

WIR SIND ALLE BETROFFEN(E)



Leben aus der Spur

Informationsbroschüre der PÖD
Plattform Öffentlichkeitsarbeit Depression

FOCUS PATIENT Ltd.,
Österreich: Melkergasse 23–25/1, 2500 Baden;
United Kingdom: Unit 8, Bridge Street Mills, Union Street,
Macclesfield, Cheshire, SK 11 6QG

MEDITIA Information – Kommunikation – Interaktion

Inhalt

Editorial	1
Depression	3
Interview mit Thomas Klein	3
Interview mit Andrea Händler	7
Burnout	11
Depression und Burnout	11
Bipolare Störung	15
Bipolar? Wenn man am Nordpol steht, sieht man den Südpol nicht. Und umgekehrt.	15
Depression & Alkohol	17
Trauma	20
Erfahrungsbericht eines Betroffenen	20
Schizophrenie	24
Erfahrungen von Olivers Mutter	24
Erfahrungen von Olivers Schwester	27
Erfahrungen in der Psychiatrie	28
Depression aus psychotherapeutischer Sicht	30
Kontaktdaten	32
Buchempfehlungen von Betroffenen	33

Als sich im November 2007 die PÖD (Plattform Öffentlichkeitsarbeit Depression) aus einer kleinen Gruppe Betroffener mit Unterstützung von „Focus Patient“ und „Meditia“ zum



ersten Mal zusammenfand, dachte noch keiner ernstlich daran, wie viel Arbeit auf ihn zukommen würde. Die Intention war, einen Beitrag zur Enttabuisierung und Entstigmatisierung zu leisten, und tatsächlich ist seither auch einiges geschehen. 2008 ist die erste Broschüre „Wir sind alle Betroffen(e) – Depression hat viele Gesichter“ erschienen, danach der Motivationskalender „Lichtblicke 2009“. Inzwischen ist die Zahl der psychisch Erkrankten leider weiter gestiegen und damit auch die Notwendigkeit, diese Menschen zu unterstützen, Sprachrohr zu sein und ihnen ein Leben in unserer Gesellschaft ein wenig zu erleichtern. Denn nicht selten ist es das

„soziale“ Umfeld mit seinem Unverständnis, das den psychisch Erkrankten noch mehr in die Isolation treibt. Nicht nur aus diesem Grund haben wir der vorliegenden zweiten Broschüre den Untertitel „Leben aus der Spur“ gegeben.

Manchmal sind es schwere Schicksalsschläge, die uns aus der Bahn werfen, oder eine psychische Erkrankung wurde uns „in die Wiege gelegt“, quasi als Lebensaufgabe, die es zu bewältigen gilt. Es gibt unendlich viele Möglichkeiten, von der Spur abzukommen, und wir schlittern dabei oft gefährlich nahe an den Abgrund.

Aber was ist überhaupt die „richtige“ Spur? Wer bestimmt das? Die Gesellschaft mit ihren Normen? Unsere Vorgesetzten? Die Familie? Vielleicht ist der psychische Zusammenbruch auch als schmerzhafter Hinweis zu verstehen, dass wir von unserem individuellen Weg abgekommen sind. Was auch immer die Hintergründe dafür sein mögen, eine Kurskorrektur – mithilfe professioneller Unterstützung – kann auch die Chance auf eine neue Lebensqualität bedeuten. Auch wenn wir mit unserer Lebensform nicht

Editorial

unbedingt den üblichen Normen entsprechen: Hauptsache, wir spüren, dass es unsere ureigene Spur ist, der wir folgen.

„Was ist schon normal?“, haben wir uns in diesem Zusammenhang gefragt und einige Antworten darauf gefunden. Sie finden diese als Fußzeilen am Ende jeder Seite.

Normal, aber traurig ist auch, dass es oft erst Menschen aus dem öffentlichen Leben (Künstler, Sportler, Manager ...) sind, die das Tabuthema Depression und psychische Erkrankungen durch ihr eigenes Beispiel „gesellschaftsfähig“ machen. Aber es ist so, und wir freuen uns daher ganz besonders, dass zwei prominente Persönlichkeiten sich bereit erklärt haben, in einem Interview sehr offen über ihre Erfahrungen und Bewältigungsstrategien zu berichten. Ungeschminkt und unzensuriert sind auch diesmal wieder die Erfahrungsberichte von Betroffenen, sie zeigen nicht nur auf, wie unterschiedlich die Gesichter der Depressionen bzw. psychische Erkrankungen und ihre dahinter liegenden Themen sind, sie wollen auch Vorurteile abbauen, berühren, betroffen machen. Natürlich kommen auch Experten zu Wort, die uns mit ihrem Fachwissen und ihrer Erfahrung wertvolle Orientierungshilfen geben. Die medizinischen Texte wurden dankenswerterweise von Dr. Günter Klug, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leiter des Psychosozialen Dienstes Graz Ost für die „Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit“ zur Verfügung gestellt.



Dr. Günter Klug

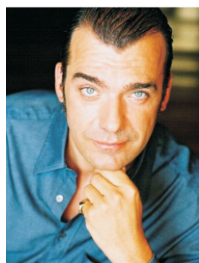
Jeder ist auf seine Weise etwas Besonderes und bemüht sich nach seinen Möglichkeiten, sein Leben zu meistern. In diesem Sinne wünschen wir allen betroffenen und interessierten Leserinnen und Lesern alles Gute, viel Kraft und Mut für ihren ganz persönlichen Weg.

Ruth

PÖD Plattform Öffentlichkeitsarbeit Depression
c/o Verein Achterbahn
Plüddemanngasse 45/1
office@achterbahn.st
www.achterbahn.st

Depression

Die Erkrankung Depression (lat. deprimere: „niederdrücken“) ist charakterisiert durch anhaltend schlechte Stimmung, Morgentief, Antriebshemmung, Konzentrationsstörungen, begleitet von Grübeln, Merkfähigkeitsproblemen und Schlafstörungen.



Interview mit Thomas Klein, 18.11.09

Was liegt Ihnen betreffend der Erkrankung Depression am meisten am Herzen?

Nahe geht mir, dass Betroffene nach wie vor darunter leiden, dass die Enttabuisierung der Erkrankung Depression oftmals ein Lippenbekenntnis ist. Aufklärungsarbeit, die auch für Angehörige stattfinden soll, ist besonders wichtig; sie findet aber kaum statt. So können gut gemeinte Versuche, Betroffenen zu helfen, sich belastend auswirken. Ich selbst kämpfe seit fünfzehn Jahren mit meiner Erkrankung Depression. Es gibt zwar Stützen, „Strohhalme“ und Menschen, die mir helfen können, aber ich musste lernen, mir selbst ein System aufzubauen, das mir Strukturen bietet, die für mich hilfreich sind. Das Wesentliche dabei für mich war, eine stützende Struktur aufrechtzuerhalten, die mir Halt gibt. Viele Betroffene neigen dazu, so wie ich, sich zurückzuziehen und soziale Kontakte aufzugeben. Das Bedürfnis, in der Wohnung zu sitzen und sich völlig einzukapseln, ist in solchen Phasen besonders stark, jedoch absolut kontraproduktiv, da das Grübeln es noch schwerer macht, hilfreiche Strukturen aufrechtzuerhalten. Sich zu sagen, ich stehe jetzt auf, ich gehe ins Bad, ich rasiere mich heute, obwohl es mir schwerfällt, den Rasierer zu halten und ich mich dabei frage, wofür ich mich rasiere, ist ein Teufelskreis. Jeder hat seinen eigenen Weg und den muss jeder selbst kennen lernen. Was ist gut und was ist schlecht für mich? Ich weiß schon, was für mich gut ist und ich kann mir schon selbst helfen. Ich bin also, Gott sei Dank, schon so weit, aber der Weg bis dahin ist schwer.

Bedeutet das, dass Sie Ihre Erkrankung akzeptieren?

Absolut! Ich nehme sie wahr. Meistens treffen psychische Erkrankungen sensible Menschen wie mich. Ich habe im Laufe der Zeit gelernt, meine Sensibilität als Geschenk zu schätzen. Früher sagte man und sagt es leider heute noch: „Geh, sei nicht so sensibel.“ Aber die Sensibilität ist etwas Angeborenes. Gefühle sind einfach da. Gefühle kann man nicht beeinflussen. Sensibilität ist ein Geschenk besonders für jene, denen sie geschenkt wird.

Können Sie uns beschreiben, wie sich eine Depression anfühlt?

