

Manfred Bieschke-Behm

Ein Handbuch und Ratgeber

DEPRESSIONEN

Wer **A** sagt wie **Angehöriger**
meint auch **B** wie **Betroffener**

Ein Erfahrungsbericht aus Partnersicht



Impressum

Herausgeber: Kreative Selbsthilfe - www.kreativeselbsthilfe.de

Konzeption/Text/Grafikentwürfe: Manfred Bieschke-Behm

Grafik-Design/Layout: Ulrike von Paczkowski

Auflage 2017, Druckauflage: 2000 Stk.

© Manfred Bieschke-Behm

Download: www.kreativeselbsthilfe.de

Diese Publikation wurde mit finanzieller Förderung durch

die AOK Nordost – die Gesundheitskasse erstellt.



Inhaltsverzeichnis

Kapitel	Titel	Seite
01	Vorwort Ella Wassink - Projektleitung Sekis und Geschäftsführung Selko e.V.	04
02	Der Autor stellt sich vor (Biografisches Vorwort) <i>oder</i> DEPRESSION darf kein Tabuthema sein	05
03	Auffälligkeiten - Wahrnehmungen <i>oder</i> Früherkennung und Einsichten lässt Schlimmeres vermeiden	10
04	Diagnose: Depression – und jetzt? <i>oder</i> Selbstfürsorge ist Dünger für die Seele	15
05	Jede Medaille hat zwei Seiten <i>oder</i> Chancen sehen und nutzen	18
06	Gedanken, Gefühle, Befindlichkeiten, Bedürfnisse <i>oder</i> „Hätte“ war gestern	22
07	Eine Depression ist keine Erkältung <i>oder</i> Ich bin nicht die Depression, ich habe eine	27
08	Von Abwesend bis Zwischenphasen <i>oder</i> Keinem ist geholfen, wenn ein Angehöriger die Seite wechselt	30
09	Belastende Gefühle – falsches Verhalten – Regeln <i>oder</i> Was Hänchen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr nur schwer	51
10	Kindererleben <i>oder</i> Aufklärung kann vor unerwünschten Nebenwirkungen schützen	54
11	Selbsttötungsandrohung – Suizid! Ein sensibles Thema <i>oder</i> Wer sich umbringen will, redet nicht darüber?	56
12	Betroffene ticken anders als Angehörige <i>oder</i> Reden ist Silber, Schweigen nicht immer Gold	60
13	Doppelsicht und Einsicht <i>oder</i> Mehr wissen kann mehr helfen	62
14	DENKEN – FÜHLEN – HANDELN <i>oder</i> Ich weiß, was ich nicht weiß (Cicero)	65
15	Themenvermeidung <i>oder</i> Nicht immer halten Sprichwörter das, was sie versprechen	71
16	Wiederkehrende Fragen und Antworten <i>oder</i> Besser, zweimal fragen als einmal irren	73

Kapitel	Titel	Seite
17	Ganzheitliche Betrachtung <i>oder</i> Das Dreigestirn: Körper, Geist und Seele	75
18	Gemeinsam ins Gespräch kommen <i>oder</i> Dialoggespräche können Brücken bauen	77
19	Abhängigkeitsfalle und Abnabelungsprozess <i>oder</i> Nein sagen heißt nicht, ich mag dich nicht	79
20	Selbstbestimmtes Leben <i>oder</i> Säulen auf die sich bauen lässt	81
21	Depression und Sexualität <i>oder</i> Wenn die Lust unterbrochen ist	83
22	Was mir hilft, hilft vielleicht auch anderen (Angehörigen) <i>oder</i> Mein Erste Hilfe Koffer	85
23	Einige Service-Hilfsadressen	89
24	Stumme Worte – Autoren-Gedicht mit Kommentar	90
25	Schlussbemerkung <i>oder</i> Ohne die Anderen wäre manches nicht möglich	91

01

Vorwort Ella Wassink

Projektleitung Sekis (Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle Berlin)
Geschäftsführung Selko e.V. (Dachverband der Berliner Selbsthilfekontaktstellen)

Das Thema Depressionen ist heute zum Glück nicht mehr ein so großes Tabuthema wie noch vor einigen Jahren. Dabei die Doppelsicht auf Angehörige und Betroffene gleichzeitig zu richten und die These vertreten, dass ein Betroffener auch ein Angehöriger ist und umgekehrt ist relativ neu. Daher ist es ein Gewinn, dass Manfred Bieschke-Behm ein Handbuch und Ratgeber geschrieben hat in dem Angehörige die gleiche Aufmerksamkeit erfahren wie Betroffene.

Angehörige finden nur allmählich die Aufmerksamkeit, die sie benötigen. Nicht selten sind sie ratlos und wissen nicht, wie sie mit der Krankheit eines Betroffenen – oft eines Partners/einer Partnerin - umgehen sollen. Umgekehrt wissen Betroffene häufig zu wenig über die Bedürfnisse und Befindlichkeiten von Angehörigen.

Manfred Bieschke-Behm hat genau darüber einen informativen Erfahrungsbericht aus Partnersicht geschrieben. Dieses Handbuch soll Angehörigen und Betroffenen helfen, mehr voneinander zu erfahren und gleichzeitig Einblick in eine Partnerschaft geben, die über viele Jahre von der

Krankheit Depression geprägt war, und zum Teil immer noch ist.

Der Ratgeber ist kein wissenschaftliches Fachbuch – und will es auch nicht sein. Vielmehr ist es eine mit Leidenschaft geschriebene individuelle Laienbetrachtung. Die Themen die Manfred Bieschke-Behm anschaulich und verständlich vorstellt sollen anregen über die eigene Situation nachzudenken. Erste Workshops und Lesungen mit Textauszügen aus dem Handbuch und Ratgeber zeigen, dass es angenommen und gebraucht wird.

Selbsthilfe kann auch für Angehörige als eine mögliche Unterstützung ins Auge gefasst werden. Vielleicht trägt dieses Handbuch, das auch ein Ratgeber sein will dazu bei, dass sich Angehörige, die Partner/Innen und Freunde

verstärkt mit Gleichgesinnten austauschen, damit gegenseitig unterstützen und das sich der Umgang mit der Erkrankung besser bewältigen lässt. Dieses Handbuch, dieser Ratgeber ist ein wichtiger Schritt für die Schaffung von gegenseitigem Respekt, Verständnis und damit für ein besseres Miteinander.



Ella Wassink

*Wenn ich rede, rede ich, wie ich denke.
Wenn ich schreibe, schreibe ich, was ich denke.
Wenn ich rede und schreibe, begreife ich.*
Manfred Bieschke-Behm

02

Der Autor stellt sich vor (Biografisches Vorwort) oder DEPRESSION darf kein Tabuthema sein

Liebe Leserin, lieber Leser!

Hat Sie der Titel „Wer A sage wie Angehöriger, meine auch B wie Betroffener“ neugierig gemacht? Das freut mich. So geschehen habe ich Ihr Interesse geweckt. Ich möchte aber mehr erreichen. Ich möchte, dass Sie möglichst viel über das Thema Betroffener - Angehöriger - Depression erfahren. Aus eigener Erfahrung muss ich eingestehen, dass in meiner Partnerschaft das Thema lange Zeit „totgeschwiegen“ wurde und es dadurch zu Ungerechtigkeiten, Spannungen, Fehlentscheidungen, und Enttäuschungen kam. Ursachen dafür waren die Tatsachen, dass wir zu viel Rücksicht aufeinander nahmen, zu wenig voneinander wussten und glaubten, den Umgang mit der Krankheit Depression allein bewältigen zu können. Aus den vielen Gesprächen, die ich mit Betroffenen und Angehörigen geführt habe, kristallisierte sich immer wieder heraus, dass die von mir angesprochenen Problemfelder und andere weit verbreitet sind.

Vieles von dem, was ich in meiner Partnerschaft an Höhen und Tiefen durchlebte, habe ich für Sie aufgeschrieben. Ich tat dies in der Absicht, Blockaden, Schwierigkeiten, Widerstände und Behinderungen aufzuzeigen. Womit und wogegen wir zu kämpfen hatten und wie wir es geschafft haben, der Krankheit Depression Macht zu nehmen, wird ausführlich geschildert. Mich würde es freuen, wenn meine Offenheit dazu beiträgt, Ihr Miteinander beruhigter und entspannter zu gestalten. Ich hoffe, dass es mir – zumindest ein Stück weit – gelingen wird. Mein Ziel wäre erreicht, wenn Sie am Schluss sagen

können: „Das Lesen hat sich gelohnt! Ich bin jetzt besser informiert. Ich weiß jetzt mehr als vorher. Ich weiß jetzt, was helfen kann und wer. Ich weiß jetzt, was sich ändern kann, eventuell sogar ändern muss.“

Über die Krankheit Depression wurde und wird viel geschrieben und vermutlich haben Sie - so wie ich - das eine oder andere darüber gelesen. Worin sich diese Veröffentlichung ein wenig von anderen abhebt, sind die sich bietenden Einblicke in das Leben eines Betroffenen und in das eines Angehörigen. Sie werden erfahren, wie ein Betroffener und ein Angehöriger mit der Krankheit Depressionen konfrontiert wurde, wie sich der Umgang damit gestaltete und welche Wege gegangen werden mussten, um der Krankheit den Schrecken zu nehmen. Ich habe Erfahrungen, Erlebnisse und Vorkommnisse aus der Partnerperspektive aufgeschrieben und deren Wechselwirkungen festgehalten.



Manfred Bieschke-Behm

Meine Erkenntnis ist, dass die Bedürfnisse Betroffener und die der Angehörigen häufig nicht weit auseinanderliegen.

An dieser Stelle ist es mir wichtig zu erwähnen, dass das, was ich aufgeschrieben habe, nicht eins-zu-eins übertragbar ist. Mir ist bekannt, dass die Kinder- und Erwachsenenperspektive zum Teil andere Anknüpf- und Berührungspunkte haben, als dies bei uns der Fall war und ist.

In meinen Ausführungen gibt es Aussagen von Angehörigen, Betroffenen, Psychologen usw., die ich sinngemäß wiedergebe und nicht wörtlich zitiere. Inhaltliche Wiederholungen, die in einigen Kapiteln vorgenommen wurden, sind zum besseren Verständnis gewollt.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit habe ich

auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlechter.

Aus selbst gemachten Erfahrungen weiß ich, dass ein partnerschaftliches Zusammenleben nicht immer problemfrei verläuft. Meine Kenntnisse machen es mir möglich, mich in beide Personengruppen hineinzudenken, hineinzufühlen, hineinzuversetzen.

Ich vertrete die These, dass Betroffene gleichzeitig Angehörige sind und umgekehrt: Sie empfinden, nehmen wahr, empfangen, halten aus, steuern gegen, laufen Gefahr, sich selbst zu verlieren. Sie resignieren, verzichten, trösten, stoßen auf Unverständnis, leiden mit, sind traurig, üben Rücksichtnahme usw.

Meine Erkenntnis ist, dass die Bedürfnisse Betroffener und die der Angehörigen häufig nicht weit auseinanderliegen. Die gravierenden Unterschiede begründen sich in den Wahrnehmungen, den Begriffsbestimmungen und Auslegungen. Andersartiges Verständnis und unterschiedliche Sinnesindrücke haben das Zusammenleben in meiner Partnerschaft oft problematisch gestaltet.

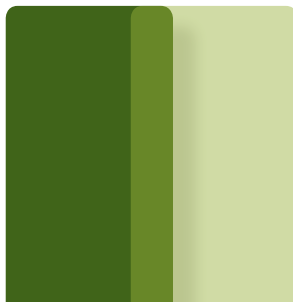
Vieles von dem, was ich in meiner Partnerschaft an Höhen und Tiefen durchlebte, können Sie auf den nachfolgenden Seiten nachlesen. Sie erfahren, wie wir mit Blockaden, Schwierigkeiten, Widerständen und Behinderungen umgegangen sind, welche Rückschlüsse wir daraus gezogen haben, welche Konsequenzen zu ziehen waren und wie wir es letztendlich geschafft haben, der Krankheit Depression die Macht zu entziehen, die ihr nie zustand.

Der Autor stellt sich vor:

Mein Name ist Manfred Bieschke-Behm. 1947 wurde ich einer Kleinstadt unweit von Berlin geboren. Seit 1949 wohne ich ohne Unterbrechung in Berlin (Schöneberg/Tempelhof). Meine häuslichen Umstände waren alles andere als kindgerecht. Rückblickend behaupte ich, bereits im Kindes- und Jugendalter depressiv gewesen zu sein. Eine Diagnose wurde nicht erstellt, demzufolge erfuhr ich auch keine angepasste Behandlung. Ich war ein unerwünschtes, schwaches, häufig kränkliches Kind, dass von der Umgebung als auffällig und Unruhe

stiftend eingeschätzt und somit als lästig empfunden wurde. Durch die häuslichen Umgangsformen konnte ich weder zu meiner Mutter, schon gar nicht zu meinem Stiefvater, aber auch nicht zu meiner Halbschwester ein angstfreies Verhältnis aufbauen. Das Milieu ließ es nicht zu, dass ich mich zu einer selbstständigen und lebensbejahenden Persönlichkeit hätte entwickeln können. In mir drehte sich ein nicht zu beherrschendes Gefühlskarussell oft in einer atemberaubenden Geschwindigkeit, die mich glauben ließ, weggeschleudert zu werden.

Noch nicht volljährig (mein Jahrgang war erst mit einundzwanzig Jahren volljährig) musste ich durch Rauswurf das Elternhaus verlassen. Ohne Unterstützung war ich gezwungen mit mir und „dem Rest der Welt“, klarzukommen. Körperliche sowie psychische Auffälligkeiten waren meine ständigen Begleiter. Lähmende Antriebslosigkeit, chronische Traurigkeit, mangelndes Selbstwertgefühl und manchmal der Drang, mein Leben zu beenden, wären ausreichende Anhaltspunkte für eine Behandlung gewesen, hätte jemand die Notwendigkeit erkannt und die richtigen Schritte eingeleitet. Durch sich wiederholende Krisensituationen war ich oft nicht alltagstauglich und stand dadurch mir und anderen im Weg.



ich

Mit dreiundzwanzig lernte ich W kennen. (W steht für: mein Wegbegleiter, aber auch für einen wertvollen und wunderbaren Menschen.) W gab mir trotz, meiner begrenzten Fähigkeit in Partnerschaft leben zu können, von Anfang an das Gefühl von Geborgenheit, begehrenswert und wertvoll zu sein. Durch W erlebte ich Liebe und Zuneigung, die ich mir all die Jahre davor so sehr wünschte und nur selten bis gar nicht bekam. Eigentlich hätte ich zufrieden und glücklich sein können, denn bei W stieß ich nicht auf Unverständnis, spürte keine Ausgrenzung oder gar Anfeindungen. Endlich hatte mich jemand gefunden, der sich über meine Existenz freute und sie nicht infrage stellte, wie das in meinem Elternhaus viel zu oft der Fall war. W war jemand, der für mich da war, der mir das Gefühl von Sicherheit gab und mit mir gemeinsam durch das Leben zu gehen bereit war. Einige von Ihnen werden jetzt denken: Der Mann hat Glück gehabt. Er hat das bekommen, was er

vermisste, nach dem er sich sehnte. Leider sah die Realität anders aus: Da ich kaum die Möglichkeit bekam, mit Zärtlichkeit, Zuneigung und Liebe umzugehen, konnte ich mich nicht so verhalten, wie W es von mir erwarteten konnte. Mir war Nähe oft zu viel. Ich fühlte mich eingeeignet. Ich kam mir vor wie ein Vogel in einem goldenen Käfig. Es gab bei mir des Öfteren die Überlegung, die Verbindung zu lösen. W hatte mein ablehnendes Verhalten nicht verdient.

„Ich möchte dir all das geben, was du früher nicht erfahren durftest“, erklärte mir W mehr als einmal und mehr als einmal tat es weh, W leiden zu sehen. Je nach Gemütslage hörte W Sätze von mir wie: „Lass mich einfach in Ruhe“, aber auch „Ich fühle mich allein gelassen.“ Was denn nun? Nähe oder Distanz? Oft wusste ich selbst nicht, was ich brauchte. Hatte ich das Bedürfnis nach Nähe und bekam sie, konnte ich die Nähe nicht aushalten. Ich glaubte zu ersticken. Bestand ich auf Distanz, empfand W das als Ablehnung und nicht als eine Facette meiner depressiven Landschaft.

Bei einem Arzt beklagte sich W über mein Verhalten: „Ich kann machen, was ich will. Ich mache alles falsch.“ W erfuhr, dass mein geändertes Verhalten zum Erscheinungsbild meiner Depression dazugehört und nichts mit schlechtem Charakter zu tun hat. Obwohl ich in meiner akut depressiven Zeit meine Bedürfnisse und Ängste wahrnahm, fiel es mir anhaltend schwer, sie zu benennen, sie zu äußern. Nicht weil ich es nicht wollte, sondern weil ich nicht konnte. Als Betroffener erlebte ich immer wieder die eigene Hilflosigkeit, aber auch die von W. Obwohl W über eigene Bedürfnisse und Ängste hätte sprechen können, geschah dies nicht. Für W gab es nur mich, meine Diagnose und das Unbekannte. W war nur darauf fixiert, mir mein Leben erträglich zu gestalten. W glaubte und hoffte, gefühlsmäßig alles richtig zu machen und stieß immer wieder an Grenzen. „Diese Zeiten“, so sagt W später, „möchte ich nie mehr erleben müssen.“ Ich erlebte, wie W - und andere - sich mühten, mich emotional zu erreichen und scheiterten. Ich erinnere mich, wie weh es tat als, Freunde, Bekannte und zum Teil Angehörige sich von mir entfernten oder gar trennten. Heute weiß ich, dass es für bestimmte Personen schwierig oder anstrengend war, sich mit mir auseinanderzusetzen. Ich war nicht mehr der Manfred, den sie kannten, von dem sie profitierten, der immer für sie da war. Ich war ihnen fremd geworden. Ich war auch mir fremd geworden. In den letzten Jahren meines Angestelltenverhält-

Ein Therapeut schaffte es mein Selbstwertgefühl zu steigern, mich selbst wertzuschätzen und zu lieben.

nisses wurden die Abstände zwischen zwei Krankenschreibungen immer kürzer. Mal war es der Magen, dann wieder das Herz, ständig war ich erkältet, regelmäßig litt ich unter Wochenendmigränen. Das alles und mehr waren Gründe der Arbeit fern zu bleiben und mich zu Hause zu verkriechen. Auf die Idee, dass die körperlichen und organischen Schmerzen psychischen Ursprungs sein könnten, kam lange Zeit niemand. Erst „als das Kind fast in den Brunnen gefallen wäre“, wurde bei mir die Krankheit Depression diagnostiziert.

Schnell folgten gewollte und ungewollte Klinikaufenthalte, denen sich ambulante Therapien anschlossen. Durch die Einnahme von Psychopharmaka lebte ich längst nicht selbstbestimmend. Ich war zur Marionette geworden, an deren Fäden andere zogen. Meine Aussage: „Ich verstehe mich selbst nicht, wie kann ich erwarten, dass mich andere verstehen“, hatte über Jahre seine Existenzberechtigung.

Therapiestunden verliefen nicht immer aufbauend und vermittelten nicht nur Zuversicht. Oft kam ich enttäuscht nach Hause. Nicht selten stellte ich mich und die Therapie infrage. Ich wollte aufgeben,

weil alles sinnlos schien und ich mich hundeehend fühlte. „Was ist passiert?“, wurde ich gefragt, wenn ich wieder einmal ausgelaugt und niedergeschlagen aus einer Therapiestunde nach Hause kam. Manchmal habe ich über das Erlebte berichten können, meist jedoch heulend geschwiegen. Es gab Dinge, die in der Therapie angesprochen wurden, über die ich mit W nicht reden wollte, weil sie mir peinlich waren oder weil ich wusste, dass ich W belasten würde. Wenn es zum Beispiel um seelische Gewalt in der Familie ging, hielt ich es für besser zu schweigen. Ich wusste, wie W reagieren würde und das wollte ich mir ersparen.

W begleitete die Therapiezeiten mehr oder weniger passiv. W war bis auf zwei Ausnahmen in keiner Therapie aktiv eingebunden. Demzufolge war W lediglich Ergebnisempfänger und nicht Mitgestalter. Eine Situation, die für beide nicht immer einfach war.

Ich hatte W wiederholt enttäuscht, manchmal gedemütigt, vorgeführt, mangelndes Verständnis unterstellt und vieles mehr. Das waren Verhaltensweisen, unter denen ich selbst litt und sie dennoch bedenkenlos und unkritisch weitergab. Nicht selten stellte ich mir die Frage, warum W bei mir bleibt, sich diese Belastung antut? Aus meiner Sicht hatte W ein besseres Leben verdient, als das, das ich zu bieten imstande war.

Trotz aller Widrigkeiten hatte ich nie den Eindruck, dass W unser Zusammenleben infrage gestellt hatte. Auch nicht, und erst recht nicht, als ich

49-jährig, zunächst auf Zeit, dann bis zum Eintritt der Altersrente erwerbsunfähig aus dem Arbeitsleben ausschied. Der Wechsel vom Berufsleben in die Verrentung war alles andere als ein Weg der Zufriedenheit. Soziale Kontakte brachen weg und finanzielle Engpässe zeichneten sich ab. Therapien halfen mir, über diesen schwierigen Lebensabschnitt, hinwegzukommen.

Ich hatte nach einigen Misserfolgen das Glück, auf einen Verhaltenstherapeuten zu treffen, auf dessen Therapieform ich durchweg positiv reagierte. Er war es, der mir erklärte, dass es viele Vorteile hat, in allem Negativen auch etwas Positives zu sehen. Er schaffte es, mein Selbstwertgefühl zu steigern, mich selbst wertzuschätzen und zu lieben. Mit ihm gemeinsam habe ich mich mit meinem inneren Kind auseinandergesetzt und verzeihen gelernt. Durch ihn gelang es mir, Einstellungen zu hinterfragen und auf deren Berechtigung hin zu überprüfen. Ich bin dem Therapeuten gegenüber voller Dankbarkeit. Er hat mir Ängste vor dem Heute und dem Morgen genommen und beigebracht, friedvoll mit der Vergangenheit umzugehen. Über die Sinnlosigkeit des Lebens nachzudenken ist mir durch seine Behandlungsführung fremd (geworden). Ein wichtiger Punkt in die Normalität war für mich zu begreifen, dass ich nicht „die Depression“ bin, sondern „eine Depression“ habe. Dass das ‚Ungetüm‘ Depression kein endgültiges Schicksal bedeutet, sondern dass es sich um eine vorübergehende behandelbare Erkrankung handelt, hat nicht nur mich angstfrei gemacht.

An die Zeiten, wo ich in ständiger Angst lebte, wieder Medikamente nehmen zu müssen, wieder in einer Klinik zu landen, erneut therapiert zu werden, sind vorbei. Heute weiß ich, dass diese Art zu denken krank macht und krank hält. Ich habe mein Denken, Fühlen und Handeln auf Gesundheit programmiert, und damit fahren W und ich sehr gut.

