkfaktoren spielen insbesondere Trennungs- und Verlusterlebnisse, Zukunfts- und Perspektivlosigkeit, chronische Belastungen im Alltag oder der anhaltender Mangel an Befriedigung zentraler Bedürfnisse eine Rolle. Einige klinisch bekannte Persönlichkeitstypen neigen stärker zur Ausprägung depressiver Stimmungen als andere.

4) Beispiel für ein Behandlungsmodell

In der Verhaltenstherapie wird die Aufrechterhaltung der depressiven Symptomatik dem fehlenden Bewältigungsverhalten zugeschrieben. Statt Selbsteffizienz sind Gefühle von innerer Leere, Hilflosigkeit, Resignation, und Selbstbestrafung vorherrschend. Im kognitiven Modell kann andauernde Enttäuschung als Reaktion auf Mißerfolgserlebnisse zu einer resignativen Haltung und zur Mißerfolgserwartung führen.

5) Behandlungsmaßnahmen und -ziele in der klinischen Verhaltenstherapie

Dort werden gewöhnlich Symptombesserung und Rückfallprophylaxe angestrebt. Auch Aktivitätsaufbau, positive Erfahrungen machen, in Kontakt mit Menschen treten stehen auf dem Behandlungsplan. Neben psychotherapeutischer Hilfe werden auch Psychopharmaka eingesetzt.

6) Wie sieht es im Kontext von Migration aus?

Bei Flüchtlingen dürfte insbesondere die aktuelle oder schon länger andauernde Belastungssituation (akute Belastungsreaktion, Anpassungsstörung) eine Rolle spielen. Als Stressoren/Auslöser kommen in Frage: Mangelzustände in Flüchtlingsunterkünften, Zukunfts- und Perspektivlosigkeit bei Ausbleiben von Deutsch- und Integrationskursen, Verbot der Arbeitstätigkeit oder Erhalt eines Ablehnungsbescheids durch das BAMF. Wirkt der Flüchtling in seiner Reaktion auf diese Umstände hoffnungs- und ratlos oder depressiv gestimmt?

7) Wodurch kann die depressive Stimmung oder Resignation gebessert werden?

- Aufklärung über deutsches Gesundheitssystem (Gesundheitskarte)
- Vermittlung in professionelle Behandlung bei depressiver Stimmung (ambulant hausärztlich, fachärztlich oder psychotherapeutische Hilfe)
- Krisenhilfe, z. B. bei depressiver Krise und Suizidgedanken (stationäre Behandlung, Notarzt rufen)
- Hilfe bei der Bewältigung der aktuellen Belastungen/Stressoren
- Erfahrung der „Selbsteffizienz“ machen statt Hilflosigkeit
- Entgegentreten der Selbstabwertung/-bestrafung, auf positive Ereignisse verweisen statt der selektiv negativen Selbstwahrnehmung, realistische Aktivitäten planen statt depressiver Antriebsmangel, Rückzugsverhalten ändern