Ich fühle mich oft, als wäre ich von Watte umhüllt, aber nicht im wohligen, sondern im negativen Sinne. Es ist dann so, als wäre die Watte ein mich umhüllender Mantel, in dem ich drinnen stecke. Meine objektive Wahrnehmung kommt mir abhanden und es ist, als schaue ich durch dunkle Brillen in ein dunkles Rohr hinein. Meine Gefühle und das, was um mich herum passiert, sind weg oder kaum mehr wahrnehmbar.

Was nehmen Sie dann noch wahr?

Ich nehme alles nur mehr sehr dumpf auf und habe schwerste Konzentrationsprobleme. Es ist für mich schwierig, in mich hineinzuhorchen und dann etwas Gutes zu finden, um mich auch nur irgendwo hinzusetzen und eine Tasse Kaffee zu trinken, auf etwas Lust zu haben oder zu spüren, was mir gut tut. Dann ist es für mich z. B. wichtig, experimentell mit meinem Zustand umgehen zu können und mich auf meine Situation einzulassen. Ich betreibe dann z. B. Sport. Ich stelle mir kleine Aufgaben wie z. B. ins Kino zu gehen und mir einen Film anzusehen, da ich dort ja jederzeit aufstehen und gehen kann.

Wichtig ist mir also, dass jeder für sich selbst herausfindet und beurteilen kann, was ihm gerade gut tut – und dazu auch steht. Mein Appell richtet sich besonders an Angehörige und Freunde: Beim Versuch zu helfen auch zu

akzeptieren, dass Hilfe angenommen oder dankend abgelehnt werden kann. Ich nehme Hilfe an, wenn ich kann und will und ich lasse es, wenn ich nicht kann oder will.

Was wünschen Sie sich von Ihren Angehörigen und Freunden?

Ich weiß, wie schwer es ist, Verständnis zu haben. Gegenseitiges Verständnis bedeutet für mich auch Angehörigen und Freunden zuzugestehen, dass auch sie selbst Grenzen haben, und zu akzeptieren, wenn sie sagen: „Ich bin im Moment nicht in der Lage, das alles aufzunehmen, nimm es nicht persönlich, ich nehme deine Erkrankung ernst, aber ich brauche jetzt für mich z. B. einen Nachmittag oder ein Wochenende Zeit. Ich lasse dich nicht im Stich, ich bin für dich telefonisch erreichbar, aber ich muss mich auch selbst abgrenzen, weil sonst beide ins Strudeln kommen.“ Es kommt häufig vor, dass der psychisch Kranke bei Gesunden unabsichtlich durch seine Depression auch eine depressive Stimmung erzeugt. Daher ist es wichtig, intensive Aufklärungsarbeit zu leisten, um einen positiven Umgang mit der Erkrankung zu unterstützen. Sich selbst zu erklären, was in der Depression möglich und unmöglich ist, trägt zur gegenseitigen Akzeptanz und Abgrenzung bei.

Wie werden depressive Menschen in der Arbeitswelt eingeschätzt? Gibt es Vorurteile? Wenn ich jetzt sage, ich bin depressiv und ich oute mich, wie reagieren dann Freunde, Bekannte oder mein Chef?

Es gibt schon auch Vorgesetzte, die Mitarbeitern anbieten, sich in dieser Situation freizunehmen. Großteils ist das aber anders. Die Depression kann nicht von jemandem nachempfunden werden, der sie nicht selbst hat. Das ist einfach so, und das macht es so schwierig. Man sieht die Erkrankung ja auch nicht wirklich. Das Problem ist auch oft, dass die Depression als eine Modeerscheinung abgetan wird. Es outen sich ja so viele Leute, die nach 3 Mo-

naten meinen, sie haben die schwerste Zeit ihres Lebens erlebt. Schizophrenie, bipolare Depression usw. sind Zustände, die man sich nicht einmal annähernd vorstellen kann, ohne jemals Patient auf der Psychiatrie gewesen zu sein. Ich bin ja öfters auch stationär behandelt worden, war jedoch Gott sei Dank nie in einer geschlossenen Abteilung. Es tat mir sehr weh, die Menschen dort so leiden zu sehen. Meistens werden sie mit irgendwelchen Medikamenten ruhiggestellt. Depressive Menschen haben es im Berufsleben schwer, da die Depression nicht wie andere Erkrankungen wahrgenommen werden kann. Ein weiteres Extrem ist, dass Depressive als Randgruppe gesehen oder – übertrieben ausgedrückt – als nicht zurechnungsfähig beurteilt werden.

Depression ist ein ständiger Kampf. Als psychisch Kranker leiste ich schon sehr viel bei der Bewältigung der Erkrankung. Diese Krankheit in irgendeiner Art zu bekämpfen ist für mich Höchstleistung.

Würden Sie einen Krebskranken während seiner Chemotherapie auffordern: „Jetzt rei dich ein bisschen zusammen“ oder „Na, okay, ich habe das auch schon einmal gehabt“ oder „Geh ein bisschen hinaus“?

Mir geht es um die Angehörigen und um die Aufklärung der Angehörigen. Da passiert zu wenig. Es geht mir nicht nur um uns, um die psychisch Kranken. Auch wir müssen akzeptieren, wie in unserer Gesellschaft gelebt wird, und da gibt es viele Menschen, die das Wort Depression noch nie gehört haben. Denen muss auch geholfen werden. Manchmal hilft es schon zu sagen: „Du bist nicht schuld an meiner Depression“, um die Last der Verantwortung, die viele auch sich nehmen, so wie Kinder, wenn Eltern streiten, zu nehmen. Hier müssen wir ansetzen.



Interview mit Andrea Händler, 19.11.2009

Wie gehen Sie persönlich mit Depression um?

Ich bin phasenweise betroffen. Wirklich betroffen war ich 2004. Da ist es auf einmal aus heiterem Himmel gekommen und es war keine Herbstdepression und keine Ausrede mit Wetter oder irgend so etwas. Die Sonne hat geschienen, alles war super und ich wollte nur mehr tot sein. Ich wollte nicht unter Leute gehen. Es hat sich eingeschlichen. Ich habe gemerkt, ich bin unter Menschen und fühle mich nicht wohl, obwohl ich normalerweise gerne unter Menschen bin, obwohl ich privat lustig und extrovertiert bin. Irgendwann konnte ich auch nicht mehr einkaufen gehen. Ich habe das Haus nicht verlassen. Ich habe nur Ängste gehabt, permanente Ängste, vor dem ganzen Leben, und habe mir gedacht, der Tod wäre jetzt das Schönere. Ein Psychiater hat mir gleich nach 3 Fragen auf den Kopf zugesagt, dass es eine mittelschwere Depression ist und dass er mich gerne auf Medikamente einstellen möchte. Diese Medikamente haben keine Wunder bewirkt, aber zumindest ging es ein paar Wochen später besser. Ich konnte dann wieder einkaufen gehen, habe kleine Wege erledigen können. Meine Arbeit hat mir auch geholfen, weil ich dann eine erfolgreiche Premiere hatte. Ich war wieder besser aufgelegt. Wir konnten die Medikamente relativ früh absetzen, aber ich glaube, unterschwellig ist die Depression immer da.

Es hat bei Ihnen also mit Angst begonnen?

Ja, man merkt auf einmal, dass man vor allem Angst hat, und man findet nichts schön. Ich habe z. B. das Handy, wenn es geläutet hat, sofort abgeschaltet, nur mit niemandem reden. Ich habe kein Wort mehr herausgebracht.

Was glauben Sie braucht es, um gewisse Strukturen in der depressiven Phase aufrechtzuerhalten?

Ich weiß es nicht. Jetzt z. B. die Wirtschaftskrise, die Ängste, die die Leute haben, übertragen sich komplett auf mich. Ich habe sie auch. Ich merke z. B., Besucherzahlen gehen hinunter, in dem Moment kommen bei mir vollkommen irrationale Existenzängste. Jetzt merke ich, dass mir Sport hilft, wenn meine Stimmung kippt. Nach 25 Minuten Laufen merke ich, dass irgendetwas mit meinem Körper passiert. Man denkt wieder größer, man denkt wieder weiter. Wenn ich dann so ausgepowert heimkomme, dann merke ich, dass es mir einfach ein bisserl besser geht. Es hält nicht ewig an, aber es ist besser.

Kann Humor helfen, besser mit Depression umzugehen?