Trotz all der positiven Entwicklung fühle ich mich nicht geheilt, sondern, wie ich es nenne, von der Krankheit entfernt. W und ich sind uns darüber im Klaren, dass ich jederzeit wieder in das unsichere Fahrwasser depressiven Denkens, Fühlens und Verhaltens geraten kann, was gelegentlich in Ansätzen auch passiert. Absolut belastungsfreie Zeiten auf Dauer gibt es bei mir nicht. Gelegentlich treten psychische Verstimmungen auf, denen ich nicht mit Angst begegne, sondern mit Argwohn. Ich frage mich nach Gründen meiner Unzufriedenheit und, sofern es akute Auslöser gibt, werden diese von mir angesehen und, wenn erforderlich, gemeinsam mit W besprochen und bearbeitet. Immer wieder versuchte sich meine negativ abge-

speicherte Vergangenheit, in den Vordergrund zu drängen. Sie versucht Druck auszuüben, und mich zu demoralisieren. Ich weiß, dass sich belastende Gedanken nicht verbieten lassen. Sie kommen und sind einfach da. Ich habe gelernt schädigendem Gedankengut ruhig zu begegnen, um nicht in Panik zu geraten. Wichtig ist für mich, negative Gedanken auf ihre Berechtigung hin zu überprüfen und entsprechend damit umzugehen.

W und ich sind mittlerweile ein eingespieltes Team. Wir wissen, wie wir miteinander umzugehen haben. Freiräume zuzulassen ist uns genauso wichtig wie Nähe und gewünschte Distanz zu akzeptieren. Wir nehmen auf Befindlichkeiten Rücksicht und fahren gut damit. Wir haben begriffen, dass ‚Nein sagen‘, nicht heißt, ich mag dich nicht, sondern, das ‚Nein sagen‘ bedeutet, eine andere Meinung zu haben und diese zu achten. Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung und Niedergeschlagenheit sind heute keine angsteinflößenden Zustände mehr. Wir können damit „gesund“ umgehen. Wir verschweigen Befindlichkeiten nicht mehr, sondern reden offen darüber. Wir wissen aus Erfahrung, dass Gemütschwankungen nur vorübergehend belasten und dass es eine Zeit danach gibt.

Ende der neunziger Jahre hatte ich mich stabilisiert und nachhaltig gelernt, mein Leben wieder selbst in die Hand zu nehmen. Ich hatte nicht mehr das krankhafte Bedürfnis, alte Wunden zu lecken und begriffen, dass sich Vergangenheit nicht ausradiieren lässt.

Es gibt Tage, an denen könnte ich sagen: „Hey Gestern, wir könnten Freunde sein.“ Dann wieder gibt es Tage, wo ich sage: „Hey Gestern, wir können niemals Freunde werden.“

Die gegen mich selbst gerichtete Wut war gezähmt und mit Personen, die ich viele Jahre lang ‚Täter‘ nannte, konnte ich Frieden schließen. Einigen konnte ich sogar verzeihen. Ich hatte begriffen, dass es Lebenssituationen und Lebensumstände gibt und gab, in denen Personen nicht anders handeln können und konnten. Die Frage nach Schuld oder nicht Schuld stellte sich mir nicht mehr.

Ich hatte mich viel zu oft für alles schuldig gefühlt. Mit dieser Einstellung trug ich eine schwere Last, die mich fast mein Leben gekostet hätte. Heute bin ich frei von diesem (Aber-) Glauben. Das fremdbestimmte Leben konnte ich abstreifen wie einen lästigen, viel zu engen, langen und bleischweren Mantel. Seit Jahren lebe ich selbstbestimmt, das heißt, frei in meinen Entscheidungen und ohne Zwänge.

Um das Jahr 2000 war ich fähig, anderen durch meine persönlichen Erfahrungen Hilfe anbieten zu

können. Wo hätte ich das besser machen können als im Bereich der Selbsthilfe. Anfänglich leitete ich Selbsthilfegruppen. Später – und das bis heute – kamen Entwicklung und Durchführung von Seminaren und Workshops hinzu. Lesungen, Vorträge mit und ohne Diskussionsrunden vor und mit Betroffenen, Angehörigen, Sozialarbeitern, Studenten, Klinikpatienten und pflegendem Personal oder am Thema Interessierte erweiterten mein Tätigkeitsfeld. Gerade meine Aktivitäten im Umgang mit Betroffenen und Angehörigen trugen und tragen dazu bei, dass ich meinen Horizont ständig erweitere. Ich gewinne Einblicke in Lebenssituationen, die mir vertraut sind, zu denen ich eine Meinung habe und diese auch vertrete. Ich werde mit mir unbekanntem Aspekten, Deutungen und Darlegungen konfrontiert, die neu für mich sind, die mich zum Nachdenken anregen und mit denen ich mich auseinandersetze. Dieser Mix ist es, der mich nicht müde werden lässt neugierig zu bleiben und weiter aktiv zu sein.

Mich würde es freuen, wenn sich mit meinen Aus-

führungen das Miteinander entspannen und beruhigen ließe. Ich hoffe, dass ich ein bisschen dazu beitragen kann, dass sich Betroffene und Angehörige künftig anders wahrnehmen, öfter und offener miteinander sprechen und so Missverständnisse,

Enttäuschungen, Entfremdungen oder sogar Trennungen vermieden werden können.

Jeder Fünfte, und das unabhängig von Alter, Geschlecht oder sozialer Schicht, erkrankt mindestens einmal im Leben an einer behandlungsbedürftigen Depression.

Depressionshilfe sind etwa fünf Prozent der Bevölkerung von Depressionen betroffen. Für Berlin würde dies bedeuten, dass rund 175 000 Menschen an einer depressiven Erkrankung leiden. Das schlussfolgert, dass Aufklärung wichtig ist, damit nicht das passiert, was W und mir passiert ist, nämlich sich einer Depression hilflos ausgeliefert zu fühlen.

Übrigens:

Jeder Fünfte, und das unabhängig von Alter, Geschlecht oder sozialer Schicht, erkrankt mindestens einmal im Leben an einer behandlungsbedürftigen Depression. Nach Angaben der Stiftung Deutsche

Manfred Bieschke-Behm – 2017

03

**Auffälligkeiten - Wahrnehmungen
oder**

Früherkennung und Einsicht lässt Schlimmeres verhindern

Ich weiß, dass ich es nicht alleine bin, dem Traurigkeit, Lustlosigkeit, Schlaflosigkeit, Erschöpfung und Antriebsschwäche gelegentlich zu schaffen machen. Es war tröstlich zu wissen, dass es auch andere betrifft, half mir aber nicht wirklich, mich damit abzufinden. Schon gar nicht, als sich genannte Zustände immer öfter und ausdauernd bemerkbar machten. W gegenüber versuchte ich zunächst meine Auffälligkeiten und Wahrnehmungen - so gut es ging - zu kaschieren oder zu verheimlichen. Auf Dauer war das nicht möglich. Mich anders zu geben, als es der Tatsache entsprach, war anstrengend und nicht durchhaltbar. Nachdem mir klar war, dass es sinnvoll ist W „einzuweihen“, war mir bewusst, dass W sich mit dem Istzustand auseinandersetzen würde. W vermutete, dass meine „Zustände“ mit Überarbeitung (Stress) zu tun hat und riet mir „kürzerzutreten“. Beide waren wir bereit die Auffälligkeiten als nicht besorgniserregend zu betrachten, sondern als vorübergehende Erscheinungen. Wir glaubten das allein durch die Umstellung beziehungsweise eine Veränderung der Lebensweise (Anwendung von Entspannungsmethoden, Saunagänge, Ausflüge in die Natur, Ernährungsumstellung, Schwerpunkt mehr auf Freizeit lenken u. ä.) Abhilfe schafft. Uns kam nie der Gedanke, dass ich dabei war, in ein tiefes seelisches Loch zu fallen. W - ein von Natur aus gelassener, ausgeglichener Mensch hatte und hat sein Leben im Griff. Ich, der ich Jahrzehnte unter meiner negativen Vergangenheit litt, hatte es bedeutend schwerer, ein Leben in Zufriedenheit zu leben. Ich empfand mein Dasein als einen ständigen Kampf gegen Dämonen, den ich nicht selten verlor. Mein Mühen, mir nichts anmerken zu lassen, überforderte mich sowohl in meinem Privatleben als auch im Berufsleben. Ich war unfähig mich aufzuraffen, manchmal nicht motiviert, das Bett zu verlassen und unfähig, überhaupt etwas zu tun. Obwohl ich

*Uns kam nie der Gedanke,
dass ich dabei war,
in ein tiefes seelisches
Loch zu fallen.*

irgendwie lebte, fühlte ich mich tot. Manchmal hatte ich Mühe, ein- und auszuatmen. Vielleicht wollte ich gar nicht ein- und ausatmen. Vielleicht war die Frage „Wozu?“ in meinem Kopf, ohne dass sie mir bewusst war. Sprechen schien mir unwichtig. „Wer will mir schon zuhören?“, dachte ich. Ich war anhaltend tieftraurig. Nicht weil ich mich einsam fühlte. Nein, das war nicht der Grund. Ich war traurig, weil es mich gab und ich Angst vor dem Heute und dem Morgen hatte.

Zurück zu den Auffälligkeiten: Anders als bei W hielten meine Zustände (s.o.) länger als allgemein üblich und verträglich an. Später erfuhr ich, dass das Richtmaß bzgl. einer Diagnose ca. 14 Tage beträgt. Darüber hinaus können sie Anzeichen einer sich einschleichenden Depression sein.

Zu meinen seelischen Schmerzen gesellten sich immer öfter körperliche Schmerzen hinzu. Rückenschmerzen, Nackenversteifung, Bauchschmerzen, Verdauungsprobleme und Kopfschmerzen. Migräne wurden zu meinem ständigen Begleitern. Heute weiß ich, dass Wahrscheinlichkeitsdiagnosen erstellt und diese mit Medikamenten und Krankenschreibungen behandelt wurden. Nach den Auslösern wurde nicht geforscht. Körper, Geist und Seele wurden von den Medizinerinnen nicht als Einheit gesehen. In dieser Hinsicht hat sich - wenn auch noch nicht flächendeckend - Gott sei Dank einiges geändert.

Von Angehörigen erfahre ich immer wieder, dass Veränderungen und Auffälligkeiten bei Betroffenen registriert, aber nicht oder kaum angesprochen werden. Woran liegt das? Was hindert Angehörige, mit Betroffenen zu sprechen? Ich vermute, dass Angehörige glauben oder hoffen, manches würde sich von selbst erledigen, das atypische Verhalten schadlos und ohne Folgen vorübergeht. Ein weiterer Grund Wesensveränderungen nicht anzusprechen könnte die Vorstellung sein, auffäl-

liges Verhalten erst über einen (langen) Zeitraum zu beobachten und erst dann zum Handeln überzugehen.

Bei mir zum Beispiel war das Gefühl von Scham sehr ausgeprägt. Mir fehlte Mut, über mich zu sprechen, mich den Gegebenheiten zu stellen. Vielleicht wollte ich die Wahrheit auch gar nicht hören. Ganz bestimmt hatte ich Veränderungen in der Form, wie sie eingetreten waren, nicht gewollt. Ich wurde mir fremd und immer fremder. Innerlich entfernte ich mich von W. Äußerlich versuchte ich, die Fassade zu halten. Sehr bald spürte ich, dass ein ehrlicher Umgang mit mir und W nicht

möglich war. Meine größte Sorge war, W mit meiner Hilfslosigkeit zu belasten und zu überfordern. Neben vielem anderen litt auch unser Sexualleben unter meiner Erkrankung. Die Lust miteinander zu schlafen kam zum Erliegen. Ich verbot mir, mich zu freuen, Spaß an etwas zu haben und so gesehen auch am Sex (s. hierzu Kapitel 22).

Ich lebte in meiner - dem eigentlichen Leben entrückten - Welt. Isoliert, kaum aufnahmefähig, an nur sehr Wenigem interessiert, vergangenheitsorientiert, ohne Perspektiven für Gegenwart und Zukunft.

Trotz der trüben Aussichten kam ich nie auf die Idee, von W verlassen zu werden.

W wird mir später erklären, dass es zu keiner Zeit den Gedanken gab, sich von mir zu trennen. Auf gleichlautende Fragen aus dem Kollegenkreis antwortete W: „Ich habe Manfred gesund kennengelernt, und nur weil er jetzt krank ist, lasse ich ihn jetzt nicht fallen wie eine heiße Kartoffel.“ Ich glaube, das nennt man Liebe. Instinktiv bewahrte W Ruhe, verfiel nicht in Resignation und Gleichgültigkeit. Zufriedenheit auf beiden Seiten schaffen war für W das gesteckte Ziel. Um diesem Ziel näherzukommen, waren Gespräche mit Ärzten, Betroffenen und anderen Angehörigen erforderlich, zusätzlich halfen Fachliteratur und das Internet. W wurde sehr schnell klar, dass

*Es gab Dinge im Leben,
von denen musste ich
mich verabschieden,
wollte ich nicht daran
zerbrechen.*

mir allein mit Aufmerksamkeit, Rücksichtnahme und Liebe nicht geholfen werden konnte.

Immer wieder höre ich, dass Angehörige glauben, dass sie es sind, die den Betroffenen heilen können und das sie wissen was dem Betroffenen gut tut oder nicht gut tut. Sie glauben, sie reden sich ein, dass sie die (alleinige) Verantwortung an der Erkrankung des Betroffenen tragen. Diese Einstellung ist aus meiner Sicht ungesund

und deshalb für beide Seiten krankheitsfördernd.

Auch W glaubte lange Zeit, (mit)verantwortlich an meiner Erkrankung zu sein. W verstand nicht, warum die Liebe, die ich geschenkt bekam,

nicht half gesund zu werden. Beide mussten wir schmerzhaft zur Kenntnis nehmen und begreifen, dass sich Anerkennung, elterliche Liebe, Nähe und Geborgenheit rückwirkend nicht erfüllen lassen. Es gab Dinge im Leben, von denen musste ich mich verabschieden, wollte ich nicht daran zerbrechen.

Was mir fehlte, war eine gesunde Lebensquelle,

aus der ich in frühen Jahren hätte trinken können.

Wenn Träume später wahr werden, sollten diese Freude und Zufriedenheit auslösen. Bei mir löste es Enttäuschung und Schermtut aus. Ich war wütend auf mich, weil ich nicht fähig war, mein Gestern zu verlassen, das Heute zu genießen



Wahrnehmung

und mich auf Morgen zu freuen.

Ein Baum ohne gesundes Wurzelwerk wird nie eine prächtige Krone tragen (können). Gießen allein genügt eben nicht.

Nachfolgend werden mögliche Zustände und dazu gehörende Wahrnehmungsmerkmale alphabetisch sortiert aufgelistet. Aufgeführte Zustände können Anzeichen für eine sich anbahnende oder bereits bestehende Erkrankung sein.

Die Liste ist unvollständig und kann deshalb nur als eine grobe Übersicht gesehen werden. Bei der Auflistung handelt es sich um selbstgemachte Erfahrungen und Aussagen von Angehörigen.

Zustände (Alphabetisch sortiert)	Wahrnehmungen der Veränderungen seitens des Betroffenen durch seine Umgebung durch Partner und andere
AUFFASSUNGS- SCHWIERIGKEIT	Der Erkrankte hat Schwierigkeiten, Gesagtes aufzunehmen und zu kommentieren.
ANGST	Mein Angehöriger spricht von Ängsten und kann sie nicht begründen.
APPETITLOSIGKEIT	Mein Angehöriger hat keinen Appetit mehr und hat an Gewicht verloren.
ELEND	Mein Angehöriger fühlt sich elend, zerschlagen, so als wäre er schwer krank, obwohl es hierfür keinen erkennbaren Grund gibt.
ENTSCHEIDUNGEN	Meinem Angehörigen fällt es in der letzten Zeit schwer, Entscheidungen zu treffen.
ESSSTÖRUNGEN	Bei dem Angehörigen wird zunehmende Appetitlosigkeit festgestellt Bei dem Angehörigen wird maßloses Essen festgestellt. Er verspürte im Gegensatz zu früher vermehrt „Heißhunger“.
FLEXIBILITÄT	Mein Angehöriger ist zunehmend unflexibel. Sowohl im Denken als auch im Handeln.
FREUDE	Mein Angehöriger kann sich seit längerer Zeit nicht mehr freuen.
GEFÜHLS- UND DENKHEMMUNGEN	Mein Angehöriger scheut sich/weigert sich, über seine Gefühle zu sprechen. Er ist im Denken blockiert.
GRÜBELN	Mein Angehöriger neigt in der letzten Zeit vermehrt zum Grübeln (hier ist nicht Nachdenken gemeint).
HOFFNUNGS- LOSIGKEIT	Mein Angehöriger spricht vermehrt über Hoffnungslosigkeit.
INTERESSEN- LOSIGKEIT	Mein Angehöriger hat Interesse an Dingen verloren, die vor der Erkrankung von Bedeutung waren.
KÖRPERLICHE BESCHWERDEN	Mein Angehöriger klagt vermehrt über: Herz-Kreislaufschwierigkeiten Magenprobleme Verdauungsstörungen Rückenprobleme
KÖRPERPFLEGE	Mein Angehöriger vernachlässigt seine Körperpflege (weshalb soll ich mich waschen, mir die Haare kämmen, mir die Zähne putzen?).
MÜDIGKEIT	Mein Angehöriger fühlt sich müde, schwunglos, kraftlos und das, ohne vorangegangene Anstrengungen.

**Zustände
(Alphabetisch sortiert)**

**Wahrnehmungen der Veränderungen seitens des Betroffenen
durch seine Umgebung durch Partner und andere**

REIZBARKEIT	Mein Angehöriger neigt zur Aggressivität. Er ist leicht reizbar (regt sich über alles auf).
SCHLECHTER SCHLAF / MORGENDLICHES STIMMUNGSTIEF	Mein Angehöriger kann nicht mehr „normal“ schlafen (erschwertes Einschlafen, zerhackter Schlaf, quälendes Früherwachen mit morgendlichem Stimmungstief). Er fühlt sich nicht erholt, fühlt sich wie „gerädert“.
SCHMERZEN	Mein Angehöriger spürt immer wieder anhaltende, schwer zu beschreibende Druckgefühle, besonders im Kopfbereich, in der Brust, im Rücken.
SCHULDGEFÜHLE	Meinem Angehörigen plagen Schuldgefühle. Er fühlt sich für alles verantwortlich.
SINNESWAHRNEHMUNGEN	Mein Angehöriger klagt vermehrt über eingeschränkte Sinneswahrnehmungen (Sehen, Hören, Riechen, Fühlen, Schmecken).
SELBSTISOLIERUNG	Mein Angehöriger zieht sich immer mehr in sein Schneckenhaus zurück.
SELBSTZWEIFEL	Meinem Angehörigen plagen Selbstzweifel: „Ich bin wertlos.“ „Ich bin zu nichts zu gebrauchen.“
SEXUELLE PROBLEME (LIBIDO VERLUST)	Mein Angehöriger hat seit einiger Zeit sexuelle Probleme (kein Verlangen nach Sexualität).
SINNLOSIGKEIT	Mein Angehöriger äußert des Öfteren, dass sein Leben sinnlos geworden sei.
UNKONZENTRIERHEIT	Mein Angehöriger hat Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren.
VERÄNDERTES DENKEN	Ich höre von meinem Angehörigen: „Es hat doch alles keinen Sinn ...“, „Für wen oder was soll ich ...“
VERÄNDERTER KÖRPEREINSATZ	Ich beobachte bei meinem Angehörigen: - Gebeugte Haltung - Schleppendem Gang - Erstarrte Gesichtszüge - Matte oder fahrige Gesten - Monotone Stimme
VERHALTENSSTÖRUNGEN	Bei meinem Angehörigen fällt auf: - Reizbarkeit - Stimmungsschwankungen

Zustände (Alphabetisch sortiert)	Wahrnehmungen der Veränderungen seitens des Betroffenen durch seine Umgebung durch Partner und andere
<p style="text-align: center;">ZWISCHEN- MENSCHLICHES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Persönlichkeitsveränderungen - innere Unruhe - Konzentrationsstörungen - Angst - Hyperaktivität - Passivität <p>Meinem Angehörigen fehlt die Bereitschaft mit Angehörigen, Bekannten, Freunden, Bekannten, Arbeitskollegen zu kommunizieren. Das Interesse an anderen Personen ist (stark) eingeschränkt.</p>

Wird letztendlich die Diagnose Depression gestellt, geraten Betroffene und Angehörige in eine Lebenssituation, mit der sie den Umgang nicht gelernt haben. Diese neue Situation wird das Leben auf unbestimmte Zeit verändern und allen Beteiligten große Herausforderungen abverlangen.

Ich kann sagen, dass sich bei uns mit viel Geduld auf beiden Seiten und der Bereitschaft sich helfen

zu lassen, Schlimmeres verhindert werden konnte. Zunächst war es Zweckoptimismus, dass uns durchhalten ließ. Doch schon bald spürten W und ich dass es gut war uns den Anforderungen und der damit verbundenen Aufgabe zu stellen.

Heute kann ich sagen:

„Der Kampf hat sich gelohnt.“

04

Diagnose DEPRESSION und jetzt? oder Selbstfürsorge ist Dünger für die Seele

W wurde mit meiner Diagnose genauso konfrontiert wie ich:

Auszug aus dem ärztlichen Befund:

... ausgeprägte Persönlichkeitsstörung mit Zwangsgedanken und -handlungen, wiederkehrende mittelgradige depressive Episoden, Angstneurose, suizidgefährdet ...

Für die Bestimmung meiner Beschwerden reichten dem Arzt wenige Worte um uns klar zu machen, dass ich unter einer ernstzunehmenden Krankheit leide.

Zwischen den Zeilen las ich ...

... dass meine ausgeprägte Angst vor Menschen, erst recht Menschenansammlungen, mich menschen scheu haben werden lassen.

... dass meine Angst, von Menschen angesprochen zu werden oder die Vorstellung, von fremden Mitmenschen beobachtet zu werden, dazu führte, nicht mehr oder nur noch sehr selten das Haus zu verlassen.

... dass ich mich, obwohl W oder andere Personen in meiner Nähe waren, verlasen, fühlte.

... dass ich ständig glaubte, in meiner Vergangenheit und Gegenwart Unrecht begangen zu haben und mich für alles Schlechte verantwortlich fühlen müsse.

... dass ich mir gegenüber einen unbegrenzt hohen Leistungsanspruch hatte, der von starken Versagensängsten begleitet wurde.

... dass ich unter wiederkehrenden, manchmal lang anhaltenden Stimmungsschwankungen litt.

... dass ich den alltäglichen Belastungen nicht gewachsen war.

... dass sich suizidale Gedanken in meinem Kopf eingebrannt hatten, die mich immer wieder ernsthaft darüber nachdenken ließen „Schluss zu machen“.

... dass mir gerade dieser Gedanke Freiheit suggerierte und mich glauben ließ, mein Freitod würde nicht nur mich retten, sondern W und Andere, die - so meine Wahrnehmung - durch mein Dasein litten.

Jeder, der meine Aneinanderreihung der Symptome gelesen oder gehört hat, wird sich vorstellen können, was es bedeutet, mit derartigen

herrschenden Ängsten und Befürchtungen leben zu müssen. Und das galt nicht nur für mich, sondern auch für W. Der ständige Wechsel meiner Stimmungsschwankungen ließ es für uns beide nicht zu, auf etwas kontinuierlich Positives aufzubauen. Immer wieder galt es für W, sich auf neue Situationen einzustellen.

Das Karussell der

Gefühle kam nicht (nie) zur Ruhe. Das Tempo war manchmal dramatisch schnell. Ich glaubte, aus der Bahn geworfen zu werden und W glaubte, mich nicht auffangen zu können. Das Ergebnis war für beide verheerend. Mir war es egal, W war es nicht egal.

