



# Nieder Geschlagen?

Gewalt, Trauma und Depression  
– geschlechtsspezifische Betrachtungen



## VORWORT

Wenn von Depressionen die Rede ist, werden Gewalterfahrungen als Auslöser oftmals nicht in Betracht gezogen. Depressionen sind jedoch eine der am häufigsten auftretenden Traumafolgestörungen. In der gesundheitlichen Versorgung zeigen sich eine Reihe von Defiziten. So bleiben Gewalterfahrungen und daraus resultierende Traumata als Auslöser für Depressionen häufig unerkannt, depressive Symptome werden bei Menschen, die Gewalt erfahren haben, auch leicht übersehen. Eine zu späte Behandlung oder Fehlbehandlung kann zu jahrelangen chronischen Beschwerden führen.

Die AG Gender und Depression im Bündnis gegen Depression in der Region Hannover hat im Jahr 2010 zwei Tagungen zu diesem Thema durchgeführt, da das Interesse außerordentlich hoch war. In der Dokumentation werden diese beiden Tagungen zusammengeführt.



## **NIEDERGESCHLAGEN?**

### **GEWALT, TRAUMA UND DEPRESSION – GESCHLECHTSSPEZIFISCHE BETRACHTUNGEN**

Beide Fachtagungen zum Thema Gewalt, Trauma und Depression wurden in Kooperation mit folgenden Organisationen entwickelt:

- Team Gleichstellung der Region Hannover
- Lebensberatung im [ka:punkt]
- Bestärkungsstelle Hannover e. V.
- Männerbüro Hannover e. V.
- Ada-und-Theodor-Lessing-Volkshochschule Hannover
- FrauenMädchenGesundheitsZentrum Region Hannover e. V.
- Frauentreffpunkt e. V.
- Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.



## INHALTSVERZEICHNIS

Begrüßungen auf der Tagung 09. Juni 2010 \_\_\_\_\_ 6

- Frau Mundt
- Frau Thiel
- Prof. Dr. Garlipp

Begrüßungen auf der Tagung 23. August 2010 \_\_\_\_\_ 11

- Frau Dr. Goesmann
- Herr Schlieckau

Begrüßung Frau Dr. Sonntag \_\_\_\_\_ 14

Vortrag Frau Huber \_\_\_\_\_ 15

Podiumsdiskussion auf der Tagung 09. Juni 2010 \_\_\_\_\_ 28

- Edeltraud Jäger
- Michaela Huber
- Prof. Dr. med. Petra Garlipp
- Gertrud Corman-Bergau
- Dr. Margarethe Wegenast
- Maren Otto
- Almut Koesling

Podiumsdiskussion auf der Tagung 23. August 2010 \_\_\_\_\_ 46

- Dr. Ute Sonntag
- Michaela Huber
- Dr. Almut Koesling
- Dr. Thorsten Sueße
- Dr. Ruth Sonnenberg
- Dr. Margarethe Wegenast

Impressum \_\_\_\_\_ 64

## BEGRÜSSUNGEN AUF DER TAGUNG 09. JUNI 2010

*Petra Mundt*

Sehr geehrte Frau Thiel, sehr geehrte Frau Prof. Dr. Garlipp, sehr geehrte Frau Huber, liebe Bündnispartnerinnen und Podiumsteilnehmerinnen, liebe Gäste.

Ich freue mich, Sie als Gleichstellungsbeauftragte der Region Hannover zur Fachveranstaltung „Nieder geschlagen – Gewalt, Trauma und Depression – Geschlechtsspezifische Betrachtungen“ begrüßen zu dürfen. Wie auch schon die erste Fachtagung im August 2009 hat die Arbeitsgruppe „Gender und Depression“ diese Veranstaltung heute vorbereitet. Ihr ist es gelungen, Sie, Frau Huber, als Referentin zu gewinnen. Und wie aus den zahlreichen Anmeldungen zu sehen, ein sehr guter und gelungener Griff.

Das Bündnis gegen Depression in der Region Hannover ist einmalig. Bundesweit ist es das einzige Bündnis, indem eine Arbeitsgruppe „Gender und Depression“ besteht und vor allem so aktiv arbeitet. Die Initiative dafür ging vom Runden Tisch Frauen- und Mädchengesundheit in der Region Hannover aus. Der Runde Tisch Frauen- und Mädchengesundheit ist seit der Regionsgründung 2001 bei uns im Team Gleichstellung angesiedelt. Es sind ca. 80 Teilnehmerinnen aus unterschiedlichen Einrichtungen, Beratungsstellen und Institutionen vertreten. Schwerpunktthema in den Sitzungen des Runden Tisches ist immer wieder der geschlechtssensible Blick auf Gesundheitsfragen. Im Jahre 2008 hat er sich z.B. verstärkt mit dem Thema HPV-Impfungen beschäftigt.



2009 kam das Thema Gender und Depression hinzu. Schon die erste Fachveranstaltung im letzten Jahr hat gezeigt, wie wichtig eine geschlechtsspezifische Betrachtungsweise von Depression ist. Wir freuen uns, dass wir Ihnen heute die Dokumentation der Tagung aus dem letzten Jahr präsentieren können.

Für die Vorbereitung der heutigen Tagung geht mein herzlicher Dank an die Vorbereitungsgruppe. Außerdem bedanke ich mich bei Frau Dr. Sonntag und Frau Jäger dafür, dass sie die Moderation heute übernehmen. Auch dem Sitzungsteam und vor allem meinem Team sage ich einen herzlichen Dank.

Warum ist mir, genau wie Ihnen, diese Tagung heute so wichtig? Sie wissen, dass zu unserer Arbeit im Team Gleichstellung auch die Auseinandersetzung mit häuslicher Gewalt oder anderen erlebten Traumata gehört. Durch erlebte Gewalt können Frauen in eine Depression geraten, die oftmals nicht erkannt wird und sich chronifizieren kann. Für die Erstberatung nach häuslicher Gewalt finanziert die Region Hannover die Koordinierungs- und Beratungsstelle gegen häusliche Gewalt der AWO. Weiterhin finden Frauen nach Gewalterfahrungen Aufnahme im Frauenhaus der Region Hannover der AWO. Auch andere Frauenberatungsstellen, die die Nachsorge der von Gewaltbetroffenen Frauen übernehmen, werden durch die Region Hannover finanziell unterstützt.



Treffen diese und alle weiteren bestehenden Angebote für die geschlechtsspezifische Prävention und gesundheitliche Versorgung auch die Bedürfnisse der Betroffenen? Darüber diskutieren die Expertinnen in der Podiumsdiskussion. Ich freue mich auf den Vortrag von Michaela Huber und auf viele neue Erkenntnisse.

Jetzt übergebe ich das Wort an Sie, liebe Frau Thiel. Sie haben als Finanzdezernentin und Dezernentin für die öffentliche Sicherheit und Gebäude jetzt auch den Bereich Gesundheit von unserem Sozialdezernenten Herrn Jordan übernommen. Herzlich willkommen.

[Petra.Mundt@region-hannover.de](mailto:Petra.Mundt@region-hannover.de)

## Barbara Thiel

Sehr geehrte Frau Mundt, verehrte Frau Huber, verehrte Frau Prof. Garlipp, verehrte Gäste, meine sehr geehrten Damen und Herren.

Die Arbeitsgruppe „Gender und Depression“ des Bündnisses gegen Depression in der Region Hannover veranstaltet bereits zum zweiten Mal eine Tagung. Unter dem heutigen Titel „Nieder geschlagen - Gewalt, Trauma und Depression Geschlechtsspezifische Betrachtungen“ möchte ich Sie alle in den Räumen der Region Hannover herzlich willkommen heißen. Ich freue mich sehr, dass es gelungen ist, eine Veranstaltung zu diesem schwierigen, aber sehr bedeutenden Thema zu organisieren und dass sich das Team Gleichstellung in der Region so aktiv in Fragen zur Gesundheit unter frauenpolitischen Aspekten engagiert. Sie alle, die Sie hier heute anwesend sind, zeigen durch Ihre Anwesenheit, wie wichtig dieses Thema ist und ich bin geradezu überwältigt davon, wie viele Anmeldungen es aus dem ganzen Bundesgebiet und aus so vielen unterschiedlichen Einrichtungen für die heutige Veranstaltung gegeben hat. Vielen Dank an Sie alle.

Die heutige Fachtagung widmet sich dem Zusammenhang zwischen Gewalterfahrung, Traumata und Depression. Es sollen Möglichkeiten der Sensibilisierung aller Fachkräfte im Gesundheitswesen, z. B. Ärztinnen und Ärzte, aber auch Therapeutinnen und Therapeuten dargestellt und entwickelt werden. Dabei wird es nicht nur darum gehen, eine Depression, die durch Gewalterfah-



ung ausgelöst worden ist, überhaupt zu erkennen, sondern auch darum zu erkennen, wenn hinter einer Depression ein Trauma steckt. Die Expertinnen auf dem Podium werden abschließend darüber diskutieren, welche Anforderungen an eine geschlechtsspezifische Prävention und an die gesundheitliche Vorsorge Betroffener zu stellen sind. Sie werden außerdem der Frage nachgehen, wie die gesundheitliche Versorgung ausgestaltet sein sollte bzw. sein muss.

Ich danke natürlich auch an dieser Stelle allen, die diese Veranstaltung organisiert, vorbereitet, geplant und ermöglicht haben, ganz besonders Frau Mundt, die sich sehr aktiv eingebracht hat. Ich möchte ebenfalls ganz gern den fleißigen Helferinnen und Hel-

fern danken, die hier im Hintergrund im Rahmen unseres Sitzungsdienstes dafür sorgen, dass Sie, verehrte Gäste, sich wohl fühlen.

Ich hoffe und wünsche mir, dass diese Tagung neue Blickwinkel eröffnet und dass sich neben allgemeinen Erkenntnissen durch Ihre Impulse letztlich auch die Versorgungssituation in der Region Hannover verbessern wird. Ich wünsche Ihnen allen einen regen Austausch und übergebe das Wort an Frau Prof. Garlipp, die Sie als Vertreterin des Bündnisses gegen Depression in der Region Hannover jetzt begrüßen wird. Vielen Dank.

Barbara Thiel, Regionsrätin der Region Hannover,  
Leitung Dezernat I, Finanzen und Gebäudewirtschaft,  
E-Mail: [Barbara.Thiel@region-hannover.de](mailto:Barbara.Thiel@region-hannover.de)

*Prof. Dr. Petra Garlipp*

Meine sehr verehrten Damen und Herren.

Ich freue mich sehr, Sie heute hier im Namen des Bündnisses gegen Depression in der Region Hannover begrüßen zu dürfen. Nach einem Jahr Vorbereitungszeit hat das Bündnis am 1. Oktober 2008 seine Arbeit aufgenommen. Es ist ein Zusammenschluss von betroffenen Personen, Angehörigen und im Gesundheitsbereich Tätigen, die sich mit dem Thema Depression befassen. Auch andere gesellschaftliche Gruppen, z.B. Kirchen, sind im Bündnis vertreten. Ziel ist es, durch eine umfassende Informations- und Wissensvermittlung die Schwelle für Betroffene und Angehörige, eine Beratung und Behandlung aufzusuchen, zu senken und die bereits vorhandene Vernetzung der Hilfsangebote in der Region Hannover zu verbessern. Das Bündnis setzt sich aus vier Arbeitsgruppen zusammen, die die Depression in unterschiedlichen Lebensphasen abbilden: „Depression in Kindheit und Jugend“, „Depression im mittleren Lebensalter“, „Depression im höheren Lebensalter“ sowie „Gender und Depression“. Die Arbeitsgruppe „Gender und Depression“ ist in Deutschland einmalig. Sie hat inzwischen sogar den bundesweiten Informationsflyer, der allen lokalen Bündnissen vom Deutschen Bündnis gegen Depression zur Verfügung gestellt wird, nach genderspezifischen Aspekten überarbeitet. In der klinischen Arbeit wird deutlich, dass biografisch prägende Vorfälle, auch traumatischer Natur, bei depressiv Erkrankten nicht selten berichtet werden. Häufig wird auch etwas, was ich



mit dem Begriff „niedergedrückt“ bezeichnen möchte, von Patientinnen und Patienten geschildert – z.B. eine Kindheit oder eine soziale Situation, die von einer Atmosphäre der Ungewissheit, des nicht einschätzbaren Verhaltens wichtiger Bezugspersonen, latenter Bedrohungen, des mangelnden sicheren Haltes oder der mangelnden sozialen Unterstützung geprägt ist. Depression, Angststörungen oder eine posttraumatische Belastungsstörung können Folgen dieser genannten Erfahrungen sein. Ich freue mich daher sehr auf den heutigen Vortrag und die Diskussion dieser Zusammenhänge. Ich wünsche den Organisatorinnen im Namen des Bündnisses ein gutes Gelingen und uns allen einen aufschlussreichen Nachmittag. Vielen Dank.

Prof.in Dr. med. Petra Garlipp, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, E-Mail: [garlipp.petra@mh-hannover.de](mailto:garlipp.petra@mh-hannover.de)

## BEGRÜSSUNGEN AUF DER TAGUNG 23. AUGUST 2010

*Dr. Cornelia Goesmann*

Sehr geehrte Frau Mundt, sehr geehrte Frau Dr. Sonntag, meine sehr verehrten Damen und Herren.

Mein Name ist Cornelia Goesmann. Ich bin Vorsitzende der Bezirksstelle Hannover der Ärztekammer Niedersachsen und freue mich, dass wir wieder einmal für eine so hochkarätige Veranstaltung unseren Saal zur Verfügung stellen können und Sie herzlich hier begrüßen dürfen. Es ist mir eine besondere Ehre und Freude, so viele Organisationen wieder zu treffen, mit denen die Ärztekammer in den letzten Jahren sehr eng zusammen gearbeitet hat, z.B. die Bestärkungsstelle, das Sozialministerium oder auch die Landesvereinigung für Gesundheit. Es war mir ein besonderes Anliegen, dass Sie heute hier in den Räumen der Ärztekammer tagen können, da ich in der Arbeitsgruppe „Häusliche Gewalt“ vier Jahre lang mit Ihnen zusammen gearbeitet und etliche Veranstaltungen gemacht habe und wir gemeinsam einiges auf Bundesebene anschieben konnten. Wir haben federführend die kompetente Behandlung von Gewaltopfern durch das Gesundheitswesen vorangetrieben und initiiert. Heute liegt es mir sehr am Herzen, die Themen häusliche Gewalt und Depression miteinander zu verknüpfen: Gewalt macht krank. Gewalt erzeugt psychische Störungen, die behandelt werden müssen. Gewalt trifft vor allem die Schwachen unserer Gesellschaft und das sind eben die Frauen und Kinder. Und diese Gruppen leiden dann besonders an den Folgen, z.B. an Depression. Wir müssen ein besonderes Augenmerk darauf legen, wie die präventive und thera-

peutische Arbeit unter genderspezifischen Gesichtspunkten verbessert werden kann. Das ist es, was Sie heute hierher geführt hat und das ist es auch, was mich die ganzen Jahre angetrieben hat.

Noch ist die AG Gender und Depression federführend auf ihrem Gebiet. Dennoch, und das erfreut uns, verändert sich einiges. Die Themen Depression und Gewalt sind in den letzten zehn Jahren aus der Tabuzone herausgekommen – nicht zuletzt durch Ihr Engagement und das, was wir noch in Zukunft gemeinsam gestalten können. Auch international verändert sich einiges. Vor zwei Wochen war ich zum Weltärztinnenbund-Kongress in Münster, bei dem 700 Ärztinnen aus der ganzen Welt vor allem die Themen Gewalt, häusliche Gewalt und Gewalt gegen Frauen erörtert haben. Daran können wir erkennen, dass auch die Globalisierung solche Themen aufgreift, und wir können sagen, dass wir von Anfang an dabei waren. Dass Sie das Thema heute fortführen, freut mich sehr.

Eines möchte ich noch zum Tagungstitel „Nieder-geschlagen“ sagen. Es ist ein wunderbares, wenn auch zeitgleich schreckliches Wortspiel. Es zeigt, dass auch mit altbekannten Worten ausgedrückt werden kann, was bei einer Depression eigentlich passiert. Es war immer unser Anliegen, weltweit gegen Gewalt vorzugehen und für die Belange von Opfern zu kämpfen. Ich darf Ihnen weiterhin anbieten, Ihnen unserer Räume und unsere Kooperation zur Verfügung zu stellen, wann immer es uns möglich ist. Ich wünsche Ihnen jetzt einen ganz spannenden Verlauf der Veranstaltung und weiterhin viel Engagement. Vielen Dank.

## Lothar Schlieckau

Sehr verehrte Damen und Herren.

Ich freue mich, dass ich Sie heute als einer der Sprecher des Bündnisses gegen Depression in der Region Hannover begrüßen darf. Das Bündnis gegen Depression in der Region Hannover ist eines von 58 lokalen Bündnissen in Deutschland, die aktiv sind oder waren und weist die Besonderheit auf, die Frau Mundt vorhin schon ansprach: Es wurde eine eigenständige Arbeitsgruppe gebildet, die das Thema Depression und Gender aufgreift und bearbeitet. Das Deutsche Bündnis gegen Depression mit Sitz in Leipzig hat allerdings, trotz der Hinweise unserer Arbeitsgruppe, den zentralen Flyer zum Thema Depression auf allen Ebenen noch nicht vollständig genderspezifisch überarbeitet. Dass das Thema allerdings ein großes Anliegen vieler Menschen ist, beweisen zum einen zahlreiche Nachfragen hinsichtlich der tatsächlichen Auseinandersetzung mit dem Thema sowie die beiden Tagungen – die heutige sowie die Tagung im Juni, die sich beide über sehr hohe BesucherInnenzahlen freuen können.

Innerhalb der vergangenen zwei Jahre, in denen das Bündnis gegen Depression in der Region Hannover jetzt besteht, wurden zahlreiche Veranstaltungen durchgeführt und damit mehrere tausend Menschen erreicht. Allein in diesem Jahr 2010 bis Ende Juli wurde unsere Webseite bereits 14.000mal besucht, mit steigender Tendenz. Seit diesem Jahr arbeiten wir auch mit der Robert-



Enke-Stiftung eng zusammen. Da sie keine direkte Beratung von Betroffenen und Angehörigen organisieren kann, beinhaltet unser Kooperationsvertrag, dass das Bündnis beratend zur Seite steht. Ebenfalls unterstützen wir bei der Beurteilung von Bezuschussungsanträgen, da sich Institutionen und Organisationen mit ihren potenziellen Aktionen an die Robert-Enke-Stiftung wenden. Wir helfen in der Entscheidung, ob die eine oder andere Aktion sinnvoll mit Stiftungsgeldern finanziert werden könnte.

Das Bündnis gegen Depression in der Region Hannover setzt sich neben der Arbeitsgruppe Gender und Depression auch noch aus drei anderen Arbeitsgruppen zusammen: Die AG Depression im Kindes- und Jugendalter, die AG Depression im mittleren Lebensalter sowie die AG Depression im höheren Lebensalter.<sup>1</sup> Die letztere

weist ebenfalls eine Besonderheit auf, die in dieser Form bundesweit noch nicht praktiziert worden ist. Es wird derzeit daran gearbeitet, ein Netzwerk zwischen Hausarztpraxen, Apotheken und Altenpflegeeinrichtungen aufzubauen. Damit sollen vor allem diejenigen Menschen sensibilisiert werden, die mit älteren Personen am ehesten zusammen arbeiten. Neben dem Ziel der Sensibilisierung sollen auch konkrete Hilfsstrukturen aufgebaut werden. Dazu gehören auch solche großen Veranstaltungen, wie die heutige, um Vernetzung in allen Settings zu erreichen.

Erst vor kurzem ist beschlossen worden, dass das Bündnis gegen Depression in der Region Hannover, das eigentlich auf zwei Jahre angelegt wurde und diese am 1. Oktober 2010 hinter sich gebracht hat, weiter als Netzwerk von Organisationen arbeiten wird. Auch die Fachgruppe Gender und Depression möchte weiter arbeiten und plant bereits eine Tagung im nächsten Jahr zum Thema Depression und Migration. Ich freue mich, an dieser Tagungsplanung als kooptiertes Mitglied mitwirken zu können

Ich wünsche Ihnen allen einen spannenden Hauptvortrag sowie eine spannende Diskussion. Aus meiner Erfahrung aus der ersten Tagung kann ich Ihnen sagen, dass 99 % zufrieden aus der Veranstaltung gegangen sind. Eine 100%ige Zufriedenheit möchten wir gar nicht erreichen, um uns noch ein bisschen Arbeit für die Zukunft aufzuheben. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine angenehme Tagung! Vielen Dank.

<sup>1</sup> Die AG Depressionen im Kindes- und Jugendalter, und die AG Depressionen im mittleren Lebensalter haben ihre Arbeit nach zwei Jahren Kampagnenarbeit zum Oktober 2010 eingestellt. Die AG Gender und Depression und die AG Depressionen im höheren Lebensalter arbeiten weiter.

## BEGRÜSSUNG

*Dr. Ute Sonntag*

Sehr verehrte Damen und Herren.

Ich möchte Sie auch ganz herzlich im Namen der Arbeitsgruppe „Gender und Depression“ des Bündnisses der Region Hannover begrüßen. Mein Name ist Ute Sonntag. Ich bin bei der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. tätig, die neben der Region Hannover diese Veranstaltung organisiert hat. Ich möchte mich an dieser Stelle auch noch einmal herzlich bei meinem Team bedanken sowie bei der Region Hannover dafür, dass wir heute diese Räume nutzen dürfen. Vielen Dank.

Die Arbeitsgruppe Gender und Depression war überwältigt von der Resonanz auf diese Tagung. Wir freuen uns sehr darüber, wie viele Menschen sich für dieses Thema interessieren. Deshalb haben wir zwei Dinge beschlossen: Wir wollen diese Tagung dokumentieren und wir möchten diese Tagung wiederholen. Wir haben leider einer großen Gruppe von Menschen absagen müssen, weil in diesem Raum nicht mehr Plätze verfügbar sind. Wir werden wahrscheinlich diese Tagung am 23. August 2010 wiederholen.