In der Depression ist mir der Schmach ausgegangen. Aber das ist die Professionalität, wenn man den Beruf sehr lange macht und ein Programm einfach kennt. Es war eine mittelschwere Depression. Faktum ist, ich bin sehr knapp zur Vorstellung gekommen. Auf der Bühne hat es funktioniert, aber vielleicht auch nur, weil ich ja nicht ICH bin da oben, sondern meistens eine Rolle. Das funktioniert einigermaßen, aber ich bin sofort nach Vorstellung und Schlusssaplaus nur mehr heim, auf die Couch und habe wieder gegen die Decke gestarrt.

Also mit Humor habe ich einiges geschafft, aber das nicht. Da ist nichts mehr lustig. Wenn nur irgendetwas lustig wäre, dann könnte man ja ein bisserl flüchten. Man kann sich von der Depression keine Auszeit nehmen. In meiner Depression konnte mich niemand ablenken. Ich bin auf der Bühne lustig für die anderen. Die lachen über mich. Ich lache ja nicht über mich selbst, wenn ich das da oben mache.

Wie geht Ihre Umwelt damit um, also diejenigen, die wissen, dass Sie depressiv sind?

Erstens geht man ja kaum unter Leute, wenn man

Depression

depressiv ist. Wenn man Leuten relativ offen erzählt, was es ist, gibt es natürlich zwei, drei schräge Blicke. Männer können damit ganz schlecht umgehen. Ich glaube, der schlimmste Satz, den man einem Depressiven sagt, ist: „Reiß dich zusammen.“ Das ist schlichtweg dumm. Gehen wir davon aus, dass dieser Depressive ein intelligenter Mensch ist, das heißt, wenn er es könnte, würde er es ja tun. Ich hätte ja das Kaffeehäferl in der Früh vom Tisch weggeräumt, wenn ich es gekonnt hätte. Ich konnte es aber nicht. Man kann das niemandem erklären, der diesen Zustand nicht kennt. Ich weiß aber, dass ich mir lieber noch einmal den Arm breche, bevor ich noch einmal so eine Depression kriege. Also ich kann mit körperlichen Schmerzen besser umgehen als damit. Die Erkrankung Depression sieht man von außen nicht und die Leute können nicht besonders gut damit umgehen.

Was würden Sie Angehörigen von depressiven Menschen sagen?

Erstens ist es wichtig, einen wirklich guten Psychiater zu suchen, weil nur er kann helfen. Man soll Depression als Krankheit sehen und nicht als Laune. Es ist etwas, wofür man nichts kann. Man hat sich das nicht ausgesucht und, bei Gott, man will das gar nicht haben. Nie sagen: „Reiß dich zusammen“, sondern versuchen, damit sehr sensibel umzugehen, motivieren, hinauszugehen, sich körperlich zu betätigen. Ich glaube, dass so etwas helfen kann. Es ist auch wichtig, mit dem Psychiater gemeinsam zu schauen, ob es eine weitere Therapie braucht, wie z. B. eine Gesprächstherapie. Also nicht nur Tabletten schlucken, außer der Arzt meint, dass man es so hinkriegt.

Mein Freund hat sehr gelitten darunter. Er wusste gar nicht, was er mit mir anfangen soll. Er hat instinktiv das Richtige gemacht und mich relativ in Ruhe gelassen. Obwohl er einen Fulltime-Job hat, ist er noch einkaufen gegangen und hat nicht gesagt: „Geh, kannst du nicht einkaufen, wenn du den ganzen Tag daheim bist“, weil er

mich kennt, denn ich bin ein „Geschäftlhuber“ und mache normalerweise drei Sachen gleichzeitig. Auf keinen Fall Alkohol, dann wird es nur schlimmer.

Wie würden Sie den Zustand Depression beschreiben?

Für mich ist es, wie wenn ich in einem Tunnel wäre, aus dem es nie wieder einen Ausweg gibt. Ich habe am ehesten geschafft, vor dem Fernseher zu liegen. Ich konnte manchmal in den Schlaf versinken. Ich war wahnsinnig müde, obwohl ich sehr viel geschlafen habe. Schlafen war noch besser. Munter sein war sofort wieder Angst. Es ist wie ein dunkler Tunnel ohne Notausgang. Der Psychiater zeigt einem den Notausgang, in welcher Form auch immer. Auf jeden Fall zum Schmied gehen und nicht zum Schmiedl, und sich nicht dafür schämen. Die Leute sagen „Der ist ja verrückt!“ Ja, er ist verrückt. Man ist nicht mehr dort, wo man hingehört, man ist woanders.

[Burnout]

Das Burnout-Syndrom (engl. to burn out: „ausbrennen“) ist ein Zustand langsam beginnender, später ausgesprochener emotionaler Erschöpfung mit reduzierter Leistungsfähigkeit. Die charakteristischen Merkmale sind körperliche und emotionale Erschöpfung, Unlust, anhaltende körperliche und psychische Leistungs- und Antriebsschwäche sowie der Verlust der Fähigkeit, sich in einem bisher ausreichenden Zeitrahmen zu erholen.

Depression und Burnout

Erfahrungsbericht eines Betroffenen



Meine „offizielle Karriere“ als Depressiver begann im Jahr 2000, kurz vor Beginn einer 10-monatigen beruflichen Ausbildung in Mödling. Offiziell deshalb, da zu diesem

Zeitpunkt die Depression diagnostiziert wurde, zuvor wurden lediglich die körperlichen Symptome behandelt. Dabei handelte es sich zum Beispiel um Schwindelattacken bis hin zu schlaganfallähnlichen Symptomen. Erst als auf körperlicher Ebene nichts gefunden wurde, bekam ich den Rat, einen Psychiater aufzusuchen. Bereits beim Erstgespräch war einiges klarer: Depression mit Panikattacken aufgrund erhöhter

Erwartungshaltung. So kam ich auch zum ersten Mal mit Antidepressiva in Kontakt, die ich glücklicherweise gut vertrug und die mich etwas stabilisierten.

Während der Ausbildung fühlte ich mich wie auf einer Achterbahn: es ging rauf und runter. Auf den allmontäglichen Fahrten nach Mödling bekam ich regelmäßig Panikattacken mit greifbarer Todesangst. Bei der Ausbildungsstätte angelangt, ging es mir dann etwas besser. Wenn ich dort nicht so tolle Kollegen gehabt hätte, hätte ich die Ausbildung wohl abgebrochen. Trotzdem kam es

während dieser 10 Monate immer wieder zu Krankenständen meinerseits, da mir trotz der Unterstützung offenbar doch alles zu viel war.

Nach Beendigung der Ausbildung kehrte ich auf meine alte Dienststelle in Graz zurück und fiel zum ersten Mal so richtig ins schwarze Loch. Grund dafür dürfte wohl meine nunmehrige „bessere“ berufliche Position gewesen sein, die für mich eher eine Last als eine Genugtuung war. Mein psychischer Gesundheitszustand verschlechterte sich immer mehr und ich war kaum mehr leistungsfähig – trotz neuer Medikation. Ich war so weit, nach über 15 Jahren Bundesdienstzeit zu kündigen, da ich meinen Beruf als die Ursache für meine Zustände vermutet hatte. Erst nach einigen Monaten konnte ich innerdienstlich den Arbeitsplatz wechseln.

Die neue Stelle war für mich nicht mehr so belastend und nahm sehr viel Druck von mir. Nach etwa 2 Monaten war ich tablettenfrei. Die Geschichte schien überstanden zu sein und ich blieb etwa 3 Jahre an dieser Arbeitsstelle.

2005 kam es dann zu einer umfassenden innerdienstlichen Umstrukturierung und ich bekam die Chance auf einen neuen, sehr interessanten Arbeitsplatz. Und wie es halt so ist: „Wenn es dem Esel zu wohl ist, geht er aufs Eis.“

Bereits nach wenigen Wochen am neuen Arbeitsplatz verschlechterte sich meine psychische Gesundheit massiv und ich war wieder „auf Tabs“. Meine Leistungsfähigkeit war nahe null. Eine Rückkehr an meinen vorigen Arbeitsplatz war nicht möglich. Im Jänner 2006 bekam ich grippe-ähnliche Symptome, die auch nach 8 Wochen noch nicht verschwunden waren. So ließ ich mich zur Abklärung ins Spital einweisen. Nach intensiven Untersuchungen teilte mir ein Arzt mit, dass ich offenbar am Hodgkin-Syndrom (einer Art Lymphdrüsenkrebs) erkrankt sei. Genauer es könne man erst nach einer Biopsie sagen. Der langen Rede kurzer Sinn: Die Biopsie verlief negativ und es wurde keine offensichtliche körperliche Ursache für die Symptome gefunden.