„Was kommt auf mich zu?“ Diese Frage stellte sich auch W, als unsere Beziehung an Vertrauen



Diagnose

verlor, weil ich mich nicht mehr öffnen konnte, weil es keinen Gleichklang mehr gab, die Resonanz widersprüchlich war usw.

Selten haben Angehörige (aber auch Betroffene), was die Krankheit Depression betrifft, Vorkenntnisse. So war das auch bei W und mir. Keiner von uns konnte auf Erfahrungen im Umgang mit der Krankheit zurückgreifen. Depressionen

haben andere. Betrifft uns nicht, so der bisherige Umgang mit der Krankheit. Jetzt plötzlich gibt es jemanden in der eigenen Familie. Und gleichzeitig gibt es einen Angehörigen, der der Situation gleichwohl hilflos gegenübersteht.

W hatte keine Ahnung, wie man mit mir hilfreich umgehen sollte. Selbst ich als Betroffener wusste nicht, mit mir „gesund“ umzugehen. Es gibt den von mir geprägten Satz: „Ich möchte mit mir nicht befreundet sein.“ Was will ich mit diesem Satz zum Ausdruck bringen? Mit jemandem der entschlossen, schwach und krankheitsbedingt unzuverlässig ist, würde ich nicht unbedingt zusammenleben wollen. W wollte!

Ein weiterer Satz von mir lautet: „Ich verstehe mich selbst nicht, wie kann ich erwarten, dass andere mich verstehen.“ Und genau das ist der Punkt: W und ich fühlten uns ratlos und unsicher. Die Situation war für uns neu und hat uns, speziell W überfordert. Hilflosigkeit und Angst wurden zu täglichen Begleitern und blockierten klares Denken und nutzbringendes, aufbauendes, förderliches Handeln.

W erklärte mir später, dass das Hauptziel war, Bestand zu leisten, mich zu entlasten. Auf gar keinen Fall durch eigenes Dazutun die Situation, Symptome und Zustände zu verschlimmern.

W musste lernen damit umzugehen, dass ich oft nicht in der Lage war, selbstbestimmend zu handeln und zu reagieren. Durch meine Erkrankung kam es gelegentlich zu nicht steuerbaren verbalen Angriffen, Beleidigungen, Beschuldigungen beziehungsweise Anschuldigungen. Hin und wieder war es mir möglich, mich für meine Entgleisungen zu entschuldigen. Oft blieben Entschuldigungen aus. Dies waren Momente, wo W Enttäuschung und Verzweiflung spürte.

Die Enttäuschung, die ich bei W wahrnahm, lösten bei mir Schuldgefühle aus. Alte Verhaltensmuster brachen auf und trübten zusätzlich mein Gemüt. In meiner Lebensspirale bewegte ich mich rückblickend betrachtet immer mehr nach unten.

Freudlosigkeit und Traurigkeit waren bei mir allgegenwärtig. W fing an, Empfindungen zu entwickeln, die den meinen glichen. Es entwickelte sich

ein gefährlicher Zustand. Kontakte pflegen waren für mich kaum - oft gar nicht - möglich. W fing an, sich solidarisch zu verhalten.

„Sollte ich mich von W trennen, damit W sein Leben leben kann?“ Diese Frage und die Aussage: „Um niemanden zur Last zu fallen, wäre es vielleicht besser alleine zu leben oder noch besser gar nicht mehr zu leben, beschäftigte mich sehr

oft. Manchmal kam mir der Gedanke, dass W sich einsam fühlen musste. Einsam wie ich.

Weil ich erlebt habe wohin vernachlässigte Selbstfürsorge führen kann mein Appell: Passen Sie gut auf sich auf! Nehmen Sie sich wichtig!

Wer immer nur für andere da ist und nie für sich selbst sorgt, sorgt dafür, sich selbst seelisch und körperlich zu schädigen.

Vielleicht fragen Sie sich an dieser Stelle: „Was kann ich tun, um nicht in diesen Zustand zu geraten?“ Bevor ich Ihnen ein paar gesammelte Hinweise zum Thema Selbstfürsorge vorstelle, darf ich Ihnen einen, wie ich finde, zum Nachdenken anregenden Satz nicht vorenthalten:

Selbstfürsorge ist Dünger für die Seele.

Wie kann Selbstfürsorge funktionieren?

- Erlauben Sie sich, für sich selbst zu sorgen.
- Finden Sie heraus, was Ihnen gut tut.
- Erlauben Sie sich das, was Ihnen gut tut.
- Sorgen Sie für Abwechslung in Ihrem Leben.
- Sorgen Sie für ausreichend Entspannung und Ruhe.
- Sorgen Sie für ein gesundes Maß an Nähe und im Miteinander.
- Sorgen Sie für gesundes Leben (Körper, Geist, Seele).
- Verlieren Sie nicht Ihre Grundbedürfnisse aus den Augen.
- Versuchen Sie, Druck und Stress zu reduzieren.
- Versuchen Sie, sich den Raum zu schaffen, der für Sie wichtig ist, den Sie brauchen.

Auf die immer wiederkehrende Frage: „Was ist eine Depression?“, bemühe ich die Aussagen der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD):

Laut ICD ist Depression nicht gleich Depression. Es werden leichte, mittelgradige und schwere Episoden unterschieden.

Depressive Episode lt. ICD (Symptome):

Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten „somatischen“ Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libido Verlust.

Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen.

Leichte depressive Episode (F32.0):

Gewöhnlich sind mindestens zwei oder drei der oben angegebenen Symptome vorhanden. Der betroffene Patient ist im Allgemeinen davon beeinträchtigt, aber oft in der Lage, die meisten Aktivitäten fortzusetzen.

Mittelgradige depressive Episode (F32.1):

Gewöhnlich sind vier oder mehr der oben angegebenen Symptome vorhanden, und der betroffene Patient hat meist große Schwierigkeiten, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen.

Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2):

Eine depressive Episode mit mehreren oben angegebenen, quälenden Symptomen. Typischerweise bestehen ein Verlust des Selbstwertgefühls und Gefühle von Wertlosigkeit und Schuld. Suizidgedanken und -handlungen sind häufig, und meist liegen einige somatische Symptome vor.

Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3):

Eine schwere depressive Episode, wie unter F32.2 beschrieben, bei der aber Halluzinationen, Wahnideen, psychomotorische Hemmung oder ein Stupor so schwer ausgeprägt sind, dass alltägliche soziale Aktivitäten unmöglich sind und Lebensgefahr durch Suizid und mangelhafte Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme bestehen kann. Halluzinationen und Wahn können, müssen aber nicht, synthym* sein.

*Anm. v. Autor: einer Grundstimmung entsprechend

(Quelle: www.icd-code.de)

Wer bin ich ? – ICH.

Wer war ich? – Auch ICH.

Wer möchte ich sein? – ICH ohne auch.

Manfred Bieschke-Behm

05

Jede Medaille hat zwei Seiten oder Chancen sehen und nutzen

Ich erinnere mich, dass alles, was um mich herum geschah, schattenhaft an mir vorbei huschte. Nur das negativ Aufgegriffene erlebte ich bewusst und als Bestätigung für Aussichtslosigkeit. „Es hat doch alles keinen Sinn.“ „Für wen und warum?“ Feststellungen und Fragen, die mich immer und immer wieder beschäftigten.

Anderen gegenüber versuchte ich mich, zusammenzureißen. Auf keinen Fall wollte ich als schwache und hilfsbedürftige Person registriert und angesprochen werden. Ich wollte nicht, dass jemand mitbekam, was in mir vorging, was mich bewegte, wie mich der innere aussichtslose Kampf mehr und mehr mutlos machte, dass mich meine Gefühlswelt immer mehr an den Rand des Abgrundes drängte. Nur keine Schwäche zeigen. Den Manfred darstellen, den alle kannten. Den immer Fröhlichen. Den immer gutgelaunten. Der für jeden da ist. Dem man alles erzählen kann. Der Lösungen aus dem Ärmel schüttelt. Der sorgenfrei durchs Leben geht.

Mein wahres Gesicht hatte ich schon lange hinter einer Maske versteckt. Eine Maske die mir zusehends schwer und schwerer wurde. Eine Maske, unter der ich letztendlich zu zerbrechen drohte.

Auch W gegenüber präsentierte ich nicht mein wahres Gesicht. Die Schauspielerei ging lange Zeit gut. Dann kam der Zeitpunkt, wo ich die Maske

nicht mehr aufrecht halten konnte. Die Zeit der Maskierung war vorbei. Mich W gegenüber so zu geben, so zu zeigen, wie und wer ich wirklich war, gestaltete sich als sehr schwierig. Zu lange war ich darauf bedacht, W zu schonen und damit auch mich. W sorgenvoll zu erleben bedeutete für mich Qual. „Behalte ES besser für dich, dann ersparst

du dir zusätzliche Belastungen, hieß meine bisherige Strategie.

Im Verlauf psychologischer Behandlungen wurde mir deutlich gemacht, dass es keinen Sinn hat „um den heißen Brei“ herumzureden. In Rollenspielen

lernte ich Tabuthemen anzusprechen, und offene Worte dafür zu finden.

Das war die eine Seite der Medaille. Durch meine Bereitschaft zu reden erfuhr W Unbekanntes von mir. Auch, dass ich mit der Situation insgesamt nicht klarkam. Das war die andere Seite der Medaille. In dieser Phase meines Lebens war ich oft am Zweifeln, ob es gut war, mich zu öffnen, mein Inneres nach außen zu kehren, W – so wie ich es sah – noch stärker zu belasten.

„Wer bin ich?“ „Wer war ich?“ „Wer möchte ich sein?“ „Möchte ich über-

haupt sein?“ Vier Fragen, die mich ohne Medikamente und Therapie Tag und Nacht beschäftigten.

Medikamente schafften es, dass innere Ruhe einkehrte, was auch zur Folge hatte, dass der Wille

Die Schauspielerei ging lange Zeit gut. Dann kam der Zeitpunkt, wo ich Maske nicht mehr aufrecht halten konnte.



Veränderung

Entscheidungen zu treffen nicht mehr abrufbar war. Ich lebte in ständiger Gleichgültigkeit und war gefühllos.

Im Therapieverlauf erschlich mich immer wieder Mal das Gefühl, am Ende zu verlieren. Ich war mir zwar sicher, dass der Therapeut es schaffen würde, mich aufzufangen, aber ich war mir unsicher, wie ein Leben ohne Therapeut gehen soll.

Meine gern gelebte Aufmerksamkeit W gegenüber, meine Fürsorge und Sensibilität war mir verloren gegangen. Ungebremst und undifferenziert benutze ich W als Empfänger meiner Befindlichkeiten.

Später erzählte mir W unter meinen Verhaltensweisen gelitten zu haben, ohne es mich spüren zu lassen. Ich kann mich nicht daran erinnern, dass ich auch nur einmal von W zur Rede gestellt wurde. W glaubte,

dass es unangemessen sei, an sich zu denken. Später erfuhr ich, dass W selten die Gelegenheit nutzte, mit Arbeitskollegen, Bekannten, Verwandten über die eigenen Befindlichkeiten, Wünsche und Sehnsüchte zu sprechen oder sich beim gemeinsamen Hausarzt Rat und Hilfe zu holen. Begründet wurde diese Rücksichtnahme mit Peinlichkeit, Schamgefühl, und auch aus Angst vor Wahrheiten oder falschen und weniger hilfreichen Ratschlägen, wie zum Beispiel: „Trenn dich doch von Manfred. Du findest schnell einen anderen.“

Von unserer gemeinsamen Ärztin erfuhr W, dass eine depressive Person nicht vorsätzlich gegen seinen Willen anders denkt, fühlt oder handelt, sondern noch nicht anders kann. Dass es Denkblockaden und Handlungsarmut sind, die zur Diagnose Depression führen. Dennoch ist eine Depression kein Freibrief. Grenzen müssen aufgezeigt und für deren Einhaltung muss gesorgt werden. Eine Depression erlaubt es nicht Menschen zu verletzen, sie für eigene Zwecke zu benutzen. W wurde dringend geraten, selbstbestimmt zu leben und zu praktizieren. „Die Wut, die Ihr Mann gegenüber sich und anderen hat, darf er nicht bei Ihnen abladen“, erklärte die Ärztin und weiter: „Sie sind nicht der Fußabtreter, auf dem er rücksichtslos herumtrampeln darf. Dagegen müssen Sie sich wehren. Sie haben das Recht auf ein zufriedenes Leben!“

Das waren nachdenkenswert und handlungsbedürftige Aussagen, auf denen Taten folgen sollten. Was folgte, waren anstrengende Aussprachen zwischen W und mir. Es gelang mir, einsichtig zu sein, dennoch war ich nicht sofort in der Lage, für Abhilfe zu sorgen. Lange Zeit beschäftigte mich die Frage: „Was ist richtiges, was ist falsches Verhal-

ten?“ Ich glaube, ein richtiges oder falsches Verhalten gibt es nicht. Verhalten ist neutral. Richtig oder falsch sind nicht absolut, sondern ändern sich. Was früher vielleicht falsch war, kann heute richtig sein und umgekehrt. So wie es in meiner Betrachtung keine absolute Wahrheit für die Allgemeinheit gibt, gibt es auch kein richtig und kein falsch, dass für alle gleichermaßen gilt.

W verhielt sich mir gegenüber gemäß eigener Einstellungen, gemachter Erfahrungen, vorhandener Unerfahrenheit, Irrtümer, Ängste usw. mitunter nicht in meinem Sinne. Ich lebte meine Einstellungen, meine Erfahrungen usw. Die Aussage „Wir wissen zu wenig voneinander“ bestätigte sich in diesem Kontext sehr deutlich. W und ich empfanden (auf-)klärende Gespräche kompliziert und mieden sie. Damals waren

uns sogenannte W-Fragen nicht bekannt. Vielleicht helfen Ihnen nachfolgende **W-Fragen** und Antwortbeispiele ein Gespräch zu eröffnen bzw. zu führen:

FRAGE: „Was soll, was darf ich sagen?“

ANTWORT: „Das, was mir auf der Seele brennt, mir auf dem Herzen liegt.“

FRAGE: „Wie sage ich es?“

ANTWORT: „Wohlwollend, vorwurfsfrei.“

FRAGE: „Wann ist der richtige Zeitpunkt?“

ANTWORT: „Der Zeitpunkt ist immer dann gegeben, wenn das Gegenüber sich aufnahmefähig zeigt.“

FRAGE: „Welche Auswirkungen hat eine Aussprache?“

ANTWORT: „Mehr voneinander zu erfahren.“

Gedanken, die W und ich hatten und die dazu beitragen, keine Gespräche zu führen:

- Lieber Schweigen und hoffen, dass alles gut wird.
- Vielleicht erledigt sich das eine oder andere von selbst.
- Wenn ich das Thema anspreche, wird es vielleicht noch schlimmer.

Auf die Frage: „Kann es noch schlimmer werden?“

Antworte ich: „Ja, es kann!“

Auf die Frage: „Wird es besser, wenn nichts passiert?“

Antworte ich: „Nein, das wird es nicht.“

Meine Erfahrung - auch aus der Selbsthilfe - ist, dass Schweigen keine hilfreiche, zielführende

*„Was ist richtiges,
was ist falsches Verhalten?“
Ich glaube ein richtiges oder
falsches Verhalten gibt es nicht.“*

Strategie ist. Ein offenes Gespräch zum richtigen Zeitpunkt schafft Klarheit und kann helfen, Schlimmeres zu verhindern.

Mit mir in einem Akutzustand zu sprechen war nicht nur schwierig, sondern erwies sich meist als sinnlos. Ich war nicht aufnahmefähig. Für W war es schwierig im Vorfeld zu erkennen, ob der richtige Zeitpunkt für ein Gespräch gewählt war. War der Zeitpunkt mit mir zu reden günstig gewählt, nutzte W die Chance Belastendes vorzutragen, um sich selbst zu entlasten. Manche Gespräche wurden abgebrochen und zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgenommen. Heute sage ich, das Aushalten mir manchmal schwerfiel und wehtat. Ich sage aber auch, dass Aushalten mit dazu beitrug, mich in Realitäten zurechtzufinden.

Ein klärendes Gespräch zu führen, ist nicht einfach. Die Erfahrung habe ich mehr als einmal gemacht. W und mir ist es passiert, dass wir aneinander vorbei geredet haben, dass das Wesentliche zur Nebensache wurde, Rechtfertigungen und Beschuldigungen stattfanden usw. Die zentralen Elemente einer Gesprächsführung wie: Zuhören, Fragen (stellen), aufeinander eingehen und Verstandenes mitzuteilen, erklären und nach Lösungen suchen, wurden mitunter vernachlässigt.

Was folgt, sind ein paar praktische Hinweise (Merkmale/Strategien), die ich in einem Gespräch versuche anzuwenden, weil sie mir hilfreich sind:

- Ich versuche ruhig und sachlich, meine Position zu vertreten.
- Ich versuche Formulierungen zu finden, die bei aller Kritik wohlwollend klingen, gleichwohl authentisch.
- Ich versuche durchgehend in der „Ich-Form“, zu reden. Mit der „Ich-Form“ erreiche ich eher, dass sich Angesprochene nicht als Angegriffene fühlen.

Ein Formulierungs-Beispiel für die „Ich-Form“
Ich-Form: Ich fühle mich ungerecht behandelt. (!)
Du-Form: Du bist daran schuld, dass ich mich ungerecht behandelt fühle. (?)

Ich glaube, dass sich an diesem Beispiel erkennen lässt, was ich meine, weshalb ich die Ich-Form empfehle!

Meine Gemütsveränderungen wurden in ihrer Schwere nicht nur von W, sondern auch von anderen oft unterschätzt und deshalb nicht ernst

genug genommen. Aus diesem Verhalten resultieren u.a. die sogenannten „guten Ratschläge“ oder unüberlegte Äußerungen. Ratschläge und unüberlegte Äußerungen wurden von mir wie Schläge empfunden.

Beispiele:

Mir geht es manchmal auch nicht gut. Wenn man sich ein bisschen Mühe gibt – wird’s schon wieder werden.

(Motiv: ABERKENNEN/ABLEHNEN)

Das mit dir wird schon wieder werden.

(Motiv: ABWIEGELUNG)

Jedem geht es mal schlecht. Ich hatte auch schon so eine Phase.

(Motiv: ABWIEGELUNG)

Reiß dich mal zusammen! – Was sollen die Anderen von dir denken.

(Motiv: APELL + VERGLEICH)

Dir geht es doch eigentlich gut – ich weiß gar nicht, was du hast.

(Motiv: HERUNTER SPIELEN)

Nun hab dich mal nicht so.

(Motiv: HERUNTERSPIELEN)

Kopf hoch, das wird schon wieder. Ging doch bisher immer gut.

(Motiv: ZURÜCKWEISUNG)

RATSCHLAG 1: *Du brauchst ein paar Tage Urlaub und dann geht es dir bestimmt wieder besser.*

(Motiv: HOFFNUNG/HILFLOSIGKEIT)

RATSCHLAG 2: *Du brauchst nur etwas Abwechslung.*

(Motiv: HOFFNUNG/HILFLOSIGKEIT)

Mit derartigen Aussagen und Aufforderungen konfrontiert, fühlte ich mich unangenehm berührt. Meine negative Einstellung zum Leben verstärkte sich und zog Handlungen nach sich, die so nicht gewollt oder geplant waren. Ich hatte selten die Kraft, mich argumentativ dagegen zu wehren. Ich fühlte mich nicht verstanden und reagierte anders, als die Ratgeber es erwarteten.

Immer wieder war ich Adressat sogenannter „guter Ratschläge“ die mir Freunde, Verwandte und Bekannte erteilten. Oft tat ich so, als würde ich Belehrungen und Aufforderungen nutzen, um mein Verhalten zu ändern. Ich bedankte mich wie

ein braves Kind und sah Zufriedenheit bei den Belehrenden. In Wirklichkeit waren die Appelle meist Ohrfeigen und schmerzhaft empfundene Tritte auf Körper und Seele.

Natürlich ist nicht jede Ansage wertlos und ich gehe davon aus, dass Ermunterungen, Ermutigungen und Verhaltensregeln selten mit verletzender Absicht erteilt werden. Ganz im Gegenteil. Allerdings ist meine Wahrnehmung, dass Helfer und Unterstützer in ihrem Übereifer oft glauben, dass sie allein es sind, die einen Depressiven von seiner Krankheit befreien können und, das dafür jedes Mittel recht zu sein scheint.

Nicht selten plagten W Gewissensängste, weil geglaubt wurde, durch mögliche Pflichtverletzungen, Versäumnisse oder Missverhalten Schuld an meiner Erkrankung zu sein. Es gab die Sorge, Versäumnisse oder Pflichtverletzungen hätten zum Erkrankungsprozess beigetragen. Schlussfolgernd sprach W sich selbst Schuld zu und war deshalb ständig bemüht, „Schaden wieder gut zu machen“. Diese Annahmen entsprechen nicht der Realität.

Irgendwann war der Zeitpunkt gekommen, wo ich mir helfen lassen wollte. Ich traute mich, einen für mich unbekanntem Weg zu gehen. Sehr schnell spürte ich, dass es kein angenehmer Spaziergang werden würde und dass mir eine anstrengende Wegstrecke mit nicht absehbarem Ziel bevorstand. Mir wurde erklärt, dass viele Hindernisse aus dem Weg zu räumen sind und dass es mir passieren könnte, dass ich durch tiefe, zum Teil finstere Täler schreiten muss. Ich erinnere mich an Situationen, wo ich darüber nachdachte, umzukehren und den alten mir vertrauten Weg weiterzugehen. Der mir fremde Weg erwies sich als kräftezehrend und ließ mich an Grenzen stoßen. Nicht wenige Therapiestunden verließ ich unendlich traurig, mutlos und ohne eine Spur von Hoffnung.

Es gab Momente, die mich darüber nachdenken ließen, meinem Leben ein Ende zu setzen. Tränen vergießen war mir nicht fremd. Dass ich auf dem Weg in eine bessere Zukunft Tränen ohne Ende vergießen würde, darauf war ich nicht vorbereitet. Überhaupt fehlte mir ausreichende Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen. Für Medikamente gibt es entsprechende Beipackzettel. Weshalb gibt es keine Art „Therapie-Beipackzettel“? Hätte man mich über Nebenwirkungen besser aufgeklärt, wäre mir manche Irritation erspart geblieben. Allerdings bin ich mir nicht sicher, ob ich mich im Bewusstsein über Risiken überhaupt hätte therapieren lassen wollen. Das ist dann wie-

der die andere Seite einer Medaille.

Ich probierte neben der professionellen Therapie Selbsttherapie durch Internetaufklärung. Sehr schnell verlor ich den Überblick und drohte, mich im Labyrinth der Informationen zu verlieren. Das Gelesene, und das in der Therapie Gehörte mischten sich zu einem gefährlichen Cocktail. Deshalb entschloss ich mich, mich ausschließlich auf die Therapie zu konzentrieren.