Dass wir heute so viele interessierte Menschen vor Ort haben, liegt u.a. daran, dass wir Michaela Huber als Referentin gewinnen konnten. Sie ist Psychologin. Einigen wird sie als frühere Redakteurin bei der Zeitschrift „Psychologie heute“ ein Begriff sein. Sie war

von 1978 bis 1983 als Journalistin tätig und arbeitet heute als psychologische Psychotherapeutin, Supervisorin sowie als Ausbilderin in der Traumabehandlung. Sie hat 1998 das Zentrum für Psychotraumatologie in Kassel mitgegründet und wurde 2008 mit dem Bundesverdienstkreuz für ihr Engagement für schwer traumatisierte Menschen und für den Mitaufbau von Psychotraumazentren geehrt. Wir konnten keine bessere Expertin finden, um heute in dieses Thema einzuführen. Ihr Vortrag heißt „Übererregt oder depressiv – explodieren oder implodieren. Über die Schwierigkeit nach erlittener Gewalt die eigenen Gefühle zu klären oder zu erklären.“ Bitte Frau Huber. Wir freuen uns sehr. Vielen Dank.

## VORTRAG

*Michaela Huber*

Nieder-geschlagen? Übererregt oder depressiv? Explodieren oder implodieren? Über die Schwierigkeit, nach erlittener Gewalt die eigenen Gefühle zu (er-)klären

### *Einleitung*

Sehr geehrte Damen und Herren. Ich freue mich sehr, heute hier bei Ihnen sein zu dürfen. Ich bedanke mich bei den wunderbaren Vorrednerinnen und bei Ihnen, Frau Dr. Sonntag, für die freundlichen einleitenden Worte.

Liebe Anwesende, anhand Ihrer zahlreichen Teilnahme an der heutigen Tagung sehen Sie, dass Sie mit dem Thema Depression nicht allein sind. Das ist eine wichtige Botschaft für Menschen, die sich in einer solchen Situation befinden, denn sie haben das tiefe Gefühl, allein und einsam zu sein. Das ist ein Problem, mit dem wir uns in der Auseinandersetzung näher befassen müssen.

Bundesweit gehen konservative Schätzungen (AWO) davon aus, dass 500.000 Kinder in Deutschland einen depressiven Elternteil haben. Weitere 500.000 in Deutschland lebende Kinder haben Eltern mit einer Angst-, Persönlichkeits-, Zwangs- oder Borderline-Störung. Des Weiteren leben ca. 2,6 Millionen Kinder in einer suchtblasteten Familie. Und wenn das heutige Tagungsthema „Trauma und Depression“ beleuchtet wird, werden einige Erkrankungen in Verbindung auftreten.



Das kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN) veröffentlichte vor kurzem die Ergebnisse einer Studie zum Thema Gewalt gegen Polizeibeamtinnen und -beamte. Eine Fachzeitschrift fasste die Aussagen unter folgender Überschrift zusammen: „Die gefährlichsten Gegner der Polizei sind nicht Hooligans oder Demonstranten, sondern gewalttätige Ehemänner.“ Bei Hausbesuchen aufgrund familiärer Streitigkeiten erlitten die Beamtinnen und Beamten genauso viele Verletzungen wie bei Demonstrationen und Einsätzen im Fußballstadion zusammen. Der KFN-Direktor Christian Pfeiffer berichtete, dass die Polizistinnen und Polizisten häufig schon an der Wohnungstür mit Knüppeln und Flaschen empfangen werden. Was ist nur los zu Hause, wo es eigentlich friedlich zugehen sollte?

### *Begriffsklärung*

Liebe Organisatorinnen dieser Tagung, ich möchte mich zunächst bei Ihnen für den wunderbaren Titel der heutigen Tagung bedanken! „Nieder-geschlagen“. Ein großartiger Titel, der genau die Doppelbedeutung hervorhebt. In der Literatur wird „niedergeschlagen“ im 19. Jahrhundert zum ersten Mal mit folgenden Worten beschrieben: „Wer niedergeschlagen ist, der[/die] fühlt seine[/ihre] Kräfte gelähmt. Es fehlt ihm[/ihr] an der Freudigkeit und Munterkeit, die den Menschen zu frischer und anhaltender Tätigkeit fähig macht.“ (Wikipedia)

Wir wollen uns heute dem Thema Depression widmen, aber es gibt durchaus Synonyme für Niedergeschlagenheit, die ein bisschen älter sind, z.B. Melancholie. Die schwarze Galle, die sich staut, weil die Energie nicht in den Fluss kommt. Schwermut, ein Begriff, der darauf hinweist, dass die Betroffenen nur schwer Mut finden können. Heute sprechen wir von Depression: „De-premere“. Unterdrücken, niederdrücken, beiseite drücken. Aber was? Und wovon? Ich hoffe, Ihnen heute dieses Thema etwas näher erläutern zu können.

### *Häufigkeit*

20 % aller Frauen sowie 10% aller Männer erleben mindestens einmal im Verlauf ihres Lebens eine depressive Episode. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Männer eine Depression häufig durch Sucht, z.B. durch übermäßigen Alkoholkonsum, überdecken.

### *Entstehung/Ätiologie*

Bei der Entstehung einer Depression gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede. Bei Frauen liegen die Ursachen vor allem in der Verzweiflung in Bindungsbeziehungen: Probleme in der Familie, in der Partnerschaft; gequält und gestresst durch Mobbing am Arbeitsplatz. Die Bindungsproblematik ist eines der wichtigsten Elemente, warum Frauen eine Depression entwickeln. Männer hingegen benennen ganz andere Gründe. Sie sprechen davon, dass sie ihren Job verloren, kein Geld mehr zur Verfügung und ihr Ansehen verloren haben bzw. dass ihnen droht, ihre berufliche und soziale Stellung zu verlieren.

Diese Unterschiede zwischen Männern und Frauen zu analysieren, ist sehr interessant. Wir können gern nachher diskutieren, woran das liegen könnte. Haben die Männer keine Beziehungsprobleme? Leiden die Frauen nicht unter dem Verlust von Ansehen oder Geld?

### *Symptome*

Auch bei den Symptomen finden wir Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Unter Freudlosigkeit, Energie- und Arbeitsmangel sowie Schlafproblemen leiden beide Geschlechter. Frauen neigen jedoch dazu, viel mehr zu grübeln. Das ist schon sehr früh bei jungen Mädchen zu beobachten. In Studien berichten junge Mädchen viel häufiger davon, dass sie in ihrer Freizeit sehr viel grübeln. Auch gesunde, klinisch unauffällige Mädchen. Sie machen sich häufig viel mehr Sorgen über Beziehungen. Jungs können sich schneller und besser ablenken, wenn die in Not oder unter Druck sind. Mädchen grübeln, kommen nicht zur

Ruhe und entwickeln relativ früh Probleme mit dem Ein- und Durchschlafen.

Depressive Frauen haben häufig Schuldgefühle. Sie wissen nicht so recht warum, aber sie haben Schuld. Die eigene Mutter hatte schon Schuld, sie haben Schuld und die nächste Generation von Mädchen wird auch wieder Schuld haben. Frauen machen häufig einander den Vorwurf, an ihrem jeweiligen Schicksal schuld zu sein. Sie werfen ihren Töchtern vor, nicht das erreicht zu haben, was sie wollten, weil sie Mutter geworden sind zum Beispiel.

Bei meiner 1,5-jährigen Arbeit im Kosovo sprachen wir in diesem Zusammenhang vom Balkan-Syndrom. Wenn die Frauen Ende 20, Anfang 30 Jahre alt waren, wurden sie häufig krank. Die Kinder waren weitestgehend selbstständig, so dass die Frauen sich ihren Körpersymptomen widmeten. Depression war häufig ein wichtiger Faktor dabei. Sie fingen an, ihre Töchter regelrecht zu terrorisieren. Die Jungen gingen zur Arbeit, die Mädchen versorgten emotional ihre Mütter. Bei Debatten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter untereinander wurde uns bewusst, dass das nicht nur auf dem Balkan so ist. Da fiel es nur so drastisch auf.

Obwohl depressive Frauen oft Schuldgefühle haben und klagen, holen sie sich oft Hilfe. Das ist bei den Männern anders. Depressive Männer neigen dazu, gereizt und aggressiv zu sein, und statt über ihre Verzweiflung zu sprechen, sprechen sie über andere Dinge oder sie verstummen. Das ist etwas, was die Männer deutlich von den

Frauen unterscheidet. Bezogen auf die Suizidgefahr unternehmen Frauen ein Vielfaches mehr an Suizidversuchen als Männer. Bei den vollendeten Suizidversuchen ist es anders herum. Männern gelingt dreimal häufiger der Suizid. Im hohen Alter ist Suizid bei Männern eine der häufigsten Todesursachen, in manchen Regionen sogar die Haupttodesursache, und dient als letzter Akt der Selbstbestimmung. Der Tod der Partnerin, die eigene schwere Krankheit und das Gefühl, nicht mehr selbst für sich sorgen zu können, können dazu führen. Das heißt aber nicht, dass die Suizidversuche der Frauen als harmlos angesehen werden können. Mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit werden Frauen, die versucht haben, sich zu suizidieren, es in ähnlichen Belastungssituationen erneut versuchen, oder zumindest werden ihre Gedanken um den Suizid kreisen.

Obwohl Frauen und Männer die gleichen Symptome von Freudlosigkeit und Energielosigkeit aufweisen, fühlen sie sich unterschiedlich.

### *Kosten/Ausgaben*

Sind wir eine niedergeschlagene Gesellschaft? Schaut man sich die medizinisch-psychologischen bzw. psychotherapeutischen Leistungen an, könnte man diesen Eindruck bekommen. Die Ausgaben sind seit 1990 um 30 % gestiegen. Die Kosten der Krankenkassen haben sich in den letzten Jahren verdoppelt.

## *Stress*

20 % aller Kinder und Jugendliche in Deutschland zeigen psychische oder Verhaltensstörungen, d.h. jedes fünfte Kind zeigt Auffälligkeiten. Das führt unter anderem dazu, dass in der Gesellschaft von einer Überdiagnostizierung gesprochen wird. Die Kriterien „sollen enger gefasst“ werden, damit nicht bald die gesamte Bevölkerung als psychisch auffällig gilt. Das ist richtig. Die Gesellschaft darf nicht pathologisiert werden. Andererseits, wenn die Kriterien nüchtern betrachtet werden, ist heutzutage in Deutschland jedes fünfte Kind auffällig. Die allgemeine Ursache, und da sind sich viele Expertinnen und Experten einig, ist der zunehmende Stress.

### *Stress als Krankheitsrisiko Nummer 1*

Die Ursache allgemein für die Entwicklung einer Depression sind Stresserfahrungen. Stress ist ein allgemeiner Begriff und bereits ohne eine Traumaeinwirkung Risikofaktor Nummer 1, wie an vielen Statistiken gesehen werden kann. 50 bis 60% aller Arbeitsunfähigkeitstage gehen in den europäischen Ländern auf Stress zurück. Allein 2007 sind in Deutschland 54.000 Menschen aufgrund psychischer Erkrankungen vorzeitig in den Ruhestand gegangen. Stress schwächt das Immunsystem und kann zu häufigen Infektionen oder zu Asthma führen. Aus diesem Grund treten neben einer Depression häufig auch Begleiterkrankungen wie z.B. Lungenerkrankungen auf. Stress unterbricht die Neubildung von Nervenzellen, besonders im Hippocampus. Folgen können Depression, Angststörungen, Gedächtnisverlust oder Schlafprobleme sein. Der menschliche Or-

ganismus muss täglich mehr 20.000 chemische Verbindungen, die nicht in der Natur vorkommen, lesen, verändern und verarbeiten. Neben diesen Umweltreizen, denen der menschliche Körper Stand halten muss, steigt das Arbeitspensum zunehmend. Getreu dem Motto „schneller, höher, weiter“ nehmen die Arbeitsbelastungen und die sozialen Einflüsse stetig zu. Die Ereignisse überschlagen sich regelrecht. Das erleben wir nicht nur in der Politik, sondern auch in der Gesellschaft und in den Familien. Das Tempo sowie die Anzahl der Reize, die auf den Menschen einwirken, nimmt immer weiter zu.

### *Verarbeitung*

Der Hippocampus im Zwischenhirn ist eine wichtige Region, um Stress verarbeiten zu können. Der Hippocampus kann neue Nervenzellen aufbauen, lebenslang. Das gilt auch für manche andere Hirnregionen, die mit der Stressverarbeitung beschäftigt sind. Wenn der Körper allerdings unter einer permanenten Stresseinwirkung steht, geht die Neubildungsrate der Nervenzellen zurück und verbleibt unter dem Soll-Wert. Daraus resultiert, dass der aktuelle Stress schlecht verarbeitet werden kann, und erst recht nicht der aus der Vergangenheit stammende Stress. Für eine Therapie mit traumatisierten Menschen bedeutet das, dass sie zunächst in ihrer aktuellen Stress-Verarbeitung stabilisiert werden müssen, bevor sie frühere Erfahrungen bearbeiten können. Welche Beziehungen hat der Mensch, wie ist die Situation im Berufsleben, wie ist der Umgang mit den Kindern, was raubt heute den Schlaf und die Energie. Damit haben Sie eine Fülle von Themen, die Sie zusammen mit

den Klientinnen und Klienten bearbeiten können. Und unterwegs werfen Sie immer wieder den Blick zurück in die Vergangenheit, um die vergangenen Belastungen, die wie eine schwere Bleikugel am Fuß der Betroffenen hängen, bewältigen zu helfen. Nur wenn die aktuelle Lebenssituation ausreichend besser wird, können die Betroffenen den Stress der Vergangenheit aufräumen.

### *Risikogruppen*

Menschen, die überfordert und/oder gegängelt werden, die an ihrer Arbeitsstelle oder in der Familie frustriert sind, neigen dazu, eine psychische Auffälligkeit, z.B. ein Burnout zu entwickeln. Burnout ist nicht nur eine Erscheinung, die in der Arbeitswelt auftritt. Frauen, die ihre Familienangehörigen pflegen, sich um ihre erkrankten Kinder kümmern oder vom eigenen Partner gequält werden, können durchaus auch „zu Haus“ ein Burnout entwickeln. Burnout ist im Übrigen eine Z-Diagnose, eine Zusatz-Diagnose: Zustand der totalen Erschöpfung. Viele Betroffene weisen erhebliche Vorbelastungen sowie eine erlernte Hilflosigkeit auf. Sie haben das Gefühl, an ihrer gegenwärtigen Lebenssituation selbst nichts verändern zu können. Erlernte Hilflosigkeit ist auch für die Entwicklung einer Depression eine der wichtigsten Vorbedingungen. Das Gefühl zu haben, nichts dazu beitragen zu können, dass sich die Dinge ändern.

Ein weiterer Risikofaktor ist die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufsgruppe: Menschen, die anderen Menschen helfen. Damit sind Sie gemeint, meine verehrten Zuhörerinnen und Zuhörer. Sie

verfügen über eine ungewöhnlich hohe Empathiefähigkeit. Wenn Sie sich jedoch nicht abgrenzen und zu viel Mitgefühl in Ihrer Arbeit entwickeln, besteht die Gefahr, eine Depression zu entwickeln. Erschöpfung aufgrund zu hohen Engagements im Beruf ist ein Ausbrennfaktor ersten Grades und fördert eine Depression sehr. Dennoch weisen auch diese Personen Vorbelastungen auf. Vorbelastungen, die sie nur teilweise bearbeitet haben. Es ist wichtig, sich an Kolleginnen und Kollegen zu wenden und um Hilfe zu bitten, sobald Sie merken, dass Sie erschöpft sind. Lassen Sie sich helfen und passen Sie gut auf sich auf. Alle Menschen, die sich engagieren, erleben Erschöpfungsmomente. Das ist natürlich und völlig normal. Aber Sie müssen sich helfen lassen, sonst besteht die Gefahr, ein Burnout oder eine Depression zu entwickeln.

Die Zugehörigkeit zur unteren sozialen Lebenslage fördert ebenfalls die Entwicklung einer Depression. „Im unteren Fünftel“ der Bevölkerung treten Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Asthma, Diabetes, Fettsucht, Rückenschmerzen und Depression doppelt so häufig auf wie bei Personen aus dem oberen Fünftel, selbst wenn die Risikofaktoren wie Nikotinabusus und Bewegungsmangel herausgerechnet werden. Es gibt einen klaren politischen Faktor. Um diese Tendenz zu vermeiden, dass Menschen mit niedrigem Einkommen gehäuft Erkrankungen erleiden, darf nicht an allen Stellen der Gesellschaft gespart werden. Wenn die Schere zwischen arm und reich noch weiter aufgeht, wird sich das Problem verschärfen.

Eine besondere Risikogruppe stellen Menschen dar, die allein leben bzw. allein wohnen. Singles haben in allen Altersgruppen ein erhöhtes Risiko. Im Besonderen alte Menschen. An dieser Stelle sei zu erwähnen, dass Frauen im Alter mehr soziale Kontakte haben als Männer. Die meisten Männer verlieren mit ihrer Pensionierung den gesamten Freundes- und Bekanntenkreis. Ihre Frauen sind auch häufig diejenigen, die den Freundeskreis mit organisieren. Kommt es dann zu einer späten Scheidung oder die Partnerin verstirbt, sind die Männer häufig sehr einsam. Es ist wichtig, immer wieder darauf hinzuweisen, welche Bedeutung es hat, soziale Kontakte auch außerhalb des Arbeitsplatzes zu pflegen, sonst kann es im Alter unter Umständen sehr bitter werden.

### *Schaubild – Stresskaskaden*

Ein Trauma ist ein seelisch erschütterndes, existenziell bedrohliches Ereignis, das auf den Organismus bzw. auf das autonome Nervensystem einwirkt. Das kann der Tod des geliebten Partners oder die nie gewollte Scheidung oder ein ähnliches Ereignis sein, das das Gefühl hervorbringt „Jetzt ist alles aus“. Ein Trauma ist ein physisches oder psychisches Todesnäheereignis. In der Vergangenheit musste die betroffene Person auch körperlich dem Tode nahe sein, um von einem Trauma sprechen zu können. Heute zählen natürlich auch schreckliche psychische Einwirkungen dazu. Eine tiefe seelische Erschütterung kann toxischer, giftiger Stress für den Organismus sein und eine Depression hervorrufen. Ein Beispiel: Als die Flugzeuge in die Twin-Towers flogen, mussten die Menschen um ihr Leben kämpfen. Bei einem solchen Schockerlebnis wird das

Stammhirn aktiv und die Menschen folgen ihrem Instinkt, alles in Bewegung zu setzen, um aus dieser schrecklichen Situation heraus zu kommen. Deshalb schaffen es auch zierliche Frauen, schwere Gegenstände, die den Weg behindern, beiseite zu stemmen, weil sie 20 % mehr Kraft als sonst entwickeln. Die gleiche Situation kann auf Partnerschaften übertragen werden. Der Schock, dass die Frau sich von dem Mann trennen möchte, löst eine solche Erregung aus, dass sich der drohende Verlust in Gewalt äußert. Häusliche Gewalt ist nirgends so massiv wie in drohenden Trennungssituationen. Männer verlieren ihre Kontrolle, rasten aus und kämpfen bildlich gesprochen um ihr Leben. Diese Situationen sind der häufigste Grund, warum Polizeibeamtinnen und -beamte in ihrem beruflichen Alltag verletzt werden.

Bei gewalttätigen Jugendlichen und jungen Männern passiert etwas ganz Ähnliches. Sie rasten aus, weil eine Situation kippt. Diese häufig traumatisierten jungen Männer erleben eine Kurzschlussreaktion: Der Junge, der damals selbst Opfer war, der selbst geschlagen und misshandelt wurde und um sein Leben kämpfte, wird zum Täter. Nach einer Traumaeinwirkung kann das Gefühl, aus einer Situation fliehen und um das eigene Leben kämpfen zu müssen, immer wieder auftreten. In einer solchen wieder erlebten Situation befinden sich die Personen in einer Schreckstarre, in dem so genannten „Freeze“. Sie sind übererregt, aber eingefroren. Die Wahrnehmung engt sich stark ein, Blutdruck und Puls steigen stark an, die Pupillen verengen sich, die Personen fangen an zu zittern und bekommen das Gefühl, aus dieser Situation nicht fliehen zu

können. Danach beginnt eine Phase der Untererregung. Der vorher angestiegenen Blutdruck stürzt in den Keller, die Physiologie des Körpers kippt – häufig in den Zustand der totalen Unterwerfung. Diese Situation nennt man „Submit“ – das Gefühl zu haben, jetzt zu sterben und nicht mehr fliehen zu können, keinen Ausweg mehr zu sehen. Diese totale Unterwerfung geht mit einer eintretenden Depersonalisation einher. Der Teil, der bisher gekämpft hat, ist einverstanden damit, jetzt sterben zu müssen. Gleichzeitig wird die Umgebung fremd und der Körper schmerzempfindlich (Analgesie). Diese Zustände der Untererregung treten bei traumatisierten Menschen immer wiederkehrend auf und äußern sich in einem Zustand tiefer Erschöpfung oder einer Major Depression Episode. Die betroffenen Personen äußern dann, dass sie damals hätten sterben sollen, dass sie sich selbst überlebt haben, dass sie eine Sehnsucht danach verspüren, diesem Gefühl endlich ein Ende zu bereiten, endlich aufzugeben. Wenn ein Mensch tatsächlich körperlich einmal dem Tode nahe war, kann es zu einer Erinnerungssituation mit den gleichen Gefühlen kommen.

Nachdem die Schreckstarre und das totale Aufgeben nachgelassen haben, stellt sich nicht sofort wieder die normale Alltagsphysiologie des Körpers ein. Es entsteht ein „anscheinend normales Alltags-Ich“, das zunächst von Fürsorglichkeit anderen gegenüber und Funktionalität geprägt ist. Zunächst wird der Blick darauf gerichtet, wem geholfen werden kann, ohne sich um sich selbst zu kümmern, und, welche wichtigen Dinge als nächstes getan werden müssen. Diese Menschen „funktionieren“ nur und versuchen,

die Erinnerung weit weg zu schieben. Dafür war das Erlebte viel zu schrecklich. Auch bei Kriegserfahrungen, die nicht verarbeitet wurden, stellt sich ein „Funktionieren“ ein, das gern auch auf die nächsten Generationen übertragen wird. Die Eltern bringen ihren Kindern bei, sich nicht um das Erlebte zu kümmern, nach vorn zu schauen, sich nicht so anzustellen und zu warten, bis das Gefühl wieder von allein verschwindet.