Scheinbar hatte meine Seele sehr lautstark um Hilfe geschrien und mir war klar, dass ich meine berufliche Situation dringend ändern musste. Bei einem Kuraufenthalt später im Jahr wurde diese These durch verschiedene psychologische Tests bestätigt. Bis dahin sollten aber noch einige Monate vergehen, in denen es mir psychisch immer schlechter ging. Ich war oft und lange im Krankenstand, und wenn ich im Dienst war, schaffte ich es oft nicht einmal, das Telefon abzuheben. Und obwohl ich mich selbst als computerbegeistert bezeichne, sass ich oft vor dem Monitor wie das berühmte Kaninchen vor der Schlange. Ich hatte hier aber sehr verständnisvolle Kollegen, die mich mittrugen und mich unterstützten.

Im Zuge des Kuraufenthaltes wurde dann die – für mich ERLÖSENDE – Diagnose gestellt: schwere Depressionen und Burnout. Erlösend deshalb, weil ich es nun schriftlich hatte und so den Zweiflern – aber auch MIR SELBST – etwas vorweisen konnte, quasi etwas „zum Angreifen“ hatte. Trotzdem taten einige nette Zeitgenossen meine Zustände als Spinnerei ab.

Nach dem Kuraufenthalt wechselte ich den Psychiater, der mich medikamentös sehr gut einstellte, und begann eine Gesprächstherapie.

Um aber zu einer endgültigen Lösung für mein Problem und natürlich auch für den Dienstgeber zu kommen, entschloss ich mich, um die Ruhestandsversetzung aus gesundheitlichen Gründen anzuschreiben. Nach umfassenden Untersuchungen und Gutachten wurde ich schließlich auch in den Ruhestand versetzt. Das ist nun (November 2009) etwas über 2 Jahre her.

Das erste Jahr zuhause brauchte ich, um wieder einmal halbwegs klar denken zu können und mein Leben neu zu organisieren. Dann begann ich, mich neu zu orientieren. Heute bin ich bei der Betroffenenorganisation Achterbahn in Graz tätig. Hier versuche ich mit meiner eigenen Erfahrung anderen Betroffenen zu helfen.

Ich bin dabei, die Antidepressiva ausschleichen zu lassen, und gehe ca. einmal im Monat zur Gesprächstherapie. Das möchte ich auch nicht missen, da ich das für wichtige Psychohygiene auch abseits von Depressionen halte.

Am meisten habe ich aber meiner Frau zu verdanken, die auch während meiner „Glanzzeit“ immer für mich da war und mich unterstützt hat. Ohne sie wäre ich im gegenwärtigen Aggregatzustand wohl nicht mehr vorhanden.

Übrigens haben sich mittlerweile auch die körperlichen Symptome des vermeintlichen Lymphoms normalisiert. Zitat eines Arztes: „Die Psyche ist offenbar sehr mächtig.“

Da kann ich ihm nur beipflichten ...

Klaus

「 Bipolare Störung 」

Die bipolare affektive Störung oder manisch-depressive Erkrankung ist eine psychische Störung und gehört zu den Affektstörungen (lat. affectus: „Gemütsverfassung“). Sie zeigt sich bei den Betroffenen durch episodische, willentlich nicht kontrollierbare Schwankungen des Antriebs, der Aktivität und der Stimmung, die sich außerhalb des Normalniveaus in Richtung Depression oder Manie bewegen. Die manische Episode ist durch individuell unterschiedlich gesteigerten Antrieb und Rastlosigkeit, oft mit unverhältnismäßiger euphorischer oder gereizter Stimmung, gekennzeichnet.

Bipolar? Wenn man am Nordpol steht, sieht man den Südpol nicht. Und umgekehrt.

Erfahrungsbericht einer Betroffenen

Wer immer an den Polen zu Hause ist, weiß nicht, wie es ist, am Äquator spazierenzugehen.



Nach über 2 Jahrzehnten, in denen mich immer wieder einmal abgrundtiefe Depressionen heimsuchten, die mitunter Krankenhausaufenthalte erforderlich machten, lautete die Diagnose irgendwann „Bipolare Störung“, also manisch-depressiv. Himmelhochjauchzend – zu Tode betrübt, hätte meine Oma gesagt. Keine Ahnung, ob für sie die Diagnose früher einmal im Raum stand, für mich jedenfalls fiel es auf einmal wie Schuppen von den Augen! Dass meine energiereichen Zeiten, in denen ich höchst leistungsfähig war, etwas mit Krankheit zu tun haben könnten, auf die Idee wäre ich früher nicht gekommen: in einem Jahr schaffte ich es zwischen zahlreichen Projekten zu Beginn mit Schiern Gletscher zu besteigen, um das Jahr mit einem Segeltörn in der

Karibik zu beenden, daneben 2 Ausbildungen zu absolvieren, Theater zu spielen, jedes Wochenende woanders zu

verbringen, immer unterwegs auf der Suche nach ... Der eine oder andere Workshop war auch noch drin!

Dem Segeltörn folgte ein „Burnout“, um darauf wieder gleich weiterzumachen. Wahrscheinlich hatte ich auch einfach Glück, denn das Pendel der Depression schlug in Richtung Manie nicht so stark aus, ich häufte keine Schulden an, kaufte nicht leichtfertig Wohnungen und Autos und war, was meine Arbeit betrifft, zuverlässig, wenn auch häufig in prekären Verhältnissen, was aber im Umfeld der Kultur- und Kreativwirtschaft nichts Außergewöhnliches ist. Genauso wenig wie Selbstausbeutung, die dank Neoliberalismus ohnehin als oberste Tugend gilt. Überhaupt sind wir daran gewöhnt, schwarz – weiß, gut – böse, schön – hässlich, also in polaren Begriffen zu denken, die Gesellschaft oder wer auch immer schreibt vor, was richtig oder falsch zu sein hat. Dabei wäre ein integratives Denken, dass ein SOWOHL ALS AUCH zulässt, einem auf Gemeinwohl ausgerichteten Miteinander wesentlich zuträglicher.

Ich weiß es nicht genau, aber ich denke, dass wohl diese Erkenntnis für mich mit ausschlaggebend war, mich von den Polen wegzubewegen, um mir die Vielfalt des Dazwischen anzusehen und auch einmal am Äquator spazierenzugehen. Lange hat es gedauert, bis ich das verstanden habe. Keine Ahnung, wie lange das anhalten wird, ob und wann mich vielleicht oder auch nicht wieder eine depressive Verstimmung aufsuchen wird. Was sich verändert hat, ist meine Einstellung zur Krankheit: Sie hat den Schrecken verloren, sie ist Teil von mir, das wird sie immer bleiben. So wie es meine Therapeutin schon vor vielen Jahren formulierte, so wie ich es jahrelang rezitierte, ohne es wirklich in mein Leben zu integrieren: „Die Depression ist ein Freund, der dir sagt, dass etwas in deinem Leben nicht stimmt!“

Ute

Depression & Alkohol

*Alkohol ist dein Sanitär in der Not
Alkohol ist dein Fallschirm und dein Rettungsboot
Alkohol ist das Drahtseil, auf dem du stehst
Alkohol, Alkohol ...
(„Alkohol“ von Herbert Grönemeyer)*



Erfahrungsbericht einer Betroffenen

In Gesellschaft schlecht draufzusein war für mich als junges Mädchen undenkbar. Ich wollte um jeden Preis fröhlich sein, Stimmung machen, im Mittelpunkt stehen, auf keinen Fall aber Schwäche zeigen. Ich hatte mir die Latte sehr hoch gelegt und war damals zu jung, um zu hinterfragen, warum ich mich derart unter Druck setzte. An manchen Tagen war ich ängstlich, unsicher und innerlich leer, oft frustriert. Weil ich diese Seite an

mir nicht mochte, begann ich, manchmal zu trinken. So war ich in der Lage, mich ins Hoch zu hieven, und ich glaubte, das Allheilmittel gefunden zu haben. Vom ersten Glas bis zum totalen Zusammenbruch vergingen 26 Jahre!

Mit 12 Jahren trank ich auf einer Party heimlich ein paar Gläser Wein und fühlte mich wie auf Wolken. Mit 13 floss in meiner Clique Bier bis zum Umfallen. Ich war dann die steile Braut. Mit 16 hatte ich meine erste Alkoholvergiftung. Trotzdem habe ich weiter getrunken.