Gemeinsam mit Therapeuten schaffte ich es mir Schritt für Schritt, große und kleine Steine aus dem Weg zu räumen. Für die Beseitigung eines großen Brockens benötigte ich mehr als eine Therapiestunde, was meine Ungeduld auf eine große Probe stellte. Ich lernte, dass es nicht gut ist abzuwarten, bis jemand kommt, der mich über einen Berg trägt, dass es besser ist, aus eigener Kraft zu versuchen, auf die andere Seite des Hindernisses zu gelangen. Die Kraftanstrengung kostete viel Schweiß, machte mich gleichzeitig stolz. Irgendwann sah ich helles Licht am Ende des Weges. Alle Mühe hatte sich gelohnt. Konfuzius soll gesagt haben:

„Auch der weiteste Weg beginnt mit einem ersten Schritt.“

Wie Recht er hat. Heute fühle ich mich von der Krankheit Depression entfernt, jedoch nicht geheilt. „Warum nicht geheilt?“, werden Sie möglicherweise fragen. Hier meine Antwort: „Ich habe erfahren müssen, dass sich eine Depression jederzeit wieder einstellen kann. Die Veranlagung trage ich in mir und kann sie nicht „abschütteln“. Weil ich mich von der Krankheit entfernt fühle, bin ich davon überzeugt, dass ich bei Wiedereintritt einer depressiven Phase besser damit umgehen kann. Hinzu kommt, dass ich aus Erfahrung weiß, dass es auch eine Zeit nach einer Depression gibt. Dass eine Depression nichts Endgültiges ist. Und das es der falsche Weg ist, auf die nächste Episode zu warten.“

Ich habe mir vorgenommen, dass, sollte sich eine Depression bei mir erneut einnisten, ich ihr sage, dass ich der „Hauptmieter“ bin und das ich den Eindringling als „Untermieter“ betrachte, entsprechend behandle und aufpassen werde, dass es zu keinem Rollentausch kommt, den ich mehrmals erleben musste.

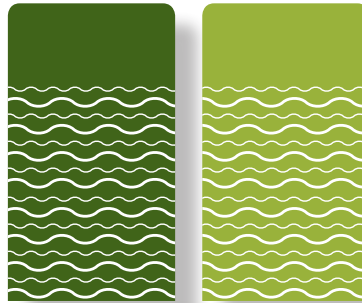
Therapeuten habe ich es zu verdanken, dass ich fähig bin, so zu denken. Sie waren es auch, die mir beibrachten, die Krankheit als Chance zu sehen und zu nutzen. Ich wünsche mir, dass alle, egal ob Betroffene oder Angehörige, dies so sehen können.

06

Gedanken, Gefühle, Befindlichkeiten, Bedürfnisse
oder
„Hätte“ war gestern

Eine vertraute Person erklärte mir, dass nicht die Krankheit den Menschen verändert, sondern die Veränderung des Wesens wird als Krankheit bezeichnet. Eine Betrachtungsweise, die mir bis dato fremd war. Immer wieder konnte ich feststellen, dass Empfindungen und Wahrnehmungen - sogar Gedanken und Gefühlsregungen - bei W und bei mir zumindest im Ansatz in die gleiche Richtung gingen. Dass wir dennoch unterschiedlich tickten, stellten wir spätestens bei Reaktionen, Auswirkungen und beim Ausleben fest. Jeder glaubte vom anderen er wüste was benötigt und was nicht gebraucht wird. Das war - zumindest bei uns - ein Irrtum! Spätestens von dem Zeitpunkt an, als die Krankheit Depression als „dritte Dimension“ zwischen uns trat und sich breit machte. Befindlichkeiten und Bedürfnisse, mit denen wir uns über Jahre vertraut machen konnten, waren plötzlich nur noch schwer kalkulierbar. Gedanken und Gefühle wurden entweder gar nicht mehr geäußert oder missverständlich wahrgenommen. Wir waren nicht mehr

Befindlichkeiten und Bedürfnisse, mit denen wir uns über Jahre vertraut machen konnten, waren plötzlich nur noch schwer kalkulierbar.



Befindlichkeiten

die Gleichen wie vor meiner Erkrankung. Eine große Unbekannte (Depression) stand zwischen uns. Man könnte fast behaupten, dass W und ich uns neu kennenlernen mussten. Wobei aus meiner Sicht W den weitaus schwierigeren Part hatte. Alles was bisher vertraut schien, ist mit einem Mal irgendwie anders. Eingespielte Rituale verloren an Bedeutung und ließen sich nicht weiterleben. Aufgabenverteilungen änderten sich zuungunsten von W. Gewohnte und liebgewordene Aufmerksamkeiten, die von mir ausgingen, reduzierten sich oder blieben ganz aus. Es entstanden Spannungsfelder, die belasteten und für deren Auflösungen sowohl bei W als auch bei mir notwendiges Wissen fehlte. Die alphabetisch sortierte Auflistung auf den Folgeseiten stellt Wahrnehmungen, Befindlichkeiten und Bedürfnisse aus meiner Sicht und der Sichtweise von W gegenüber. Kinder-, Geschwister- und Elternsichtweisen wurden nicht berücksichtigt, weil dafür persönliches Erleben fehlt.

MEINE WAHRNEHMUNGEN - Befindlichkeiten Bedürfnisse	W WAHRNEHMUNGEN - Befindlichkeiten Bedürfnisse
ABLENKUNG	
Ich erlebte, dass W es immer wieder versuchte mich aus meiner Befindlichkeit zu reißen mich abzulenken. Ich fühlte mich überfordert, bevormundet und hilflos. Ich wollte in Ruhe gelassen werden.	W war oft genug enttäuscht manchmal auch verärgert, weil ich mich Ablenkungsmanövern gegenüber blockierend verhielt.
AKTIVITÄTEN	
Durch die Krankheit fielen etliche bisher gemeinsame Aktivitäten flach. Gewohnte Gemeinsamkeiten, die uns bislang verbanden, trennten uns.	
ANGST	
Meine Angst vor dem Heute, dem Morgen und vor allem vor dem Gestern, raubten mir Kraft und Lebenswille.	W hatte Angst etwas falsch zu machen, Kraft zu verlieren für mich nicht ausreichend da sein zu können.
APATHIE	
Emotionen und Interessen zeigen waren mir oft nicht möglich. War ich dazu bereit, tat ich es nicht selten um W einen Gefallen zu tun aber nicht aus Überzeugung.	W konnte meine Teilnahmelosigkeit oft nicht nachvollziehen und war enttäuscht.
ÄRGER	
Meist war ich der Empfänger meiner gegen mich gerichteten Wut und meines Ärgers. Nicht selten versuchte ich meinen Frust darüber bei W „abgeladen“.	W ging je nach Situation und Verfassung mit meiner Wut um. Selbst ließ sich W Wut und Ärger nicht anmerken.
EIGENE BEDÜRFNISSE	
Obwohl das Gefühl, meine Bedürfnisse werden nicht wahrgenommen, vorhanden war, war ich nicht fähig eigene Bedürfnisse zu artikulieren. Ich hatte den Zugang zu den Emotionen verloren.	Insgeheim wünschte sich W, dass eigene Bedürfnisse von mir wahrgenommen werden, wenngleich sie von W nicht artikuliert wurden.
ENTSCHEIDUNGEN	
Ich tat mich mit Entscheidungen schwer, weil ich im Zweifel war, falsch zu handeln. Man traute mir keine Entscheidungen zu.	W glaubte, dass ich keine Entscheidungen treffen will.
ENTTÄUSCHUNG	
Ich war über mich enttäuscht, weil ich den Anforderungen, auch die von W, nicht gewachsen war.	Mit selbst getroffenen Entscheidungen fühlte sich W oft verunsichert. W war enttäuscht, weil Bemühungen erfolglos verliefen.
FREUNDESKREIS	
Ich zog mich gewollt aus dem gemeinsamen Freundes- und Bekanntenkreis zurück.	W passte sich meinen Bedürfnissen an.

MEINE WAHRNEHMUNGEN – Befindlichkeiten Bedürfnisse	WWAHRNEHMUNGEN – Befindlichkeiten Bedürfnisse
FÜRSORGE	
Ich erwartete und erhoffte gelegentlich mehr Fürsorge und Aufmerksamkeit. Auch erwartete ich, das W spürt, wann ich in Ruhe gelassen werden wollte, mich bedrängt und überfordert fühlte.	W war sich oft nicht im Klaren, wie viel Fürsorge und Aufmerksamkeit mir gegenüber angemessen ist. Zu oft wurde der Einsatz durch mein Verhalten durchkreuzt, was zu Verunsicherungen führte.
GEREIZTHEIT	
Wegen Über- aber auch Unterforderung fühlte ich mich oft gereizt.	W fühlte sich häufig durch mein Verhalten und der Tatsache sich selbst nicht abgrenzen zu können überfordert und war deshalb gereizt.
HELFEN	
Ich glaubte, Nichts und Niemand könne mir helfen und verhielt mich entsprechend. Angebotene Hilfe konnte ich nicht annehmen.	W wusste, dass ich auf Hilfe angewiesen war. Durch mein ablehnendes Verhalten fühlte sich W hilflos und mehr und mehr verunsichert.
INFRAGESTELLUNG	
Ich stellte mich, angebotene Hilfe und „die ganze Welt“ infrage.	W fühlte sich von meinen willkürlichen Reaktionen infrage gestellt.
KETTENREAKTION	
Gut gemeinte Hinweise wurden von mir als solche nicht gesehen und deshalb nicht angenommen und umgesetzt. Meine Reaktionen waren Distanzierung und Gleichgültigkeit.	W mühte sich (ständig) zu helfen und erfuhr sehr wenige positive Reaktionen. Eine gewisse Distanzierung und Gleichgültigkeit waren die Folgen.
KONZENTRATION	
Ich hatte Schwierigkeiten mich auf W zu konzentrieren, war oft „abwesend“ und deshalb nicht fähig, klare Gedanken zu fassen.	W war zu sehr auf mich fixiert und zu wenig auf sich.
KRAFTLOS UND MUTLOS	
Ich war oft kraftlos, mutlos und hilflos und nicht in der Lage, neue Kräfte zu entwickeln. Positives Denken war mir abhandengekommen.	W war oft kraftlos, mutlos und hilflos, weil positiven Veränderungen bei mir ausblieben.
PFLICHTEN	
Mein Gemütszustand ließ es nicht zu Pflichten zu übernehmen.	W übernahm Aufgaben, die bisher ich erledigt hatte. Absprachen, so wie früher, konnte nicht mehr getroffen werden, weil ich keine Entscheidungen fällte, beziehungsweise sehr willkürlich in meinen Entscheidungen war.
SCHULDGEFÜHLE	
Schuldgefühle gegenüber W waren bei mir nur begrenzt vorhanden. Sehr ausgeprägt dagegen das Gefühl des „Unheilbringers“. Undifferenziert lud ich immer wieder neue Schuld auf mich.	W entwickelte mir gegenüber Schuldgefühle. Wenn es mir schlecht ging, fühlt sich W mindestens mitverantwortlich. W glaubte, falsch gehandelt, falsch reagiert zu haben.

MEINE WAHRNEHMUNGEN - Befindlichkeiten Bedürfnisse	W WAHRNEHMUNGEN - Befindlichkeiten Bedürfnisse
SELBSTAUFGABE	
Ich hatte mich häufig selbst aufgegeben.	Persönliche Selbstaufgabe stand für W nie im Vordergrund.
SELBSTMORDDROHUNG - SUIZIDALITÄT	
Indirekt oder direkt damit gedroht mich umzubringen habe ich nie, gedacht schon. Der Gedanke, mich umbringen zu können, verlieh mir inneren Frieden.	W lebte mit der Angst, dass ich mir etwas antun könnte. W kennt meine Vorgeschichte und damit meinen Zugang zum Thema Suizidalität.
STARK SEIN	
Ich konnte nur selten bis gar nicht stark sein. Die Depression nahm Einfluss auf mein ganzes Sein. Die Erkenntnis, dass „Stark sein“ auch beinhaltet für sich Verantwortung zu übernehmen, und, dass Schwäche zeigen auch stark sein bedeuten kann, kam mir nicht in den Sinn.	Im Gegensatz zu mir glaubte W immer stark sein zu müssen und keine Schwächen, zeigen zu dürfen. Die Erkenntnis, dass „Stark sein“ auch beinhaltet für sich Verantwortung zu übernehmen, und dass Schwäche zeigen auch stark sein bedeuten kann, hat W sehr geholfen.
STIMMUNG	
Stimmungsschwankungen bei W nahm ich nur ganz selten wahr.	Meine anhaltend depressive Stimmung wirkte sich auch auf die Stimmung von W aus.
ÜBERZEUGUNG	
W konnte mich nicht davon überzeugen, dass die Welt bunt ist und ich sie nur für mich (wieder-) entdecken muss. Ich kannte nur die Farbe Schwarz. Gelegentlich mischten sich dunkle Grautöne dazwischen.	Versuche mir die Welt bunt zu erklären scheiterten. Als W merkte (lernte), dass meine Welt Farben nicht zuließ, war W trotzdem davon überzeugt, dass auch ich eines Tages die Welt wieder in ihrer Farbvielfalt sehen werde.
UNTERSTÜTZUNG	
Ich lehnte Unterstützung größtenteils ab. Ich war nicht bereit oder stieß an Grenzen.	W lag viel daran mir zu helfen mich zu unterstützen und war mit der Aufgabe oft überfordert.
VERHALTEN	
Ich quälte mich W gegenüber „gesund sein“ vorzuspielen. Ich wollte durch mein Verhalten zeigen, dass alles in Ordnung ist.	W traute sich in meiner Gegenwart oft nicht, fröhlich und ausgelassen zu agieren. W glaubte mir damit, wehzutun.
VERNACHLÄSSIGUNG	
Ich hatte W und andere vernachlässigt ohne, dass es mir so richtig bewusst war. Selbst mir gegenüber schenkte ich keine zufriedenstellende Aufmerksamkeit.	W fühlte sich von mir vernachlässigt, weil Wünsche und Bedürfnisse nur noch selten berücksichtigt wurden.
WEHKLAGEN	
Ich klagte über körperliche Probleme, über Schlafstörungen, Schmerzen usw. Manchmal klagte ich, um Mitleid zu erfahren.	Über eigene körperliche und sonstige Probleme ließ sich W nie aus. Mitleid erhaschen durch Wehklagen ist W fremd.

MEINE WAHRNEHMUNGEN – Befindlichkeiten Bedürfnisse	W WAHRNEHMUNGEN – Befindlichkeiten Bedürfnisse
WUNSCH	
Da ich mir nicht vorstellen konnte, jemals wieder ein bejahendes Leben führen zu können, wuchs in mir auch nicht der Wunsch danach. Mein Leben war längst nicht mehr im Fluss.	W hoffte und wünschte sich, dass sich mein Zustand wieder so herstellen lässt, wie vor der Erkrankung. W war davon überzeugt, dass es auch in meinem Leben keinen Stillstand gibt. Das Leben ist immer im Fluss.
ZÄRTLICHKEIT	
Ich verspürte keinerlei Verlangen auf den Austausch von Zärtlichkeit und Ausübung von Sexualität.	W vermisse den Austausch von Zärtlichkeit und Ausübung von Sexualität.
ZWEIFEL	
Die Annahme, dass ich wieder gesunden könnte, gab es für mich nicht. Daran hatte ich keinen Zweifel. Negativerfahrungen stärkten meinen Pessimismus.	W kamen nie Zweifel, dass ich nicht gesunden könnte. Es gab Schwankungen aber nie den Gedanken „Es ist, wie es ist und das für immer“

Hätten W und ich mehr über die Krankheit und deren Auswirkungen und Begleiterscheinungen gewusst, wäre manches anders gelaufen oder nicht passiert. Einige Spannungsfelder wären gar nicht erst entstanden, manche Enttäuschung auf beiden Seiten ausgeblieben. Wir hätten die eine oder andere Träne nicht vergossen, das eine oder andere Schuldgefühl nicht entwickelt. Manches wäre besser gelaufen, wenn wir in der Lage gewesen wären, über unsere Gefühle und Bedürfnisse sprechen zu können. Dass wir fühlen, wie wir denken und wer anders fühlt auch anders denkt waren für W und für mich wichtige Erkenntnisse.

Speziell ich habe meine Denk- und Verhaltensweisen einem gründlichen Realitätsscheck unterzogen. Heute geht es mir besser, als je zuvor. Ich weiß zum Beispiel das es nicht lohnt einem „Hätte“ hinterher zu trauern.

Für uns ist wichtig, dass wir aus dem Gewesenen die richtigen und wichtigen Rückschlüsse ziehen.

Mit dem heutigen Wissensstand nutzen wir die Möglichkeit (Er-) Kenntnisse erfolgreich ein- und umzusetzen und, sofern gewünscht, an andere weiterzugeben.

07

Eine Depression ist keine Erkältung
oder

Ich bin nicht die Depression, ich habe eine

Abwarten, das ein an einer Depression Erkrankter, ohne etwas dagegen zu unternehmen, gesund wird, ist illusorisch, das haben W und ich erfahren müssen. Die Krankheit lässt sich nicht „aussitzen“. Das Handeln den Verlauf verkürzen kann, können wir bestätigen. Eine Depression ist keine Erkältung, die mit Hausmitteln gelindert bzw. geheilt werden kann, die man einfach ausschwitzt. Dass eine Depression eine ernstzunehmende Krankheit ist, die nur mit Sachverstand in den Griff zu bekommen ist, haben wir sehr schnell begriffen. W hatte schneller als ich festgestellt, dass ohne Hilfe von außen keine Besserung bei mir eintreten würde.

Leider mussten wir die Erfahrung machen, dass Ärzte nicht immer über genügend Fachwissen verfügen. Dass es häufig über ein Aushandeln und einen Informationsaustausch nicht hinausgeht. Deshalb empfehle ich (zusätzlich) den Erfahrungsaustausch mit Anderen zum Beispiel in Selbsthilfegruppen.

In der Selbsthilfe konnte ich zum Beispiel folgende Fragen besprechen und abklären:

- Wie kann ich meinem Partner erklären, dass mir dies oder das nicht gut tut, ohne zu verletzen?
- Wie kann ich Überforderung verhindern, ohne den Eindruck zu erwecken, dass es an einem nicht Wollen liegt?
- Wie kann ich erklären, dass es besser ist, mich

in Ruhe zu lassen, ohne dass es als Ablehnung gewertet wird?

- Wie kann ich erklären, dass ein „bisschen kümmern“ mir gut täte, aber das nur, wenn ich das Verlangen danach habe?

In der Krankheit entwickelte ich Verhaltens- und Denkmuster, die mir und W bisher fremd waren.

Ein paar Beispiele:

Wenn ich Nähe gebraucht hätte, und sie situationsbedingt nicht bekommen konnte, flossen hemmungslos Tränen.

Stundenlang konnte ich auf einem Stuhl sitzen, die Wand anstarren, ohne dabei etwas Konkretes zu suchen oder zu sehen.

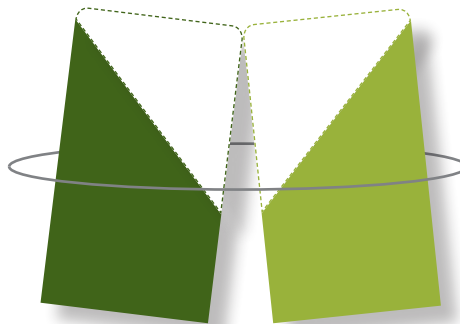
Klingelte das Telefon, erschrak ich dermaßen, dass ich am ganzen Körper zitterte.

Wurde Post durch den Briefschlitz gesteckt, kroch ich auf allen Vieren zur Wohnungstür, um die Post in Empfang zu nehmen.

Geschlossene Türen konnte ich nicht ertragen. Ich glaubte, ersticken zu müssen. Für diese und andere Verhaltensmuster hatten weder ich noch W plausible Erklärungen. Heute frage ich mich, wie W meine Verhal-

tungs- und Handlungsweisen aushalten konnte. Starke Nerven? Liebe? Zuversicht? Hoffnung? Sicherlich von jedem eine große Portion. Heute weiß ich, dass diese Zeit nicht spurlos an W vorüberging. Hilfe von außen wurde viel zu spät in Anspruch genommen.

In der Krankheit entwickelte ich Verhaltens- und Denkmuster, die mir bisher fremd waren.



Gedankenkarussell

Für die Unterstützung von Angehörigenbelangen bieten sich verschiedene Möglichkeiten an. Ich möchte Ihnen ein paar davon nicht vorenthalten:

- Angehörige haben - zumindest in größeren Städten und Gemeinden - die Möglichkeit, eine Selbsthilfegruppe für Angehörige von seelisch Erkrankten (Depression, Burnout, Angst, Psychosen usw.) aufzusuchen bzw. selbst zu gründen. In den Gruppen lässt sich Fachwissen aneignen, und es besteht die Möglichkeit Erfahrungen im Umgang mit der veränderten Situation aufgrund der Erkrankung/Menschen mit psychiatrischen Diagnosen (Betroffenen) zu erfahren und zu lernen, wo und wie Hilfe zu bekommen ist und vieles mehr.

- Bundesweit gibt es für Angehörige und ihren Familien diese Hilfen. Alle Angehörigen-Landesverbände sind Mitglieder im BApK – Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.

Wir packten uns gegenseitig in Watte und spürten nicht, dass wir uns immer mehr von der Wirklichkeit entfernten.

HINWEIS: Im Kapitel 22 „Einige Service-Hilfsadressen“ werden weitere Hilfsadressen genannt.

- Fachliteratur und Fachvorträge z. B. in Volkshochschulen und Krankenhäuser können helfen, die Krankheit Depression besser zu verstehen. Durch das Sammeln von Informationen hatte W sich Sicherheit erworben und sich vor falschen Erwartungen geschützt. Gleichzeitig gewann W Sicherheit im Umgang mit mir.

Zum Beispiel lernte W zu verstehen und zu begreifen, dass ...

- ... Aggression und Zurückhaltung - die nicht zu meinen eigentlichen Verhaltensmustern gehörten - krankheitsbedingt waren.
- ... seelische Erkrankungen generell die Gedankenwelt stark beeinflussen.
- ... Betroffene die Krankheit auch nutzen, um bestimmte Ziele zu erreichen.

Für W war es tröstlich zu erfahren ...

- ... dass eine Depression in Phasen verläuft. Es einen Anfang und ein Ende gibt sowie Zwischenphasen.
- ... dass eine Depression eine zeitlich begrenzte Krankheit ist, die sich mit Medikamenten und Therapien behandeln lässt.

Für mich waren diese Prognosen kein Trost. Ich hatte mich damit abgefunden, auf Dauer depressiv zu sein. Ich lebte in dem festen Glauben, dass ich geboren wurde zu leiden. Rückfälle bestätigten mich in meiner Einstellung zum Thema Dauererkrankung.

Es hatte sehr lange gedauert, bis ich soweit war, zuversichtlich in die Zukunft schauen zu können. Geholfen haben mir die Zeiten zwischen zwei Episoden, die ich nicht nur zur Erholung nutzte, sondern auch, um mein Wissen über die Krankheit zu erweitern.

Bevor ich fähig war, positiv zu denken, beschäftigten mich wiederkehrende Fragen:

„Wann stellt sich die nächste Depression ein?“

„Wie lange und wie intensiv wird die Depression mich quälen?“

„Werde ich meine Medikamentendosis erhöhen müssen?“

„Wird über eine erneute Therapie zu sprechen sein?“

„Wird es wieder einen Klinikaufenthalt geben?“

Derartige Fragen ließen mich nicht zur Ruhe kommen. Ganz im Gegenteil! Immer mehr steigerte ich mich in negativbesetzte Fragen hinein. Mit W wurden die angstbesetzten Fragen nicht besprochen. Ich vermied es bewusst. Ich wollte

bei W keine Ängste schüren. Lieber versuchte ich, mich hinter einer Maske zu verstecken, diese zu halten und noch intensiver zu schauspielern.

W ging es ähnlich: Über die eigenen Gefühle, Sorgen und Befürchtungen mit mir zu sprechen wurde vermieden. Es schien unangebracht und deshalb wurde geschwiegen.