In diesen Situationen „funktionieren“ die Betroffenen dann auch. Aber die gute Schwingungsfähigkeit, die Emotionalität, das Mitfühlen mit sich selbst und das Modulieren von Stresssituationen sind erheblich eingeschränkt, wenn Menschen traumatisiert wurden. Und sie werden immer wieder das Gefühl bekommen, fliehen und um das eigene Leben kämpfen zu müssen: „Ich rede um mein Leben, ich arbeite um mein Leben, ich funktioniere, also bin ich.“ Und wenn dieses anscheinend normale Alltags-Ich ausgeblendet wird, geht der Fluchtimpuls verloren und Gefühle der Panik treten hervor. Viele Situationen werden vermieden, weil sie gewisse Gefühle hervorrufen könnten. Ein Beispiel: Mit einer meiner Patientinnen verhandele ich seit längerem, dass sie durch eine breite Grünanlage auf mich zukommt. Sie wurde vor vielen Jahren im öffentlichen Raum angegriffen und kann nun seither nicht mehr allein durch einen öffentlich Park gehen, ohne Gefühle von Todesangst zu entwickeln. Die damalige schrecklich erlebte Situation verallgemeinert sich und holt sie immer wieder in ihrem alltäglichen Leben ein.

### *Trauma – geschlechtsspezifische Unterschiede*

Mädchen und Frauen erleben viel häufiger sexualisierte Gewalt als Jungen und Männer. Die Täter sind fast ausschließlich Männer, meist aus der eigenen Familie. Das ist ein Genderproblem ersten Ranges. Das männliche Geschlecht führt Krieg gegen das weibliche. Frauen üben auf andere Weise Gewalt aus. Sie attackieren verbal und taktisch überlegt. Die brachiale Gewalt aber geht von Männern aus.

### *Studien*

Die erste repräsentative Studie zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland wurde 2004 im Auftrag der Bundesregierung veröffentlicht. Nach ihren Ergebnissen lebten 25 % aller 16- bis 80-jährigen Frauen im Zeitraum der Befragung in einer Partnerschaft, in der es zu körperlicher oder sexualisierter Gewalt kommt, oder lebten schon einmal in einer solchen Gewaltpartnerschaft. 99 % der Frauen, die sexuelle Gewalt erlebt haben, gaben an, dass diese von Männern verübt worden ist. Auch zu den Gewaltarten gab es differenzierte Angaben. Zur körperlichen Gewalt gaben die Frauen an, dass 75 % der Täter Männer waren, in 25 % der Fälle waren es andere Frauen und Mädchen. In Bezug auf seelische Gewalt waren vorwiegend Frauen die Täterinnen. Körperliche und sexuelle Gewalt geht vorwiegend von Männern aus.

Andere Studien belegen, dass Jungen und Männer viel häufiger Opfer körperlicher Gewalt werden. Dabei gehen sexualisierte Misshandlungen eher von Tätern außerhalb der Familie aus. Die

derzeitige Debatte in den Medien über sexuelle Misshandlungen an Jungen und jungen Männern in öffentlichen Einrichtungen zeigt, wie sehr diese Form der Gewalt in unserer Gesellschaft verbreitet ist, auch wenn die Mehrheit der körperlichen Gewalt immer noch in den eigenen vier Wänden stattfindet. Dass die betroffenen Männer sich endlich trauen zu sprechen und an die Öffentlichkeit gehen, ist ein wichtiger Schritt in Richtung der Enttabuisierung des Themas.

Mädchen erleben sexuelle Gewalt eher in den engsten familiären Bezügen. Das ist sehr dramatisch, weil es die Dissoziation fördert. Je näher sie der Bindungsperson standen, die an ihnen eine sexuelle Gewalt ausgeübt hat, desto wahrscheinlicher ist es, dass das Erinnerungsvermögen in erheblichem Maße eingetrübt ist. Auch bei den Jungen sind die Erinnerungen erheblich eingeschränkt, wenn die Gewalt von einer Autoritätsperson ausging. Ist die Person emotional weiter weg, z.B. kein Mitglied der Familie, können sich die betroffenen Personen häufig noch gut an die Tat erinnern.

Jungen werden ebenfalls wie Mädchen überwiegend von Jungen und Männern traumatisiert. Es gibt auch Fälle, in denen die körperliche und sexuelle Gewalt von der Mutter ausging, aber in 90% der Fälle werden Jungen von anderen Jungen und Männern gequält. Leider werden die einstigen Opfer häufig selbst zu Tätern. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich das Erlebte reinszeniert, indem die Jungen selbst körperliche und sexuelle Gewalt ausüben, ist sehr hoch.

Wie sind nun die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei erwachsenen Frauen und Männern? Frauen reagieren auf erlebte Gewalt mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Sie berichten von Wiedererlebensmomenten, ziehen sich sozial zurück und fühlen sich in ihrer Wahrnehmung eingeschränkt. Außerdem berichten Frauen häufiger von Vergewaltigung, sexueller Belästigung, Vernachlässigung und Gewalterfahrungen in der Kindheit. Männer berichten hingegen über eine größere Anzahl an traumatischen Ereignissen. Sie berichten über eine Vielzahl an körperlichen Angriffen: in der Schule das Handy gestohlen, die Jacke abgenommen, in der Kneipe zusammengeschlagen, mit Waffen bedroht, aber auch Kriegserfahrungen und Gefangenschaft. Insgesamt erleben Männer viel häufiger körperliche Gewalt. Die Qualität ist jedoch eine andere. Bei Frauen sind körperliche Angriffe auch häufig mit sexuellen Übergriffen verbunden.

#### *Folgen: Erlittene Gewalt – gegen wen sie gerichtet wird*

Nach einem erlittenen Trauma richten Mädchen und Frauen ihre negativen Emotionen gegen sich selbst. Mädchen und Frauen lernen schon sehr früh, zwischen sich und ihrem Körper zu trennen. Der eigene Körper wird den Attacken in Form von Schneiden, Brennen und Hungern ausgesetzt. Frauen richten die Gewalt direkt gegen sich selbst oder indirekt, indem sie immer wieder Partnerschaften mit gewalttätigen Männern eingehen. Zudem werden sie gleichgültig sich selbst und anderen Menschen, vorwiegend ihren Kindern, gegenüber. Das ist sehr problematisch, weil sie

zwar fürsorglich sein können, aber ihre Kinder nicht mehr gut vor ähnlichen Gefahren schützen können und Warnsignale übersehen. Traumatisierte Jungen hingegen richten die empfundenen Emotionen gegen andere und nicht gegen sich selbst. Sie gehen auf Schwächere, auf Frauen und Kinder los, kreisen in einer Gruppe einen einzelnen ein. Sie riskieren es eher, von anderen Menschen verletzt zu werden, als sich selbst zu schaden. Ausnahmen bilden nur Jungen und Männer, die sexuelle Gewalt erlebt haben. Diese neigen auch dazu, sich selbst zu verletzen und die Aggressionen gegen sich zu lenken. Alternativ zur Aggression gegen andere oder in wenigen Fällen gegen sich selbst ziehen sie sich zurück. Es entsteht ein Wechselspiel zwischen Aggression und Depression. Diese Tatsache ist bei der Gabe von Medikamenten besonders wichtig zu beachten. Antidepressiva können die Gewaltbereitschaft noch zusätzlich erhöhen, so dass auch ein Anti-Gewalt-Training verordnet werden muss.

#### *Depression – geschlechtsspezifische Unterschiede*

Wie unterscheiden sich nun die Geschlechter bei einer depressiven Episode. Frauen und Mädchen halten mit ihrer Depression ihre Angst und ihre Dissoziation unter Kontrolle. Wenn sie sich in einer depressiven Episode befinden, überlagert die Depression die Angstzustände. Die permanenten Angstattacken lauern eher ein bisschen unter der Oberfläche. Erst wenn die Depression wieder ein bisschen zurück weicht, treten die Ängste sowie die dissoziativen Zustände wieder zum Vorschein. Frauen und Mädchen müssen lernen, mit diesen Entfremdungserlebnissen und Trau-

matisierungssequenzen umzugehen. Frauen und Mädchen desintegrieren mehr. Vermutlich hängt das mit dem Neurotransmitter Serotonin zusammen, den Männer und Jungs lebenslang 50% mehr herstellen. Aufgrund dessen helfen Serotonin-Wiederaufnahmehemmer den Frauen relativ gut, denn damit steht dem Körper mehr Serotonin zur Verfügung. Dennoch müssen sie lernen, mit der Dissoziation umzugehen, denn eine Vitalisierung kann sonst mehr Selbstverletzung oder eine psychotische Episode auslösen.

Jungen und Männer halten mit ihrer Depression ihre Aggression unter Kontrolle. Diese Aggressionen entstehen, weil sie ihren innerlich verletzten kleinen Jungen verteidigen. Diese Erlebnisse können lange in der Vergangenheit zurück liegen, wenn aber die Männer von ihrer Frau beleidigt oder sich im Job gekränkt fühlen, kann das Gefühl, sich existenziell verteidigen zu müssen, ausbrechen und sie werden gewalttätig. Die Depression hilft, diese Aggressionen im Zaum zu halten, und wenn eine Therapie dort ansetzt, kann den Männern schon sehr gut geholfen werden.

Dennoch sei Folgendes dringend zu beachten: Antidepressiva führen bei Männern zwar zu weniger Depression, fördern aber aggressive Emotionen. Es gibt eine Studie einer Firma, die Serotonin-Wiederaufnahmehemmer produziert, die aber lange unter Verschluss gehalten wurde. Die Ergebnisse zeigen, dass eine ungewöhnlich hohe Anzahl von Männern, die diese Medikamente eingenommen haben, gewalttätig wurden. Wenn Antidepressiva verschrieben werden, muss auch gleichzeitig ein Anti-Gewalt-

Training angeboten werden, um den Betroffenen zu zeigen, wie sie mit ihrer Aggression am besten umgehen. Sonst besteht die Gefahr, dass sie zu Hause die Kontrolle verlieren. Wenn noch eine Suchterkrankung dazu kommt, die die Schwelle noch weiter senken lässt, ist die Gefahr noch höher. Der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin sieht nur den in sich gekehrten depressiven Mann und verschreibt Medikamente. Aber dass die Männer häufig zu Hause ausrasten, sehen sie in vielen Fällen leider nicht.

### *Trauerarbeit*

Menschen, die unter Depressionen leiden, müssen Trauerarbeit leisten. Diese wird häufig durch Leugnen der schrecklichen Situation, die sie erlebt haben, abgefangen. Viel Arbeit und das Gefühl des „Funktionierens“ halten davon ab, sich mit der Vergangenheit zu beschäftigen. Doch irgendwann wird der Punkt erreicht, an dem das eben nicht mehr geht. Dann folgen das Einverständnis und die Depression. Dazwischen klafft eine große Lücke und die Frage ist, was die Betroffenen tun müssen, um wieder Hoffnung zu gewinnen.

Sie müssen sich mit Situationen auseinandersetzen, in denen sie z.B. außer sich waren, sich schrecklich gefühlt haben, sich nicht selbst helfen konnten. Sie müssen auf „der inneren Bühne“ arbeiten. Schauen, wann depressive Phasen, die Angstattacken, die Wutausbrüche oder das funktionstüchtige Alltags-Ich zum Vorschein kommen. Als Beratende müssen wir unbedingt darauf achten, dass wir nicht nur mit dem Alltags-Ich arbeiten, sondern

auch mit allen anderen Zuständen. Auch das Ausrasten und die Wut bei den Männern sowie der Ärger und die Selbstverletzung bei den Frauen gehören zur „Arbeit auf der inneren Bühne“ dazu.

Damit die Menschen stabiler werden, müssen sie lernen, sich von der schrecklichen Situation, die sie erlebt haben, zu distanzieren. Dazu eignet sich z.B. die Bildschirm-Methode. Als wäre am Ende des Raumes ein Flachbildschirm, der die erlebte Situation der bzw. des Betroffenen abspielt. Die Frauen und Männer selbst sollen dann von außen auf die Situation schauen und sie kommentieren. Sie nehmen das Erlebte ganz anders wahr, als wenn sie nur das damals erlebte Ereignis erzählen würden.

Viele Menschen haben Angst davor, sich mit den unbewältigten Dingen auseinander zu setzen. Aber ich kann alle Betroffenen nur ermutigen. Es gibt viele gute Möglichkeiten, um sich den Emotionen zu nähern, z.B. das Prozessieren von Material, das Integrieren in die Lebensgeschichte. Es muss nicht immer nur gesprochen werden, um dem Gehirn dabei behilflich zu sein, überwältigende Schrecken zu verarbeiten. Ich bin z.B. darauf angesprochen worden, dass im betreuten Wohnen dringend Traumatherapeutinnen und -therapeuten benötigt werden, die sich zutrauen, auch mit geistig behinderten Menschen zu arbeiten. Dazu kann ich nur sagen, dass es viele Methoden der Verarbeitung gibt. Dazu bedarf es nicht immer nur Gespräche. Man kann auch ohne Worte integrieren und verarbeiten, weil der Körper selbst integriert. Wir helfen dem Organismus bei der Verarbeitung von dem, was er blockt und beiseite schiebt.

### *Das Dilemma des traumatisierten Menschen*

Das Dilemma besteht darin, dass die Dissoziation, also das Wegdrängen des Erlebten, vor der Erkenntnis schützt und sie gleichzeitig verhindert. Die Trauer kann uferlos schrecklich sein, aber unentdeckt bleiben, weil sie im Körper selbst steckt und sich physiologisch auswirkt. Viele Menschen mit einer Depression werden als solche nicht erkannt. Je gravierender die Probleme sind, desto weniger suchen sie die Hilfe eines bzw. einer Psychotherapeutin auf. Das ergaben Studien. Erst recht die Männer. Männer reden nicht gern über ihre Gefühle. Es ist nicht ihr primärer Modus, über Gefühle zu sprechen. Aus diesen Gründen gehen alle Menschen lieber mit körperlichen Symptomen zu Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern. Es ist sehr wichtig, da genauer hinzuschauen und sensibel zu sein für die Aussagen von Schlaflosigkeit, Müdigkeit und Erschöpfung, um eventuell nachzuhaken, wo die eigentlichen Ursachen liegen.

### *Was hilft psychotherapeutisch?*

Ob Menschen eine traumatische Erfahrung überwinden, hängt nicht nur von dem Ereignis ab, sondern auch von der eigenen Resilienz, sicherer Bindung und „Realisierung“ des Erlebten. Täterkontakt und andere destruktive Bindungsmuster sind als Allererstes zu vermeiden. Viele Betroffene können sich jedoch von zerstörerischen Bindungen lange nicht lösen und lassen dafür andere Menschen nicht an sich heran. Das ist leider falsch. Andersherum wäre es besser: Sich neue Menschen suchen und sich nach und nach von denen zurückziehen, die nicht gut getan haben. Ich

arbeite sehr viel mit Menschen, die noch Täterkontakt haben, auch wenn es der eigene Partner ist, damit sie ein Gefühl der sicheren Bindung bekommen und sich nach und nach lösen können. Wir können nicht erwarten, dass die Betroffenen keinen Täterkontakt mehr haben. Manchmal muss auch zuerst auf der somatischen Ebene angesetzt werden, um den Menschen zu gewinnen. Die Menschen müssen ernst genommen werden, mit all ihren somatischen Problemen. Realisierung bedeutet zu verstehen, welche Bedeutung ein traumatisierendes Ereignis für das eigene Leben hat. Dabei müssen nicht im Detail alle Einzelheiten aufgearbeitet werden. Der Hippocampus im Zwischenhirn zum Beispiel braucht ganz bestimmte Einordnungen, um Erfahrungen abzulegen, die nicht mehr so emotional beladen sind: 1. Biografische, d.h. die Person muss verstanden haben, dass ihr etwas Schlimmes passiert ist. 2. Episodische, d.h. das Ereignis kann terminiert werden mit Beginn, Verlauf und Ende. 3. Räumliche und zeitliche, also die Erinnerung, wo und wann es stattgefunden hat. 4. Narrative, d.h. die Person muss darüber erzählen können sowie 5. Semantische, was bedeutet, dass sie die Bedeutung für das eigene Leben erkannt hat.

Und hier sind jetzt meine

### *„10 Punkte im Umgang mit der Depression“*

1. Suche dir jemanden.

Suche einen Menschen, der bzw. die sich von deiner Depression nicht abschrecken lässt, der bzw. die dich mag und dich freund-

lich, aber auch herausfordernd auf deinem Weg hinaus aus der Depression begleitet. Falls du diesen Menschen nicht im Privatleben findest, suche dir eine entsprechende Therapeutin bzw. einen Therapeuten.

2. Medikamente? Leidens-Druck!

Medikamente sollen dich nur aus dem Keller auf die Erdgeschoss-Ebene bringen, damit du von dort aus loslaufen kannst. Sie sind kein Ersatz für deine eigenen Anstrengungen, aus dem Tal der Tränen heraus zu kommen. Und, du solltest dich allmählich von ihnen „davon schleichen“, sobald es irgendwie geht. Das wird immer wieder deinen Leidensdruck erhöhen, aber genau den brauchst du (in Maßen), weil es anstrengend ist, sich zu verändern und du den inneren Druck dazu brauchst.

3. Ressourcen?! Achtung, es droht Lebensfreude.

Du wirst es mitten in der depressiven Phase nicht mögen, aber: Lerne deine Stärken und Kräfte kennen; frische jede Woche etwas auf, das dir früher einmal Freude gemacht hat. Komischerweise wird es so sein: Erst wirst du dich so verhalten – dann kommt das freundliche Gefühl hinterher und irgendwann wird es dir sogar Spaß machen...

4. Bewegung!

Zwinge dich, dich zu bewegen: Spazierengehen, laufen, walken, schwimmen, wandern... Warte auch da nicht, bis es dir Spaß macht – tu's, dann wird es irgendwann tatsächlich Spaß machen...

#### 5. Mit Hund...

Tue, was immer möglich, an der frischen Luft. Sollte es dir schwer fallen, schaffe dir einen Hund an.

#### 6. Oder Katze....

Katzen sind auch ziemlich nett – Streicheln macht ruhig, verleiht ein gutes Bindungsgefühl und Katzen lieben es einfach, verwöhnt zu werden. Die wenigsten Katzen sind depressiv...

#### 7. Mittleres Stressniveau reicht

Lerne, ein mittleres Stress-Level zu halten. Das Leben hält genug Stress-Spitzen für dich bereit. Die Stresshormone spielen eine große Rolle bei Depression!

#### 8. Das einsame, traurige, innere Kind versorgen!

Lerne deine inneren, traurigen, einsamen, verlassenen Kinder-Anteile zu versorgen und ihnen einen geborgenen Ort in dir selbst zu schenken. Und wenn sie etwas erzählen wollen, lerne, ihnen zuzuhören.

#### 9. Lerne echtes Mitgefühl – mit dir!

Nimm die Verantwortung für das, was dir geschehen ist. Ja, die Welt ist (manchmal, oft, gelegentlich) schlecht, ok. Und du hast gelitten, nicht wahr. Was also musst du lernen, um dieses Leid ernst zu nehmen, dich liebevoll anzunehmen trotz Leid und mit Leid – Mitleid (Mitgefühl) mit dir zu entwickeln?

#### 10. Und Wehrhaftigkeit!

Und mit wem müsstest du dich mal so richtig herzhaft streiten? Los! Tue es!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

#### *Kontakt:*

Michaela Huber, Söseweg 26, 37081 Göttingen,  
[www.michaela-huber.com](http://www.michaela-huber.com)

## PERSPEKTIVEN FÜR GENDERSENSIBLE PRÄVENTION UND GESUNDHEITLICHE VERSORGUNG PODIUMSDISKUSSION VOM 09.06.2011

*Edeltraud Jäger*

Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, ich möchte Sie zur Podiumsdiskussion ganz herzlich begrüßen. Mein Name ist Edeltraud Jäger und ich arbeite als Psychologische Psychotherapeutin in der Lebensberatung [ka:punkt] und werde die Podiumsdiskussion moderieren...

Als wir vor einigen Monaten im AK Gender und Depression begonnen haben, diese Veranstaltung zu planen, lag uns am Herzen, drei verschiedene Schwerpunkte in den Mittelpunkt der Podiumsdiskussion zu rücken. Es ist uns zum einen wichtig, den Fokus auf die Zusammenhänge von Gewalt, Trauma und Depression zu legen. Dies bedeutet z.B. zu schauen, welche Bedeutung die Depression als Traumafolgestörung hat und wie stark Traumata in der Behandlung von Depressionen berücksichtigt werden. Ein weiterer Schwerpunkt ist die genderspezifische und kultursensible Betrachtung der Zusammenhänge in der Beratung und Behandlung.

Der dritte Schwerpunkt liegt in der Versorgungssituation. Welche genderspezifischen Angebote und Netzwerke gibt es in der Region Hannover und was fehlt oder sollte weiter entwickelt werden?

Für die Podiumsdiskussion haben wir Expertinnen aus den Bereichen Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie eingeladen, die ich Ihnen jetzt gern vorstellen möchte.

Michaela Huber. Ich freue mich, Sie auch auf dem Podium zu begrüßen. Noch einmal herzlich willkommen.

Prof. Dr. med. Petra Garlipp. Wir haben Sie bereits in Ihrer Funktion als Koordinatorin des Bündnisses gegen Depression in der Region Hannover erlebt. Frau Prof. Garlipp ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztin für Neurologie und in der Tagesklinik der Medizinischen Hochschule Hannover tätig. Auch Ihnen noch einmal ein herzliches Willkommen.

Gertrud Corman-Bergau ist Diplom-Psychologin und Psychologische Psychotherapeutin und arbeitet als Psychoanalytikerin in eigener Praxis. Sie ist neu gewählte Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen und des weiteren Gründungsmitglied und im Beirat des Netzwerks traumatisierter Flüchtlinge Niedersachsen. Herzlich willkommen.