Und keiner hat sich gewundert oder etwas bemerkt. Meine Eltern waren zu sehr mit sich selbst beschäftigt, meine Mutter löste ihre Probleme ja auch mit Alkohol. Ich trank vor allem vor Ereignissen, die mir Angst machten. Zum Zahnarzt gehen ging nur mit ein paar Gläsern Wein. Vor meiner ersten Prüfung an der Universität musste ich zwei Bier trinken, um meine Versagensängste in den Griff zu bekommen. Ich kann mit bestem Wissen und Gewissen

behaupten, dass ich keine Prüfung nüchtern abgelegt habe. Mein Diplom absolvierte ich im Vollrausch. Mein Selbstwertgefühl litt darunter, ich war aber überzeugt, es nicht anders zu schaffen. Ich hatte im Laufe der Jahre gelernt, wie ich es anstellen musste, um nicht alkoholisiert zu wirken. Oder wurde darüber hinweggesehen? Wenn ja, warum? Damals ahnte ich, dass ich krank bin. Ich hatte oft Angstattacken und konnte nur mehr mit größter Überwindung aus dem Haus gehen. Ich trank zu diesem Zeitpunkt regelmäßig jeden Abend, bis sich die inneren Anspannungen und Ängste legten. Eine Zeitlang funktionierte die „Selbstbehandlung“, ich glaubte, den Alkohol im Griff zu haben. Doch plötzlich drehte sich der Spieß um und der Alkohol ergriff Besitz von mir. Ich verlor die Kontrolle über ihn und musste immer weiter trinken – auch tagsüber –, um die Angstzustände zu ersticken. Ich hatte ein Alkoholproblem. Als ich nach meiner Diplomprüfung realisierte, dass das Studentenleben nun vorbei ist und ich mir eine Arbeit suchen musste, kam der totale Zusammenbruch. Mir war klar: so bringst du nichts zustande. Ich schaffte es zwar mit großer Willensanstrengung, nicht mehr zu trinken, litt aber wochenlang unter andauernder Schlaflosigkeit, dem quälenden Gefühl, nichts wert zu sein, und galoppierenden Angstattacken. Ich hatte Selbstmordgedanken. Warum ich nicht zum Arzt ging? Das kam nicht in Frage, ich hatte maßlose Angst davor. Schließlich hielt mich der Gedanke, dass es mir nach dem Tod möglicherweise noch schlechter gehen und ich noch machtloser sein könnte, vom Selbstmord ab. Der für mich schwerste, aber alles entscheidende Schritt folgte: Ich begab mich in stationäre psychiatrische Behandlung und machte eine umfassende Therapie.

Heute weiß ich, dass ich seit meiner Jugend unter Phobien litt, die zu Vermeidungsverhalten, Alkoholmissbrauch und schlussendlich in eine schwere Depression führten. Auf meinem Weg zur Genesung erkannte ich, dass ich, so wie ich bin, in Ordnung und liebenswert bin, mit all meinen

「 Depression & Alkohol 」

Stärken und Schwächen. Es klingt wie ein Allgemeinplatz, ist aber das Wesentliche, das es zu begreifen gilt. Mit sehr viel Unterstützung fand ich den Weg zurück ins Leben. Ich stelle mich ihm nun seit 11 Jahren, und zwar so, wie ich bin.

Michaela

[Trauma]

Als psychisches Trauma (griech. trauma: „Verletzung“, „Wunde“) wird der Eindruck und die Veränderung bezeichnet, die das Erleben eines massiven einschneidenden Ereignisses auf die Psyche der betroffenen Person hinterlassen hat. Zu einer psychischen Traumatisierung kommt es, wenn das Ereignis die psychischen Belastungsgrenzen des Betroffenen übersteigt und nicht angemessen verarbeitet werden kann. Beispiele für Erlebnisse, die Traumata auslösen können, sind Gewalt, Krieg, Mord, Folter, Vergewaltigung, sexueller Missbrauch, körperliche und seelische Misshandlung, Unfälle, Katastrophen oder Krankheiten. Auch emotionale Vernachlässigung, Verwahrlosung, soziale Ausgrenzung, Zwangsräumung, Obdachlosigkeit oder Mobbing können zu einer Traumatisierung führen.

Erfahrungsbericht einer Betroffenen

Allein gelassen werden, fast kein angenehmer Körperkontakt, dafür früh schon Schläge, brutale körperliche Züchtigungen, Eingesperrtsein, viele Strafen wegen zu langsamem oder zu wenig Essen – als Baby hatte ich schon eine Essstörung –, Vernachlässigung ... ich hatte furchtbare Ängste, Angst vor dem Alleinsein, Angst vor der Dunkelheit, Angst vor meinen Eltern, konnte allein gelassen nicht einschlafen, Angst in ein Heim zu kommen, später Schuldgefühle – ich kam mir lange Zeit als böse vor, ja ich glaubte, Schuld zu haben, als sich meine Eltern in meinem elften Lebensjahr getrennt haben. Dazu kam noch sexueller Missbrauch über längere Zeit von einem Süßwarenverkäufer. Danach hatte ich noch mehr Schuldgefühle, hatte Konzentrationsstörungen, noch mehr Ängste, in der Schule wurde ich immer schwächer, irgendwie war ich kaum geistig anwesend.

Nach der Scheidung meiner Eltern war mein Vater schließlich spurlos verschwunden, trotz seiner Kälte und Aggressivität war es ein schwerer Schock für mich ...

Ich kam dann zu einer Großtante, fühlte mich dort überflüssig, nur wie geduldet ... dann war ich wieder bei den Großeltern.



Mein Großvater war ein Lichtblick für mich, denn er war gütig, ruhig, spielte mit mir und meinem Bruder, welcher zu diesem Zeitpunkt auch schon bei den Großeltern lebte, doch das Verschwinden seines Sohnes war auch ein Schock für ihn, so wurde es zum Tabu – es durfte niemals darüber gesprochen werden.

Bei meinen Großeltern war ich neben meinem Bruder ab dem 14. Lebens-

jahr auch noch da, ich lebte lange Zeit im Wohnzimmer, es war sonst kein Platz für mich da, ich hatte das Gefühl, dass meine Großmutter keine rechte Freude an mir hatte.

Ich heulte abends unter meinem Kissen, war verzweifelt, denn meine Mutter war inzwischen nach München gezogen, um zu arbeiten. Immer wieder sagte sie bei ihren seltenen Besuchen in Graz, ich solle nicht weinen, denn sie käme eh bald wieder. Tatsächlich kam sie erst nach 19 Jahren nach Graz zurück.

Ich absolvierte eine Lehre als Bürokauffrau, war sehr unglücklich in einem Großraumbüro beim Addieren von Zahlenreihen, sonst lernte ich eigentlich nichts.

In der Berufsschule fühlte ich mich nicht wohl und ich kam auf einmal drauf, dass meine Mutter mich nur hinhält, denn sie hatte ja gar nicht die Absicht, so schnell zurückzukommen.

Ich machte einen Suizidversuch mit 16 Jahren, mir wurde im Badezimmer der Magen ausgepumpt und gesagt, wenn ich so etwas noch einmal mache, dann käme ich ins Krankenhaus. Ich schämte mich danach sehr, ich konnte mit niemandem darüber sprechen.

Später machte ich die Aufnahmeprüfung ins Oberstufengymnasium und danach gleich die Lehrabschlussprüfung. Ich war glücklich, denn ich durfte etwas lernen, ich fühlte mich unter den jüngeren Mitschülerinnen recht wohl.

In der 8. Klasse wurde ich schwer krank, ich hatte eine Darmentzündung und musste ins Krankenhaus ... Doch ich schaffte die Matura mit gutem Erfolg.

Während meines Medizinstudiums hatte ich Konzentrationsprobleme, Angst- und Schlafstörungen, war immer wieder verzweifelt und dem Suizid nah.

Doch ich hatte ein Ziel, Ärztin zu werden, ich beschäftigte mich mit der sogenannten Antipsychiatrie, mit alternativen Heilmethoden, mit Freud. Nach dem Ende des Studiums ging es mir so schlecht, das heißt, mein persönlicher Leidensdruck war so groß, dass ich freiwillig stationär in die Psychiatrie ging.