Wie ich später erfuhr, beschäftigte sich W mit ähnlichen Fragen, wie ich sie oben aufgeführt habe:

„Wann stellt sich bei Manfred die nächste Depression ein?“

„Wie lange und wie intensiv wird seine Episode ihn und mich quälen?“

„Wird er seine Medikamentendosis erhöhen müssen?“

„Werden wir über eine erneute Therapie sprechen müssen?“

„Wird es wieder einen Klinikaufenthalt geben?“

Aus falschen Rücksichtnahmen glaubten wir, uns einen Gefallen zu tun. Wir glaubten durch schweigen, Schlimmeres zu verhindern. Wir glaubten, den jeweils anderen nicht an den eigenen Gefühlen, Sorgen und Befürchtungen teilnehmen zu lassen, vereinfacht das Zusammenleben. Wir packten uns gegenseitig in Watte und spürten nicht, dass wir uns immer mehr von der Wirklichkeit entfernen.

Das alles hört sich an wie eine Komödie und war in Wirklichkeit eine Tragödie.

In Verhaltenstherapie habe ich mir meine positive Denkweise Schritt für Schritt angeeignet. Mir wurde der Weg zum helfenden und heilen-

den Denken geübt. Schritt für Schritt lernt ich, meine Denkweise von NEGATIV auf POSITIV, umzustellen.

BEISPIEL:

Negatives Denken: Ich habe Angst vor einer neuen Episode, vor dessen Folgen und allem, was damit zusammenhängt.

Positives Denken: Warum Angst vor der nächsten Episode haben? Ich werde auch die Kommende überstehen, genauso wie ich die vorhergegangenen überstanden habe.

Den sich fest eingebrannten Gedanken „ich bin die Depression“ hatte ich umwandeln können in „ich habe eine Depression.“ Allein mit diesem für mich anderen Denkansatz hatte ich der Krankheit Macht entzogen.

Macht, die ihr aber nie Zustand.

Meine Devise lautet: Ich bin und bleibe der Hauptmieter, das heißt: der Bestimmende, der Überlegene.

Die Depression ist mein Untermieter, das heißt: kein Anspruch, die Regie zu übernehmen, mich zu beherrschen.

Viele Kernsätze aus Therapien habe ich abgespeichert und rufe sie bei Bedarf ab.

Einer dieser Kernsätze lautet: „In allem Negativen gibt es auch etwas Positives zu entdecken.“ Für W und für mich ist diese Aussage der Schlüssel für ein angstfreies Leben. „Wer wäre ich heute, wäre ich nicht krank geworden? Würde ich heute fähig sein, anderen zu helfen?“, diese für mich tiefgreifenden Fragen und meine Antwort darauf

lassen mich zufrieden sein: „Ich wäre nicht fähig, anderen zu helfen, wäre ich davor nicht erkrankt“, davon bin ich fest überzeugt.

Für mich, genauso wie für W, war es wichtig, meine Krankheit anzunehmen, sie nicht abzulehnen oder sie nicht ernst zu nehmen. Nachdem wir unseren Widerstand gebrochen hatten, konnten wir uns mit der Krankheit auseinandersetzen und konstruktiv dagegen steuern. Endlich waren wir soweit sagen zu können: „Wir bestimmen den Weg und nicht die Depression.“

Speziell für mich galt es, den einen oder anderen großen Brocken aus dem Weg zu räumen. W half mir dabei, so gut es ging. Ausdauer und mein Wollen haben sich am Ende ausgezahlt. Ich hatte

gelernt, meine Erkrankung nicht zu hoch zu bewerten und W tat das Gleiche. Wir fanden nach unseren Maßstäben einen angemessenen und situativen Umgang mit der Krankheit. Wir beschäftigten uns mehr mit

der Gesundheit, als mit dem Kranksein. Ich fand zur Eigenverantwortlichkeit zurück und lebe heute selbstbestimmt. Das heißt auch mit Risiken. Herausforderungen gehören zum Leben wie das Salz zur Suppe. Zuviel Salz macht allerdings jede Suppe ungenießbar. Dieser Spruch sagt mir, dass ich bei der Würzung aufpassen muss. Und so ist das auch im Umgang mit sich selbst. Zutaten wohl dosieren, zwischendurch immer wieder abschmecken, bei Bedarf etwas nachwürzen.

Mein Leben ist wieder genießbar.

08

Von ABWEISEND bis ZWISCHENPHASEN
oder

Keinem ist geholfen, wenn ein Angerhöriger die Seite wechselt.



Abweisend bis Zwischenphasen

In diesem Kapitel teile ich Ihnen von A wie Abweisend bis Z wie Zwischenphasen meine Erfahrungen und Erlebnisse und die von W mit. Vielleicht befinden Sie sich gerade in einer für Sie aussichtslos scheinenden Situation und werden durch meine Ausführungen angeregt, die Sachlage neu zu überdenken. Wäre dem so, habe ich das erreicht, was ich mir vorgenommen habe.

ABWEISEND

Ich empfand, dass sich Kontaktpersonen mir gegenüber oft abweisend verhielten. Das gleiche Empfinden bekundeten auch Kontaktpersonen mir gegenüber. Auf beiden Seiten löste das Schuldgefühle aus. Auch W fragte sich, manchmal: „Was habe ich falsch gemacht? Oder „Habe ich etwas falsch gemacht?“ Auf beiden Seiten entstanden Selbstvorwürfe und Gewissensbisse, die sich im Nachhinein als unbegründet herausstellen.

Ich unterstelle nicht, dass die meisten meiner Kontaktpersonen, wozu ich auch Angehörige zähle, in Kränkungsabsichten agierten, sondern andere Gründe für ihr Verhalten hatten. Dennoch fühlte ich mich oft weggeschoben, nicht wahrgenommen, abgewiesen.

Ich muss eingestehen, dass ich durch mein Verhalten sehr oft verletzte oder enttäuschte, auch W.

Fühlen konnte ich es nicht. Ich war nicht fähig anders zu handeln. Ich war nicht ich. Heute weiß ich, dass ich durch mein abweisendes Verhalten andere verschreckt hatte und das mit Ablehnung quittiert bekam. Auch an dieser Stelle spreche ich von einem Teufelskreis.

Wenn wir eine uns heute gereichte Hand abweisen, aus Angst, sie könnte uns morgen schlagen, werden wir nie erfahren, wie sanft sie uns gestreichelt hätte.

Sebastian Hesse

AKZEPTANZ

Das Zusammenleben zwischen W und gestaltete sich einfacher, nachdem wir die meine Erkrankung akzeptierten und sie nicht ablehnten. Mir und W hat geholfen die Depression als eine nicht auf Dauer bleibende Krankheit einzuordnen, sondern als eine vorübergehende Erscheinung. Die Krankheit verlor allein durch diese Denkweise an Schwere. Der Umgang mit der Depression fiel uns leichter.

W und ich wussten vor dem Ausbruch der Krankheit so gut wie gar nichts über sie. Auffälligkeiten, die auf den Ausbruch oder das Bestehen einer Depression hindeuten konnten, fielen erst auf, nachdem sie sich häuften und wiederholten.

Veränderungen wurden (wenn überhaupt) registriert, bedauert, manchmal mit Argwohn betrachtet und als nicht ernst zu nehmend eingestuft. Von akzeptieren konnte keine Rede sein. Ich hatte das Glück, dass W mich - mit wenigen Einschränkungen - ohne „Wenn und Aber“ akzeptierte. Ich dagegen tat mich schwer, mich verändert und W als Helfer und Unterstützer anzunehmen. Heute wissen wir beide, dass Akzeptanz nicht heilt, aber hilft.

*Alles was wir wirklich akzeptieren,
unterliegt dem Wandel.*
Katherine Mansfeld

ANSPRACHE

Häufig erwischte W nicht den richtigen Zeitpunkt, mich anzusprechen. Gut war, dass es W nicht eingestellt hatte, mich anzusprechen, sondern es immer wieder versuchte, selbst wenn die Befürchtung im Raum stand, einen ungünstigen Moment erwischte zu haben. W vertrat die Meinung: Reden bringt Klarheit.

Ich benötigte das Gefühl der Anteilnahme, jedoch nicht immer. Mitleid mochte ich nicht aber Mitgefühl. Mitgefühl tat mir gut. W verstand es mir Hilfe anzubieten, sich nicht aufzudrängen, wenngleich ich derartiges Vorgehen manchmal nicht so sehen konnte. Wichtig war, dass W und ich sich ehrlich und offen erklärten, wenn Aufgaben uns überforderten. Das beinhaltet auch, über heikle Themen zu sprechen. Je offener Betroffene und Angehörige miteinander umgehen und voneinander wissen, je effizienter gestaltet sich das Zusammenleben, so mein Fazit.

„Ich kann die Alleinvertantwortung für dich nicht mehr übernehmen“, erklärte mir W und meinte damit, dass der Zeitpunkt gekommen war, Hilfe von außen hinzuzuziehen. Anfangs stand ich dem Vorschlag zögerlich bis ablehnend gegenüber. Bislang lief doch alles ganz gut. Warum etwas ändern? Später sah ich ein, dass W überfordert war. Wie mir W später erzählte, war es nicht einfach sich einzugestehen, dass es allein nicht zu schaffen ist. Letztendlich hatte W durch Einsicht größere Schäden vermieden.

Manches Mal hatte ich mich gefragt, warum spricht mich niemand an. „Ich bin doch nicht aussätzig, nicht ansteckend.“ Vermutlich hatte meine Ausstrahlung, meine Körperhaltung, mein Minenspiel nicht dazu eingeladen, mit mir in Kontakt zu treten. „Wir haben darauf gewartet, dass du auf uns zukommst und uns ansprichst“, erzählten mir Mitpatienten während eines Klinikaufenthaltes. „Wir dachten, du willst nichts mit

uns zu tun haben.“ „Wir hielten dich für arrogant.“ „Du wirktest so abweisend.“ Als meine Beobachter von mir erfuhren, dass ich tagelang darauf gewartet und gehofft hatte, von ihnen angesprochen zu werden, waren sie erstaunt und verwundert. Einige konnten mein Verhalten nachempfinden. Diese Personen machten ähnliche Erfahrungen. Sie litten wie ich unter Minderwertigkeitsgefühlen und der Angst zu stören, nicht die richtigen Worte zu finden. So wie ich wollten sie nicht ausgefragt werden, wollten keine Erklärungen abgeben und nicht über sich sprechen.

*Reden wollen, aber nicht reden,
das hat schon viele gereut.*
Kalidasa

AUFFORDERUNG ZUM TÄTIGWERDEN

W forderte mich durch Unkenntnis der Sachlage und falsche Herangehensweisen häufig auf, tätig zu werden. W erinnerte mich an Zeiten wo „Dies und Das“ Spaß gemacht hat. Zum Beispiel: Fahrrad fahren, ausgedehnte Spaziergänge, Lesen, Malen, Fotografieren, sich mit Leuten treffen, Theaterbesuche oder ins Kino gehen. Meine Verfassung erlaubte es mir nicht „Wiederbelebungsversuche“ aufzugreifen und sie als Motivationsanschub einzusetzen. Ich lehnte Aktiv-Angebote regelmäßig ab, und erhielt „fragende Antworten“ z. B.: „Das hast du doch früher gerne gemacht!“ oder „Na, das ist doch nicht zu viel verlangt, oder?“ In dieser Form von mir Aktivität zu fordern schlug regelmäßig fehl. Meine Fähigkeiten, rational zu denken und daraus resultierend zu handeln, waren stark eingeschränkt. Sätze, die dazu dienen sollten, mich zu aktivieren, empfand ich als Ohrfeigen, die richtig wehtaten. Mir zu erklären, was mir gut täte, war gleichzeitig Erinnerungen wachrufen und meinen Istzustand präsentieren: Früher funktionierte ich uneingeschränkt. Heute bin ich kein nützliches Mitglied der Gesellschaft. Dass das nicht gewollte Markierungen in meinem Kopf waren, wussten lange Zeit weder ich noch W.

Nach Aufklärung veränderte W die Taktik. Ich wurde eingeladen darüber nachzudenken, was mir Spaß machen würde oder könnte und ich wurde gefragt, welche Voraussetzungen dafür die richtigen wären. Aufforderungen zum Tätigwerden waren ab sofort keine Belastung mehr. Weder für W noch für mich.

*Die Wirklichkeit des Lebens besteht nicht aus
Gefühl, sondern aus Aktivität.*
Simone Weil

ARZTBESUCH

Wie bei allen ernstzunehmenden Erkrankungen – so auch bei einer Depressionserkrankung – besteht immer die Gefahr, dass der Gesundheitszustand von Angehörigen in Mitleidenschaft gezogen werden kann. So war das auch bei W der Fall. W beschäftigten die Fragen:

- „Wie kann ich helfen?“
- „Was kann ich unternehmen?“
- „Wie kann ich motivieren?“
- „Was kann ich falsch machen?“

... und stellte fest, dass sich existentielle Fragen nicht allein beantworten lassen. Selbstzweifel und Unkenntnis stifteten Unruhe, blockierten klares Denken und verhinderten konstruktives Handeln. Auch ich glaubte lange Zeit nicht daran, dass irgendwer mir hätte helfen können. Für Arztbesuche fehlten mir Einsicht und Kraft. Ich beharrte auf meiner Meinung, die da lautete: Mir kann sowieso keiner helfen. Hinzu kam, dass ich eine starke Abneigung gegenüber Ärzten entwickelt hatte. Ich war davon überzeugt, dass sie mir schaden wollten und nicht helfen. Erst nachdem ich positive Erfahrungen machen durfte, korrigierte ich meine Einstellung Ärzten gegenüber. Ich fand es gut, dass W ...

... mir den Vorschlag unterbreitet hatte, einen Arzt aufzusuchen.

... mir bei der Praxissuche behilflich war und mich dorthin begleiten.

... sich zu einer gemeinsamen Arztkonsultation bereit erklärt hatte.

... wusste, dass ohne Einwilligung eines Betroffenen kein Arzttermin vereinbart werden kann und darf.

... kein Anspruch auf das Dabeisein beim Patienten/Arztgespräch besteht.

... angebotene Hilfestellungen ablehnen werden können, ohne dass daraus negative Konsequenzen entstehen. Konkret weitere Hilfsangebote ausschließt.

... wenn ein Betroffener auf Vorschläge nicht eingeht, möglicherweise der Zeitpunkt falsch gewählt wurde.

Gerade der letzte Punkt hat eine hohe Bedeutung. W war durch mein ablehnendes Verhalten oft verzweifelt und nachvollziehbar nahe daran zu resignieren. Erst als W begriffen hatte, dass der Betroffene es ist, der entscheidet und nicht der Angehörige, lösten sich bei mir Blockaden. Ich war bereit aktiv mitzuwirken.

Dem ist gut helfen, der sich helfen lassen will.
Sprichwort

AUFGABEN

Selbstverantwortung ausüben stärkt die Persönlichkeit und baut Abhängigkeiten ab. Ein kluger Satz? Ein wichtiger Satz? Ein richtiger Satz? Ich finde ja.

Zunächst fand ich es nicht gut, dass W mir viele Aufgaben abnahm. Darüber, dass W mir Selbstständigkeit nahm und Unselbstständigkeit förderte, machten wir uns beide keine Gedanken. Mir war egal, dass ich zu einem Befehlsempfänger mutierte. Ich machte Gewünschtes, Gefordertes meist ungerne, oft lustlos und wenn überhaupt ohne jegliche Motivation. Freude empfand ich nie, auch nicht wenn ich nach der Aufgabenbewältigung gelobt wurde. „Das hast du toll gemacht“, was für mich ohne Bedeutung. Gelegentlich reagierte ich mit: „Das sei doch nichts besonders, das könne doch jeder.“

Heute weiß ich, wie wichtig es war, Aufgaben zu haben. So war es zum Beispiel gut, dass ich durch W angehalten war, über meine Medikamenteneinnahme selbst zu wachen. Auch war es gut, dass ich verantwortlich war, Termine bei Ärzten und anderen Einrichtungen herzustellen und diese einzuhalten. Durch die mir übertragenen Aufgaben, die sich im Laufe der Zeit erweiterten, lernte ich mich wertschätzen und unabhängig werden. Eigentlich Selbstverständlichkeiten aber nicht für mich.

*Anderen die Aufgaben abzunehmen heißt,
sie in ihrer Entwicklung zu behindern.*

Else Pannek

EIGENVERANTWORTUNG

Lange Zeit wollte ich nicht registrieren, nicht begreifen, nicht wahrhaben, dass W ein Eigenleben besitzt. Das W nicht immer auf Abruf, Lust, Zeit und Geduld hatte auf meine Bedürfnisse einzugehen, musste mir begrifflich gemacht werden. Ich dachte – ja dachte ich überhaupt? – das W gemäß meinen Bedürfnissen zu funktionieren hat. Für mich war sehr angenehm, keine Eigenverantwortung tragen zu müssen. Für W war es selbstverständlich, mich zu entlasten. W nahm mir sämtliche Eigenverantwortung ab. Die Folgen bei mir waren Trägheit, Gleichgültigkeit, Teilnahmelosigkeit und Desinteresse. Wenn etwas nicht so lief, wie es hätte laufen können, fühlte ich mich unschuldig. Unsere gemeinsame Hausärztin erklärte W, dass es im eigenen Ermessen liegt, inwieweit sich jemand einspannen lässt. „Lassen Sie sich nicht instrumentalisieren. Sie sind es, der über sich entscheidet und nicht der Partner. Handeln Sie

selbstbestimmend und nicht fremdbestimmt und das, ohne sich ein schlechtes Gewissen einzureden.“ Klare Ansage! Nur mit der Umsetzung war es nicht so einfach. Ganz allmählich gelang es W die Hinweise unserer Ärztin in Taten umzusetzen und mir begreiflich zu machen, dass zur Eigenverantwortung auch ein NEIN gehört.

Irgendwann wurde der Fehler, mich aus der Eigenverantwortlichkeit zu entbinden, von uns beiden eingesehen. Die Zeit danach war weder für W noch für mich einfach. Ich tat mich schwer, Eigenverantwortung zu übernehmen. W tat sich schwer, mir Eigenverantwortung zu übertragen. Letztendlich haben wir beide von der Neueregung profitiert. Ich fühlte mich unabhängig. W war entlastet und hatte mehr Zeit für sich.

*Ich trage die Antworten
auf die wichtigsten Fragen meines Lebens in mir.*

Helga Schäferling

ENTSCHEIDUNGEN

W konnte von mir keine großen Entscheidungen erhoffen. Ein Grund dafür ist die Tatsache, dass ich mich und die Welt aus einem nicht der Lebenswahrheit entsprechenden Blickwinkel betrachtet habe. Ich sah Realitäten durch eine „depressive Brille“ und traf gelegentlich Entscheidungen, die ich nach überstandener Krankheit vielleicht ganz anders getroffen hätte. Heute getroffene Entscheidungen waren für mich am nächsten Tag nicht mehr akzeptabel nicht mehr durchführbar. „Morgen, ja Morgen da werde ich ...“ Dann war Morgen und nichts passierte. „Aber Morgen, Morgen ganz bestimmt ...“ Auch am dritten Tag passierte nichts. Es fehlte mir die innere Überzeugung und Festigkeit, eine getroffene Entscheidung durchzuführen. Zusätzlich blockierten mich die Sinnfragen: „Warum? „Weshalb?“ „Für wen?“ Bei der Suche nach Antworten half mir W. Ich fühlte mich durch die Art, wie wir miteinander sprachen nicht bevormundet, sondern verstanden, entlastet und unterstützt.

*Nichts ist schwieriger und darum wertvoller,
als die Fähigkeit zu entscheiden.*

Napoleon I. Bonaparte

ERKLÄREN

„Können Sie mir erklären, was eine Depression ist?“ werde ich häufig gefragt.

Auch die Ansagen: „Ich frage mich, warum gerade Sie unter einer Depression leiden. Sie haben doch alles, was Sie brauchen. Sie leben nicht allein, Sie haben Ihr Auskommen – ich verstehe nicht, wie-

so Sie depressiv sind“, höre ich gelegentlich.

Als Betroffener bin ich durchaus in der Lage zu erklären, wie, wann und warum sich bei mir die Krankheit eingeschlichen hat, was sie mit mir gemacht hat und wie schwer der Kampf war, mich von der Krankheit Depression zu entfernen. Ich kann berichten, was meine Krankheit bei W ausgelöst hat. Ich kann über Wirkung und Nebenwirkungen mir verabreichter Medikamente berichten. Ich kann über geglückte und weniger gelungene Therapien Auskunft geben. Ich kann meine Erfahrungen über gute und schlechte Klinikaufenthalte weitergeben. Ich kann berichten, wie ich meine Angehörigen wahrgenommen habe. Ich kann erzählen, wie Angehörige mich wahrgenommen haben.

Was ich nicht kann, die Krankheit auf eine allgemeingültige Formel bringen. Jeder Krankheitsverlauf folgt seiner eigenen Gesetzmäßigkeit. Vielleicht gibt es so viele Formen der Depression, wie es Menschen gibt. Ich weiß es nicht.

Erklärungsnotstand:

Ein Freund fragt: „Merkst du nicht, dass du dabei bist, dich selbst zu zerstören?“

Ich antworte: „Ja, ich merke es.“

Der Freund fragt nach: „Und?“

Ich erkläre ihm: „Ich kann nicht dagegen steuern.“

Alles lässt sich erklären, nur nicht allen.

Unbekannt

FREUDLOSIGKEIT

„Manfred freut sich nicht mit mir“, hörte ich W immer wieder sagen. W konnte mein aus seiner Sicht negatives Verhalten, nicht nachvollziehen. Lachen und Lächeln schienen bei mir eingefroren zu sein. „Sein Gesicht gleicht einer Maske“, beklagte sich W. „In seinem Gesicht lässt sich nichts ablesen“, erzählte W meiner Mutter, die damit nichts anzufangen wusste.

„Ich weiß, dass ich mich eigentlich hätte freuen können, aber ich konnte mich nicht freuen.“ Dieses Verhalten führte dazu, dass man mir unter anderem Gleichgültigkeit und Desinteresse unterstellte. „Was ist denn das für ein Miesepeter?“ - „Der kann einem ja jeden Spaß verderben.“ Diese und ähnliche Sprüche musste ich mir immer und immer wieder von Personen anhören, von denen ich glaubte, sie müssten mein Verhalten verstehen. Meine innere Leere und die Unfähigkeit eigene Gefühlsregungen, kurz gesagt Emotionen spüren und zeigen können, waren mir ungewollt abhandengekommen. Auch W litt lange Zeit unter

meinem freudlosen Verhalten. W und andere verstanden das für sie störende Gebaren besser, als sie darüber aufgeklärt waren, dass Betroffene oft nicht fähig sind, Emotionen zu zeigen. Der Lebenszug hat viele Haltestationen.

*Am Bahnhof „Freudlosigkeit“
aber nur einen kurzen Stopp.*

Manfred Bieschke-Behm

FÜRSORGE

Eine übertriebene Angehörigenfürsorge, die ich durch W erfuhr, nenne ich „jemanden in Watte packen.“ Bei mir führte das zu einer nicht geplanten Abhängigkeit und nahm mir Stück für Stück Eigenverantwortung. Beides, übertriebene Fürsorge und Behinderung von eigenverantwortlichem Handeln, führten bei mir dazu, dass ich Fremdbestimmung als „normal“ empfand und in mein Leben als Selbstverständnis integrierte. In einem schleichenden Prozess vernachlässigte ich meine Selbstbestimmung, meine Selbstständigkeit und Unabhängigkeit.