Dr. Margarethe Wegenast ist Psychotherapeutin (HPG) und arbeitete lange Zeit in eigener Praxis. Seit 1998 ist sie im Frauennotruf Langenhagen als Geschäftsführerin und Beraterin tätig. Zudem ist sie die niedersächsische Delegierte der Frauennotrufe im Bundesverband Frauennotrufe und Frauenberatungsstellen (bff). Herzlich willkommen.

Maren Otto ist Diplom-Sozialpädagogin und sowohl in der Bestärkungsstelle für von Gewalt betroffene Frauen (BTZ) als auch in eigener Praxis tätig. Lange Zeit hat sie bei der Polizei im Präventionsprogramm Polizei-Sozialarbeit (PPS) gearbeitet und verfügt über viel Erfahrung in diesem Bereich. Ich freue mich, dass Sie da sind. Herzlich willkommen.

Almut Koesling ist promovierte Erziehungswissenschaftlerin, ausgebildet in systemischer Therapie und arbeitet im Männerbüro Hannover. Zuvor war Sie 10 Jahre im Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN) tätig. Almut Koesling und Maren Otto arbeiten zusammen in dem Systemnetzwerk HAIP (Hannoversches Interventionsprogramm Gegen MännerGewalt in der Familie). Darüber werden wir im Verlauf der Veranstaltung auch noch einiges hören. Nachdem in den 90er Jahren die PPS (Präventionsprogramm Polizei-Sozialarbeit) aus finanziellen Gründen beendet wurde, entstand das neue Netzwerk HAIP, bei dem Frauen – und Männer – in Gewaltsituationen aufgefangen werden. Herzlich willkommen.

Im ersten Teil der Podiumsdiskussion möchte ich auf die Bedeutung der Depression als Traumafolgestörung eingehen. In den letzten Jahren wird in Zusammenhang mit Traumata viel über Posttraumatische Belastungsstörungen, Dissoziative Störungen und Anpassungsstörungen diskutiert, während die Depression als Folge von Traumata weniger Beachtung findet. Darum möchte ich an Sie, Frau Corman-Bergau, folgende Frage richten: Sie sind als Psy-

choanalytikerin tätig und haben oft mit traumatisierten Menschen zu tun. Wie oft kommt die Depression als Traumafolgestörung vor? Wie erklären Sie sich, dass sich nach einer Traumatisierung eine Depression entwickelt?

### *Gertrud Corman-Bergau*

Danke für die Frage. Die ist natürlich sehr umfangreich. Die Forschung belegt gut, dass unbewältigte und unbearbeitete Traumata einer Generation eine Depression der nachfolgenden Generation fördern kann. Das wurde z.B. an den Kindern der Holocaust-Opfer untersucht. Dabei geht man davon aus, dass die Eltern durch den Krieg und durch die grausamen Verbrechen an der Menschlichkeit traumatisiert waren und diese Traumata nicht bewältigen konnten. Daraus kann sich dann eine Empathiestörung entwickeln. D.h. die Kinder dieser Eltern sind gefährdet, da die Opfer des Krieges nicht mehr in der Lage sind, ausreichend Empathie und Fürsorge für ihre Kinder zu entwickeln.

Meiner Meinung nach ist die Bindung und Beziehung zu einer Person ein zentraler Punkt bei der Entstehung und auch Behandlung einer Depression. Es gilt immer in der Therapie, eine vorsichtige und annähernde Beziehung und Beziehungsfähigkeit aufzubauen. Eine Bindungsstörung bzw. eine Bindungsunsicherheit kann dazu führen, dass sich eine Depression entwickelt. Somit ist vorzustellen, dass jedes Trauma, das eine Bindung und Beziehung in Frage stellt, belastend wirken kann und die Entwicklung einer Depression fördert.

Auch eine schwere körperliche Erkrankung kann als Bindungsproblematik gesehen werden. Dabei ist die Beziehung zum eigenen Körper verunsichert. D.h. dass das, was sicher geglaubt war, Gesundheit und Vitalität, empfindlich belastet werden kann. Das Gefühl, nicht mehr so viel wert zu sein, den Selbstwert zu verlieren, spielt auch häufig eine entscheidende Rolle bei der Ausprägung einer Depression.

### *Edeltraud Jäger*

Frau Prof. Garlipp, Sie haben mir erzählt, dass Sie in der Tagesklinik der Medizinischen Hochschule Hannover die Beobachtung gemacht haben, dass die Anzahl der Patientinnen und Patienten steigt, bei denen eine Depression als Traumafolge diagnostiziert wird oder die Doppeldiagnose Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und Depression gestellt wird. In einer aktuellen Studie der Medizinischen Hochschule Hannover werden diese Zusammenhänge näher untersucht. Können Sie uns schon von ersten Ergebnissen berichten?

### *Prof. Dr. Petra Garlipp*

Die Studie an unserer allgemeinspsychiatrischen Tagesklinik, in der das gesamte Spektrum psychischer Erkrankungen behandelt wird, verlief über sieben Jahre. Die Ergebnisse zeigten, dass es eine Zunahme bzw. eine Verlagerung in Richtung der affektiven Störungen gibt. Etwa 40% unserer Patientinnen und Patienten sind in irgendeiner Form depressiv erkrankt. Davon haben 10% zusätzlich die Diagnose einer Traumafolgestörung. Damit sind posttraumati-

sche Belastungsstörungen oder auch andauernde Persönlichkeitsveränderungen nach Extrembelastungen gemeint. D.h. 10 % der Patientinnen und Patienten, die bei uns in diesen sieben Jahren aufgrund einer Depression behandelt wurden, sind zusätzlich mit einer solchen Diagnose gesehen worden. Andersherum wurde bei 50 % der Patientinnen und Patienten, die primär eine Traumafolgestörung zeigten, eine Depression diagnostiziert. Im Sinne der Komorbidität bieten diese Daten sehr gute Anhaltspunkte. Dabei ist zu beachten, dass in den Daten nicht die Patientinnen und Patienten erfasst sind, die mit einer Depression in unsere Tagesklinik kommen, aber im Vorfeld ein Trauma erlebt haben und darauf eben nicht mit einer Traumafolgestörung reagieren, sondern mit einer Depression.

Wir erleben immer wieder Menschen, die nach einem Trauma mit einer schweren Depression zu uns kommen, obwohl ein anderer Mensch vielleicht eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickelt hätte. In diesem Fall kommen diese dann mit einer depressiven Störung und andere Diagnosen können nicht gestellt werden. Erst im Aufnahmegespräch und in den Kontakten während der Therapie erfahren wir dann von erlittenen Traumata. Jedoch wird es immer eine Anzahl von Betroffenen geben, die diese Erfahrungen nicht berichten, auch wenn wir versuchen, sehr gezielt danach zu fragen.

Häufig kommen junge Männer zwischen 18 und 30 Jahren mit einer Persönlichkeitsstörung zu uns in die allgemeine psychiatri-

sche Tagesklinik, z.B. mit Borderline oder dissozialen Störungen. Dabei erleben wir, dass die Männer von traumatischen Kindheits- und Jugenderlebnissen berichten, die zum Teil erschütternd sind. Aufgrund der Öffentlichkeitsarbeit, und diese Veranstaltung heute trägt dazu bei, ist zunehmend zu verzeichnen, dass eine Enttabuisierung einsetzt. Es fällt den jungen Männern zunehmend leichter, darüber zu berichten, wenn sie auf solche Themen angesprochen werden. Von allein würden sie dies nicht ansprechen, aber wenn sie gezielt und vorsichtig darauf angesprochen werden, kann man feststellen, ob solche Situationen im weitesten Sinne vorgelegen haben könnten.

Die klinischen Erfahrungen decken sich mit den Aussagen der Studie. Die jugendlichen Männer erlebten Traumatisierungen bei den Pfadfindern, beim Sport oder anderen gesellschaftlichen Gruppierungen. Das ist teilweise sehr erschütternd.

#### *Edeltraud Jäger*

Es ist gut zu hören, dass während der Diagnosestellung gezielt nach einem Trauma gefragt wird, so dass damit in der Behandlung gearbeitet werden kann.

#### *Prof. Dr. Petra Garlipp*

Ja, das ist in der Tat sehr wichtig. Ohne die Vergangenheit der Patientinnen und Patienten in Erfahrung zu bringen, können wir keine Therapie durchführen. Wir versuchen, eine Stabilisierung der Betroffenen zu erreichen. Das schaffen wir allerdings nur, wenn

wir die Biografie und die entsprechenden Situationen kennen. Nicht jedes Detail ist wichtig. Möglicherweise verursacht man dadurch sogar eine Destabilisierung der Patientinnen und Patienten. Aber die Rahmenbedingungen müssen uns bekannt sein. Wir versuchen, zusammen mit den betroffenen Personen ein Repertoire aufzubauen, um den Alltag zu bewältigen und um dann in eine Psychotherapie überzuleiten. Häufig verlegen wir unsere Patientinnen und Patienten aus der Tagesklinik in eine stationäre Psychotherapie oder Traumatherapie. Manchmal kommen sie dann nach Abschluss der Therapie auch wieder zu uns zurück, um den Übergang in den Alltag zu finden. An dieser Stelle halte ich die tagesklinische Behandlung für eine sehr gute Möglichkeit, Stabilisierungsarbeit zu leisten, wenn die ambulante Versorgung noch nicht ausreicht.

#### *Michaela Huber*

Ich möchte gern noch etwas zum subsyndromalen Störungsbild sagen, das vor allem bei der posttraumatischen Belastungsstörung ein wichtiger Begriff ist. Häufig können sich Betroffene nicht an ein traumatisches Ereignis erinnern, ihr Körper hingegen schon. D. h. wir entdecken Übererregungsphänomene, Schreckhaftigkeit, Irritierbarkeit, Vermeidung und sozialen Rückzug. Aber das Kriterium des Wiedererlebens, das notwendig ist, um eine PTBS zu diagnostizieren, finden wir eben nicht. Das Problem ist, dass sich die Menschen nicht immer an eine traumatische Situation erinnern, diese dissoziiert haben und somit in einer Behandlung nicht zur Sprache bringen können. Sie können nicht sagen, dass sie sich heute so fühlen, weil sie als Kind missbraucht oder von einem Elternteil geschlagen

wurden und heute diese Situationen in ihren Alpträumen wieder erleben. Sie erzählen dann, dass sich in ihren Träumen z.B. eine schwere Bleiplatte auf sie senkt. Erst später in der Therapie stellt sich dann heraus, was sich tatsächlich auf sie gesenkt hat. Auch beschreiben diese Personen häufig starke Körpersymptome: „Es ist fast, als würde mir jemand die Luft abschnüren, als würde mich jemand am Nacken packen, als würde mich jemand angreifen, mir mit Messern in meinen Leib bohren.“ Dabei haben sie nicht das Gefühl, sich direkt an eine spezifische Traumasituation zu erinnern. Das ist ein Problem, dem wir begegnen müssen. An dieser Stelle sollte ein wenig achtsamer und sorgfältiger hingeschaut werden. Natürlich kann nicht jedes Trauma mit einer PTBS gleichgesetzt werden, aber es ist wichtig, diese frühzeitig zu entdecken und das Problem des konkreten Erinnerens vor Augen zu haben.

### *Edeltraud Jäger*

Frau Dr. Wegenast. Sie erlebten in den vergangenen Jahren viele Frauen, die sich in kritischen Situationen an Sie und den Frauennotruf gewandt haben. Wie ist Ihre Erfahrung, worauf ist es wichtig zu schauen, wenn Frauen in eine Beratungsstelle kommen?

### *Dr. Margarethe Wegenast*

Da ich sozusagen Erfahrungen auf zwei Ebenen habe, möchte ich zunächst als Vertreterin des Bundesverbandes Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe antworten.

Dieser Verband vertritt 150 Einrichtungen in Deutschland, die Frauen und junge Mädchen beraten. Das sind z.B. Frauennotrufe, zu denen eher Frauen den Kontakt suchen, wenn sie ein Trauma haben, das sie gezielt benennen können, sei es gegenwärtig oder in der Vergangenheit liegend. Es gibt aber auch Frauenberatungsstellen, die ein niedrigschwelliges Angebot darstellen, zu denen die Frauen zunächst zum Beispiel mit depressiven Symptomen hingehen und eine traumatische Ursache nicht direkt erkennbar ist. In jedem Fall ist die Verbindung von Trauma und Depression für mich ein ganz zentrales Thema. Leider erlebe ich es im Beratungsalltag häufig, dass unsere Klientinnen zuvor nicht direkt nach traumatischen Einflüssen gefragt wurden und dass damit eine künstliche Trennung passiert. Es ist tatsächlich so, dass die Therapeutinnen nicht mit den Frauen arbeiten können, wenn z.B. eine sexuelle Traumatisierung vorliegt und dass dann eher zu einem Therapieplatz überwiesen wird. Das finde ich sehr wichtig. Ich würde gern noch etwas zu dem Phänomen des fehlenden konkreten Erinnerens, das wir auch aus dem Bereich der häuslichen Gewalt kennen, ergänzen. Es bedarf nicht immer nur eines einzelnen lebensbedrohlichen traumatischen Ereignisses, um eine Depression als Traumafolgestörung hervorzurufen. Langjährige Gewalterfahrungen und Manipulation durch den eigenen Partner können zu einem massiven Realitätsverlust, Verlust des Selbstwertes der Frauen und zur Ausprägung von depressiven Symptomen führen. Das ist leider ein sehr häufiges Problem.

### *Edeltraud Jäger*

Ich würde gern mit Erfahrungen, die in Beratungsstellen gesammelt werden, weitermachen und mich an Almut Koesling sowie Maren Otto wenden. Sie arbeiten jeweils in Beratungsstellen, wo zum einen ausschließlich Frauen und zum anderen ausschließlich Männer Hilfe bekommen. Sie haben Frauen als Opfer, Frauen als Täterinnen. Männer als Opfer, Männer als Täter. Was fällt Ihnen in den ersten Kontakten auf? Sind die Unterschiede zwischen Männern und Frauen so, wie sie Michaela Huber beschrieben hat oder haben Sie Ergänzungen bzw. andere Tendenzen erlebt?

### *Maren Otto*

Zu uns kommen Frauen in die Beratungsstelle und wir können bisher keine Zunahme von Täterinnen feststellen. Wir beobachten, dass Frauen sich häufiger wehren im Gegensatz zu früher, wahrscheinlich im Zuge der Gleichberechtigung, aber nur ein geringer Prozentsatz an Frauen kommt zu uns als Täterin. Das sind vielleicht 1% bis 2%. Vordergründig sind die Frauen erst einmal niedergeschlagen. Der Titel der heutigen Tagung passt hervorragend, wie ich finde. Sie weisen gewiss nicht alle Symptome einer klassischen Depression auf. Unser Auftrag ist es auch nicht, dieses festzustellen, sondern die Frauen erst einmal ankommen zu lassen und mit ihnen gemeinsam die nächsten Schritte zu planen. Die meisten Frauen, die zu uns in die Beratungsstelle kommen, sind von häuslicher Gewalt betroffen.

### *Edeltraud Jäger*

Frau Koesling, Ich möchte Sie bitten, uns über Ihre Arbeit im Männerbüro Hannover zu berichten und das Hannoversche Interventionsprogramm gegen Männergewalt in der Familie (HAIP) zu erläutern.

### *Almut Koesling*

Zunächst möchte ich kurz erläutern, warum mir persönlich das Thema Männer, Gewalt und Depression so wichtig ist. Meine Doktorarbeit habe ich über Beziehungserfahrungen von jungen Männern verfasst. Über zehn Jahre lang arbeitete ich im Kriminologischen Forschungsinstitut und begleitete junge Männer, die erstmalig inhaftiert wurden, in biografischen Interviews. Ich habe viele junge Männer getroffen, die nicht nur durch Aggression und Delinquenz auffällig geworden sind, sondern durch ihr gesamtes Verhalten. Meine Überlegung anfangs war, dass diese jungen Männer, wenn sie Frauen gewesen wären, längst den Weg in eine psychotherapeutische Behandlung gefunden hätten. Sie zeigten nach außen gerichtete Aggressionen aufgrund der Traumatisierungen, die sie in ihren Herkunftsfamilien erlebt haben, und aufgrund früherer schwieriger Bindungserfahrungen. Ich möchte an dieser Stelle darauf hinweisen, auch wenn dies oft nicht in Untersuchungen genannt wird, wie wichtig Bindungen und Beziehungspersonen für junge Männer sind, da dies auch immer etwas mit der eigenen Identitätsentwicklung zu tun hat. Warum kommen nun die Männer in die Beratung?

Einerseits berichten die Betroffenen dann davon, dass sie sich selbst als nicht mehr so leistungsfähig erleben wie vorher. Dieser Leidensdruck veranlasst sie dann, zu uns in die Beratungsstelle zu kommen.

Andererseits werden sie uns zugewiesen. Zusammen mit meinem Kollegen Klaus Eggerding leite ich das Projekt „Täterarbeit – Häusliche Gewalt“. Nur wenige melden sich freiwillig. Und auch diese Männer zeigen häufig depressive Symptome. Wenn sich diese negativen Gefühle dann entladen, finden die Ausbrüche häufig in den nahen familiären Beziehungen statt. Das ist leider sehr dramatisch und häufig sehr gewalttätig. Da wir im Männerbüro unterschiedliche Projekte und Beratungsschwerpunkte haben, gibt es auch andere Gründe und Zugangswege, warum die Männer zu uns kommen. Wir beraten z.B. auch männliche Opfer aus häuslicher Gewalt. Auch das ist ein sehr wichtiges und ernstes Thema, da es vielen männlichen Opfern sehr schwer fällt, diese Ereignisse anzusprechen. Durch die enge Zusammenarbeit mit der Beratungsstelle „Anstoß“ kommen auch Männer zu uns, die als Kinder oder Jugendliche sexuell traumatisiert worden sind. Die allgemeine Lebensberatung, die wir ebenfalls anbieten, lässt Männer sich an uns wenden, die das Gefühl haben, dass irgendetwas in ihrem Leben nicht so richtig stimmt.

#### *Maren Otto*

Zum HAIP-Verbund möchte ich kurz noch etwas ergänzen. Wir arbeiten vernetzt mit der Polizei und der Justiz zusammen. Mitte

der 90er Jahre hat sich das HAIP-Projekt „Hannoversches Interventionsprogramm gegen Männergewalt in der Familie“ konzipiert. Direkt nach Gewaltvorfällen bekommen wir von der Polizei die Einsatzblätter, kooperieren eng mit dem hiesigen Frauen- und Kinderschutzhaus und bearbeiten die uns übermittelten Fälle. Wir arbeiten pro-aktiv, d.h. wir schreiben die betroffenen Frauen gezielt an oder nehmen telefonischen und damit persönlichen Kontakt zu ihnen auf. Wir bieten ihnen niedrigschwellig Beratungs- und Gruppenangebote zum Thema häusliche Gewalt an, so wie sie auch andere Beratungsstellen, die in diesem HAIP-Verbund mit der Polizei und Justiz vernetzt sind, offerieren. Das sind z.B. das Männerbüro, die Waage, das Jugendamt, das Kinderschutzzentrum etc.

#### *Erste Wortmeldung aus dem Publikum*

Ich möchte an dieser Stelle die Beratungsstelle „Suana“ ergänzen, da es die einzige ist, die konkret mit Migrantinnen arbeitet, die Männergewalt erfahren haben. Leider kommt dieses Thema auf sehr vielen Podiumsdiskussionen immer noch zu kurz. Ich bin der Meinung, dass an dieser Stelle noch sehr viel getan werden muss. Die deutsche Gesellschaft ist kulturell mittlerweile sehr bunt gemischt. Der kulturelle Einfluss gewinnt zunehmend an Bedeutung und muss künftig stärker berücksichtigt werden.

#### *Maren Otto*

Vielen Dank für Ihren Einwand. Das Thema „Depression bei Migrantinnen und Migranten“ haben wir nicht unter den Tisch fallen lassen. Wir halten das Thema selbst für so prekär, dass wir dazu

eine eigene Veranstaltung planen und durchführen möchten. Heute würde es leider zu kurz kommen.

### *Dr. Margarethe Wegenast*

Ich würde gern noch etwas zum HAIP-Projekt ergänzen. Die Besonderheit des Interventionsprogramms „HAIP“ ist die pro-aktive Vorgehensweise. Nachdem wir die Einsatzprotokolle bekommen, gehen wir auf die Frauen zu. Das ist ein wesentlicher Punkt, denn die Frauen, die wir antreffen, sind häufig so sehr depressiv, dass sie aufgrund ihrer Antriebs- und Perspektivlosigkeit von sich aus nie Hilfsangebote aufgesucht hätten.

### *Edeltraud Jäger*

Ich möchte mich nun an dieser Stelle auf die Wortmeldung aus dem Publikum beziehen. Frau Corman-Bergau, Sie engagieren sich im Netzwerk traumatisierte Flüchtlinge Niedersachsen und arbeiten als Psychoanalytikerin mit traumatisierten Migrantinnen und Migranten. Was können Sie uns aus Ihrer Erfahrung berichten?