Ich nahm ein paar Pillen, doch die erhoffte Besserung kam nicht. Bald began ich mit der Arbeit als Turnusärztin, ich wurde Ärztin für Allgemeinmedizin. Danach machte ich Praxisvertretungen, hatte auch eine kleine Praxis, doch ich musste nebenbei Nachdienste machen, bis ich schließlich aufgrund vieler Ängste, Konzentrationsstörungen, gestörtem Schlaf, Hoffnungslosigkeit und aus innerer Verzweiflung und Versagensängsten dies alles aufgab und in Pension ging.

Ich fühlte mich wertlos und lag seelisch am Boden. Da ich mich nicht ganz aufgegeben hatte, ging ich zum psychosozialen Zentrum und lernte dort meinen Therapeuten kennen.

Die Beziehung zu ihm war und ist mir wichtig, ich fühlte mich angenommen und endlich verstanden, ich sprach mir mein Leid von der Seele, es gab noch Krisen, ich war auch mehrmals im Krankenhaus, doch nach dem letzten Aufenthalt, welcher 10½ Wochen dauerte und auf einer guten therapeutischen Station war, ging es dann weiter

mit Hilfe meines Therapeuten und meiner Auseinandersetzung mit mir selbst. Es war und ist teilweise harte Arbeit, doch es lohnt sich, ich habe zwar noch manchmal Krisen, besonders da ich jetzt viel allein bin und mich oft einsam fühle, aber ich denke, ich bin am Weg, es bewegt sich einiges in mir. Ich bin gerade dabei, eine Partnerschaft aufzubauen, Vertrauen zu haben, wieder Kinder zu betreuen und einen Hochschullehrgang zu absolvieren.

Helga

[Schizophrenie]

Schizophrenie ist eine Erkrankung, die zu Störungen der Informationsverarbeitung, zu gestörter Wahrnehmung der eigenen Grenzen, zu Trugwahrnehmungen, Ängsten und Wahnideen führen kann. Man unterscheidet Positiv- und Negativsymptome, kognitive und affektive Symptome. Positivsymptome („alles, was zu viel ist“) bezeichnen Trugwahrnehmungen (Halluzinationen), die durch Störungen der Sinneswahrnehmung entstehen, wie z. B. das Hören von Geräuschen oder Stimmen, das Sehen von Bildern, die kein anderer wahrnimmt, und Wahnvorstellungen. Als Negativsymptome wird der Mangel an Motivation, Antrieb, Interesse, Energie etc. bezeichnet. Unter kognitiven Symptomen versteht man Störungen beim Denken. Betroffenen kann die Konzentration auf bestimmte Dinge schwerfallen. Affektive Störungen bezeichnen Störungen des Gefühls. Gefühlsäußerungen passen dann nicht zur momentanen Stimmung oder können durch die Gesamtbelastung aber auch rein depressiv sein.

Diagnose Schizophrenie

Erfahrungen von
Olivers Mutter

Manchmal frage ich mich, ob ich „schuld“ an der Erkrankung meines Sohnes bin. Man hört immer wieder, dass „Scheidungskinder“ Verhaltensauffälligkeiten zeigen. Wäre es besser gewesen, die Ehe mit dem aggressiven und obrigkeitshörigen, jedoch uns ständig demütigenden Vater meines Sohnes zu ertragen? Ich kann und will das so nicht glauben. Vielmehr wollte ich meinem Sohn, damals drei Jahre alt, eine Kindheit in dieser unerträglichen Atmosphäre mit seinem Vater ersparen.

Oliver war immer ein – für Außenstehende sichtbar „schwieriges Kind“. Er hat lieber alleine gespielt, dafür aber sehr konzentriert. Freundschaften hat er später in der Schule schwer geschlossen und war relativ schnell enttäuscht, wenn Kinder „ihn nicht verstehen konnten“ – wie er es ausdrückt.

Schizophrenie

Mit 16 Jahren hat er seine erste große Liebe an seinen besten Freund verloren. Danach ist mir zum ersten Mal richtig bewusst geworden, dass mein Kind anders leidet als andere in diesem Alter, und es hat sich – für mich sichtbar und spürbar – eine Änderung vollzogen.

Oliver hatte, wie andere 16-Jährige sicher auch, Experimente mit Haschisch, von anderen Drogen habe ich nie erfahren.



Mit 18 Jahren beim Bundesheer ist mein Sohn für alle sichtbar in eine psychische Schieflage geraten. Den Kontakten meines Vaters, der Offizier beim Heer war, war es zu verdanken, dass mein Sohn keine größeren Schwierigkeiten bekam und seinen Präsenzdienst fertig ableisten konnte.

Oliver war nach seiner Bundesheerzeit nicht mehr ins Berufsleben integrierbar, seinen Job als Reisebüroassistent hat er zwar gleich wieder angetreten, wurde aber krankheitshalber freigestellt und nach der Behalterfrist gekündigt.

In dieser Zeit ist meinem Sohn sein Leben entglitten. Bis heute weiß ich nicht, was in dieser Zeit passiert ist. Sichtbar war nur, dass er nicht mehr für „normal“ zu halten war. Es folgte die erste Zwangseinlieferung in ein psychiatrisches Krankenhaus, die Diagnose „manifestierte Schizophrenie“ wurde gestellt und mit schwersten Medikamenten niedergekämpft. Bei meinen Besuchen konnte mein Sohn manchmal seine Beine nicht vom Boden bringen, geschweige denn in ganzen Sätzen mit mir sprechen. Sein Leiden war vor allem für ihn, aber auch für uns als Angehörige unerträglich geworden. Dazu kam, dass das Verständnis der Gesellschaft für psychisch Erkrankte praktisch nicht vorhanden ist. Er wurde als „arbeitsfaul und drogensüchtig“ von dieser Gesellschaft abgestempelt, was uns sehr weh tat. Die Depression war nur eine Frage der Zeit. Arbeitslosigkeit, finanzielle Probleme und das mangelnde

Selbstbewusstsein ließen ihn so abrutschen, dass er monatelang auf der Straße lebte und sich in diesem Milieu aufhielt, jedoch immer wieder die Kraft fand, sich im Rahmen der Möglichkeiten und natürlich mit meiner Hilfe und der finanziellen Unterstützung meiner Eltern „über Wasser“ zu halten. Sein Vater hatte überhaupt kein Verständnis für die Erkrankung seines Sohnes und schwamm im gesellschaftlichen Strom – Kopf in den Sand und einfach nicht hinsehen! Seine Worte: „Arbeite endlich was, dann hast du keine Probleme!“

Es folgten immer wieder Aufenthalte in verschiedenen psychiatrischen Abteilungen, Medikamente, die mein Sohn sofort nach der Entlassung wieder absetzte – für mich nachvollziehbar, wenn man die Nebenwirkungen erlebte. Die Aggressionen gegen die Gesellschaft und vor allem der Verfolgungswahn, Begleiterscheinungen dieser Erkrankung, wurden ihm immer mehr zum Verhängnis. Und so wunderte es mich dann auch nicht, als es wegen Körperverletzung (nach einem vermeintlichen Übergriff eines junges Paares auf ihn) zu einer Verurteilung und 4-monatigen Gefängnisstrafe kam. Aus heutiger Sicht war es wahrscheinlich sein Glück. Im Gefängnis ging es ihm mit seinen Mithäftlingen nicht anders, er fühlte sich permanent angegriffen, verfolgt, gedemütigt und verletzt. Er wurde wieder in eine psychiatrische Abteilung gebracht und dort bis zum Ende seiner Haftstrafe „betreut“. Ich bin den Ärzten und Pflegern noch heute dankbar für das Verständnis und die Kooperationsbereitschaft mit mir. Oliver wurde zwar zwangsweise, aber für ihn sehr hilfreich auf ein Depotmedikament eingestellt. Zudem hat er sich zum ersten Mal damit abgefunden, dass er an dieser Krankheit leidet, und lehnt seine Medikamente nicht mehr ab. Früher hat er, sicher auch begleitet durch die Meinung der Gesellschaft sowie dem öffentlichen Desinteresse für psychisch Erkrankte, jedes Medikament kategorisch abgelehnt. Es lag natürlich mit Sicherheit auch an der Überforderung der Ärzte und dem Personalmangel in den diversen psychiatrischen Abteilungen. Eine Auseinander-

[Schizophrenie]

setzung mit den Erkrankten war aus Zeitmangel nur sehr eingeschränkt möglich, Medikamente wurden aber großzügig verteilt!

Abschließend bedanke ich mich bei den betreuenden Personen in der forensischen Abteilung des Krankenhauses Mauer-Öhling sowie beim Bewährungshelfer meines Sohnes, Herrn Paul Nay vom Verein Neustart.