W hatte mich über einen langen Zeitraum anhaltend „in Watte gepackt“. Alles, was mich hätte belasten können, wurde mir von W abgenommen. Unangenehmes wurde von mir fernhalten beziehungsweise gar nicht erst herangetragen. Für W war dieses Verhalten selbstverständlich. Es gab Situationen, wo ich gerne selbst entschieden hätte. Aus falscher Rücksichtnahme blieb ich stumm. Ich wollte W nicht verletzen, nicht enttäuschen. Deshalb verhielt ich mich passiv. Den Gedanken, dass mein Verhalten W überfordert, gab es nicht. Beide waren wir in unsere Rollen hineingewachsen und festgefahren. Es gab kein auflehnen und von keiner Seite kam der Wunsch, etwas zu ändern.

Zu viel Fürsorge gegenüber mir führte dazu, dass W der eigenen Selbstfürsorge zu wenig Aufmerksamkeit schenkte. Weil ich glaube, das Ihnen liebe Leserin, lieber Leser dieses Verhaltensmuster nicht unbekannt sein dürften erlauben Sie mir folgende Empfehlung: Sorgen Sie dafür, dass es Ihnen gut geht. Das dürfen Sie, das müssen Sie. Ich empfehle darüber nachzudenken ob ein sich reduzieren und distanzieren Möglichkeiten sind, zum eigenen Wohlempfinden beizutragen, und damit eigene Fürsorge zu betreiben. Ich meine, Angehörige dürfen ihr eigenes Leben leben. Fürsorge bedeutet für mich nicht nur für andere da zu sein, sondern auch für sich selbst. Irgendwann hatte W begriffen mir so viel Selbstständigkeit wie möglich zu lassen, und sich damit zu entlasten.

Manchmal war der Spagat für W nicht einfach. Fingerspitzengefühl und Geduld waren gefordert.

Im Dienste für andere verzehre ich mich.

Otto von Bismarck

GEDULD

Auf eine große Geduldsprobe gestellt gewesen zu sein erklärte mir W, als ich soweit war auch über solche Dinge sprechen zu können. Ich erfuhr, dass W Angst davor hatte, der Geduldsfäden könnte reißen und unangemessene Reaktionen könnten folgen. W fürchtete sich davor, dass das strapazierte Nervenkostüm zu Entschlüssen führen könnte, die später unter Umständen bereut würden.

Beispiele für Zustände auf, die mir Schwierigkeiten bereiteten und mit denen W konfrontiert wurde:

- Wiederholt gab es Tage, an denen es mir nicht möglich war, die Wohnung zu verlassen. Die Angst vor Unvorhersehbarem lähmte meine Bereitschaft.
- Es gab Tage, an denen ich stundenlang geistesabwesend und verkrampft im Sessel saß und die Wand anstarrte.
- Im abgedunkelten Zimmer im Bett zu liegen schien mir das einzig Denkbare den Zustand von Geborgenheit zu spüren.
- Stimmen oder Musik zu hören empfand ich als große Bedrohung. Es tat mir nicht nur in den Ohren weh.
- Ein Friseurbesuch fand nicht statt, weil ich Angst hatte, verstümmelt zu werden.
- Ich glaubte von Menschenansammlungen verschluckt zu werden, und mied sie deshalb.
- Ich hatte Angst von Menschen übersehen, und überrannt zu werden.
- Geplante Einkäufe fielen aus, weil das Betreten geschlossener Räume Panik in mir auslöste.

So schnell sich Auffälligkeiten einstellten, so schnell verschwanden manche auch wieder. Abgelegte Befindlichkeiten wurden durch neue ersetzt. Durch diese Unzuverlässigkeit lebte W unter ständiger Anspannung. Der Verzicht sich eigene Sehnsüchte und Wünsche zu erfüllen, spielten für W eine untergeordnete Rolle. W hatte nicht nur mit mir, sondern auch mit sich viel Geduld. Immer seltener gebrauchte W den Satz: „Die Hoffnung stirbt zuletzt.“

*Hab Geduld mit allen Dingen,
aber besonders mit dir selbst.*

Franz von Sale

GESUNDE DISTANZ

Ich zitiere weitere Aussagen unserer damaligen Hausärztin:

- „Eine gesunde Distanz auszuüben ist kein rücksichtsloses Verhalten, sondern Selbstschutz.“
- Ein Angehöriger hat das Recht - und aus meiner Sicht auch die Pflicht – sich durch Distanzierung vor zu viel Nähe und Vereinnahmung zu schützen.“

Oftmals geschah es, dass W mir mehr Nähe einräumte, als es meinen Bedürfnissen entsprach. Es gab aber auch den umgekehrten Fall: Ich ließ mehr Nähe zu, als ich auszuhalten imstande war. Warum konnte das passieren? Weder W noch ich wollten uns verletzen und nicht undankbar erscheinen. Keiner hatte den Mut über diesen heiklen Punkt zu sprechen.

Wenn ich mir Nähe wünschte, wollte ich in den Arm genommen werden, wollte ich körperliche Wärme spüren, mich geborgen fühlen. Bekam ich Nähe, konnte ich sie oft nicht ertragen, lehnte sie ab. Dadurch, dass meine Bedürfnisse schwer einzuschätzen waren, hatte W nur selten eine Chance das „Richtige“ zu tun. Mein Bedürfnisverhalten schwankte ständig und war deshalb - nicht nur für mich – eine große Belastung. „Ich kann tun, was ich will, es ist alles falsch“, ist eine Aussage von W, die mir noch heute wehtut.

Durch meine Frühverrentung und der Tatsache, dass W. berufstätig war, war ich tagsüber oft allein. Es gab Tage, da tat mir das Alleinsein gut. Ich konnte den Zustand sogar genießen. Es gab aber auch Tage, da bedeutete für mich Alleinsein, die Hölle. Wie irre lief ich durch die Wohnung. In der Hoffnung, Stimmen auffangen zu können, horchte ich an der Wohnungstür. Wurde Post den Briefkastenschlitz gesteckt, vermutete ich Böses und Vernichtendes. War mein Zustand nicht aushaltbar, rief ich W an und bat zu mir zu kommen. Stand W vor mir sah ich für das Kommen keinen Grund mehr. Schickte W wieder weg. War ich wieder allein, ging es mir schlechter als zuvor. W erzählte mir später, dass es gut war, im Arbeitsprozess zu stehen. Zum einen hatte W die Möglichkeit sich bei vertrauten Kollegen auszusprechen und zum anderen ergab sich zwangsläufig eine Distanz zu mir, die W brauchte, um mich auszuhalten zu können.

*Oft bringt erst Distanz
Zwei Menschen einander näher.*
Annette Anderson

GESPRÄCHSBEREITSCHAFT

„Jetzt nicht“ - „später“ - „passt jetzt nicht“ - „muss das unbedingt jetzt sein?“, sind Zurückweisungen, die ich von W sehr selten zu hören bekam, von anderen schon. Das Wissen, das Betroffene, bevor sie reden können, lange Zeit grübeln, ist nicht allgemein bekannt. Nachdem W wusste, dass mein Entschluss zu reden oft ein langes Grübeln vorgeschaltet war, dass Zweifel darüber bestanden ob Reden überhaupt angebracht ist, dass meine Angst vor Zurückweisungen oder nicht verstanden zu werden groß war, fiel es leichter mit meinem Betroffenenverhalten umzugehen.

Natürlich gab es Situationen, wo aus Sicht von W ein sofortiges Gespräch nicht möglich war. In solchen Fällen verhielt sich W diplomatisch. Das heißt, es wurde kluges, taktvolles, sensibles Handeln angewandt. W erklärte mir verständlich, warum der gewählte Zeitpunkt ungünstig ist, und bot mir ein Gespräch zu einem späteren Zeitpunkt an. Ich konnte mich darauf verlassen, dass W zum Wort stand. Ich allerdings konnte den neu gewählten Gesprächstermin nicht immer nutzen, weil mir Kraft und innere Ruhe fehlten.

Meine Erfahrungen zum Thema „Gesprächsbereitschaft“ sind unterschiedlich. Nicht selten ist es mir passiert, dass sich Ansprechpartner für meine Problematik nicht interessierten oder sich weigerten, mit mir über meine Krankheit zu reden. Meine Mutter zum Beispiel gab mir sehr deutlich zu verstehen, dass es an der Zeit wäre zu vergessen. Wenn das Vergessen so einfach gewesen wäre, hätte ich es im eigenen Interesse allzu gern getan. Gerade das Nicht-Vergessen-Können hatte mich krankgemacht und krank gehalten. W hatte immer ein offenes Ohr für mich. Doch leider habe ich die Bereitschaft, mir zuzuhören, nicht genügend genutzt.

Frage: „Warum?“

Antwort: „Ich wollte nicht belasten, nicht diskutieren, nicht falsch verstanden werden, nicht reden, keine Tränen sehen und Vieles mehr.“

Gespräche sind gegenseitige distanzierte Berührung.
Marie Freifrau von Ebner-Eschenbach

IGNORANZ

Mir fiel es sehr schwer, mich Angehörigen anzuvertrauen. Ihr Verhalten mir gegenüber ließ kein Zutrauen aufkommen. Mein Erleben war, dass sie von meiner Krankheit nichts wissen wollten, sich mit der Krankheit, und somit mit mir, nicht aus-

einandersetzen wollten, aber auch verunsichert waren, wie mit mir umzugehen ist.

Ignoranz spürte ich nicht nur von Angehörigen. Zu dem ignorierenden Personenkreis zähle ich auch Freunde und Kollegen so wie pflegendes Personal und Ärzte.

Durch die Krankheit hatte ich mich stark verändert. Ich war nicht mehr der Manfred Bieschke-Behm, den sie kannten, dem sie vertrauten, der für sie da war. Meine Erkrankung löste bei einigen Misstrauen - ja sogar Angst - aus. Auf Angst reagieren Menschen sehr unterschiedlich. „Bevor ich etwas falsch mache, etwas Falsches sage, habe ich mich lieber zurückgezogen“, erklärte mir jemand, den ich auf seine Ignoranz angesprochen hatte.

Angehörige erzählen mir, dass sie sich mit ihren Problemen oft allein gelassen fühlen. Sie glauben und erleben, dass ihre Sorgen nicht zur Kenntnis genommen werden. Sie erleben, dass sich keiner mit ihren Kümernissen auseinandersetzen will. Auch W kennt dieses Erleben. Gut, dass es Personen gab, die bereit waren zuzuhören und ihre Hilfe anboten.

Sätze wie: „Reiß Dich doch mal zusammen ...“, „So schlecht kann es Dir doch gar nicht gehen – du hast doch alles, was du brauchst“, sind Ihnen liebe Leserin, lieber Leser möglicherweise nicht fremd. Vielleicht haben Sie diese oder ähnliche Sätze selbst benutzt. Meine Erfahrung ist das zitierte Sätze Anwendung finden, wenn die Gesamtsituation überfordert und das Krankheitsbild nicht ausreichend bekannt ist.

Sätze von mir wie: „Lass mich in Ruhe“ oder „Du verstehst mich sowieso nicht“ wurden nicht als Hilferufe verstanden, sondern als Angriffe. Sie machten W nicht selten sprachlos. W konnte derartige Sätze nicht einordnen, nicht nachvollziehen. Sie irritierten und ließen unberechtigte Schuldgefühle aufkommen. Es war schwer Wiederholungen von verbalen Angriffen zu ertragen. Ignoranz erwies sich als helfendes Abwehrmittel. W hatte begriffen, mein Verhalten nicht als böse einzustufen, sondern als ein Krankheitsmerkmal.

Ignoranz ist die Summe aller Maßnahmen, die man ergreift, um bestehende Tatsachen nicht sehen zu müssen.

Unbekannt

INFORMATIONEN

Gerne sage ich Angehörigen, das, je mehr Wissen über die Krankheit Depression bekannt ist, desto eher sich Verständnis für Betroffene aufbringen

lassen. Wissen schütze W vor Fehlentscheidungen und war der Wegbereiter vom hilflosen zum helfenden Helfer.

Johann Wolfgang von Goethe hat gedichtet:

*Es ist nicht genug zu wissen -
man muss auch anwenden.*

Es ist nicht genug zu wollen - man muss auch tun. Als geeignete Informationsquellen empfehle ich: Selbsthilfegruppen, Publikationen, soziale Einrichtungen, Internet. Näheres hierüber erfahren Sie im Kapitel 22 „Einige Service-Hilfsadressen“.

KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE

Zunächst ein paar Informationen zur kognitiven Verhaltenstherapie:

Diese Therapie ist ein psychologisches Behandlungsverfahren mit hoher Wirksamkeit bei Depressionen oder Angsterkrankungen. Hauptziel der kognitiven Verhaltenstherapie ist die Erkennung und Beeinflussung von negativen Gedanken = Kognitionen. Durch die Veränderung von ungünstig, soll heißen negativ oder unbewusst ablaufenden Gedanken, Gedankenketten oder Überzeugungen lässt sich die Stimmung beziehungsweise das eigene Verhalten verändern. Diese Form von Therapie ist durch eine klare Struktur und fortlaufende Überprüfbarkeit ihrer Resultate durch eine hohe Offenheit für den Patienten gekennzeichnet. Das bedeutet, dass der Patient eine sehr aktive Rolle in der Therapie einnehmen kann beziehungsweise muss und mit dem Therapeuten die Ziele der Therapie gemeinsam festlegt.

(Quelle: Web4Health)

Meine persönlichen Erfahrungen dazu:

Zu Beginn meiner Verhaltenstherapie wurde mir erklärt, dass in dieser Therapieform der Umgang mit meinen Gedanken, Einstellungen, Bewertungen und Überzeugungen im Vordergrund stehen. Ich lernte Wahrnehmungen einzuordnen und mich selbst mehr wertschätzen, sowie Alltagsbelastungen zu reduzieren. Durch bestimmte Verfahrensweisen erfuhr ich mit dem Hier und Jetzt, besser klarzukommen. Dafür war es notwendig meine Art zu denken, zu fühlen und handeln näher und intensiv zu betrachten und zu hinterfragen. Ich musste lernen, dass die eigene Vergangenheit kein Ort ist, den man gefahrlos aufsuchen kann. Ich lernte in der Therapie, meine Lebenssituationen wirklichkeitsnah (realistisch) zu sehen. Mir wurde genügend Zeit eingeräumt über meine Einstellungen nachzudenken und belastende Gedankenmuster auf ihre Berechtigung hin, zu überprüfen. Viele Therapiestunden verbrachte

ich, über meine Gefühle, Ängste und Problemfelder - die der Therapeut „Baustellen“ nannte - zu sprechen. Schritt-für-Schritt lernte ich mit belastenden Situationen besser umzugehen.

Zum Beispiel lernte ich ...

- ... dass Loslassen heilende Wirkung haben kann
- ... dass das Leben lebenswert und nicht sinnlos ist
- ... dass es keinen Grund gibt zu resignieren, wenn es gerade nicht so läuft, wie gewünscht oder erhofft
- ... dass ich eigenen Grenzen akzeptieren muss
- ... dass es von Vorteil sein kann, Neues auszuprobieren
- ... dass es gewollt sein muss, mich wichtiger zu nehmen als andere

Es gab Therapiestunden, die mich körperlich und seelisch sehr angestregten. Immer wieder tauchten die Fragen auf: „Warum tust ich mir das an?“ – „Lass es so, wie es ist, damit kennst du dich aus!“ Aufklärende Therapeutengespräche machten mir deutlich, das ‚in ein tiefes Loch zu fallen‘ mit zur Therapie gehört. Heute weiß ich: Erst wenn man ganz unten ist, ist der Weg nach oben frei.

Nachdem ich viele Therapieformen kennengelernt hatte, kann ich sagen, dass mir die kognitive Verhaltenstherapie am nachhaltigsten half. Aus allen Therapien – auch aus denen, die nicht optimal liefen bzw. nicht zu mir passten - habe ich etwas Positives herausgezogen. Mein Ziel, etwas zu lernen, zu begreifen, mit dem Leben klarzukommen, habe ich mit meiner Beharrlichkeit und meinem wiederentdeckten Willen erreicht.

Es gibt hin und wieder Alltagssituationen, die mich verunsichern. Entweder, weil sie neu sind, oder weil sie sich wiederholen. Befinde ich mich in einer solchen Ausgangslage, greife ich in meine ‚geistige Therapiekiste‘ oder in meinen ‚Erste - Hilfe - Koffer (s. Kapitel 22 ‚Was mir hilft, hilft vielleicht auch anderen (Angehörigen) oder Mein - Erste - Hilfe - Koffer). Bisher habe ich damit nur gute Erfahrungen gemacht.

Meine letzte Verhaltenstherapie liegt weit über zehn Jahre zurück und wirkt bis heute nach. Ich nenne diesen positiven Zustand ‚Therapie mit Langzeitwirkung‘. Auch W profitiert bis heute von meinen Therapieerfahrungen. Gemeinsam fanden wir Lebensformen die Gegenwart zu genießen, zufrieden in die Zukunft zu schauen und (zer-) störende Elemente der Vergangenheit die Macht zu nehmen.

*Die Vergangenheit kann man nicht ändern,
sich selbst aber schon, für die Zukunft.*

Hans Fallada

MEDIKAMENTE

Auf das Thema Medikamente werde ich immer wieder angesprochen. Betroffene und Angehörige erwarten von mir fundiert Aussagen, die sachkundiges Wissen voraussetzen. Ich bin kein Mediziner und kann deshalb nur über eigene Erfahrungen im Umgang mit Medikamenten sprechen. Was ich in Selbsthilfegruppen aber auch darüber hinaus erlebe und bedenklich finde, ist der zum Teil unverantwortliche Umgang mit Psychopharmaka. Es werden unverantwortlich Dosierungen erhöht oder gesenkt. Es wird die Einnahme ganz abgesetzt, ohne über die Risiken nachzudenken, ohne dass medizinisches Fachpersonal eingebunden wird.

„Mir geht es gut (besser), weshalb soll ich Pillen schlucken?“, ist eine Begründung und Rechtfertigung, die ich gelegentlich höre, die mich in Erstaunen versetzt. Einen Satz, den ich mehr als einmal hörte, lautet: „Ich kann Dir ja mal ein paar von meinen Pillen zum Ausprobieren geben vielleicht helfen sie dir.“

Inhaltswiedergabe einer Unterhaltung:

Gesprächspartner 1: „Welche Pillen nimmst du?“

Gesprächspartner 2: „Ich nehme Pille XYZ.“

Gesprächspartner 1: „Und die helfen dir?“

Gesprächspartner 2: „Ja.“

Gesprächspartner 1: „Dann lasse ich sie mir auch verschreiben. Ich war schon immer der Meinung, dass mir mein Arzt die falschen Pillen verschrieben hat. Ich glaube, ich wechsle den Arzt.“

Gesprächspartner 2: „Ich kann dir Pillen aus meinem Bestand geben. Probiere, ob sie dir helfen. Wenn ja, kannst du sie dir ja verschreiben lassen.“

Gesprächspartner 1: „Das ist eine gute Idee. So machen wir das.“

Gesprächspartner 2: „Schön, dass ich dir helfen konnte.“

ANMERKUNG: Mindestens nach der letzten Aussage von Gesprächspartner 1 gehört ein dickes Fragezeichen und ein Halt- und Stoppzeichen.

Ich könnte weitere, mich bedenkliche stimmente, Gesprächsinhalte wiedergeben. Ich glaube aber, dass das ein Beispiel ausreicht, um deutlich zu machen, wie zum Teil leichtfertig mit Psychopharmaka umgegangen wird.

Was ich im Umgang mit Medikamenten empfehle:

- Keine Experimente machen bzw. eingehen
- Keine Nutzerempfehlungen ohne sachkundige Abklärung anwenden
- Dosierungsveränderungen nur mit dem Arzt, der das Medikament verordnet hat, abstimmen.

- Nebenwirkungen mit dem Arzt besprechen und nicht mit Laien.
- Auf Unverträglichkeitssymptome achten
- Sich ins Bewusstsein rufen, dass Psychopharmaka nicht sofort nach Einnahme wirken. Sie sind die Wirkung von Kopfschmerztabletten nicht gleichzusetzen.

Ich war ein Kandidat, der Arzneimitteln gegenüber skeptisch war. Gut, das W das anders sah und die Einnahme befürwortete. Nie bekam ich zu hören: „Ich würde es mir überlegen, die Pillen zu schlucken.“ Oder „Vielleicht gehen die Beschwerden auch ohne Tabletten weg.“

Vielmehr hörte ich: „Das Medikament wird dazu beitragen, dass es Dir besser geht. Davon bin ich überzeugt.“

W war es schnell klar, dass in meinem Fall die Einnahme von Medikamenten unverzichtbar war und dass sich die Einnahme über einen längeren Zeitraum erstrecken wird. Mir war das lange Zeit nicht klar. Überzeugende Argumente von W und von meinem Arzt machten mich schließlich zu einem zuverlässigen „Pillennehmer“.

W fühlte sich anfänglich dafür verantwortlich, dass ich meine Pillen regelmäßig schluckte. „Sie sollten wissen, dass Sie für den Umgang - einschließlich der Medikamenteneinnahme - nicht verantwortlich sind“ Diese Aussage der Hausärztin half W Druck abzubauen und „erzog“ mich zur Eigenverantwortlichkeit.

Es gab Medikamente, die bei mir nicht den gewünschten Erfolg brachten. Nach Rücksprachen mit behandelnden Ärzten wurde die Dosierung entweder verändert oder mir wurde wegen Nebenwirkungen ein anderes Medikament verschrieben. Niemals hatte ich selbst herumexperimentiert. Aus Erfahrungsberichten Anderer wusste ich, dass der unprofessionelle Umgang mit Medikamenten unangenehme Auswirkungen haben kann. Ich hielt mich an die Empfehlungen:

- sich ausreichend aufklären zu lassen
- Fragen zu stellen
- den Anweisungen des Arztes zu folgen.

Ich habe unterschiedliche Medikamente eingenommen. Bis *das* Medikament gefunden war, das keine Nebenwirkungen erzeugte und mich „entschleunigte“, verging einige Zeit.

Viel zu lange hatte ich mich gegen Medikamente gestraubt. Selbst noch, als ich mich wie ein Hamster fühlte, der sich in einem viel zu schnell drehenden Hamsterrad bewegte. Mein Gedankenkarussell, das enorm an Tempo zugenommen hatte, drohte mich aus der Bahn zu werfen. Ich hatte das Gefühl, nicht nur mein Gleichgewicht zu verlieren. Durch meine Unerfahrenheit und der Wahl eines Arztes, dessen Schwerpunktthema nicht psychi-

scher Erkrankungen war, war meine medizinische Betreuung und Versorgung nicht optimal. Ohne ‚Rücksicht auf Verluste‘ wurde ich mit Medikamenten vollgepumpt. Irgendwann war es mir egal, ob Autos auf der Straße fuhren oder nicht. Ich wechselte, ohne ein Gespür für Gefahr, die Straßenseiten. Selbst hupende und scharf bremsende Autos ließen mich nicht aufschrecken. Mir war alles egal! Ob es dem Arzt auch egal war, weiß ich nicht. W zog die Notbremse und leitete einen Arztwechsel ein. Der neu gewählte Mediziner gab sich große Mühe meine Identität wieder zu finden. Er war erschrocken über die bisher erfolgte Behandlungsform. Bei dem „Neuen“ fühlte ich mich gut aufgehoben. Bei ihm war ich nicht nur ein Patient, dem Pillen verschrieben wurden, sondern ein Mensch mit Redebedürfnissen, Ängsten und Anzweiflungen. Durch die richtige Medikation (Homöopathie) verbesserten sich zunächst meine Blut- und Nierenwerte. Auch spürte ich mich nicht mehr wie eine Marionette, an deren Schnüren andere zogen. Schritt für Schritt schwand Gleichgültigkeit und die Freude am Leben nahm zu.