### *Gertrud Corman-Bergau*

Das Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge und ihre Familienangehörigen in Niedersachsen (NTFN) ist speziell für Menschen gegründet worden, die aufgrund ihrer Erlebnisse in den Herkunftsländern oder aufgrund ihrer Flüchtlingssituation, da auch der Aufenthalt in Deutschland von Unsicherheit oder drohender Abschiebung geprägt sein kann, traumatisiert sind. Wir haben dieses Netzwerk gegründet, um diesen Menschen Hilfen anzubieten, z.B. Psychotherapie

mit Dolmetscherinnen und Dolmetschern. Aufgrund der Kürze der Zeit kann ich das hier leider nur kurz ansprechen. Aber einen anderen Aspekt möchte ich noch erwähnen, der in dem Vortrag bisher nicht zur Sprache kam, und zwar das Thema „Scham“. Innerhalb der Familien mit Migrationshintergrund entsteht oft eine Scham, so dass über das Thema Depression überhaupt nicht gesprochen wird. Das bedeutet für die Psychotherapie wie auch für Beraterinnen und Berater, dass wir uns auf eine wahrnehmende Position begeben und kultursensibel handeln müssen, wenn wir mit Menschen aus anderen Kulturkreisen arbeiten. Das ist für mich häufig viel wichtiger als die gleiche Sprache zu sprechen. Ich möchte dazu ein kleines Beispiel anbringen: Eine aus Albanien stammende Frau kommt zu uns in die Beratung. Erst nach sehr langer Beratungszeit kann sie äußern, dass sie im Zusammenhang des Kriegsgeschehens vergewaltigt worden ist. Sie hat diese Tatsache nie in der Familie erzählt. Das ist für uns aus Deutschland unverständlich. Warum erzählt sie das nicht ihrem Mann? Warum entlastet sie sich nicht? Ist das nicht wichtig für ihre Ehe? Eine Antwort darauf ist, dass sie ihre Familie und ihren Mann, der sie nicht beschützt hat, damit tief beschämen würde. Für eine kultursensible Beratung spielt diese Tatsache eine entscheidende Rolle: zu verstehen, warum es für die Frau wichtiger ist, dieses schreckliche Erlebnis in der Beratung zu deponieren. Das sind wichtige Prozesse, die wir verstehen müssen, und wir können sie nur verstehen, wenn sich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Beraterinnen und Berater mit Menschen aus anderen Kulturkreisen zusammensetzen. Aus diesem Grund finde ich Supervision und Vernetzung von Hilfs- und

Beratungsstellen genauso wichtig, wie mit Hilfe von Dolmetscherinnen und Dolmetschern die Sprache kompetent anzubieten. Ich vergleiche mich in meiner Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund mit einem Baum: Der Baum hat Äste mit Verzweigungen, die sich wiederum in Gabeln spalten. Aber das Wurzelwerk ist mindestens genauso groß wie der Baum selbst. Und wir müssen in unserer Arbeit auch unsere Wurzeln selbst berücksichtigen und schauen, dass wir genügend Nahrung, also Informationen bekommen. Und ich glaube, in der interkulturellen Arbeit ist es besonders wichtig, dass wir auch unsere eigenen Wurzeln im übertragenen Sinne kennen, um auch die Fühler ausstrecken zu können zu dem, was anders ist.

### *Zweite Wortmeldung aus dem Publikum*

Ich bin von der psychologischen Beratungsstelle Babel e.V. für Migrantinnen und Migranten türkischer Herkunft, ausschließlich türkischer Herkunft, in Hannover. Es ist sehr schön, dass das Thema Depression und Migration hier im Raum steht. Es gibt weit und breit kaum Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten türkischer Herkunft, türkischer Sprache, auch ich bin keine Psychotherapeutin. Ich erlebe tagtäglich Gewaltgeschichten, Traumata, Depression. Ich habe es von morgens bis abends bei uns in der Beratungsstelle. Wir werden natürlich nicht über die Kassen bezahlt. Wir arbeiten auch manchmal umsonst. Wir haben auch nicht die Zeit, in solchen Gremien zu sitzen, in solchen Veranstaltungen und Tagungen zu sitzen, weil wir uns selbst auch vor einem Burnout schützen müssen. Ich weiß nicht, wie Migration und psychische Gesundheit zusammen kommen sollen.

### *Prof. Dr. Petra Garlipp*

Ich kann da etwas zu unserer Tagesklinik sagen. In unserer Tagesklinik haben wir etwa einen Anteil von 8 bis 10 % von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund. Das entspricht in etwa der gesellschaftlichen Verteilung. Und ich unterstütze sehr interkulturelle psychiatrische Arbeit. Was ich allerdings diskussionswürdig finde, ist der Aufbau von spezifischen Einrichtungen nur für Menschen aus anderen Kulturkreisen. Das führt meines Erachtens zu einer Separierung, die nicht günstig sein kann. Aus meiner Erfahrung in der psychiatrischen Arbeit heraus kann ich berichten, dass wir versuchen, alle Menschen, egal welchen kulturellen Hintergrund sie besitzen, in die therapeutische Konzeption zu integrieren und mit kultursensiblen Ansätzen zu arbeiten.

Ich sehe das auch so, dass es in der psychotherapeutischen Arbeit mit Migrantinnen und Migranten eine Versorgungslücke gibt. Etwas einfacher wird es schon, wenn Beraterinnen und Berater zusammen mit den Hilfesuchenden auf Deutsch sprechen können. Dann ist die Schwelle etwas niedriger.

Spontan fällt mir ein Beratungsfall ein. Ein Patient mit türkischem Migrationshintergrund kam mit Gewaltausbrüchen zu uns in die Tagesklinik. Es stellte sich heraus, dass er aufgrund eines Erdbebens in der Türkei, bei dem er Angehörige verloren hat, traumatisiert war. Es ist uns gelungen, ihn nach einer tagesklinischen Stabilisierung in eine stationäre Psychotherapie zu vermitteln.

Ich persönlich finde, dass wir künftig auf eine integrative psychiatrische Versorgung hinarbeiten müssen. Das, was wir momentan tun im Gesundheitsbereich, ist alles andere als Integration. Die jetzige Entwicklung führt immer mehr zu Spezialisierungen: Gesundheit für Kinder und Jugendliche, für Personen im mittleren Lebensalter, für das gehobene Lebensalter, für Menschen mit Migrationshintergrund. Ich persönlich halte diese Vorgehensweise für keine zielführende Strategie. Es führt zu einer Vereinzelung, zu einer zu engen Betrachtung von Thematiken. An dieser Stelle ist mit Sicherheit eine Versorgungslücke, obwohl ich auch glaube, dass an vielen Stellen schon eine gute Versorgungsrealität vorhanden ist.

#### *Edeltraud Jäger*

Wichtig bei der Erkennung und Behandlung von Depressionen sind neben der Genderperspektive auch die kulturellen Hintergründe, aus denen die Patientinnen und Patienten stammen. Diese beiden Faktoren spielen eine essentielle Rolle.

#### *Dritte Wortmeldung aus dem Publikum*

Das ist eine sehr interessante Diskussion, wie man Beratungsarbeit mit Menschen durchführen sollte, die einen Migrationshintergrund aufweisen. Ich bin Mitarbeiterin eines sozialpsychiatrischen Dienstes hier in der Region Hannover. Vor einigen Tagen hat mich ein Vertreter eines Flüchtlingshilfswerkes angerufen und gefragt, ob ich ihn dabei unterstützen kann, einen schwer traumatisierten Mann mit kurdischem Dialekt mit einem Dolmetscher bzw. einer Dolmetscherin in eine Therapie zu bringen, eine Traumatherapie.

Und ich musste diese Anfrage leider verneinen, weil ich selbst deutschsprachigen Hilfesuchenden nur schwer zu einer Psychotherapie verhelfen kann, weil es keine freien Plätze gibt!

#### *Edeltraud Jäger*

Vielen Dank für diese Aussage. Sie haben gerade etwas sehr Wichtiges zum Ausdruck gebracht. Es ist schwer, gut qualifizierte Menschen zu finden, die im Bereich Traumatherapie tätig sind und neben deutsch noch eine andere Sprache beherrschen. Dieses Problem hat der BDP (Bund deutscher Psychologinnen und Psychologen) in einer Petition an den Bundestag aufgegriffen. In dieser Petition wird eine kultur- und gendersensible, muttersprachliche Psychotherapie für Menschen mit einer Zuwanderungsgeschichte als Kassenleistung gefordert.

#### *Michaela Huber*

Ich bin ganz dankbar für diese Diskussion. Wenn wir als Traumatherapeutinnen und Traumatherapeuten und Psychotraumatologinnen und Psychotraumatologen weltweit gucken, dann sehen wir die Situation noch viel verschärfter als hier. Wir können doch nicht darauf warten, dass die zwei Psychiater in der Hauptstadt eines Landes der so genannten dritten Welt eine Traumatherapie mit jemanden machen. Was wir tun müssen ist, dass wir die menschliche Aufmerksamkeit dafür erhöhen, dass es das konkret erlittene Leid unter den Menschen ist, das sie zusammenbrechen lässt, und nicht ihre Biologie. Es ist nicht immer so, dass jemand eine Depression hat, weil er bzw. sie sie geerbt hat oder sie in der

Familie liegt. Es sind die biografischen Erfahrungen, handfeste Lebenserfahrungen, unter denen die Menschen zusammenbrechen bzw bestimmte Störungen entwickeln. Wenn wir dafür eine Sensibilität entwickeln, sowohl die mitmenschliche Zu-wendung auf allen Ebenen als auch die professionelle, freundliche Sorgfalt und Kompetenz zu verbessern, dann haben wir das Wesentliche getan. Es muss keineswegs jeder bzw. jede „EMDR“ lernen und auch die wenigsten Hilfebedürftigen müssen konkret eine spezifische Prozesstechnik bekommen. Was die Menschen brauchen, ist Respekt und Würde, einen Mitmenschen, der oder die die Not eines bzw. einer anderen sieht und sich dafür einsetzt. Dafür sind wir in den Beratungsstellen im Wesentlichen da. Das ist genau das, was in die professionellen Fachgruppen hineingebracht werden muss. Die wesentliche Arbeit besteht darin, wertschätzend und respektvoll einen Menschen zu begleiten, zu helfen, die eigenen Kräfte wieder zu finden, an die guten Erfahrungen anzuknüpfen und dabei unterwegs zu lernen, die eigenen Schreckenszustände wahrzunehmen und sich selbst fürsorglich und wertschätzend zu behandeln. Und das vielleicht auch in sozialen Verbänden. Dann haben wir das Wesentliche getan. Ich glaube, wenn wir jetzt alle zu Traumatherapeutinnen und Traumatherapeuten ausbilden würden, wäre das der falsche Weg.

### *Almut Koesling*

Ich möchte mich noch einmal bei Ihnen, Frau Huber, für Ihre Aussage bedanken, dass der Raum für eine Beziehung, in der sich Menschen gegenseitig unterstützen, ein Raum für Betroffene, in

dem sie begleitet werden, von sehr großer Bedeutung ist. Sie hatten in Ihrem Vortrag zu Beginn auch erwähnt, unter welchen belastenden Bedingungen viele Kinder aufwachsen, z.B. mit suchtkranken, gewalttätigen oder psychisch erkrankten Elternteilen. Aus der Arbeit im HAIP-Projekt heraus kann ich bestätigen, dass die Kinder unter den Folgen der Gewalt in Familien zu leiden haben und wir versuchen, diesen Folgen im Verbund entgegen zu treten. Mit dem pro-aktiven Ansatz soll nicht nur den Eltern, sowohl den Frauen als auch den Männern, geholfen werden, sondern damit auch den Kindern, weil sich das unmittelbar auf den Umgang und die Erziehung auswirkt.

### *Prof. Dr. Petra Garlipp*

Ich finde es ein bisschen schwierig, wenn man von psychisch kranken Eltern spricht und davon ausgeht, dass die Kinder, die bei psychisch kranken Eltern aufwachsen, traumatisiert werden. An dieser Stelle möchte ich doch noch einmal daraufhin weisen, dass das in dieser Generalisierung auf keinen Fall so stimmt. In dem Buch „Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker“ beschreiben Kinder, wie sie mit ihren psychisch kranken Eltern aufgewachsen sind und wie sie schwierige Momente erlebt haben. Es gibt zum Glück heutzutage viele Unterstützungsmöglichkeiten und Begleitungen für psychisch kranke Eltern, insbesondere auch für psychotische Mütter. Ich finde, das ist ein sehr wichtiger Aspekt, zu beachten, dass nicht alle Kinder dadurch ein Trauma erleben. Das möchte ich an dieser Stelle noch einmal betonen.

#### *Vierte Wortmeldung aus dem Publikum*

Frau Huber, sie haben vorhin von Risikofaktoren der Armut gesprochen. Ich möchte die These in den Raum stellen, dass Armut weiblich ist und ich frage mich, wie die Versorgungslücken geschlossen werden können? Wie gelingt der Transfer in die Gesellschaft und in die Politik, diese Versorgungslücken wahrzunehmen und zu schließen. Für Anregungen hier im Plenum wäre ich sehr dankbar.

#### *Michaela Huber*

Vielen Dank, dass Sie das noch einmal aufgreifen. Durchaus sind zwei Drittel der Armen in Deutschland allein erziehende Mütter und Rentnerinnen. Wir müssen ganz deutlich unsere Unterstützungssysteme verbessern, auf allen Ebenen. Wir müssen die Menschen unterstützen, damit sie sich gegenseitig unterstützen können. Wir erleben gerade einen Zerfall und eine Entsolidarisierung in der Gesellschaft, u.a. weil die Familienstrukturen sich verändern. Die Kinder erleben kaum noch Familienleben, weil die Großeltern zu weit weg und damit keine primären Bindungspersonen mehr sind oder weil die Väter häufig abwesend oder wechselnd sind. Das ist sowohl für die Frauen als auch für die Kinder eine sehr belastende Situation. Und wenn sie mit diesen Sorgen allein und zusätzlich arm sind, ist das eine schreckliche Lebenssituation. Dabei dürfen diese Frauen nicht als biologisch psychisch krank angesehen werden, sondern sie leben unter extremen Belastungen, und in der Beratung ist es wichtig zu schauen, was sie brauchen, um unter diesen Umständen besser durchs Leben zu kommen. Ist es eine gute soziale Unterstützung oder professionelle psychotherapeutische Hilfe? Zunächst

sollte analysiert werden, wer die Betroffenen in ihrer eigenen näheren Umgebung unterstützen kann, und wenn das nicht ausreicht, müssen andere Professionelle herangezogen werden. Für unsere künftige Arbeit in der Beratung ist es unter dem Gesichtspunkt des Sparzwanges von äußerster Wichtigkeit, die vorhandenen Netzwerke weiter auszubauen. Deswegen sitzen wir unter anderem heute alle hier. Weil wir einander unterstützen wollen, diese Vernetzung vorwärts zu treiben und Sie alle, die Sie draußen irgendwo tätig sind, wie sehr haben Sie Ihre Aufmerksamkeit darauf, wie Sie Unterstützungsnetzwerke aufbauen?

Ein Beispiel. Wir haben kaum Fluchtwohnungen für Kinder und Jugendliche, die aus schrecklichen Verhältnissen heraus müssen oder einfach fliehen wollen. Wir haben Frauenhäuser, aber kaum etwas für die Jugendlichen. Andererseits sind Frauenhäuser für viele Frauen, die in extremen Bedrohungssituationen stecken, auch keine Alternative, weil der Durchlauf dort so hoch ist und das Geschehen dort hochgradig stressbelastend ist. Die Psychiatrien brauchen dringend mehr ambulante und auch stationäre Stationen. Einrichtungen, wo die betroffenen Menschen ein Bett auf Rezept bekommen können, wie das in den Niederlanden der Fall ist – an Tagen, an denen es in den Familien besonders belastend ist, z.B. über Feiertage hinweg, wenn es zu Hause „brennt und kracht“. Es muss die Möglichkeit geben, jemanden schnell unterbringen zu können, ohne dass erst ein langes Programm durchlaufen werden muss. Mir wäre wichtig, die Unterstützungssysteme so zu verändern, dass Menschen punktuell und präzise so schnell wie möglich geholfen werden kann.

### *Dr. Margarethe Wegenast*

Frau Huber, Sie haben gerade etwas gesagt, das ich für den vorpsychiatrischen Bereich, d.h. für die Frauennotrufe und Beratungsstellen, für sehr wichtig, wertvoll und unterstützend halte. Wir haben nicht in allen Einrichtungen Psychotherapeutinnen bzw. Fachpersonal, das traumatherapeutisch ausgebildet ist. Dennoch müssen alle Beteiligten ernst genommen und wertgeschätzt werden in dem, was die Arbeit der Beraterinnen für die traumatisierten Frauen leisten kann. Leider wird häufig dieser qualitative Unterschied gemacht. Ich fand Ihre Aussage diesbezüglich sehr unterstützend. Zur Vernetzung kann ich sagen, dass wir auf Landesebene in Niedersachsen eine sehr aktive Vernetzung in Gestalt des Verbundes der niedersächsischen Frauen- und Mädchenberatungsstellen gegen Gewalt haben.

### *Prof. Dr. Petra Garlipp*

Ich möchte gern etwas zur ökonomischen Situation sagen. Wir sprechen über Trauma und Depression, und es wurde bereits gesagt, dass Störungsbilder, die noch nicht deutlich ausgeprägt sind, schwierig zu erkennen sind. Das braucht Zeit und vor allem Vertrauen in der therapeutischen Beziehung. Die Realität sieht heutzutage in der Psychiatrie anders aus als vor 15 Jahren, als ich in der Praxis angefangen habe. Ich hatte mehr Zeit, mit meinen Patientinnen und Patienten ein Vertrauensverhältnis zu entwickeln und gemeinsam einen Weg einzuschlagen. Heutzutage bekomme ich zwei Wochen, nachdem der Patient bzw. die Patientin aufgenommen wurde, die erste Anfrage vom Medizinischen Dienst der Kranken-

kassen, warum er oder sie noch in der Tagesklinik ist. Dabei sind wir in dieser kurzen Zeit zunächst dazu gekommen, mit der Therapie zu beginnen. Das sind Absurditäten, mit denen wir immer mehr konfrontiert werden aufgrund des ökonomischen Druckes, und ich stelle mir die Frage, wie wir den Betroffenen adäquat helfen sollen, wenn der finanzielle Druck so hoch ist. Das ist eine Realität, der wir uns und Sie sich in Ihren Einrichtungen auch jeden Tag stellen müssen. Diese Tatsache steht natürlich genau konträr zu der Situation, die wir uns für die Behandlung unserer Patientinnen und Patienten wünschen.

Zur Vernetzung möchte ich noch hinzufügen, dass wir genau das mit dem Bündnis gegen Depression in der Region Hannover zu erreichen versuchen. Wir haben nicht nur die psychiatrischen Institutionen, um den Menschen zu helfen, sondern eben auch die ganzen anderen Beratungsstellen und Einrichtungen, z.B. auch die Pastorinnen und Pastoren, die sozusagen die ersten sind, die helfen und beraten können. Ich denke, das ist ein ganz gutes Beispiel, wie man sich zusammenschließen kann.

### *Fünfte Wortmeldung aus dem Publikum*

Ich leite eine große Mutter-Vater-Kind-Kur-Klinik auf Langeoog mit 170 Betten. Leider sind Kuren immer ein heikles Thema im Bereich der Vorsorge und Prävention. Wir bieten aber auch Rehabilitationsmaßnahmen für depressive Erkrankungen an. Wir stellen immer wieder fest, dass einige Patientinnen und Patienten die latenten Symptome einer Depression aufweisen und wir sie nicht adäquat

versorgen können, weil die Krankenkassen sich scheuen, daraus eine Rehabilitationsmaßnahme zu machen. Ich bin sehr daran interessiert, mich stärker zu vernetzen, da ich vermute, dass das Inselnleben der Einrichtung und Behandlungsformen langfristig allein nicht ausreichen wird. Durch eine verstärkte Vernetzung können wir weitere Standbeine aufbauen, um dem politischen Druck (z.B. Gesundheitsreformen) Stand zu halten. Mich würde auch interessieren, wie Sie den Bereich der Rehabilitation bei den vielen allein erziehenden Müttern und Vätern und ihren Kindern sehen.

#### *Gertrud Corman-Bergau*

Ich sehe Ihre Frage eher als einen wichtigen Beitrag. Vielleicht gehen meine Gedanken ein bisschen in Ihre Richtung. Meiner Meinung nach ist diese Dichotomie „krank/gesund“, „arbeitsfähig/nicht arbeitsfähig“ ungesund für uns alle. Wir sagten vorhin, Armut macht krank und Arbeitslosigkeit macht auch krank, auch wenn sie verhältnismäßig gut bezahlt wird. Alimentierung macht passiv und Passivität macht krank. D.h. dass ein wichtiger Faktor der Resilienz ist, sich als wirksam und wichtig zu erleben und Achtung von anderen Menschen zu bekommen. Aber auch die Situation der Arbeitslosigkeit kann sich negativ auf die Gesundheit auswirken und Stress verursachen.

Leider können wir heute hier in diesem Rahmen nur einige Probleme ansprechen. Natürlich ist die psychotherapeutische Versorgung katastrophal. Sie entspricht überhaupt nicht dem gesellschaftlichen Bedarf. In keiner Weise! Im Moment haben wir noch das Privileg,

dass die Patientinnen und Patienten eine Psychotherapie relativ lange in Anspruch nehmen dürfen. Wenn die gesellschaftliche Entwicklung jedoch so fortläuft, werden wir künftig gezwungen sein, eine 15 bis 20 Minuten-Medizin zu machen. Eine Idee meinerseits wäre, dass wir das „Krank-Gesund-Schema“ verändern. Die Arbeitgeber sollten auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter integrieren, die nicht 100 % Leistung erbringen können. Da verspreche ich mir einen ganz wichtigen und innovativen Ansatz im Arbeitsleben.

#### *Michaela Huber*

Ich freue mich sehr, dass es eine Klinik wie Ihre gibt, wo Kinder mit ihren Eltern eine Behandlung bekommen. Das ist etwas, was uns sehr fehlt: Einrichtungen, die Müttern, möglichst auch mit den Vätern, zusammen mit ihren Kindern einen Raum bieten, wo sie gemeinsam etwas lernen können. Eine stationäre Aufnahme ermöglicht es, die Familien interagieren zu sehen und beiden eine Unterstützung zu geben. Das ist ein wichtiger Ansatz, den wir unbedingt fördern müssen.

Ich möchte gern noch einmal auf das Motivationsproblem eingehen, was wir bei depressiven Menschen antreffen. In unserer Gesellschaft haben wir so viel erlernte Hilflosigkeit, dass die Menschen glauben, sie können an ihren eigenen Lebensumständen nichts mehr ändern. Ich rate meinen Kolleginnen und Kollegen immer dazu, und das können Sie in jeder Beratungsstelle und in jeder Arbeit mit Klientinnen und Klienten machen, eine Behandlungsplanung zu erstellen und folgende Dinge abzufragen: Wenn

wir gut gearbeitet haben, wie sieht es dann in Ihrer Partnerschaft aus? Wie wird es dann in Bezug auf Ihre Kinder sein? Wie ist es dann in Bezug auf Ihre Arbeit? Ihre Wohnung? Ihr Konto? Ist dann das Konto das erste Mal im Plus, wenn wir gut gearbeitet haben?