Erfahrungen von Olivers Schwester

Mein Bruder ist psychisch krank, er hat Schizophrenie. Mein Bruder ist 5 Jahre älter. Ich hatte nie einen „normalen“ großen Bruder. Er war immer sensibler und zurückgezogener als andere. Ich war immer der Sonnenschein und heute sagt er, es war furchtbar für ihn. Für mich ging alles so einfach, für ihn nicht. Als er 17 war, bekam er die Diagnose Schizophrenie, konnte sie nicht akzeptieren. Es folgten Jahre, in der unsere Beziehung schwierig war. Manchmal verstanden wir uns gut, manchmal konnten wir gute Gespräche führen, und plötzlich schwang die Stimmung um und er hielt niemanden mehr aus. Auch ich konnte nicht immer mit ihm umgehen, manchmal wollte ich mich auch gar nicht mit ihm und seiner Krankheit auseinandersetzen. Ich habe nicht eingesehen, immer auf ihn Rücksicht nehmen zu müssen. Auch wenn ich ihm gegenüber so getan habe, als wäre alles okay für mich, er spürte, dass es nicht so ist. Es gab auch Zeiten, wenn es ihm besonders schlecht ging, da hatte ich Angst vor ihm. Er war einfach nicht einzuschätzen. Ich wusste nicht, was in der nächsten Sekunde auf mich zukommt.

Heute lässt er sich medikamentös behandeln. Er ist nicht gesund, aber stabil. Damit hat sich auch unsere Beziehung stabilisiert.

Mein Bruder ist ein hochintelligenter und äußerst sensibler Mensch. Er ist immer da, wenn ich ihn brauche. Auch ich bin da für ihn. Ich denke, wir haben gelernt, mit seiner Krankheit umzugehen. Ich bin sehr stolz auf meinen Bruder.

Pia

Erfahrungen in der Psychiatrie

Erfahrungsbericht einer Betroffenen



Gugelhupf, Klapsmühle, „Puntigam links“, Irrenhaus – das alles sind abfällige Bezeichnungen des Volksmundes für das LSF, die Landesnervenklinik Sigmund Freud in Graz,

ein großes psychiatrisches Krankenhaus. Jeder, der dort einmal war als Patient, wurde nach seinem Aufenthalt von der Gesellschaft nicht mehr wirklich für voll genommen. Der hatte einen Knacks, der war verrückt, mit dem hatte man lieber nicht mehr allzu viel zu tun oder man spottete hinter seinem Rücken über ihn. So war es und ist es teilweise noch heute. Auch mir war diese Sichtweise nicht fremd in meiner Jugend. Ich hatte zu viele Geschichten über Menschen gehört, die ausgerastet waren und mit der Zwangsjacke eingewiesen wurden. Und leider geschah es auch in meiner eigenen Familie mehrmals, dass jemand

eingewiesen werden musste. Ich fühlte bereits damals als Jugendliche sehr schmerzlich, dass dieses Schicksal einmal auch meines sein könnte.

Als ich 24 Jahre alt war, wurde eine Depression bei mir diagnostiziert. Die Krankheit begann aber bereits viele Jahre davor. Ich bekam Medikamente, die ich jahrelang einnahm und die mir auch sehr geholfen haben. Die Tabletten konnten allerdings nicht verhindern, dass es doch nach 13 Jahren zu einem schweren Zusammenbruch kam, der es notwendig machte, dass ich stationär behandelt wurde.

Nun kam ich also in die gefürchtete Psychiatrie. Ich wurde in einem 8-Bett-Zimmer untergebracht, was mich nicht störte. Mein Zustand war so schlecht, dass ich meine Umwelt nur bedingt wahrnahm. Große Schuldgefühle belasteten mich, weil ich dachte, ich nehme einer anderen

「 Erfahrungen in der Psychiatrie 」

Patientin vielleicht den Platz weg. Bald merkte ich jedoch, dass das Klima in diesem Zimmer sehr familiär war. Die Patientinnen kümmerten sich, wie es der anderen geht. Und so hatte auch ich bald jemanden gefunden, mit dem ich sprechen konnte. Wir gingen auch oft in Gruppen spazieren und redeten. Meine behandelnde Ärztin führte ausführliche Gespräche mit mir, und es gelang ihr nach und nach, mein Selbstwertgefühl zu stärken. Es gab ein großes Angebot an Therapien, wie zum Beispiel die Ergotherapie, die Sporttherapie am Morgen, eine Tanztherapie und Qi Gong. Neben diesen Therapien fanden jeden Tag auch noch Gruppengespräche statt. Es war für mich neu und schwierig, in der Gruppe über meine Probleme zu sprechen, aber bald gelang mir auch das. Ich fühlte, wie wohltuend es ist, mit Menschen über seine Sorgen zu sprechen und nicht verurteilt zu werden. Überhaupt hatte ich das erste Mal in meinem Leben das Gefühl, dass sich jemand um mich kümmert und dass ich als Person ernst genommen werde. In der Psychiatrie lernte ich auch eine Frau näher kennen, die heute meine beste Freundin ist. Der Aufenthalt dort dauerte 7 Wochen, und danach führte ich wieder ein normales Leben. Das war im Jahr 2000.

Dass ich an einem Ort, an dem ich es am wenigsten erwartet habe, neue Lebensfreude, Verständnis, wahre Freundschaft und Perspektiven fand, möchte ich all jenen mitteilen, die sich vielleicht auch ein falsches Bild von einem psychiatrischen Krankenhaus machen.

Doris

Depression aus psychotherapeutischer Sicht

*Wir werden mit der Erforschung nicht aufhören
Und am Ende all des Forschens
Werden wir an unserem Ausgangspunkt ankommen
Und den Ort zum ersten Mal kennen.
T. S. Eliot*

Die Depression ist eine affektive Erkrankung. Depressionen unterscheiden sich in ihrem Schweregrad und in ihrer Entstehungsgeschichte. Sie sind sowohl anlagebedingt als auch umweltbeeinflusst und treffen den Erkrankten in seiner gesamten Persönlichkeit. Vor allem in der westlichen Gesellschaft könnten wir sie als die andere Seite der scheinbar linear verlaufenden Entwicklung verstehen.

Besonders schmerzhaft wird nämlich der drohende und erlebte Stillstand des sich ständig in Bewegung befindlichen inneren psychischen Prozesses erlebt. Das depressive Erleben – zunächst bedeutet Depression bedrückte Stimmung – führt die Betroffenen in einen Zustand der besonderen Selbstwahrnehmung. Negative, ungünstige oder gefährliche Situationen bestimmen diese Wahrnehmung. Die Hilfsmöglichkeiten (Ressourcen) im Menschen scheinen nicht verfügbar, es herrschen Zustände von Einengung, Resignation und Hilflosigkeit. In diesem besonderen Erleben werden lebensgeschichtliche und aktuelle Ereignisse zu unlösbaren Aufgaben und Problemen. Ungünstige Regulationsmechanismen (z. B. die Selbstwertregulation) vertiefen die psychischen und körperlichen Schmerzen.

Aus psychotherapeutischer Sicht betrachten wir daher zunächst die Funktion der Depression. Die wichtigste Funktion in der Depression ist der Rückzug. Dieser bildet einen Schutzmechanismus gegenüber den Überforderungen von außen (Verlust wichtiger Personen usw.) und von innen (Traumen, ungelöste unbewusste Konflikte usw.) und dient der Erholung. Der Rückzug verstärkt jedoch auch die Isolation. Das heißt, der Depressive verliert einen Teil der Zuwendung von außen, die er wiederum für sein inneres

Depression aus psychotherapeutischer Sicht

Gleichgewicht braucht. Die Mitmenschen reagieren auf die entstehende Hilflosigkeit oft mit Ungeduld, einer aggressiven Strategie, der Hilflosigkeit zu begegnen.

Im depressiven Erleben gibt es viel zu entdecken. Die Schwierigkeit der Innenschau besteht darin, dass es zu einem inneren Kontaktabbruch kommen kann. Das Erleben erscheint angegriffen und verletzt, alles im Menschen ist reduziert. Die Selbstachtung sinkt, die depressiven Reaktionen verstärken sich und das Selbstwertgefühl ist stark herabgesetzt. Schuld- und Schamgefühle führen zu Selbstbestrafungen, Selbstvorwürfen, es entstehen intensive Wut und massive Aggressionsfantasien, bis hin zu Selbstmordgedanken und der Selbsttötung. Der depressive Zusammenbruch ist die Isolation des Selbst von der Unmittelbarkeit gelebter Erfahrung und der Lebendigkeit körperlicher Empfindung. In einer solchen Grenzerfahrung des menschlichen Erlebens sind wir TherapeutInnen aufgefordert, mit allen uns zur Verfügung stehenden beruflichen und lebensgeschichtlich erworbenen Erfahrungen und Möglichkeiten Beziehungsverantwortung zu übernehmen. Besondere Bedeutung gilt dabei den fehlenden Bewältigungsstrategien, welche bis zu Beginn der Erkrankung wirksam waren.