*Ärzte schütten Medikamente,
von denen sie wenig wissen, zur Heilung von
Krankheiten, von denen sie noch weniger wissen,
in Menschen, von denen sie gar nichts wissen.*

Voltaire

MITLEID/MITGEFÜHL

Zunächst erscheint es mir angebracht den Unterschied zwischen Mitleid und Mitgefühl zu erklären: Unter Mitleid verstehe ich, dass wer Mitleid fühlt, selbst leidet und deshalb keine geeignete Hilfe sein kann.

Mitfühlend sein bedeutet für mich ...

... sich in einen Betroffenen hinein fühlen zu können

... sich gut in die Lage eines Betroffenen versetzen können

... sich einem Betroffenen zuwenden und ihn unterstützen können, ohne dabei selbst leiden zu müssen.

W war lange Zeit eine leidende und weniger mitfühlende Person und deshalb kaum in der Lage zu helfen, zu unterstützen, mich aufzubauen. Oftmals wurden Situationen von W falsch eingeschätzt und gelegentlich dramatisiert. Diese Zustände waren keineswegs hilfreich und trugen nicht zu meinem Wohlbefinden bei. Das Mitleid von W zu erleben, war schädlich. Es löste in mir Schuldgefühle aus. Ich war derjenige, der W beibrachte, das mit Mitleid niemandem geholfen ist.

Ein Therapeut klärte mich auf, wozu ein Angehöriger in der Lage sein sollte.

- Er sollte Situationen verstehen und sie richtig einzuschätzen können
- Er sollte Hilfe anbieten und diese umzusetzen können
- Er sollte Mitleid und Mitgefühl unterscheiden können

Das alles konnte W nicht. Wir waren uns emotional zu nahe. Wir nahmen zu viel Rücksicht. Es fehlte ein gesunder Abstand. Zu verstehen, dass Ärzte, Therapeuten, selbst Mitglieder von Selbsthilfegruppen geeigneter waren, mir zu helfen, fiel speziell W nicht leicht. In Selbsthilfegruppen erfuhr ich, dass nur Angehörige, die frei von Mitleid sind, zur Gesundung Betroffener beitragen können. Gruppenmitglieder erzählten, dass mitleidfühlende Angehörige geschwächt sind, und dass sie ohne es zu wollen, ohne das sie es unbedingt merken Betroffene eher schwächen. Es gibt, und das gehört auch zur Wahrheit Gruppenmitglieder die mitleidende Angehörige als angenehm empfinden. Dieser Personenkreis fühlt sich weniger kontrolliert und in Ruhe gelassen. Ich glaube, es kommt auf eine gesunde Balance an und auf das, was der Einzelne für sein Wohlbefinden benötigt. Mir ist ein Fall bekannt, wo ausgeprägtes Mitleid dazu führte, dass ein Angehöriger nicht mehr in der Lage war, zu helfen und selbst Hilfe benötigte. Dabei fällt mir das Sprichwort ein:

„Geteiltes Leid ist, halbes Leid“

Ist das so? Frage ich mich und Sie. Wird leiden weniger, wenn ich es versuche zu teilen? Lässt sich Leid überhaupt halbieren? Ich meine nein. Und so, wie sich Leid nicht teilen lässt, lässt sich auch keine Depression teilen. Eine Depression bleibt beim Betroffenen. Was passieren kann, ist, dass ein Angehöriger eine Depression wegen Überforderung, zu viel Rücksichtnahme, zu wenig Achtsamkeit usw. bekommen kann. Das kann tatsächlich passieren und passiert auch. Auch deshalb ist Mitgefühl besser als Mitleid.

Durch mitleiden wurde W von Schuldgefühlen geplagt und auch ich entwickelte immer mehr Schuldgefühle. Wir drehten uns in einem Teufelskreis, ohne dass es uns bewusst war. Erst als W begriffen hatte, was mitleiden anrichten kann, gab es eine Umkehr. Soweit es W möglich war, wurde Mitleiden durch Mitfühlen abgelöst. Diese neue Verhaltensform setzte Energien frei, von denen wir beide profitierten. In diesem Zusammenhang möchte ich einen Satz wiedergeben, den ich irgendwann gelesen habe: Spürt ein Mensch Mitgefühl – und kein Mitleid – steht die Schuldfrage nicht im Raum. Und die Schuldfrage sollte sich nie stellen.

Eigentlich sollte man einen Menschen nicht bemitleiden, besser ist es, ihm zu helfen

Maxim Gorki

MOTIVATION

Wie es sich bei mir zeigte, gelingt Motivation nicht, indem Druck ausgeübt wird. Ausdauer und Gelassenheit waren notwendig um bei mir positive Veränderungen herbeizuführen. W war oft enttäuscht, weil sich eigene Vorstellungen nicht einstellen.

„Wenn ich nicht Druck ausübe, passiert gar nichts“, glaubte W.

Auf die Frage: „Und haben Sie mit Druck das erreicht, was Sie erreichen wollten?“

Die Antwort von W lautete: „Nein.“

Druck erzeugt Gegendruck und führt selten zum Erfolg. Handlungsbereitschaft, Handlungsfreude wird nicht erreicht, indem Druck ausgeübt wird. Besser ist, sanft zu motivieren. Das heißt, zum Tun einzuladen. Zu der Erkenntnis kam W und sie half uns beiden.

Vier motivierende Fragen, die mir halfen:

- „Was hältst du davon, wenn ...“
- „Hast du Lust auf ...“
- „Worauf hättest du Lust?“
- „Was würde dir Spaß machen?“

Als es mir möglich war, mich mit den Ursachen und Auswirkungen der Krankheit zu beschäftigen, besuchten W und ich einige Vorträge. Ein Referent erklärte den Anwesenden: In jedem Betroffenen schlummern gesunde Anteile. Diese gilt es zu stärken, zu entwickeln, zu fördern. Finden Sie heraus, was motivieren könnte. Gab es Hobbys, besondere Liebhabereien oder Beschäftigungsfelder, die früher Spaß gemacht haben? Wenn dem so ist, kann an diesem Punkt angeknüpft werden. Bitte denken Sie daran, dass eine Depression das Wollen und Können sehr einschränkt. Es kann passieren, dass auch der weichste Motivationsversuch auf taube Ohren stößt. Geben Sie Acht, dass durch Ihr Verhalten keine (zusätzlichen) Konflikte oder Spannungen aufgebaut werden. Unterdrücken Sie eigene Bedürfnisse. In erster Linie geht es darum, einen Betroffenen in (s)einen gesunden Alltag zurückzuführen.

In akuten Phasen hatte niemand eine Chance, mich zu motivieren. Für mich gab es – egal worum es ging – keinen Sinn, „es“ zu tun. Ich war körperlich nicht in der Lage, fühlte mich überfordert. Ich wollte nichts anderes, als in Ruhe gelassen werden. Für mich vergingen die Tage auch mit Nichtstun. Sie vergingen sinnlos, aber sie vergingen. An Tagen wie diese spürte ich nichts: keine Sehnsüchte, keine Traurigkeit, kei-

ne Verlustängste, keinen Druck. Mich umgab ein engmaschiger Eisenkäfig, der mich vor Einflüssen von außen schützte und Gefühle aussperrte. Erst nachdem die Therapie griff, spürte ich, dass ein ‚Käfigleben‘ nicht das war, was Leben ausmacht. Ich sah Sinn darin, meine Tage anders zu gestalten, anders zu strukturieren. Letztendlich schaffte ich es, mich selbst zu motivieren.

Auch W kennt Phasen der Demotivation. „Lasst mich einfach nur in Ruhe.“ W zog sich zurück und spürte eine Leere, die mir sehr vertraut war: Totale Teilnahmslosigkeit. Nur noch angestrengt funktionieren. Fluchtgedanken. Im Nachhinein betrachtet war W dabei eine Depression zu entwickeln. Gut, dass die Signale rechtzeitig erkannt wurden und dass W aus der Fülle von Motivationsquellen die herausfand, die W aufbaute, stärkte und Kraft gab:

- Der Austausch mit anderen über Themen, die nicht krankheitsbesetzt sind
- was gönnen
- Sich selbst körperlich spüren (Sauna, Massagen)
- Ein Kino- oder Theaterbesuch, ein gutes Buch lesen
- Aktiv sein (z. B. Sport treiben)

Letztendlich muss jeder für sich herausfinden, was sich motivierend auswirkt bzw. auswirken könnte.

*Die einzige Möglichkeit, Menschen zu motivieren,
ist die Kommunikation.*

Lee Iacocca

MUT MACHEN

W wurde empfohlen nie damit aufzuhören, mir Mut zu machen. Auch dann nicht, wenn ich signalisiere, dass es zwecklos wäre. Manchmal übertrieb es W mit dem „mir Mut machen“. Es kam mir unehrlich vor. Ich unterstellte, dass die eigene Zufriedenheit im Vordergrund stand. Durch eigenes Miterleben verstehe ich, dass Angehörige ungewollt in eine Phase der Mutlosigkeit geraten. Dass sie sich zum Beispiel wegen zu hoher Belastung wiederholt enttäuscht fühlen und resignieren. Gut, dass W nie an den Punkt gelangte mich zu vernachlässigen oder sogar aufzugeben. Dazu beigetragen hatten ganz bestimmt Mut machende Ansagen von Bekannten, Freunde und Arbeitskollegen.

So wie W aufbauende Formulierungen halfen, benötigte auch ich Mut machende Sätze um nicht in Lethargie zu verfallen.

Hier ein paar Beispiele:

- „Das Leben ist voller Überraschungen, wir werden gemeinsam einen Weg finden.“
- „Du weißt, dass ich immer für dich da bin.“
- „Ich liebe dich, egal wie es dir gerade geht.“
- Du kannst dich auf mich verlassen.“

Wichtig war für mich, das Versprechen, die W aber auch meine Schwester mir gaben eingehalten und nicht nur so dahin geredet wurden.

„Ich bin ganz fest davon überzeugt, dass du deine Depression überstehen wirst“, erklärte mir W und fügte hinzu: „Du bist nicht allein. Ich helfe dir, wo ich kann.“

Die Ansage: „Du wirst sehen, eines Tages wird deine Depression der Vergangenheit angehören“, machte mir Mut und stärkte meinen Glauben an eine (gemeinsame) Zukunft.

So einfühlsam wie W und meine Schwester waren nicht alle. Hier ein paar Beispiele demotivierender Formulierungen, die mich erreichten:

- „Andere haben ihre Depression auch überstanden, deshalb wirst auch du sie überstehen.“
- „Ich habe gehört, dass eine Depression nicht so schnell vergeht. Geduld ist angesagt. Alles geht vorbei“
- „Der Sohn von Frau Müller hat seine Depression in den Griff bekommen, dann wirst du es doch wohl auch schaffen.“

*Niemals und auf keiner Weise sollten wir uns
entmutigen lassen*

Adelbert von Chamisso

PERFEKTIONISMUS

Übereifriger Perfektionismus kann der Einstieg in eine Depression sein. Ob dies bei mir der Fall war, kann ich nicht mit Bestimmtheit sagen. Den Anspruch und die Einstellung in allen Lebenslagen Höchstleistung erbringen zu wollen, oder sogar zu müssen, plagte mich bereits schon in der Jugend und ließ sich, wie die Erfahrung zeigte, nicht auf Dauer halten. Irgendwann war der innere Druck so stark, dass er nicht mehr (aus-) haltbar ist. Aus meiner Sicht hätte sich der Leistungsdruck schmälern lassen, wenn ich gespürt hätte, dass man mich wertschätzt, egal wie erfolgreich ich war oder nicht. Hätte ich in der Kindheit erfahren dürfen, dass es Menschen gibt, denen ich wichtig war, wäre der innere Zwang zum Perfektionismus möglicherweise weniger stark ausgeprägt.

Mich hatte mein Perfektionismus krankgemacht und krankgehalten. Mein übertriebenes Streben nach Vollkommenheit hat nicht nur mir geschadet, sondern auch W. Ich wollte mir selbst bewei-

sen, dass ich perfekt bin und vor allen Dingen meinem Stiefvater. Gerade ihm wollte ich über seinen Tod hinaus demonstrieren, dass ich nicht unnützlich und durchaus in der Lage bin, etwas erfolgreich zustande zu bringen. Seine Aussagen: „Du kannst nichts“ oder „du bist nichts“, hatten sich bei mir ganz fest eingegraben und eine tiefe und schmerzhaft Narbe hinterlassen.

Oft wird mir zugetragen, dass ich ein hochgeschätzter Mensch bin, dass man mir dankbar ist, für das, was ich getan habe und noch tue. Natürlich schmeicheln derartige Bekundungen und ich könnte zufrieden sein. Leider ist dem nicht so. Teilweise fällt es mir noch heute schwer Anerkennungen und Wertschätzungen, anzunehmen. Gelobt zu werden war in meiner Familie nicht üblich. Zu Hause wurde getadelt und bestraft. Deshalb war für mich oberstes Gebot alles richtig zu machen, was natürlich nicht immer gelang. Den Druck, den ich aushalten musste, war enorm. Die Angst vor Bestrafung außerordentlich.

Fehler vermeiden, nicht zuzulassen, nicht zu akzeptieren ist bis heute aktuell. Selten erlaube ich mir „Schlampereien“. Und wenn doch, habe ich anschließend ein schlechtes Gewissen. Es gibt Momente, da hasse ich meinen Perfektionismus, weil er mir Steine in den Weg legt. Es gibt aber auch Situationen, wo ich ihn als einen Freund erlebe, weil er mir zum Beispiel Struktur gibt.

Meine Einstellung zum Perfektionismus ist für ein entspanntes Miteinander nicht immer einfach. Das erfahre nicht nur ich, sondern auch W und andere. Und deshalb habe ich mich gezwungen ein Stück von meinem Perfektionismus, abzulegen. Früher konnte ich es zum Beispiel schwer aushalten das W meinem Verständnis für Ordnung nicht folgen konnte oder wollte. Meine Einstellung war, dass alles seinen Platz hat und nichts dagegen spricht, an dieser Regelung etwas zu ändern. Heute sehe ich das gelassener. Zusammenleben heißt, Kompromisse schließen und damit umzugehen lernen. Liegt heute ein Gegenstand nicht dort, wo er aus meiner Sicht hingehört, kann ich ihn liegen lassen, wenngleich es mich stört.

Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit haben bei mir bis heute einen hohen Stellenwert. Auf Nichteinhaltung vorgegebener Zeiten folgten in der Kindheit zum Teil drastische Bestrafungen. Bis ich begriff, dass es im Hier und Heute niemanden gibt, der mich für Unpünktlichkeit bestraft, vergingen viele zu viele Jahre. Ich musste lernen und verinnerlichen, dass Menschen, die anders ‚ticken‘ - besser ausgedrückt: Andere Einstellungen haben, keine schlechten Menschen sind. Diese

Menschen haben nur andere Ideale und Vorstellungen vom Leben als ich.

Ich kenne eine Beziehung, in der der Angehörige der Perfektionist ist. In dieser Beziehung kommt es immer wieder zu ungewünschten Spannungen und Auseinandersetzungen. Es fällt dem Depressiven schwer sich dem Perfektionisten, anzupassen. Der Depressive in der Beziehung ist mit der Aufgabe überfordert.

Ich glaube, dass es grundsätzlich schwerfällt – egal ob Betroffener oder Angehöriger – einen Perfektionisten davon zu überzeugen, dass es sich mit reduziertem Perfektionismus besser lebt.

Heute weiß ich, dass Eigenschaften wie Gewissenhaftigkeit, Pflichtbewusstsein, Korrektheit und Ehrgeiz nicht leiden, wenn Perfektionismus etwas vernachlässigt wird. Im Gegenteil: Es schafft Freiräume und nimmt innere Zwänge. Niemand bestraft sich, wird der Perfektionismus gedrosselt. Perfektionismus, so meine Erfahrung führt zu körperlichen Anspannungen und innerer Unruhe. Perfektionismus – egal auf welcher Seite – ist ungesund. Ich weiß, wovon ich schreibe!

*Perfektionismus in Grenzen ausgelebt
schadet niemandem,
übertriebener Perfektionismus schadet allen.*
Manfred Bieschke-Behm

PERSÖNLICH NEHMEN

W brauchte gelegentlich eine sehr dicke Haut, um mein zum Teil abweisendes Verhalten aushalten zu können. Häufig fühlte sich W gekränkt, verletzt oder enttäuscht. Es gab Situationen, wo es W schwerfiel, daran denken, dass ich nicht vorsätzlich handelte. Dass ich etwas tat, weil ich im Moment nicht anders reagieren konnte. In solchen Momenten dachte W an die Hinweise:

- Wenn man sich falsch bzw. ungerecht behandelt fühlt, auf gar keinen Fall sich vom Betroffenen abwenden oder ihn links liegen lassen.
- Trotzreaktionen helfen niemandem.
- Nehmen Sie weniger persönlich und versuchen Sie, gelassen zu bleiben.
- In der Ruhe liegt die Kraft.

Derartige Hinweise sind theoretisch machbar aber praxisbezogen nicht einfach anzuwenden. Das musste auch W erfahren. Wenn W meine ganze Wut, die ich auf „Gott und die Welt“ hatte, zu spüren bekam, benötigte es viel Selbstdisziplin, um nicht auszurasen. Die Person, die mich über alles liebte, die immer für mich da war, die auf vieles verzichtete, die es mir so angenehm wie möglich machte, war Empfänger meiner Aggres-

sionen. Wie ungerecht sage ich heute. Damals konnte ich diesen Gedanken nicht entwickeln. Es gab Zeiten, in denen für W die Überlegung im Raum stand unser Zusammenleben, aufzugeben. Gespräche mit der Hausärztin führten dazu, das W in der Lage war Äußerungen von mir nicht mehr als persönliche Angriffe zu werten. Gleichzeitig erfuhr W, das es für depressive Menschen Grenzen gibt, die aufgezeigt und eingehalten werden müssen.

„Sie müssen sich nicht alles gefallen lassen. Besser für Sie wäre es, wenn Ihr Partner begreifen würde, seine Wut bei den Personen abzuladen, die sie ausgelöst haben bzw. auslösen. Sie müssen Ihrem Mann klar machen, dass Sie nicht mehr bereit sind, für all seinen Frust Empfänger zu sein. Er muss sich professionelle Hilfe holen, sonst sehe ich Ihre Beziehung ernsthaft in Gefahr.“ Das waren Sätze, die W nachdenklich stimmten. Besonders der Letzte.

Es fiel W nicht leicht, mit mir über diese heiklen Themen zu sprechen. Während der Unterhaltungen wurde mir klar, dass es so wie bisher nicht weiter gehen konnte. Schon gar nicht, als ich hören musste: „Ich liebe dich, aber ich kann nicht mehr.“

Bei ‚klarem Verstand‘ überlegte ich, wie ich mich verhalten würde, wäre ich in der Situation von W. Natürlich würde ich verbale Angriffe persönlich nehmen. Natürlich würde ich mich falsch behandelt fühlen. Natürlich würde ich darüber nachdenken, wie lange ich das noch aushalten will und kann.

War der Druck in mir so stark, dass ich glaubte, platzen zu müssen, musste das Angestaute ohne Rücksicht zu nehmen raus. W war für mich ein leichtes Opfer. Ich wusste, dass W sich nicht zur Wehr setzen würde und ich keine Konsequenzen zu befürchten hatte. Ich hatte freies Spiel und nutzte diese Situation nicht bewusst aber schamlos aus. Im Nachhinein schämte ich mich für meine Wutausbrüche.

Mein damaliges Handeln würde ich ‚unkontrollierte Befreiungsschläge‘ nennen. Nach meinen Gemütsausbrüchen wurde mir oft bewusst, wie ungerecht mein Verhalten war. W hielt mir zugute, dass ich - konnte ich mein Fehlverhalten einsehen - fähig war, mich zu entschuldigen. Diese Tatsache stimmte W immer wieder versöhnlich. Durch die Therapie begriff ich, dass W es nicht verdient hatte, von mir bestraft zu werden. Fortan war W nicht mehr Opfer, denn W war kein Täter. Mein heutiges Verhalten gibt kaum noch Anlass, dass W Aussagen von mir persönlich nimmt. Ergibt sich dennoch eine solche Situation, werde ich

darauf hingewiesen und mit Augenzwinkern an vergangene Zeiten erinnert.

*Wir können von anderen kein Verstehen erwarten,
bestenfalls Verständnis.*

Erhard Blanck

RAT“SCHLÄGE“

Ratschläge, ein schwieriges Wort. Ich empfehle, in der Anwendung Vorsicht walten zu lassen. Ich erhielt oft unaufgefordert Ratschläge, die so heftig ausfielen und unsensibel vorgetragen wurden, dass ich sie vielfach als ein Schlag ins Gesicht oder in die Magengegend wahrnahm.

Ich wurde mit Ratschlägen konfrontiert, obwohl ich um keinen Rat gebeten hatte. Als Hilfesuchender wollte ich oft nur reden und nicht hören was ich zu tun und zu lassen habe. Ich fühlte mich von den Ratschlaggebern gemäßregelt manchmal sogar verurteilt. Es gab Situationen, wo ich annahm, dass Ratgeber die Befriedigung der eigenen Bedürfnisse in den Vordergrund stellten. Wie oft es geschah, dass andere mir ihre Meinung „aufdrücken“ wollten, lässt sich in Zahlen nicht ausdrücken. Nur wenigen gelang es mir durch ihren Rat dazu zu verhelfen eigene Entscheidungen zu treffen. Sätze wie: „Möchtest du, dass ich dir einen Rat gebe?“ oder „Möchtest du meine Meinung hören?“ halfen mir mich zu öffnen, innere Blockaden zu lösen.

Ein Beispiel für einen empfunden „Schlag ins Gesicht oder in die Magengegend“:

„Luftveränderung tut dir bestimmt gut.“ Woher will jemand wissen, dass mir Luftveränderung gut tun würde? Mir, dem eine fremde Umgebung jedes Mal große Probleme bereitete, einen solchen Rat zu geben, wirkte zerstörend. Ich hatte nur sehr selten das Bedürfnis meine Seele anderswo „baumeln zu lassen.“ Die Erfahrungen, die ich mit Ortsveränderungen gemacht hatte, lösten vor Ort Selbstmordgedanken aus und nach der Wiederkehr benötigte ich viel Zeit für die Wiedereingliederung.

Mich konnte zum Beispiel ein Sonnenuntergang deprimieren. Ich konnte dem Naturschauspiel nichts abgewinnen. Für mich war ein Sonnenuntergang gleichgesetzt mit meinem Untergang, den ich in meiner Fantasie durchlebte. Für mich signalisierte die Rotfärbung am Himmel Gefahr. Sie glich einer Feuersbrunst, die versuchte mich in den Höllenschlund, zu ziehen. Vögel, die den Sonnenuntergang kreuzten, glichen Todesengel, die lautlos kreisend auf einen günstigen Moment warteten, um mich greifen und holen zu können.

Der Wellenschlag und die damit verbundenen Geräusche spiegelten meine Unentschlossenheit: Ich will leben, ich will nicht mehr leben, ich will leben – ich will nicht mehr leben.