Die konkrete Verankerung in der Welt ist der entscheidende Punkt, wozu die Patientinnen und Patienten sich motivieren. Egal ob es eine Traumatherapie oder ein Beratungsprozess ist. Es ist wichtig zu analysieren: „Wofür tust du das?“. Und wenn sie sagen, dass dann ihre Partnerschaft besser laufen soll oder dass sie sich trennen möchten, frage ich erneut, ob sie sich dafür anstrengen wollen. Wir müssen den Punkt erreichen, dass die Patientinnen und Patienten ein Funkeln in den Augen bekommen. Bei dem einen ist es das Umziehen oder Ausziehen, bei der anderen vielleicht der Bezug der ersten eigenen Wohnung. Diese Punkte sind letztlich entscheidend dafür, ob sie sich bemühen. Dabei geht es primär nicht darum, das Trauma aufzusuchen und zu bearbeiten. Das erfolgt unterwegs und ist ein Bestandteil auf dem Weg dahin, dass alles gut wird. Die Menschen brauchen, wie der Esel die Möhre, ein Motiv, etwas, das die Menschen zieht, und das ist eine konkrete Verankerung in ihrer Lebenswelt.

#### *Dr. Margarethe Wegenast*

Da haben Sie Recht, Frau Huber. Wie auch schon mit Ihrem 10-Punkte-Programm. Die Arbeit mit den depressiven Klientinnen und Klienten ist ein sehr langwieriger Prozess und verlangt von den Beraterinnen und Beratern sehr viel. Ich denke, an dieser Stelle ist

auch zu erwähnen, dass die Psychohygiene bei den Anbietenden von Hilfsangeboten zu beachten ist. Es gibt immer Tendenzen der Anklammerung und Projektion auf die Beratenden. Hier müssen sie sich natürlich auch selbst schützen.

#### *Edeltraud Jäger*

Wir haben bereits an vielen Stellen darauf hingewiesen, welche Lücken in der Versorgung bestehen. Zum Abschluss der Podiumsdiskussion möchte ich Sie alle auf dem Podium bitten ein kurzes Statement dazu zu geben, wann ich bei Ihnen ein Funkeln in den Augen erleben könnte. Was sollte sich Ihrer Meinung nach verändern, was muss zusätzlich geschaffen werden und was darf auf keinen Fall verloren gehen?

#### *Maren Otto*

Mein großes Anliegen ist das Bereitstellen von Psychotherapieplätzen. Wir arbeiten mit den von Gewalt betroffenen Frauen in der Bestärkungsstelle nur eine begrenzte Zeit und können sie auch nur stabilisieren. Häufig fallen sie nach der Beratung in das gleiche Muster zurück. Diese Tatsache finde ich äußerst kontraproduktiv. Es wäre sehr schön, wenn es mehr Möglichkeiten gäbe, für die Frauen dort tätig zu sein. Die meisten niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten arbeiten nicht mit Gewaltopfern, weil sie die Meinung vertreten, dass die Frauen immer wieder retraumatisiert werden, wenn sie stets in die Gewaltsituationen zurück gehen. Ich würde es gut finden, wenn die Beratungsstellen besser über die Krankenkassen finanziert würden, weil diese

ein großes Know-How haben, gut ausgebildet sind und über eine langjährige Berufserfahrung verfügen. Warum sollten nicht auch diese Berufsgruppen Beratung und Therapie machen können, wie Sie das vorhin schon ansprachen, Frau Huber. Die Menschen sind häufig in den Beratungsstellen schon angekommen und haben eine Beziehung bzw. ein Vertrauensverhältnis aufgebaut. Warum sollte das weniger Wert sein?

### *Almut Koesling*

Das kann ich nur unterstützen. Zumal ich denke, dass die Beratungsstellen untereinander schon gut vernetzt sind und die Möglichkeiten einer Therapie untereinander diskutieren. Eine Vernetzung bietet die Möglichkeit, das Thema Gender und Depression bzw. Depression als Traumafolgestörung immer wieder zu reflektieren.

### *Dr. Margarethe Wegenast*

Ich stimme Ihnen natürlich zu, aber ein Nahziel wäre meiner Ansicht nach, Vernetzungen in konkreten Fällen zu schaffen, d.h. Vernetzungen vom vor-psychiatrischen Bereich (Beratungsstellen) mit dem medizinisch-psychiatrischen Bereich und der Aufbau einer funktionierenden Zusammenarbeit mit gegenseitigem Ernstnehmen. Außerdem müssen wir einem zweiten Bereich, nämlich der Prävention und Öffentlichkeitsarbeit, mehr Aufmerksamkeit zukommen lassen. Das ist für die Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe besonders wichtig. Ich komme darauf, weil neueste Studien ergeben haben, dass das Erleben von häuslicher Gewalt

in der Kindheit mit Abstand den höchsten Risikofaktor darstellt, später als erwachsene Person selbst in der eigenen Partnerschaft Gewalt zu erleben, was dann wiederum zu Depression als Folgestörung bei den Opfern führen kann. Der Bereich der Prävention ist besonders wichtig und dafür muss viel mehr getan werden. Dafür fehlen leider bislang die finanziellen Mittel und wir müssen dafür sorgen, solche Ressourcen frei zu bekommen.

### *Michaela Huber*

Wenn wir künftig sozialen Frieden beibehalten möchten, müssen wir dringend so früh wie möglich kleine Einheiten, d.h. Familien, Frauen, Kinder und Jugendliche, sorgfältig auf allen Ebenen unterstützen und begleiten. Bei der Behandlung von komplexen Traumata ist die Vernetzung entscheidend. Wir müssen Helfernetze aufbauen: Beratung, Betreuung, Begleitung, Psychotherapie, Sozialpsychiatrie sowie die niedergelassenen und stationär arbeitenden Kolleginnen und Kollegen in den Kliniken müssen miteinander arbeiten. Wir brauchen diesen Verbund – und wenn eines wegbricht, z.B. die Präventionsarbeit, muss dafür gekämpft werden. Meiner Meinung nach können 90 % der Beraterinnen auch wesentliche Inhalte der Traumatherapie leisten. Es gibt nur wenige Inhalte, die so spezifisch sind, dass sie in die Hände von hochgradigen Spezialisten gehören. Ich schätze und unterstütze diese Kolleginnen sehr, die in der Beratung, Betreuung und Begleitung arbeiten und sich weiter qualifizieren.

### *Prof. Dr. Petra Garlipp*

Ich kann das nur unterstützen. Und ich möchte noch einmal sagen, dass das die Erfahrung ist, die wir im Bündnis auch erleben, weil das Bündnis hauptsächlich durch das Engagement derjenigen lebt, die dort maßgeblich ehrenamtlich mitarbeiten. Erst vor kurzem wurde eine Untersuchung der Techniker Krankenkasse veröffentlicht, die aussagt, dass sich die Verschreibung von Antidepressiva in den vergangenen zehn Jahren verdoppelt hat, vor allem bei den arbeitslosen Frauen. Das hat mich sehr erschüttert. Wir müssen uns fragen, warum bekommen vor allem arbeitslose Frauen mehr Antidepressiva? Welche Gründe gibt es dafür? Es wäre auch schön, wenn genauer geschaut würde, wann ist es wirklich eine Depression oder wann ist es eine kurzfristige Überlastung. Auch bei Burnout sollte genauer geschaut werden. Wann ist es wirklich ein Burnout und wann steckt eine Depression dahinter? Es gibt Krisen, die zum Leben dazu gehören und nicht immer ist es gleich ein Burnout oder eine Depression, sondern eine normale Schwankung des Lebens. Ich wünsche mir für die Zukunft, dass möglichst differenziert mit Depression umgegangen wird und nicht jede Person als krank angesehen wird, die sich gerade in einer Lebenskrise befindet. Es sollte ganz strikt nach den Symptomen und Kategorien vorgegangen werden, um eine solche Diagnose zu stellen. Der kleinste Anteil der Personen mit psychischen Auffälligkeiten wird in einer Psychiatrie behandelt. Die meisten werden bei den Hausärztinnen und Hausärzten, in Beratungsstellen, in Gemeinden, in Schulen, wo auch immer, gesehen und das Ziel muss es sein, alle miteinander zu vernetzen und damit die Versorgung zu verbessern. Aber bitte nicht überdiagnostizieren.

### *Gertrud Corman-Bergau*

Wenn ich gefragt werde, wann ich das Leuchten in den Augen bekomme, kann ich darauf nur antworten, immer dann, wenn ich von meinen Patientinnen und Patienten etwas lernen kann. Ich bin immer wieder beeindruckt, wie mir die Menschen, die mit schweren Lebensschicksalen kommen, so viel geben können. Auch aus diesem Grund unterstütze ich die interkulturelle Zusammenarbeit, weil wir von den Menschen aus anderen Kulturkreisen sehr viel lernen können, vor allem in der Familientherapie. Es ist anrührend, wenn wir Flüchtlingskindern helfen wollen und sie sagen zu uns: „Helft nicht mir, helft erst meinem Papa.“ Das sind wichtige Punkte, auf die wir uns besinnen müssen. Auch bin ich gegen ein isoliert aufs Individuum fixiertes Verständnis von Gesundheit. Wir sind alle zusammen gesund oder krank. Da bekomme ich das Leuchten.

### *Edeltraud Jäger*

Noch einmal ganz herzlichen Dank an Sie alle. Ein schöneres Schlusswort hätte es nicht geben können: zu sehen, wie die Arbeit uns berührt und wie viel wir davon mitnehmen. An Sie, liebes Publikum, ein herzliches Dankeschön für Ihr Interesse und Ihre Fragen. Ich wünsche Ihnen allen noch einen angenehmen Abend.

*Kontakt:*

Dipl. Psych. Gertrud Corman-Bergau, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen und Beirat für das Netzwerk traumatisierter Flüchtlinge Niedersachsen,  
E-Mail: [corman.bergau@t-online.de](mailto:corman.bergau@t-online.de)

Prof. Dr. Petra Garlipp, Bündnis gegen Depression der Region Hannover, E-Mail: [garlipp.petra@mh-hannover.de](mailto:garlipp.petra@mh-hannover.de)

Michaela Huber, Göttingen, [www.michaela-huber.com](http://www.michaela-huber.com);  
E-Mail: [huber@michaela-huber.com](mailto:huber@michaela-huber.com)

Edeltraud Jäger, Lebensberatung im [ka:punkt], Hannover,  
E-Mail: [edeltraud.jaeger@ka-punkt.de](mailto:edeltraud.jaeger@ka-punkt.de)

Almut Koesling, Männerbüro Hannover e.V.,  
E-Mail: [almut.koesling@maennerbuero-hannover.de](mailto:almut.koesling@maennerbuero-hannover.de)

Maren Otto, Bestärkungsstelle für das Hannoversche Interventionsprogramm Gegen MännerGewalt in der Familie (HAIP-Verbund),  
E-Mail: [maren.otto@btz-hannover.de](mailto:maren.otto@btz-hannover.de)

Dr. Margarethe Wegenast, ehem. Vertreterin des Bundesverbandes der Frauennotrufe und Frauenberatungsstellen (BFF),  
ehem. Leiterin des Frauennotrufs Langenhagen,  
E-Mail: [info@frauennotruf-langenhagen.de](mailto:info@frauennotruf-langenhagen.de)

## PODIUMSDISKUSSION VOM 23.08.2010

### *Dr. Ute Sonntag*

In der kommenden Stunde werden wir uns über Depression als Traumafolgestörung sowie über Perspektiven einer gendersensiblen Prävention und gesundheitlichen Versorgung unterhalten. Zunächst möchte ich Ihnen jedoch unsere Podiumsgäste vorstellen.

Michaela Huber kennen Sie bereits.

Frau Dr. Almut Koesling: Von 1998 bis zum Jahr 2008 war sie im Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen tätig und arbeitete zu den Auswirkungen von Inhaftierung. Heute ist sie in dem Projekt „Täterarbeit und häusliche Gewalt“ im Männerbüro in Hannover tätig. Herzlich willkommen.

Dr. Thorsten Sueße: Er ist seit 2004 ärztlicher Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes in der Region Hannover. Vorher arbeitete er neun Jahre lang als leitender Arzt im damaligen Landeskrankenhaus Hildesheim. Er ist Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin. Schön, dass Sie da sind!

Frau Dr. Ruth Sonnenberg: Sie ist Vertreterin der niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Sie wird aus der Sicht der Praxis und auch über den Berufsstand einiges beitragen können. Sie ist seit elf Jahren niedergelassene Ärztin für Neurologie und Psychiatrie, bildet dort auch aus, ist psychoanalytische Psychotherapeutin und hat viel Erfahrung in der Traumaaarbeit. Herzlich willkommen.

Dr. Margarethe Wegenast: Sie ist Heilpraktikerin für Psychotherapie und seit 1998 im Frauennotruf Langenhagen tätig. Sie koordiniert dort zudem den Bundesverband der Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe. Herzlich willkommen.

### *Dr. Ute Sonntag*

Frau Dr. Sonnenberg, mit Ihnen möchte ich beginnen. Sie haben in der Behandlung von traumatisierten und depressiven Menschen viel Erfahrung. Von Frau Huber haben wir bereits etwas zu den Unterschieden bei Frauen und Männern gehört. Vielleicht können Sie uns aus Ihrer Sicht noch einmal die Unterschiede in der Psychotherapie und Beratung benennen. Was fällt Ihnen auf?

### *Dr. Ruth Sonnenberg*

Aus meiner Sicht als niedergelassene Therapeutin stehen Depressionen bei Männern im Vergleich zu Frauen viel häufiger mit Beschämungen im Zusammenhang. Das führt auch unter anderem dazu, dass sie diese Form der Traumatisierung viel seltener als Ursache ihrer Störungen wahrnehmen. Männer glauben, sie müssen sich schwierigen Situationen und Gefahren aussetzen. Frauen nehmen dagegen Beschämungen viel leichter hin, auch oft über einen langen Zeitraum, z.B. Gewaltsituationen in der eigenen Familie. Männer neigen hingegen dazu, auszurasen und die Gefahr besiegen zu wollen. Deswegen sind sie mit Beschämungen eher zu traumatisieren und zu kränken. Ich glaube, gerade diese Beschämung ist in der therapeutischen Arbeit mit Männern viel schwieriger aufzulösen als bei Frauen.

### *Dr. Ute Sonntag*

Herr Dr. Sueße: Sie haben im Landeskrankenhaus Hildesheim als Arzt viel mit Soldaten und ausländischen Widerstandskämpfern gearbeitet, die traumatisiert und im Begriff waren, abgeschoben zu werden. Was können Sie zu geschlechtsspezifischen Aspekten in der Behandlung traumatisierter und depressiver Männer aus Ihrer Erfahrung ergänzen?

### *Dr. Thorsten Sueße*

Ich muss sagen, dass ich über den Vortrag von Frau Huber sehr erstaunt bin, da ich viele meiner Erfahrungen in ihren Worten wieder gefunden habe. Im Vordergrund stand bei den Männern immer etwas Wütendes, Gereiztes und viel Aktion. Ich habe immer das Gefühl gehabt, sie haben sich verteidigen müssen. Die betroffenen Männer haben Situationen erlebt, in denen Polizeibeamtinnen und -beamte sie für eine Abschiebung abholen kamen. Solche Erlebnisse können sich als Trauma, teilweise mit psychotischen Symptomen, auf die Männer auswirken. Die Symptome einer solchen Traumafolgestörung wirken sich dann weniger als Rückzug, sondern eher in Form von nach außen gerichteten Handlungen aus. Das war in der Regel auch der Grund, warum die Männer dann zu uns ins Landeskrankenhaus nach Hildesheim kamen. In der Therapie versuchten wir dann das Vertrauen wieder herzustellen und die Übererregung etwas herunter zu fahren. Das Problem, dem wir uns jedoch immer wieder stellen mussten, war, dass wir die Sprache der Männer nicht sprachen und wir zum Teil das Gefühl hatten, dass sie gar nicht so richtig wussten, was wir von ihnen wollten und sie uns deshalb misstrauisch gegenüber standen.

### *Dr. Ute Sonntag*

Frau Huber erwähnte in ihrem Vortrag, dass höchstens 10 % aller depressiven Menschen eine adäquate Versorgung bekommen. Herr Dr. Sueße, wer kommt zu Ihnen in den Sozialpsychiatrischen Dienst? Männer oder Frauen? Und welche Angebote können Sie leisten?

### *Dr. Thorsten Sueße*

Der Sozialpsychiatrische Dienst in der Region Hannover ist neben der Behandlung von Krankheitsbildern, wie z.B. Schizophrenie und Psychosen, auch für die Behandlung und Therapie von Depression als Traumafolgestörung zuständig. Wir widmen uns der Krisenintervention und zwar ausdrücklich für die Gruppe von Patientinnen und Patienten, die nicht in traditioneller Weise von Nervenärztinnen und -ärzten erreicht werden. Das können möglicherweise Menschen mit Migrationshintergrund sein, die das deutsche Versorgungssystem als solches nicht kennen oder sich nicht trauen, es in Anspruch zu nehmen. Oder auch Männer und Frauen in Gewaltsituationen, wo außen stehende Personen, z.B. die Polizei, die Anregung geben, dass der- bzw. diejenige einen Nervenarzt bzw. -ärztin aufsuchen sollte. Dann besteht die Möglichkeit, in eine unserer elf Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes zu kommen und Hilfe in Form von Einzel-, Gruppen- oder Familiengesprächen zu bekommen. Bei einem Einzugsgebiet von ca. 120.000 Einwohnerinnen und Einwohnern arbeiten wir damit sehr gemeindenah und bieten sogar zusätzlich eine Beratungsstelle gezielt für Kinder und Jugendliche an. Wenn nicht die Möglichkeit besteht,

eine unserer Beratungsstellen aufzusuchen, gehen wir auch zu den betroffenen Personen nach Haus. Die Helfenden setzen sich meist aus einem/r Arzt/Ärztin und einem/r Sozialarbeiter/in oder aus einem/r Arzt/Ärztin und einem/r Krankenpfleger/-schwester zusammen. Damit kann vor Ort von Professionellen eine erste Diagnose gestellt und auf Hinweise geachtet werden, die möglicherweise auf eine Depression oder ein Trauma hindeuten. Wir führen sozusagen eine vorübergehende Behandlung durch, bis die betroffene Person bei einem Nervenarzt bzw. einer Nervenärztin Fuß fasst oder möglicherweise in ein Krankenhaus eingewiesen wird oder andere adäquate Versorgungsangebote greifen. Damit stellen wir im Zweifelsfall eine Erstversorgung sicher und können erster Schwerpunkt sein, wenn vorrangige Hilfesysteme nicht zum Zuge kommen sollten. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte stellen ein solches vorrangiges Versorgungssystem dar. Das setzt aber voraus, dass die Hilfesuchenden die Praxis aufsuchen und eine Wartezeit in Kauf nehmen müssen. Zudem sind unsere Fachärztinnen und -ärzte in der Stadt Hannover alle mit einer Behandlungsermächtigung ausgestattet und können Medikamente, die sie für sinnvoll erachten, vor Ort verschreiben.

#### *Dr. Ute Sonntag*

Frau Dr. Wegenast, der Frauennotruf Langenhagen wird auch von depressiven Menschen in Anspruch genommen. Welche Angebote können Sie dort leisten?

#### *Dr. Margarethe Wegenast.*

Es gibt zwei große Gruppen von Frauen, die bei uns Hilfe in Anspruch nehmen möchten. Zum einen sind es Frauen, die sexuell missbraucht wurden und sich nach langer Zeit bei uns melden und um Hilfe bitten. Zum anderen sind es Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind. Da ein Merkmal der Depression die Antriebsstörung ist, melden sich diese Frauen eher selten von allein. Wir bekommen aus der Zusammenarbeit mit der Polizei Niedersachsen die Einsatzunterlagen und nehmen direkten Kontakt mit ihnen auf. Unser Ziel ist es, sie in die Beratungsstelle zu holen und auf neutralem Boden kurzfristig ein Eingangsgespräch zu führen. Wir können jedoch nur bis zu zehn Gespräche anbieten. Danach müssen wir leider z.B. an niedergelassene Therapeutinnen und Therapeuten weiter vermitteln. Das ist problematisch, weil die Frauen zu uns Vertrauen gefasst und Hoffnung geschöpft haben. Leider können wir ihnen dann nicht weiter helfen, da das unsere Kapazitäten sprengen würde. Bei der Behandlung von Depression ist ein längerfristiges und zuverlässiges Setting eigentlich zwingend notwendig und obwohl wir mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten kooperieren, reichen die Therapieplätze noch lange nicht aus.

#### *Dr. Ute Sonntag*

Frau Dr. Koesling, Sie arbeiten im Männerbüro. Was können Sie traumatisierten und depressiven Männern anbieten?

### *Dr. Almut Koesling*

Im Männerbüro sind unterschiedliche Projekte angesiedelt, die sich nicht alle auf den ersten Blick mit Traumatisierung und Depression befassen. Es gibt z.B. Beratungs- und Trainingsangebote für gewalttätige Männer. Diese kommen meist nicht von allein zu uns, sondern werden von der Staatsanwaltschaft zu uns geleitet. Des Weiteren befasst sich die Beratungsstelle „Anstoß“, die bei uns angegliedert ist, mit Jungen und jungen Männern, die sexuelle Gewalt erlitten haben. Wir haben dafür einen speziell ausgebildeten Therapeuten, der sich ausschließlich mit dieser Klientel befasst, die in der Kindheit oder Jugend sexuelle Gewalt erlebt hat, und sie bei der Bearbeitung ihrer Traumatisierung unterstützt. Zudem gibt es mehrere Mitarbeiter, die sich mit grenzverletzenden Jugendlichen auseinander setzen. Vereinzelt kommen auch Männer von allein zu uns, die sich niedergeschlagen und depressiv fühlen. Wir haben also ganz unterschiedliche Angebote und damit auch unterschiedliche Zugangswege.