Für die therapeutische Arbeit heißt das: Wir werden dem depressiven Menschen in einer Sicherheit bietenden, haltgebenden therapeutischen Beziehung behilflich sein, seinem inneren Erleben Ausdruck zu verleihen. Mittel und Wege müssen gefunden werden, dem lebensbedrohlichen Zustand mit Hoffnung zu begegnen. Das Vertrauen in den Veränderungsprozess muss wieder und wieder gestärkt werden. Am Ende eines jahrelangen miteinander Arbeitens wird vielleicht der Ausgangspunkt erreicht werden. Die innere Verwandlungsarbeit jedoch hat einen neuen Erfahrungs- und Bewertungshorizont erschaffen.

*Günter Bernsteiner, DSA
Psychotherapeut (Individualpsychologie)
Grottenhofstraße 94, 8052 Graz*

Kontakt

Achterbahn

Plattform für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung
 Verein Achterbahn
 Plüddemanngasse 45, 1. Stock, 8010 Graz
 Tel.: 0316/48 34 74, Fax: 0316/48 34 97
 E-Mail: office@achterbahn.st
 Internet: www.achterbahn.st

HPE Steiermark –

Hilfe für Angehörige Psychisch Erkrankter

Tummelplatz 9, 8010 Graz
 Tel.: 0316/81 63 31
 E-Mail: hpe-steiermark@hpe.at
 Internet: www.hpe.at

Plattform Psyche –

zur psychosozialen Versorgung der Steiermark

DDr. Susanna Krainz
 Psychiatriekoordination
 Amt der Steiermärkischen Landesregierung
 FA8B Gesundheitswesen – Sanitätsdirektion
 Friedrichgasse 9, 1. Stock, 8010 Graz
 Tel.: 0316/877-3525, Fax: 0316/877-4835
 E-Mail: susanna.krainz@stmk.gv.at
 Internet: <http://www.plattformpsyche.at>

Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie

Löwengasse 3/5/Top 6, 1030 Wien
 Tel.: 01/512 70 90, Fax: 01/512 70 91
 E-Mail: oebvp@psychotherapie.at
 Internet: <http://www.psychotherapie.at>

Verzeichnis von PsychotherapeutInnen und sonstigen ExpertInnen (österreichweit)

Internet: www.psyonline.at oder www.besthelp.at

「 Buchempfehlungen von Betroffenen 」

Wege durch die Depression
Anselm Grün
Herder Verlag 2008
ISBN-103-451-29720-5

Welchen Sinn macht Depression?
Daniel Hell
Rowohlt Verlag 2006
ISBN-978-3-499-62016-4

Im Einverständnis mit dem Wunderbaren:
Was unser Leben trägt
Peter Schellenbaum
rororo tb 2000
ISBN-10 3423340150

Wenn sich der Nebel lichtet
Frauen erleben und überwinden Depression
Sabine Marya
Verlag Frauenoffensive 2001
ISBN-3-88104-341-1

Aufbruch aus der Dunkelheit. Hilfe in der Depression
Eva-Maria Stelljes, Georg Lhotsky, Franz Sedlak, Kurt
Brazda [Hsg.]
Verlag Ibero & Molden 1997
ISBN 3-900436-43-6

Schicksal als Chance
Thorwald Dethlefsen
Bertelsmann Verlag 1989
ISBN-10 3570065006, ISBN-13 978-3570065006

Depression als Lebenschance
Seelische Krisen und wie man sie nutzt
Frederic F. Flach, rororo tb,
ISBN 978-3-499-61111-7

Angst und Angstkrankheiten
Friedrich Strian
C. H. Beck 1996
ISBN 3460390072

Depression – Wege aus der Nacht der Seele
Rüdiger Dahlke
Verlag Arkana 2006
ISBN 978-3-442-33749-1

Kitchen Table Wisdom. Geschichten, die heilen
Rachel Naomi Remen
Wilhelm Goldmann Verlag 2007
ISBN 978-3442218295

Der Weg des Künstlers. Ein spiritueller Pfad zur
Aktivierung unserer Kreativität
Julia Cameron
Droemer Knaur 2000
ISBN-10 3426870231, ISBN-13 978-3426870235

Der kleine Therapiekompas. So finden Sie
die richtige Therapie
Caroline Rusch
Kreuz-Verlag 2003
ISBN-10 3783122155

Depressionen. Wege aus dem Tief
Günter Niklewski, Rose Riecke-Niklewski o.J.
ISBN 3-901359-36-2

Kognitive Therapie der Depression
Aaron T. Beck
Beltz, 3. Auflage 2004
ISBN 978-3-407-22023-3

「 Buchempfehlungen von Betroffenen 」

Umgang mit Psychopharmaka. Ein Patienten-Ratgeber
Nils Greve, Margret Osterfeld, Barbara Diekmann
BALANCE buch + medien verlag GmbH & Co.KG
Bonn, aktualisierte Auflage 2007
ISBN 978-3-86739-002-6

Manie und Depression. Selbsthilfe bei bipolaren Störungen
Dr. Monica Ramirez Basco
BALANCE buch + medien verlag GmbH & Co.KG
Bonn 2007
ISBN 978-3-86739-4

Depression – Die Krankheit bewältigen
Manfred Wolfersdorf
BALANCE buch + medien verlag GmbH & Co.KG
Bonn 2007
ISBN 978-3-86739-027-9

Meine Angst – eine Krankheit?
Bettina und Hans-Ulrich Wilms
BALANCE buch + medien verlag GmbH & Co.KG
Bonn 2008
ISBN 978-3-86739-032-3

Impressum:

Herausgeber: FOCUS PATIENT Ltd., Ingeborg Obermayer, MAS, MBA;
Zweigniederlassung Österreich: 2500 Baden, Melkergasse 23–25/1;
UK: Unit 8, Bridge Street Mills, Union Street, Macclesfield, Cheshire, SK11 6QG.
MEDITIA Information – Kommunikation – Interaktion, Mag. Angelika Krauss-
Rirsch, MAS; Rauhensteingasse 7/44, 1010 Wien, www.meditia.at.

Bildgestaltung: ADB Graphic Ltd., studio.adb@london.com

Layout: Dr. Mariette Kapeller, Altpölla 12, 3593 Neupölla, mariette@aon.at

1. Auflage: 5.000 Exemplare.

© 2010: FOCUS PATIENT Ltd., www.focuspatient.at

Diese Broschüre, einschließlich aller ihrer Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb des Urhebergesetzes ist ohne Zustimmung von FOCUS PATIENT Ltd. unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Es ist deshalb nicht gestattet, Abbildungen dieser Broschüre zu scannen, in PCs bzw. auf CDs zu speichern oder in PCs/Computern zu verändern oder einzeln oder zusammen mit anderen Bildvorlagen zu manipulieren, es sei denn mit schriftlicher Genehmigung.

Die in dieser Broschüre veröffentlichten Ratschläge sind mit größter Sorgfalt von den Autoren erarbeitet und geprüft worden. Eine Garantie kann jedoch nicht übernommen werden. Ebenso ist eine Haftung der Autoren und ihrer Beauftragten für Personen-, Sach- oder Vermögensschäden ausgeschlossen. Jede gewerbliche Nutzung der Arbeiten und Entwürfe ist nur mit Genehmigung von FOCUS PATIENT Ltd. gestattet.

Logos, Produkt- und Firmennamen können eingetragene Warenzeichen oder geschützte Wort-/Bildmarken von Dritten sein und werden hier nur zur Erklärung und zum Vorteil des jeweiligen Rechtsinhabers verwendet, ohne die Absicht, diese Rechte zu verletzen. Das unterstützende Unternehmen hat keinerlei Einfluss auf den Inhalt dieser Broschüre.

Mit freundlicher Unterstützung von:

The logo for Ratiopharm, featuring the word "ratiopharm" in a bold, black, sans-serif font. The text is centered within a white rectangular box. Above and below the text are two horizontal orange lines of equal length, creating a frame around the company name.

ratiopharm