### *Erste Wortmeldung aus dem Publikum*

Da Männer im Gegensatz zu Frauen andere Symptome bei einer Depression aufzeigen, eher gereizt und depressiv sind und die Depression nicht immer sofort zu entdecken ist, interessiert mich, wie die Männer eine solche Diagnose dann aufnehmen bzw. es auffassen, wenn die Vermutung, es könnte sich um eine Depression handeln, im Raum steht? Die Symptome einer Depression werden häufig mit weiblichen Verhaltensmustern assoziiert. Wie sind da Ihre Erfahrungen?

### *Dr. Almut Koesling*

Sie sprechen da ein sehr wichtiges Thema an. Unserer Meinung nach ist die Hürde für Männer sehr hoch, sich an eine Beratungsstelle zu wenden und den Verdacht einer Depression zu äußern. Es gibt in diesem Bereich wenige Identifikationsfiguren einer männlichen Identität, die auch Opfererfahrungen gemacht haben. In diesem Zusammenhang muss ich an Robert Enke denken, der als Torwart beim Fußballverein Hannover 96 großes Ansehen genoss. In Gruppensitzungen tauchen seine Lebensgeschichte und sein tragischer Suizid häufiger auf. Faszinierend dabei ist zu beobachten, dass die Teilnehmer für sich selbst ganz wenig Mitleid, wenig Mitgefühl und Verständnis aufbringen und auch für betroffene Männer in ihrem näheren Umfeld wenig Empathie entwickeln können – aber für Robert Enke schon. Er war eine Identifikationsfigur und hat mit seiner Erkrankung und seinem tragischen Tod einiges anstoßen können. Dennoch scheint es für Männer weiterhin eine unglaublich schwere Hürde zu sein, anzunehmen, dass sie z.B. eine traumatische Erfahrung gemacht haben und sich für die Verarbeitung entsprechende Hilfe und Unterstützung einholen sollten.

### *Michaela Huber*

Ich würde den Impuls gern ergänzen. Ich frage meine Patientinnen und Patienten mit Übererregung grundsätzlich, ob sie die andere Seite auch kennen. Ob die betreffenden Personen mit Übererregungszuständen aller Art auch tiefe Erschöpfungszustände kennen oder zumindest, ob sie erhebliche Angst davor haben zusammen-

zubrechen. In der Regel ist das der Fall. Sehr häufig gibt es bereits Erfahrungen mit depressiven Einbrüchen, auch bei Personen, bei denen Aggression im Vordergrund steht. Und umgekehrt. Fragen Sie einfach mal Patientinnen und Patienten, die mit eher depressiven Symptomen kommen, ob diese auch die andere Seite kennen. Ob sie es auch kennen, dass sie ausrasten können oder Angst davor haben, dass diese Aggression aus ihnen ausbrechen könnte. Dann haben Sie beide Pole, die meines Erachtens zusammen gehören. Und wenn sie auf beide Pole schauen, ist es plötzlich nicht mehr so tabuisiert. Die meisten kennen sowohl das eine als auch das andere Extrem und dann wird ein Gespräch über ein mittleres Niveau möglich. Sie können gemeinsam den Blick darauf richten, wann die Person zu stark übererregt ist und sie kann lernen, wie sie sich wieder herunter fahren kann. Dann besteht die Chance, dass eine nächste Situation nicht mehr so schnell kippt.

#### *Dr. Ute Sonntag*

Frau Dr. Sonnenberg, bevor Sie jetzt das Wort ergreifen, möchte ich noch einmal auf die schwierige Versorgungssituation zu sprechen kommen, die gerade schon erwähnt wurde. Ich bin mir nicht sicher, ob hier auf dem Podium wirklich einheitlich die Meinung herrscht, dass es eine Unterversorgung gibt. Sie selbst haben mir im Vorgespräch gesagt, dass Sie das Bündnis gegen Depression aus diesem Grund etwas kritisch sehen. Vielleicht können Sie dazu auch noch etwas sagen.

#### *Dr. Ruth Sonnenberg*

Ich würde gern noch etwas zu dem Thema, was Frau Koesling und Frau Huber gesagt haben, ergänzen. Zu mir kommen häufig Männer in die Praxis und berichten, dass sie oft ausrasten und aggressiv werden. Wenn sie mit dieser Erkenntnis kommen, ist schon sehr viel gewonnen. Meiner Erfahrung nach helfen in diesen Fällen Antidepressiva sehr gut. Die Männer sagen, sie werden ruhiger, reagieren nicht gleich über, obwohl Serotonin-Wiederaufnahmehemmer antriebssteigernd sind und wir sie in der Regel nicht verschreiben sollen. Damit möchte ich sagen, dass hinter diesen Aggressionen häufig eine Depression steckt. Und in einer Gruppentherapie können sie lernen, wie sie die aggressiven Impulse steuern können, wie sie anderen etwas entgegensetzen können, ohne auszurasen, und vor allem, dass auch andere Männer depressive Einbrüche erleben. Dann ist das für sie nicht mehr so beschämend und der Zugang zu ihnen wird leichter.

Das Zweite ist die Versorgungssituation. Ich habe in der Woche zwei Vormittage und einen Nachmittag für die psychiatrische Sprechstunde für Notfälle geöffnet. Leider ist der Bedarf viel höher, als die Ambulanzen das je decken könnten. Mein Anrufbeantworter sagt den Betroffenen oft, dass ich gar keine neuen Patientinnen und Patienten aufnehmen kann und wenn, bestehen Wartezeiten von sechs bis acht Wochen. Das ist doch keine Notfallversorgung mehr! Insofern erfülle ich meinen Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung als Psychiaterin nicht. Ich kann 25 Stunden Psychotherapie in der Woche anbieten und in der Regel 12 bis 15 neue

Therapieplätze im Jahr. Es rufen aber mindestens diese 10 bis 12 Personen in der Woche, manchmal zum Teil drei bis zehn pro Tag in der Praxis an und fragen nach einer Therapie. Das ist eine katastrophale Unterversorgung! Ich spreche mich sehr dafür aus, im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie nicht nach Diagnosen zu unterscheiden. Natürlich gibt es einen Konkurrenzkampf, welche Patientengruppe wir intensiver betreuen sollen: depressive, schizophrene oder traumatisierte Patientinnen und Patienten. Und dann gibt es den Effekt, dass es mehr Therapieplätze gibt, je mehr ich schnippe. Meiner Meinung nach sollten wir aufhören, alle Erkrankungen spezifisch zu betrachten und damit verhindern, dass alle auf einen Zug aufspringen. Uns Traumatherapeutinnen und -therapeuten wird ja auch ständig vorgeworfen, wir würden etwas Spezielles generieren und gehäuft Traumata diagnostizieren. Das stimmt so natürlich nicht.

#### *Dr. Ute Sonntag*

Gibt es denn auf dem Podium Ideen, wie dieses Dilemma zu bearbeiten wäre, auch z.B., welche Rolle das Bündnis gegen Depression Hannover dabei spielen könnte? Gibt es da Ideen oder müssen wir uns mit dieser Unterversorgung abfinden?

#### *Zweite Wortmeldung aus dem Publikum*

Ich würde diese Frage gern ergänzen. Die Kassenärztliche Vereinigung sagt, es gibt gar keine „Traumatherapie“ im abrechnungstechnischen Sinne. Ich habe von vielen Therapeutinnen und Therapeuten gehört, dass sei ein Dilemma, sie könnten eine



richtige Traumatherapie nicht vernünftig abrechnen. Können Sie dazu auch gleich etwas sagen?

#### *Frau Dr. Sonnenberg*

Da würde ich gern etwas zu sagen. Im Rahmen der Kassenärztlichen Versorgung gibt es drei Therapiemethoden, die man kassenärztlich abrechnen kann: Die Verhaltenstherapie, die Tiefenpsychologische Psychotherapie und die Psychoanalyse. Das sind die anerkannten Therapieverfahren. Die Verhaltenstherapie basiert eher auf Lernmodellen, die anderen beiden Verfahren liegen mehr auf der Basis der Beziehungsarbeit. Und Beziehungsarbeit ist ein ganz wesentlicher Bestandteil der Traumaaarbeit und ich bin froh, dass es den spezifischen Begriff der Traumatherapie nicht gibt. Es gibt viele Betroffene, die sagen, sie waren in einer Reha und sol-

len jetzt eine Traumatherapie bekommen. Damit sind eine riesige Hoffnung und diffuse Erwartungen verknüpft, weil es endlich etwas gibt, was ihnen helfen könnte. Und wenn sie dann gesagt bekommen, eine Traumatherapie gibt es eigentlich nicht, brechen diese Erwartungen plötzlich in sich zusammen. Es wäre viel besser, ihnen zu sagen: „Wir haben verschiedene Therapiemöglichkeiten und wir können je nach Kenntnis und Ausbildung der einzelnen Therapeutin bzw. des einzelnen Therapeuten mit ganz verschiedenen Methoden der Traumabehandlung therapieren.“

### *Dritte Wortmeldung aus dem Publikum*

Ich würde gern noch etwas zur Versorgungssituation sagen. Ich arbeite in einer Frauenberatungsstelle und finde es sehr schade, dass wir von den Ärztinnen und Ärzten in Hannover kaum herangezogen werden. Frau Huber sagte vorhin, dass Bewegung bei Depression eine wichtige Maßnahme sei. Im letzten Jahr habe ich ein Angebot entwickelt, eine Nordic-Walking-Gruppe für Frauen mit depressiven Verstimmungen oder Angstsymptomen, und dieses Konzept an alle Arztpraxen verschickt. Es taucht aber nirgends auf. Ich weiß manchmal nicht mehr, was ich noch tun soll. Wir müssen uns als Frauennotruf sehr begrenzen und mit solchen Angeboten ginge es eigentlich. Aber leider werden diese kaum in Anspruch genommen.

### *Michaela Huber*

Sie sprechen meine Worte! Vielen Dank! Wir dürfen nicht den Mythos der Traumatherapie pflegen. Wir suchen eigentlich nach

einem Begriff, der das gesamte Sortiment der Behandlungsmöglichkeiten zusammenfasst.

Langsam verbreitet sich der Gedanke wieder, dass die Menschen unter ihren derzeitigen Lebensbelastungen zusammen brechen können. Das kann unterschiedliche Formen annehmen, aber im weitesten Sinne geht es um die Verarbeitung von Stress. Trauma ist sozusagen ein toxischer Stress. Bei einigen Menschen türmen sich die Lebensbelastungen nach und nach auf und aus irgendeinem Grund läuft das Fass über und das Ganze bekommt einen starken Krankheitswert. Zudem wissen wir heute auch, dass bestimmte Erkrankungen nicht ohne eine bestimmte Belastung entstehen. Personen haben z.B. die Vulnerabilität, eine Depression zu entwickeln, aber nur, wenn spezifische Belastungen im Vorfeld – meist in der Kindheit – auf sie einwirken. Das gilt im Übrigen auch für viele körperliche Erkrankungen. D.h. was wir tun müssen, ist, das Wissen darüber auf allen Ebenen zu verbreiten und den Menschen mit einem Maß an Grundwissen zu begegnen und sie dort zu unterstützen, wo sie sich in ihrem jetzigen Lebensumfeld gerade befinden. Das können am allerbesten Institutionen und Einrichtungen, die Beratung, Betreuung und Begleitung anbieten. Psychotherapie sollte erst dann zur Anwendung kommen, wenn der oder die Betroffene massiv daran interessiert ist, an der eigenen Veränderung aktiv zu arbeiten. Sonst nicht. Was wir heute hier besprochen haben ist meiner Meinung nach das Basiswissen. Und zur Basisversorgung in unserer Gesellschaft gehören Beratung, Begleitung und Betreuung. Und diese Kolleginnen und Kollegen sind

mir sehr kostbar, weil sie eine ausgezeichnete Arbeit leisten, hoch engagiert und die Infrastruktur unserer Versorgung sind. Sie gehören genauso in meine Fortbildungen wie die Ober- und Chefärztinnen und -ärzte. Die wenigen Prozesstechniken, die zum Repertoire der Psychologinnen und Psychologen gehören, interessieren in der Rehabilitation nur wenig. 90% dessen, was gute Traumatherapie ausmacht, ist etwas, was Sie alle machen und mit dem Sie alle umgehen können. Wir müssen diese Netzwerke unbedingt verbessern und pflegen.

#### *Dr. Ute Sonntag*

Ich möchte nun zu unserem nächsten Themenschwerpunkt dieser Podiumsdiskussion überleiten und den Blick darauf werfen, was es bisher an Präventionsansätzen gibt. Welche Möglichkeiten gibt es z.B., die Ausbildung eines Traumas nach schrecklichen Erlebnissen zu verhindern? Frau Dr. Wegenast, der Frauennotruf in Langenhagen bietet Präventionsarbeit in Schulen an. Wie müssen wir uns das vorstellen?

#### *Dr. Margarethe Wegenast*

Ich würde gern zuerst noch einmal an die Versorgungssituation anknüpfen. Der Frauennotruf Langenhagen ist aufgrund seiner Finanzierung gezwungen, relativ hochschwellig zu arbeiten und Traumaberatung im engeren Sinne anzubieten. Bieten wir niedrigschwellige Angebote an, besteht für uns ein Rechtfertigungsproblem. Anders ist es zum Glück im Bereich der Prävention. Da können wir niedriger ansetzen und auch mit jüngeren Menschen zusammen arbeiten.

Unsere Klientinnen sind zum größten Teil erwachsene Frauen, aber die Prävention muss meiner Ansicht nach viel früher ansetzen, um Resilienz zu schaffen und zu stärken. Im Moment führen wir ein Präventionsprojekt durch, das auch genderspezifisch ausgerichtet ist. Es wird von einem Mann und einer Frau, die beide selbst noch im Studium sind, geleitet. Damit sind sie vom Alter relativ nah an der Zielgruppe. Es geht darum, eigene Grenzen und die anderer zu erkennen, die eigenen Gefühle wahr und ernst zu nehmen und in schwierigen Situationen den Mut zu entwickeln, sich von außen Unterstützung zu holen. Es ist eine Mischung aus Selbstwahrnehmung und der Verbreitung von Informationen, vor allem zu den Unterschieden bei Männern und Frauen, um bestehende Stereotype und Tabus abzubauen.

#### *Dr. Ute Sonntag*

Vielen Dank, Frau Dr. Wegenast. Frau Dr. Koesling, welche Präventionsansätze gibt es bei Ihnen im Männerbüro?

#### *Dr. Almut Koesling*

Wie ich vorhin bereits erwähnte, bietet die Beratungsstelle „Anstoß“ Projekte in Schulen an, wird von Lehrkräften gebucht oder lädt selbst Schulklassen in die Beratungsstelle ein. Die Jungen sollen dabei lernen, was sie tun können, wenn ihnen ein Freund berichtet, dass es z.B. einen Übergriff gegeben hat, oder was sie tun können, wenn sie selbst ein solches Erlebnis machen mussten, und wo sie sich Hilfe und Unterstützung holen können. Gedanklich bin ich schon wieder bei dem Thema der Männlichkeit, worüber wir vorhin schon sprachen.

chen, welche bestehenden Muster und Raster es überhaupt für Jungen gibt, um ihre eigenen Erfahrungen einzusortieren. Es gibt z.B. auch einen von Schulen initiierten Beratungsrundlauf, bei dem Kinder und Jugendliche in verschiedene Beratungsstellen eingeladen werden, Beratungsgespräche erleben und sich untereinander austauschen. Sie können Beraterinnen und Berater in ihrer Arbeit erleben und selbst einschätzen, ob sie sich gut aufgehoben gefühlt haben. Ich finde diese Form der Prävention sehr gut, weil es den Kindern und Jugendlichen aufzeigt, an wen sie sich in schwierigen Situationen wenden können.

#### *Vierte Wortmeldung aus dem Publikum*

Mich interessiert, ob diese Präventionsangebote über mehrere Tage durchgeführt werden oder ob nur ein Termin in der Schule wahrgenommen wird. Wie ist da der zeitliche Rahmen?

#### *Dr. Almut Koesling*

Bei uns in der Beratungsstelle „Anstoß“ werden die Beratungsgespräche punktuell durchgeführt. Es gibt allerdings auch Kooperationen mit Lehrkräften, dann gehen die Beratungen mit den Schülerinnen und Schülern über einen längeren Zeitraum.

#### *Dr. Margarethe Wegenast*

Wir haben ganz unterschiedliche Konzepte. Das Präventionskonzept, was ich eben vorgestellt habe, dauert zwei halbe Tage zuzüglich Vor- und Nachgespräche mit den Lehrkräften. Dieses Konzept soll künftig fest etabliert werden. D.h. dass ein bestimmter Jahrgang

am Schuljahresanfang einmal in die Beratungsstelle kommt und je nach Klassenstufe ein altersgerechtes Angebot bekommt. Die Lehrkräfte würden dies auch sehr begrüßen. Zum Thema Prävention möchte ich noch Folgendes ergänzen: Da wir wissen, dass die Hemmschwelle für junge Mädchen sehr hoch ist, zu einer Beratungsstelle zu gehen, nutzen wir in Zukunft auch das Medium Internet. Wir wollen damit Informationen bereit stellen, ihnen aufzeigen, was eine Beratungsstelle macht, und damit die Hemmschwelle senken, unser Angebot in Anspruch zu nehmen.

#### *Dr. Ute Sonntag*

Da Sie uns das Stichwort Medien gegeben haben, möchte ich kurz einen anderen Punkt ansprechen, worüber ich mit Frau Dr. Sonnenberg bereits im Vorgespräch diskutiert habe: die Verantwortung der Medien für den Bereich Trauma. Die Berichte über Katastrophen, z.B. der Amoklauf von Winnenden oder das Bahnunglück von Eschede, transportieren den Zuschauerinnen und Zuschauern, dass die beteiligten Menschen wahrscheinlich ein Trauma erleiden werden. Dass es ihnen nach dem Unglück schlecht gehen wird, daran haben die Medien einen großen Anteil. Frau Huber und Frau Dr. Sonneberg, was ist nach einem solchen Ereignis hilfreich, um keine Folgestörung zu entwickeln und was wünschen Sie sich von Medien bei solchen Katastrophen?

#### *Dr. Ruth Sonnenberg*

Zum Thema Depression muss man ja zwei Dinge unterscheiden. Zum einem müssen Hilfsangebote geschaffen und bereitgestellt

werden, damit zwischenmenschliche Traumatisierungen verhindert bzw. reduziert werden können. Die Medien beziehen sich auf einen anderen Aspekt der Prävention. Nämlich den, was wir tun müssen, nachdem ein traumatisches Ereignis, z.B. eine Naturkatastrophe, ein schlimmer Unfall oder eine zwischenmenschliche Traumatisierung eingetreten ist. Was muss getan werden, um danach die Herausbildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu vermeiden? Als erstes ist es wichtig, den Betroffenen zu vermitteln, dass es jetzt vorbei ist. Wenn aber die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Medien ständig verbreiten, dass jetzt alle Personen, die an dem schlimmen Ereignis beteiligt waren, eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickeln und die Symptome immer wieder benennen, dann setzen sie damit automatisch das Trauma der betroffenen Menschen fort. Die ganze Zeit wird ihnen vermittelt, dass Schlafstörungen bspw. ein Symptom für eine Folgestörung darstellen. Damit hört das Trauma nie auf. Das erste, was von den Helfenden transportiert werden muss, ist etwas Mütterliches und Fürsorgliches und das Gefühl der Ruhe, Sicherheit und Geborgenheit. Leider durchbrechen das die Medien immer wieder auf groteske Art und Weise. Einerseits ist es wichtig, über Posttraumatische Störungen zu sprechen, andererseits ist es fatal, den Fokus darauf zu legen, dass im Anschluss alle daran erkranken. Es ist wichtig Informationen zu geben. Dazu gehört eben auch, dass Schlafstörungen am Anfang zum Prozess der Verarbeitung dazu gehören. Des Weiteren ist es wichtig, einem Trauma durch Assoziation entgegen zu wirken: die ersten wichtigen Fragen zu beantworten, z.B. wo die eigene Ehepartnerin ist oder das eigene Kind und ob es ihnen gut

geht. Wir müssen ihnen das Gefühl vermitteln, dass im Moment alles in Ordnung ist, damit sie die Möglichkeit haben, ihre Gefühle wieder herunter zu fahren. Wichtig ist, den Menschen Informationen zu geben. Dabei haben die Medien eine wichtige Aufgabe.

#### *Fünfte Wortmeldung aus dem Publikum*

Ich würde da gern noch etwas hinzufügen. Ich glaube, in der Zeitung im Zusammenhang mit der Massenpanik in Duisburg gelesen zu haben, dass Bilder bei der Verarbeitung eine große Rolle spielen. Dass die Leute, die vor Ort waren, hinterher immer wieder diese Bilder sehen müssen. Das ist einfach schrecklich.

#### *Michela Huber*

Einige meiner Kolleginnen und Kollegen aus der Psychotraumatologie haben ganz guten Kontakt zu den Medien, insbesondere zu öffentlich-rechtlichen Medien. Das Erstaunliche ist, dass wir feststellen, dass die tagesaktuellen Medien schon sehr viel besser reagieren als wir das von Fernsehspielredakteuren erleben. Es ist ganz gut untersucht, wie man dafür sorgen kann, dass eine Person nach einem Trauma eine Posttraumatische Belastungsstörung bekommt. Zunächst muss der Person vermittelt werden, dass das Erlebnis nie enden wird. Ich finde das jedes Mal zum Aufregen, wenn es heißt, das Erlebnis wird ihn oder sie für immer prägen, er bzw. sie wird das nie vergessen können, das Leben von ihm bzw. ihr wird für immer zerstört sein. Dazu trägt ebenfalls bei, wenn die Medien nach dem Unglück mit ihren Kameras herumgehen und den Leuten sagen: „Das ist bestimmt alles ganz furchtbar!“

Das ist die eine Seite, dass den Menschen immer wieder gesagt wird, wie schlimm das alles ist. Die andere Seite ist, Ihnen zu sagen, sie sollen sich nicht so anstellen. Wenn die betroffenen Personen nicht realisieren, was geschehen ist, dann ist das ebenfalls eine Form, wie eine Posttraumatische Belastungsstörung gefördert werden kann. Zwischen diesen beiden Polen müssen sich die Menschen bewegen. Dass Ruhe in jedem Fall wichtig ist und die Medien und Helfenden sich nicht nach dem Ereignis sofort in Massen auf die Betroffenen stürzen dürfen, haben wir zwei bis drei Jahre nach den Attentaten auf die Twin-Tower erlebt. Massive Hilferufe aus New York haben uns erreicht, dass die Menschen nicht mehr schlafen können und sie die Bilder immer wieder vor Augen haben. Das Problem lag darin, dass der ganze Hype und der große Hilfskonvoi aus New York zwei Jahre nach dem Ereignis, als die große Not ausbrach und hunderttausende Menschen therapeutische Hilfe suchten, bereits abgezogen waren. Wir müssen jedoch dafür sorgen, dass Beratungsstellen, Betreuungseinrichtungen, Psychotherapien und sozialpsychiatrische Dienste langfristig nachhaltige Angebote leisten, um die Menschen aufzufangen, die erst nach einer ganzen Weile Unterstützung suchen. Es ist wahrlich nicht damit getan, sich unmittelbar nach einem Ereignis in „hilfreicher Absicht“ auf sie zu stürzen.

Was die Medien angeht, so sind die öffentlich-rechtlichen Sender inzwischen bei der Berichterstattung gut darauf geeicht, keine Leichen oder Leichenteile zu zeigen. Jedoch ist das bei den Fernsehspielredakteuren sowohl bei den öffentlich-rechtlichen als auch

bei den privaten Medien noch anders. Sie können zwar im Vorabendprogramm nicht in Ruhe auf die Nachrichten warten, ohne zwangsweise mit blutrünstigen und brutalen Gewaltszenen konfrontiert zu werden. Wir können uns nicht darüber erregen, dass die Welt immer gewalttätiger wird, weil wir ein erhebliches Maß mit dem Fernsehen dazu beitragen. Vor 10 bis 12 Jahren waren noch 50 % aller Fernsehinhalte gewaltvoll. Heute sind es zwar 80 %, und es ist eine zunehmende Detaildarstellung zu verzeichnen. Ich finde es wichtig, die Medien auch in diesem Bereich zu kritisieren, nicht nur bei der Wahrnehmung von Ereignissen.

#### *Dr. Ute Sonntag*

Vielen Dank Frau Huber. Ich möchte noch einmal auf Herrn Dr. Sueße aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst und die Gemeindepsychiatrie zu sprechen kommen. Haben Sie dort bei Ihrer Arbeit auch die Aspekte von primärer, sekundärer und tertiärer Prävention im Blick?

#### *Dr. Thorsten Sueße*

Wir sehen z.B. bei zahlreichen Menschen mit psychischen Erkrankungen, dass sie mit ihren Kindern nicht adäquat umgehen können. Aufgrund der Störung der Eltern können dann Verhaltensauffälligkeiten bei den Kindern auftreten, weil Beziehungen nicht hergestellt oder die Kinder nicht entsprechend versorgt werden können. Wir haben in dem vergangenen Jahr vermehrt den Blick darauf gerichtet, wie wir mit den Jugendämtern und der Jugendhilfe in der Region Hannover verstärkt kooperieren können. Auf

der einen Seite sensibilisieren wir uns selbst und schauen ganz genau hin, von wo eventuell eine Gefährdung des Kindeswohls ausgeht bzw. wo Hinweise auf traumatische Schäden vorliegen, und setzen uns gegebenenfalls mit der Jugendhilfe in Verbindung. Auf der anderen Seite versuchen wir, mit den Eltern Kontakt aufzunehmen und ihnen zu zeigen, dass wir eine Anlaufstelle darstellen, bei der sie sich erstmals Hilfe holen können, ohne dass wir gleich das Jugendamt informieren und ihnen die Kinder weggenommen werden. Weil das ein sehr schmaler Grad ist, auf dem wir uns in dieser Hinsicht bewegen, vereinbart der Sozialpsychiatrische Dienst mit der Jugendhilfe gerade Leitlinien, wie mit solch schwierigen Situationen in Zukunft umgegangen werden soll. Des Weiteren versuchen wir, niedrigschwellig zu arbeiten. Wir glauben, viele kennen den Sozialpsychiatrischen Dienst nicht. Deshalb arbeiten wir im kommenden Herbst mit den Volkshochschulen der Region Hannover zusammen und stellen alle unsere Anlaufstellen noch einmal vor. Als dritten Schwerpunkt unserer Präventionsarbeit seien unsere zwei Beratungsstellen zu nennen, mit denen wir auf die Menschen mit Migrationshintergrund zugehen, um unsere Arbeit im Sozialpsychiatrischen Dienst vorzustellen. Dabei können z.B. Menschen anderer Kulturkreise mit traumatischen Erlebnissen erfahren, wo sie sich entsprechende Hilfen und Unterstützung holen können. Gerade wenn sie unserer deutschen Sprache nicht mächtig sind oder Vorbehalte unserer Institution gegenüber haben, hilft dieses proaktive Vorgehen, die Schwelle möglichst niedrig anzusetzen.

#### *Dr. Ute Sonntag*

Sie haben uns gerade von einigen Kampagnen berichtet, die Sie künftig machen werden. Frau Huber hatte uns in Ihrem Vortrag berichtet, wie wichtig der Genderaspekt dabei ist. Wie ist es mit der Gendersensibilität bei Ihnen bestellt?

#### *Dr. Thorsten Sueße*

In einigen unserer Beratungsstellen ist ganz deutlich geworden, dass es bei den betroffenen Personen aus verschiedenen Kulturkreisen bestimmte Wünsche gibt. Frauen möchten in den meisten Fällen auch von Frauen beraten werden. Bei den Männern gibt es zum Teil Beratungsinhalte, bei denen es ganz unmöglich wäre, eine Frau als Therapeutin anzubieten, sondern da ist es dann besonders wichtig, einen Mann zur Verfügung zu stellen. So wurde in einer Beratungsstelle in Linden ganz konkret eine Sozialarbeiterstelle explizit für einen Mann ausgeschrieben, weil alle anderen Mitarbeiterinnen Frauen waren. Das ist ein Aspekt, den wir verstärkt wahrnehmen und beachten.

#### *Dr. Ute Sonntag*

Werden Sie in den Beratungsstellen eine Quote einführen?

#### *Dr. Thorsten Sueße*

Ich weiß, dass das nicht so einfach ist. Bei der letzten Ausschreibung einer Arztstelle hätten wir eigentlich schreiben müssen: „Männer werden bei gleicher Qualifikation bevorzugt“. Leider war das nicht möglich. Aber es ist ein bedenkenswerter Aspekt. Mir ist

es schon wichtig, dass es grundsätzlich mindestens einen Mann in jeder Beratungsstelle gibt. Mindestens eine Frau schaffen wir in jedem Fall.

#### *Dr. Ute Sonntag*

Haben Sie schon einmal angedacht, Gendertrainings für Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anzubieten?

#### *Dr. Thorsten Sueße*

Es hat sich bereits an verschiedenen Stellen gezeigt, dass es auch von unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein Interesse in diese Richtung gibt und ich denke, dass wir in der nächsten Zeit vermehrt in dieser Richtung gucken wollen. Ich hatte Herrn Schlieckau gefragt, wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vom Sozialpsychiatrischen Dienst das letzte Mal an der Veranstaltung teilnahmen. Die Anzahl sagt uns, dass es ein Interesse gibt und wir uns damit beschäftigen müssen.

#### *Sechste Wortmeldung aus dem Publikum*

Ich arbeite in einer allgemeinen Beratungsstelle, in der wir sehr viel Wert auf Gendersensibilität legen und sowohl männliche Berater als auch weibliche Beraterinnen in der Anstellung haben. Bei jedem Beratungsgespräch stellen wir anfangs die Frage, ob die betreffende Person lieber von einem Mann oder von einer Frau beraten werden möchte und wundern uns, dass die Männer häufig die Frauen als Beraterin bevorzugen. Anders als wir erwartet hatten.



#### *Dr. Thorsten Sueße*

Unsere Beobachtung geht auch eher in diese Richtung. Die meisten Männer lassen sich lieber von Frauen beraten. Natürlich kommt es immer darauf an, worüber die Männer sprechen wollen. Aber in den meisten Fällen geht die Tendenz zur Beratung mit einer Frau.

#### *Dr. Ute Sonntag*

Frau Huber sprach in Ihrem Vortrag vorhin davon, dass es bei den Männern im Zusammenhang mit einer Depression häufig um den Verlust ihres Status geht. Wenn sie dann in eine Beratung mit einem Mann gehen, könnte das Problem entstehen, dass sie sich an ihm messen wollen. Vielleicht ist die Schwelle leichter, wenn sie wissen, dass sie von einer Frau beraten werden können.

### *Michaela Huber*

Manchmal vermuten die Männer auch, dass sie sich bei einer Frau nicht sehr verändern müssen. Ein Kollege, der sich mit glücksspielsüchtigen Männern beschäftigt hat, sagte, dass eine Gruppe mit spielsüchtigen Männern nie von einer Frau geleitet werden dürfte. Sie würden diese nicht ernst nehmen und eventuell lediglich mit ihr flirten. Die Gruppenleitung müsse ein Mann übernehmen, der sich im Klaren darüber ist, was er da tut. Am Anfang tuscheln die Herren untereinander, bezichtigen diejenigen der Homosexualität, die über Gefühle sprechen. Ein Patient sagte einmal: „Das einzige Gefühl, worüber Männer sprechen können, ist Durst.“ Manche Männer müssen zunächst lernen, über ihre Emotionen zu sprechen, sich sozusagen „beschämen“ zu lassen, um sich zu öffnen. Und dafür ist ein Berater notwendig, der sein Handwerk versteht. Das gleiche trifft auf die Frauen zu. Nicht jede Beraterin ist für jede Frau geeignet. Sie müssen sich zum einen in die Frauen hinein fühlen können und verstehen, dass manche Betroffene darin ein Defizit hat, sich selbst ernst zu nehmen und wehrhaft zu sein. Sie muss sich mit ihrem Frauenbild selbst auseinander gesetzt und dafür ein Gespür bekommen haben, wie wichtig es ist, andere Frauen ernst zu nehmen und sie heraus zu fordern. Sie muss ihnen vermitteln können, dass es wichtig ist, wehrhaft zu sein und nicht in die Opferrolle zurück zu fallen. D.h. also, dass die Beraterinnen und Berater im Vorfeld selbst an sich arbeiten müssen, um ein adäquates Angebot machen zu können. Eine genderspezifische Arbeitsweise, und das muss uns klar sein, bedeutet eben nicht nur, dass wir darauf achten, dass beide Geschlechter in einer Beratungsstelle angestellt sind.

### *Dr. Almut Koesling*

Ja, das sehe ich auch so. Das Geschlecht allein genügt nicht. Ich würde aber gern eines noch ergänzen. Wir haben im Kontext des Projektes „Täterarbeit – häusliche Gewalt“ gute Erfahrungen mit gemischt geschlechtlichen Gruppenangeboten gemacht. Da bin ich wieder bei meinem Lieblingsthema: Wie gehen Frauen und Männer miteinander um? Das ist eine große Herausforderung für die Fachkräfte, wenn sie bedenken, dass Frauen mit Männern in einer Gruppe zusammen arbeiten sollen, die von Männern geschlagen wurden oder eine bestimmte Art des Umgangs gewohnt sind. Das bedeutet für das Leitungsteam eine große Herausforderung und Intensität in der Arbeit.

### *Dr. Margarethe Wegenast*

Ich muss gerade noch über den witzigen Ausspruch lachen, dass das einzige Gefühl, das aus einem Mann spricht, Lust sei. Aber das hat schon sehr ernste Folgen. Das ist genau die Einstellung, die die Frauen in die Depression und in die Beratungsstellen treibt. Wir haben viele Frauen, die Opfer von langjährigen Gewaltbeziehungen sind, bei denen sich bei genauerem Hinsehen herausstellt, dass die Männer eine Störung aufweisen. Ich würde das gern noch mit dem Thema Prävention verbinden. Prävention muss ganz klar die traditionellen Rollenstereotype ins Visier nehmen und sich positionieren. Die Medien bestärken und bestätigen leider diese Rollenstereotype immer wieder. In dieser Hinsicht muss noch sehr viel passieren.

### *Lothar Schlieckau*

Ich würde gern noch etwas zu den niedrigschwelligen Angeboten sagen, weil vorhin davon gesprochen wurde, dass Sie gern Sportangebote machen würden, aber die Geldgeber dieses Angebot für zu niedrigschwellig halten. Ich bin der Auffassung, dass die ambulanten Leistungsanbieter viel offensiver auftreten müssen, denn in den Kliniken wird nahezu alles bezahlt und über den Kassensatz abgerechnet. Und Sie bekommen die Antwort, keine Laufgruppe über einen Zeitraum von zehn Wochen machen zu dürfen, obwohl Sie eine gemischt geschlechtliche Gruppe zusammengestellt haben und obwohl ein Lauftraining im Rahmen der therapeutischen Arbeit sinnvoll sein könnte, um ein Körpergefühl zu sich selbst zu entwickeln. Wir müssen unbedingt daran arbeiten, dass solche Angebote genau wie in stationären Einrichtungen anerkannt werden und an Bedeutung gewinnen. Es wird nicht verlangt, dass jede Psychotherapiepraxis eine Laufgruppe anbietet, aber in bestimmten Zusammenhängen kann das sinnvoll sein und sollte bezahlt werden. Sonst kommen wir lange nicht dahin, alle Ebenen anzusprechen, wie das Frau Hubers Einwand war, sondern erreichen wieder nur die kognitiven Bereiche.

### *Dr. Ute Sonntag*

Vielen Dank. Meine abschließenden Fragen an alle Podiumsteilnehmenden wären nun Folgende: Was muss passieren, damit die ambulante Versorgung von Gewaltbetroffenen sowie Täterinnen und Tätern mit ihren engen Grenzen in eine Regelversorgung aufgenommen wird? Welchen Anteil kann der Sozialpsychiatrische

Dienst übernehmen? Was kann das Bündnis gegen Depression in der Region Hannover tun? Und abschließend die Frage, welche Wünsche und Anregungen haben Sie, damit sich die derzeitige Situation verbessert?

### *Dr. Margarethe Wegenast*

Wünsche und Anregungen habe ich viele. Aber am ehesten umsetzbar, und da arbeiten wir schon sehr stark daran und das zeigt auch die heutige Veranstaltung, ist die Vernetzung. Es ist wichtig, dass sich die unterschiedlichen Professionen immer wieder zusammensetzen, sich gegenseitig Anregungen geben und langfristig für die ambulante Versorgung kurze Wege schaffen. Der Frauennotruf Langenhagen ist z.B. auch mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst vernetzt und wirkt am Runden Tisch Häusliche Gewalt mit. Das ist ein großes Plus und eine enorme Belastung für uns, wenn wir mit anderen Hand in Hand arbeiten können. Die Vernetzung ist ein sehr vielversprechender und guter Weg.

### *Dr. Ruth Sonnenberg*

Damit sich die kassenärztliche Situation verbessert, müssen wirtschaftliche Anreize geschaffen werden. Erst wenn die Krankenkassen erkennen, wie viel Geld im Moment für die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen im ambulanten Bereich ausgegeben wird, werden Veränderungen eintreten. Das ist ein Aspekt, zu dem auch das Bündnis gegen Depression etwas beitragen könnte. Wir brauchen viel mehr Kolleginnen und Kollegen, die diese Arbeit tun. Es ist für mich auch

immer wieder schrecklich, den Hilfesuchenden nein sagen zu müssen, weil ich keine Kapazitäten mehr habe. Mir würde es viel besser gehen, wenn ich häufiger einen Therapieplatz anbieten oder zumindest weitervermitteln könnte. Vernetzung ist dabei sehr wichtig. Häufig mache ich die Erfahrung, dass, wenn ich die Patientinnen und Patienten vermittele, sie woanders nicht mehr hingehen wollen. Sie hatten das Gefühl, endlich in einer Beratungsstelle angekommen zu sein und werden dann wieder weiter geschickt. Auch wenn ich ihnen erzähle, dass ich die entsprechende Kollegin sehr gut kenne und ihre Arbeit sehr schätze, geht leider nur ein Bruchteil. Zudem würde ich mir wünschen, dass von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung die zusätzliche Arbeit, die wir leisten, als etwas Wertvolles geschätzt würde. Ich sitze manchmal mit meiner 60. oder 65. Stunde in der Woche noch an einem Runden Tisch, um die Versorgung künftig verbessern zu können. Aber das ist im Moment leider völlig illusorisch.

#### *Dr. Thorsten Sueße*

Ich würde es auch begrüßen, wenn niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten besser von der Kassenärztlichen Vereinigung vergütet würden, so dass sie sich geradezu darum reißen, ambulante Hausbesuche zu machen. Das würde auch wiederum dazu führen, dass ein Teil unserer Arbeit zurück gefahren würde und die Energien in andere Dinge gesteckt werden könnten. Wichtig wäre mir auch, und das wurde schon gesagt, dass wir nicht in die Richtung einer Spezialisierung gehen. Allerdings würde ich mir wünschen, dass das Thema Depression und Trauma ver-

stärkt in die Ausbildung der Psychotherapeutinnen und -therapeuten einfließt und sich dafür eine Sensibilisierung entwickelt. Als ich damals die Psychotherapiezusatzbezeichnung gemacht habe, konnte ich mich für alle möglichen Themenbereiche interessieren. Es gibt aber durchaus Kolleginnen und Kollegen, die auf dem Gebiet der modernen Traumamethoden völlig ahnungslos sind, weil sie sich für eine andere Spezialisierung entschieden haben. Mein Wunsch wäre also, dass mittels Fortbildung zumindest eine Basis von Wissen bei allen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten geschaffen würde.

#### *Dr. Almut Koesling*

Ich habe im Grunde zwei Aspekte, die ich gern anbringen würde. Zum Ersten finde ich es wichtig, bestehende Angebote zu stabilisieren. Es gibt viele kleinere Beratungsstellen, die gerade so über die Runden kommen, und wir sprechen immer wieder davon, was wir noch alles implementieren müssen. Das ist wichtig, aber es gibt bereits viele Plätze, wo gute Arbeit geleistet wird, wo aber die Arbeit mit wenig Mitteln eben gerade so geht. Auch im Männerbüro ist das so. Wir sind sehr froh über die Förderung, die wir bekommen, aber leider können wir nicht alle Angebote kostenfrei für die Klientinnen und Klienten anbieten und müssen sie weitervermitteln. Zum Zweiten finde ich eine Sensibilisierung für das Thema Depression sehr wichtig. Es gibt in unserer heutigen Gesellschaft sehr hohe Belastungsfaktoren, die viel mit einer gesamtgesellschaftlichen Leistungsorientierung zu tun haben. Es ist für viele Menschen nicht nur schambehaftet, sondern auch ökonomisch ein

Desaster, sich eine solche Erkrankung einzugestehen. Ich glaube einfach, da bedarf es noch eines hohen Maßes an Sensibilisierung.

### *Michaela Huber*

Ich möchte nur noch einen Aspekt ergänzen. Es sollte eine Studie dazu geben, was den Menschen, die eine Depressionsdiagnose erhalten haben, am meisten geholfen hat: von Yoga, über Akupunktur bis zu netten Nachbarinnen etc. Dabei würde vielmehr verdeutlicht werden, dass Bewegung und Beziehung die beiden Dinge sind, die den Menschen helfen. Und das würde auch dazu führen können, dass diese Methoden viel häufiger finanziert werden würden. Eine gute wissenschaftliche Untersuchung ist das, was dringend dazu benötigt wird.

### *Dr. Ute Sonntag*

Liebe Podiumsteilnehmerinnen und -teilnehmer, vielen Dank für Ihre abschließenden Statements. Wir sind nun am Ende der heutigen Veranstaltung angelangt. Ich hoffe, dass Ihnen, liebe Anwesende, unsere Tagung gefallen hat und Sie etwas für sich mitnehmen können. Ich bedanke mich bei allen Referentinnen und Referenten, bei Ihnen, liebes Publikum, sowie bei allen Mithelfenden. Vielen Dank.

### *Kontakt:*

Michaela Huber, Göttingen,  
E-Mail: [info@michaela-huber.com](mailto:info@michaela-huber.com)

Dr. Almut Koesling, Männerbüro Hannover e.V.,  
E-Mail: [almut.koesling@maennerbuero-hannover.de](mailto:almut.koesling@maennerbuero-hannover.de)

Dr. Ruth Sonnenberg, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie,  
Hannover, E-Mail: [ruth.sonnenberg@t-online.de](mailto:ruth.sonnenberg@t-online.de)

Dr. Ute Sonntag, Landesvereinigung für Gesundheit und  
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.,  
E-Mail: [ute.Sonntag@gesundheit-nds.de](mailto:ute.Sonntag@gesundheit-nds.de)

Dr. Margarethe Wegenast, ehem. Vertreterin des Bundesverbandes  
der Frauennotrufe und Frauenberatungsstellen (BFF), ehem. Leiterin  
des Frauennotrufs Langenhagen,  
E-Mail: [info@frauennotruf-langenhagen.de](mailto:info@frauennotruf-langenhagen.de)

Dr. Thorsten Suesse, Sozialpsychiatrischer Dienst der  
Region Hannover,  
E-Mail: [Thorsten.Suesse@region-hannover.de](mailto:Thorsten.Suesse@region-hannover.de)





**Region Hannover**  
Der Regionspräsident

**Herausgeber:** Region Hannover  
Team Gleichstellung  
Hildesheimer Straße 20  
30169 Hannover

**Redaktion:** Melanie Bremer, Dr. Ute Sonntag  
Landesvereinigung für Gesundheit und  
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

**Beiträge:** Gertrud Corman-Bergau, Prof. Dr. med. Petra Garlipp, Dr. Cornelia Goesmann,  
Michaela Huber, Edeltraud Jäger, Almut Koesling, Petra Mundt, Maren Otto,  
Lothar Schlieckau, Dr. Ruth Sonnenberg, Dr. Ute Sonntag, Dr. Thorsten Sueße,  
Barbara Thiel, Dr. Margarethe Wegenast

**V.i.S.d.P.:** Dr. Ute Sonntag  
Helga Schneedhorst-Wegner

**Gestaltung/Druck:** Region Hannover, Team Gestaltung/Team Druck

**Stand/Auflage:** Juni 2011/3000