Gelegentlich wurde ich aufgefordert, mich dem Umfeld anzupassen. Das geschah immer dann, wenn ich durch mein Verhalten die Stimmung trübte oder Pläne durchkreuzte. „Kannst du dich nicht einfach mal zusammenreißen?“ So oder ähnlich formulierte Sätze musste ich mir unzählige Male anhören. Mich mit aussagekräftigen Worten zu verteidigen, war mir nicht möglich. Meist blieben mir passende Worte im Halse stecken. Stattdessen spürte ich Schmerzen, ausgelöst durch Rat“schläge“.

Nur Wenigen war bekannt, dass es mir nicht möglich war, Ansprüche und Forderungen zu erfüllen. Dass diese und ähnliche Appelle bei mir Schuldgefühle auslösten beziehungsweise verstärkten, war ebenfalls unbekannt. Gleiches galt für Versuche zur Aufmunterung. Es war in Krisen kontraproduktiv zu mir zu sagen: „Das ist doch nicht so schwer „, oder “Das schaffst du.“

Wenn ich fähig war Eigeninitiative zu zeigen, und tätig werden wollte hatte ich mich gefreut, dass W mich in meinem Tun bestärkte und unterstützte. Das galt auch für die Fälle, wo die Eigeninitiative nicht zum gewünschten Erfolg führte.

Die Schlaun geben keine unerbetenen Ratschläge, die Weisen geben nicht einmal erbetene Ratschläge

Louis Pasteur

ROUTINE

Für mich war es zunächst anstrengend und lästig als W dafür sorgte, dass ich meine täglichen aktiven Routineaufgaben nicht vernachlässigte oder sogar einstellte. Ich erinnere mich, wie schwer es mir oft fiel, meinen ‚inneren Schweinehund‘ zu überwinden. Lustlosigkeit und Sinnlosigkeit waren Auslöser für mein verweigerndes Verhalten. Ich war nicht bereit, bestimmten Unterweisungen zu folgen. Ich widersetzte mich erfolgreich und fühlte mich gut dabei. Erst nachdem W anfang, sich mir gegenüber gleichgültig zu verhalten, ‚wachte‘ ich auf. Bis ich merkte, dass Routineaufgaben mir ein sicheres Gefühl gaben und die Tage Struktur hatten, hat es gedauert. Ganz allmählich begann ich einzusehen, dass es Strukturen sind, die meinem Leben Qualität gaben und, dass Routine wichtig war, um Erfahrungen zu sammeln. Nachdem sich bestimmte Dinge zur täglichen Gewohnheit entwickelt hatten, spürte ich mehr Selbstvertrauen und bekam Mut Neues zu wagen.

Zu den Routineaufgaben gehörten:

- Morgens immer zur gleichen Zeit aufstehen, auch wenn die Nacht zuvor kurz oder durch Wachzeiten unterbrochen war
- Die Einnahme regelmäßiger Mahlzeiten
- Die eigene Körperpflege
- Einkäufe, Besorgungen tätigen
- Arzt/Therapeutenbesuche zu organisieren und die Termine einzubehalten
- Mir übertragene Aufgaben erledigen. Zum Beispiel: Blumen gießen, Zeitung aus dem Briefkasten nehmen, Katze versorgen.

Von manchen Angehörigen aber auch von Betroffenen höre ich, dass schriftliche Tages- oder Wochenpläne erstellt werden. Sie haben sich für die eigene Kontrolle und als Orientierungshilfen bewährt.

*Routine kann helfen,
wenn sie nicht zur sinnlosen Leere führt*

Manfred Bieschke-Behm

RÜCKZUG

Ich zog mich mehr und mehr aus meinem Umfeld zurück und lebte in meiner eigenen Welt. Ich isolierte mich. Mein Verhalten befremdete. Erklärungen für meine Rückzüge wurden nicht oder nur sehr selten genannt. Und wenn, waren die Begründungen für W und andere schwer oder gar nicht nachvollziehbar. Ich wollte nichts sehen, nichts hören und auch nicht gesehen und gehört werden. Immer öfter sagte ich fest zugesagte Verabredungen ab. Irgendwann war ich froh, dass Einladungen ausblieben. Auf der anderen Seite schmerzte es mich, dass sich Freunde, Bekannte und Teile der Verwandtschaft von mir lossagten, mich ignorierten. Das war nicht mein angestrebtes Ziel. Die Tatsache, dass ich immer mehr vereinsamte, setzten in mir keinerlei Aktivitäten frei. Auch W schaffte es nicht diesen Prozess weder aufzuhalten, noch zu verhindern.

Ging es mir gut, und wir nahmen eine Einladung an, passierte es, dass es mir vor Ort plötzlich zu laut und zu eng wurde. Ich konnte keine fröhlichen Gesichter ertragen und mich überkam ein Gefühl von Einsamkeit. Fröhliche Menschen erschienen mir oberflächlich, weil sie die Welt nicht so sahen, wie ich sie sah. Meine Füße wurden unruhig und fingen an zu schmerzen. Die Füße wollten weglaufen. Auf dem Heimweg fiel mir zunehmend das Atmen schwer. Ich verkrampte. Ich musste stehenbleiben. Gelegentlich flossen Tränen. Es waren Wuttränen. Ich hatte es wieder einmal nicht gepackt. War ich wieder zu Hause,

ging es mir zusehends besser.

W und ich zogen aus diesem widerkehrenden Erleben Konsequenzen. Mehr und mehr mieden wir außerhäusliche Aktivitäten. W entschied sich gegen Unternehmungen ohne mich. Mich für eine gewisse Zeit allein zu lassen, verursachte bei W ein schlechtes Gewissen und nahm Lust.

Tage, Wochen und Monate verliefen bei W immer nach dem gleichen Ablauf: Sich um Manfred kümmern – Arbeiten gehen – sich um Manfred kümmern – schlafen – sich um Manfred kümmern – Arbeiten gehen – sich um Manfred kümmern usw. Für andere und anderes war keine Zeit beziehungsweise wurde keine Zeit reserviert. Jeder auf seine Weise isolierte sich, ohne darüber nachzudenken, wie ungesund das war. W entwickelte ein Co-Verhalten, das uns beiden, in der Rückbetrachtung, nicht gut tat.

*Es ist schwer, dem Ansturm des Lebens,
aber schwer seinem Rückzug zu widerstehen.*

Karlheinz Deschner

SPORT

Experten erklären, und es ist nachgewiesen, dass körperliche Aktivitäten vermehrt Botenstoffe im Gehirn freisetzen, die sich positiv auf die Stimmung auswirken. Aktive berichten mir, dass unangestrengte sportliche Aktivitäten bzw. körperliche Betätigungen hilfreich sind, Depressionen zu überwinden. Ich kenne eine Selbsthilfegruppe, die sich den Titel gegeben hat ‚Laufen gegen die Depression‘. Eine Teilnehmerin erklärte mir, dass, nachdem sie ihre Abneigung überwunden hatte, nicht nur Spaß an der Bewegung fand, sondern auch den ‚grauen Alltag‘ vergessen konnte. Sie spürte ihren Körper und hatte das Gefühl, ihrer Depression davonzulaufen. Andere erklären mir, dass sie durch sportliche Betätigungen Selbstvertrauen aufbauen konnten, und dass sie ihr negatives Gedankenkarussell zumindest eine Zeit lang zum Anhalten brachten. Als positive Nebeneffekte wurden die Pflege und der Ausbau sozialer Kontakte genannt.

Ich für meinen Teil muss sagen, dass sportliche Aktivitäten noch nie mein ‚Ding‘ war. Was Sport betrifft, war ich schon immer ein ‚Bewegungsmuffel‘. Früher in der Schule zählte der Sportunterricht nicht zu meinem Lieblingsfach. In vielen Bereichen war ich den anderen unterlegen. Mir fehlten Kraft und Ausdauer. Ich erinnere mich an Hänseleien und Ausgrenzung. Das alles war gestern.

Seit einigen Monaten gehören W und ich einer angeleiteten Herzsportgruppe an. Die Teilnahme

stärkt nicht nur unsere Herzen, sondern tut auch unseren Seelen gut. Abschalten, Spaß haben, innere Anspannungen abbauen und den eigenen Körper spüren sind positive Erfahrungen, die wir wöchentlich machen.

Als mich die Depression fest im Griff hatte, war nicht nur mein Geist träge, sondern auch mein Körper. Für mich gab es nichts, was mich hätte heilen oder vorwärts bringen können. Schade, dass ich lange Zeit, so dachte. Heute weiß ich, dass sich körperliche Aktivitäten lohnen. Um es sportlich zu sagen: Es lohnt, über seinen Schatten zu springen.

Was Betroffenen gut tut, kann auch Angehörigen gut tun. W ist ein Beweis für meine These. Körperliche Aktivitäten in Gruppen oder allein helfen abschalten und schaffen das Gefühl, etwas für den Körper, für den Geist und für die Seele zu tun. Die Angebote, sich aktiv zu betätigen, sind vielfältig. „Was Sie tun, ist egal, nur tun sollten Sie es“, wurde uns empfohlen. „Dabei ist es egal, ob Sie joggen, tanzen, schwimmen oder in ein Fitnessstudio gehen. Sogar Gartenarbeit, Spaziergehen, Fahrrad fahren oder bewusstes Treppensteigen helfen den Körper und den Geist in Bewegung zu halten“, erklärte man uns. „Alle Aktivitäten halten Körper und Geist in Schwung und bringen die Seele ins Gleichgewicht. Wichtig ist, dass die gewählten Aktivitäten Spaß machen und als langfristiges Projekt geplant werden“, auch das wurde uns gesagt. Dass es wissenschaftlich belegt ist, dass sportliche Aktivität zur Ausschüttung von Endorphinen, den sogenannten Glückshormonen führt, las ich in einer Zeitschrift, die beim Arzt auslag. Ich dachte mir: ‚Wer möchte nicht glücklich sein?‘, fuhr nicht mit dem Bus nach Hause, sondern lief.

*Man kann jeden zu allem Möglichen bewegen,
wenn man ihm nur die Möglichkeit lässt, sich für
das Geforderte rein persönlich zu entscheiden.*

Eduard Graf von Keyserling

STIMMUNGSTIEF

Die depressiven Phasen versetzten mich in oft lang anhaltende Stimmungstiefs. Antriebslosigkeit, Niedergeschlagenheit, Müdigkeit und dauerhaft traurig sein waren kennzeichnend für meine Seelentiefs. Als wenn das nicht schon gereicht hätte, gesellten sich häufig Kopfschmerzen, Schwindel und Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen Magen-Darm-Beschwerden und Appetitlosigkeit dazu.

In depressiven Verstimmungsphasen gelang es W

kaum bis gar nicht, mich emotional zu erreichen. Gelegentlich begann W den Fehler mich aufzufordern, aktiv zu werden (s. unter Rat“schläge“), und wähle dafür ab und zu ungewollt den falschen Zeitpunkt. War ein unpassender Moment gewählt, konnte es passieren, dass ich in ein noch größeres Stimmungstief fiel. Befand ich mich darin, lief bei mir gar nichts.

Ich erinnere mich an Zeiten, wo ich mich aus Angst irgendwer könnte, versuchen, mich zu irgendetwas animieren oder motivieren, vollständig in mein Schneckenhaus zurückzog. Ich wollte für niemanden erreichbar sein. Mir fiel leiden leichter, als zu handeln.

W begriff sehr schnell, dass es keinen Sinn hatte, mich aus der Reserve zu locken und ließ mich in Ruhe. Das war gut so! Gut für uns beide. W wusste aus Erfahrung, dass der Zeitpunkt kommen wird, an dem ich wieder aufnahmefähig und bereit war, am Leben aktiv teilzunehmen. Ich dagegen wusste es häufig nicht.

Wenn du einmal recht mutlos und niedergeschlagen bist, dann denke an Jonas. Er kam sogar aus dem Bauch des Walfisches wieder heraus.

Thomas Alva Edison

THERAPIE

„Sie helfen Ihrem Mann, wenn sie versuchen, ihn davon zu überzeugen, dass eine psychologische Behandlung Leidensdruck = seelischen Schmerz nehmen kann“, so oder ähnlich lautete der Satz von Dr. X, den W verinnerlichte.

Mir wurde erklärt, dass eine Therapie, die bereits in der Frühphase einer Depression beginnt, und nicht erst in kritischen Situationen, sowohl für Betroffene als auch für Angehörige von Vorteil ist. Je eher mit einer Therapie begonnen wird, desto wahrscheinlicher sind die Heilungschancen. Je später eine Therapie beginnt, umso länger dauert der Heilungsprozess, sagen Therapeuten, Betroffene und auch ich.

Mir hatte es geholfen, dass W mich bei der Suche eines Therapeuten unterstützt hat. Über die Absicht, mir helfen zu wollen, wurde ich von W im Vorfeld informiert. Hinter meinem Rücken fanden keine Aktivitäten statt. Ich glaube, hätte W eigenmächtig gehandelt, hätte ich das Vorgehen fehlgedeutet und negativ begleitet.

Zwei Mal hatte ich den Wunsch, dass W den Therapeutenentscheidungen beiwohnt. Für diesen Wunsch hatte ich mehrere Gründe. Ich nenne nur ein paar davon:

- Ich wollte, dass W die Atmosphäre einer Thera-

piestunde und den Therapeuten kennenlernt.

- Ich wollte, das W, ich und der Therapeut ins Gespräch kommen. (s. Trialoge, Kapitel 18)
- Ich hoffte W im Beisein des Therapeuten Dinge sagen zu können, die ich ohne seine Anwesenheit, nicht gewagt hätte.
- Ich wollte, dass sich der Therapeut ein Bild von W machen konnte.

Aussagekräftige Informationen über Therapieformen, deren Abläufe, Begleitumstände, Auswirkungen, Nebenwirkungen gibt es viele. Sie im Detail aufzuführen würde den Rahmen dieser Veröffentlichung sprengen. Wer mehr zum Thema Therapie erfahren möchte, besorge sich Fachliteratur.

Ich beschränke mich darauf, Ihnen meine Erfahrungen und Erlebnisse mitzuteilen und weise ausdrücklich darauf hin, dass meine Kenntnisse und Erkenntnisse nicht übertragbar auf Andere sind.

Über Jahre verteilt habe ich viele Therapieformen kennengelernt, sie ausprobieren dürfen, erfolgreich abgeschlossen oder für wirkungslos erklärt.

Therapieformen, die ich kennengelernt habe, sind: Psychoanalyse – Verhaltenstherapie – Paartherapie – Psychodrama – Bewegungstherapie – Gestalttherapie – Gesprächstherapie – Einzeltherapie – Gruppentherapie – progressive Muskelentspannung nach Jacobsen – autogenes Training.

Aus allen Anwendungsformen habe ich Nutzen ziehen können. Habe ich gute und weniger gute Erfahrungen gemacht. Misserfolge lagen nicht generell an den Therapieformen, sondern zum Teil an den Therapeuten. Ich konnte zu einigen keinen emotionalen Zugang aufbauen. Die Therapeutenzuweisungen in Kliniken waren für mich häufig sehr problematisch. Bei unterschiedlichen Meinungen und Ansichten zog ich häufig den Kürzeren. Ich fühlte mich als Verlierer. Schwierig gestalteten sich in Kliniken gewünschte Therapeutenwechsel. Ich als Kassenpatient unterlag den Strukturen der Unternehmensführungen der Einrichtungen. Oft erlebte ich das Gefühl, das ich nach der Klinikaufnahme, einer totalen Fremdbestimmung unterlag. Allein das Personal schien zu wissen, was für mich gut ist, und was nicht. Ich kam mir vor wie Don Quichotte, der vergeblich gegen Mühlenräder kämpfte und verlor.

Eine ambulante Therapie hat andere Kriterien: Ich hatte freie Therapeutenwahl. Mir wurden bis zu fünf ‚Probestunden‘ (probatorische Sitzungen) eingeräumt, bevor die eigentliche Therapie begann. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass, wenn sich Patient und Therapeut darüber einig sind, dass ein gemeinsames Arbeiten aussichtslos scheint, ein neuer Therapeut, zu den gleichen

Bedingungen, kontaktiert werden kann. Nun hört sich das alles sehr weich und pflegeleicht an. Dem ist nicht so! Denn es ist nicht leicht, überhaupt einen Therapieplatz zu bekommen. Hat man einen gefunden, ist man versucht, ihn zu halten, weil man weiß, dass eine erneute Therapiesuche Wochen und Monate dauern kann. Ich habe erlebt, dass ein Therapeut mit mir nicht professionell umgehen konnte. Ich verschenkte kostbare Zeit und meine Misstrauensbekundungen kamen zu spät. Das passierte mir nur einmal. Aus dem Fehler habe ich gelernt. Die Chemie zwischen Patienten und Therapeuten muss stimmen. Sympathie lässt sich nicht erzwingen. Vertrauen kann wachsen. Dennoch müssen Grundvoraussetzungen gegeben sein.

Besonders holprig gestaltete sich der Beginn meines ‚Therapiehürdenlaufes‘. Fehlende Erfahrungen beziehungsweise Vorkenntnisse führten dazu, dass ich ‚alles‘ uneingeschränkt, ohne Widerspruch über mich ergehen ließ. Über die Möglichkeiten, den Therapieprozess mitzugestalten, wurde ich nicht aufgeklärt. Durch mein nicht vorhandenes, oder besser formuliert, verkümmertes Selbstwertgefühl war es mir nicht möglich, ‚STOPP‘ zu sagen oder kritische Anmerkungen zu machen. Was mir zu der Zeit fehlte, war eine Art ‚Beipackzettel‘, der mich über Risiken, Nebenwirkungen und Klientenrechte einer Therapie aufgeklärt hätte.

Nachdem ich begriffen hatte, dass ich den Therapieverlauf mitbestimme und ein Therapeut nur auf das, was ich erzähle, reagieren kann und nicht auf das, was ich verschweige, konnte ich mir in die Tiefen meiner Seele blicken lassen. Heute weiß ich, dass Offenheit und Grundvertrauen die Grundvoraussetzungen für eine erfolgreich verlaufene Therapie sind. Ereignisse, Erlebnisse, bedeutende - auch für mich unbedeutende - Tatsachen, die ich bewusst oder unbewusst verschweige, können nicht in eine Therapie einfließen. Durch unterlassene Offenheit - auch Ehrlichkeit - ergeben sich unklare Bilder, die unter Umständen zu falschen Ergebnissen führen.

Ein Therapeut sagte zu mir: „Oft sind es die kleinen, unscheinbaren Dinge, die wichtig sind. Sortieren Sie nicht nach wichtig und unwichtig. Spucken Sie alles aus, was in Ihrem Kopf herumsputzt. Gemeinsam werden wir sortieren und uns ein Gesamtbild erstellen.“

Nachdem „das Kind in den Brunnen gefallen war“ erfuhr ich, dass sich unnötige Enttäuschungen ausschließen lassen und falsches Eigenverhalten in der Therapie vermieden werden kann, wenn im Vorfeld ein Gedankenaustausch stattfindet.

Was wäre dafür besser geeignet als Selbsthilfegruppen für Betroffene aber auch für Angehörige. Hier können Gespräche mit Therapieerfahrenen stattfinden. Aus den Fehlern, die andere gemacht haben, lassen sich eigene vermeiden, die Zeit der Irrwege verkürzen.

Eines möchte ich deutlich sagen, Psychotherapien haben mir zu einem hohen Prozentsatz den Umgang mit Befindlichkeiten einfacher gemacht und Leid nachhaltig gelindert.

Meine Checkliste für eine erfolgreiche Therapie:

- Aktive Mitarbeit
- Aufklärung
- Darauf achten, dass Empfehlungen zu meiner Person, zu meinem Charakter passen
- Deutliche Ansagen geben und verlangen
- Grenzen aufzeigen
- Nachfragen
- Offenheit
- Stopp sagen
- Vertrauen
- Zielvereinbarungen treffen

Zum Schluss ist es mir wichtig anzumerken, dass auch W von meinen Therapien profitiert hat. Zunächst fiel es schwer mein verändertes Verhalten - das anfänglich sehr instabil war - zu verinnerlichen. Tatsache ist, dass W, wie fast alle Angehörige, von den Therapien nur dessen Auswirkungen erleben. Eine Chance den Entstehungs- und Entscheidungsprozess mitzugestalten. (S. Trialogische Behandlung - Kapitel 18) gibt es kaum. Es hatte auch deshalb viel Zeit gekostet meine Veränderungen nicht nur anzunehmen, sondern diese auch in unser gemeinsames Leben zu integrieren. Die Zeit, die zu investieren war, war gut angelegte Zeit. Von den Auswirkungen profitieren wir bis zum heutigen Tag.

Therapie ist der Versuch, der Krankheit beizubringen, wer von nun an befiehlt.

Unbekannt

ÜBERFORDERUNG

„Meine Frau verhält sich seit Monaten depressiv“, erzählte mir ein besorgter Ehemann. Er schilderte bildhaft, wie die Krankheit an seiner Gesundheit zehre und das der Zustand ihn überfordert. Ich erfuhr, dass verzweifelt nach Auswegen gesucht wurde, es aber keine zu geben schien. Ich spürte Hilflosigkeit und hörte: „Ich kann bald nicht mehr“. Ich empfahl dem Mann sich Hilfe von außen zu holen, womit ich meinte, Selbst-

hilfegruppen für Angehörige aufzusuchen, oder den ApK (Angehörigen psychisch Kranker, s. Kapitel 23 „Einige Service - Hilfsadressen“) um Hilfe bitten. Erschrocken war ich, dass besagter Mann gelegentlich zum Alkohol greift und Beruhigungsmittel schluckt, um besser mit sich und der Situation klarzukommen. Betäubungsmittel, gleich welcher Art sind ganz bestimmt keine Problemlöser, erklärte ich dem Mann. Er verstand und schaute beschämt zur Seite. Er versprach mir, über meine Hinweise nachzudenken und in den nächsten Tagen einen Arzt aufzusuchen. Bevor wir uns verabschiedeten, sagte ich noch zu ihm: „Sie sind gut beraten, wenn Sie gebotene Hilfen und Empfehlungen annehmen und nicht in Zweifel stellen.“ „Danke“, sagte der Mann, den ich nie wieder sah.

Eines, das sich lernen lässt, ist eine gesunde Distanz zum Betroffenen aufzubauen. Durch diese nicht ganz leichte Schule musste auch W gehen. An sich denken und für sich sorgen, bedeutet gesunden Egoismus leben, um einer Überforderung vorzubeugen, sagt W heute und empfiehlt soziale Kontakte aufrecht zu halten beziehungsweise zu knüpfen. W machte die Erfahrung durch Versäumnisse und Nachlässigkeiten, zu vereinsamen. Angehörige haben das Recht, sich eine Freude zu machen, sich zu belohnen, hatte jemand zu W gesagt und dass gegen Überforderung lachen hilft. W hat beides ausprobiert und kann es nur empfehlen.

Genau wie sich Angehörige überfordert fühlen, können sich auch Betroffene überfordert fühlen. Ich fühlte mich oft überfordert. Ständig gab es jemanden, der mich aufforderte etwas zu tun, oder zu lassen. „Mach dies!“ oder „Mach das!“ „Warum nicht?“ „Weshalb nicht?“ Derartige Anfragen und Aufforderungen nervten mich. Es gab Zeiten, da zog ich mich in mein Schneckenhaus zurück, weil ich Derartiges nicht mehr hören konnte und wollte. Nicht nur im privaten Bereich, sondern auch in Kliniken gab es Situationen, die mich nervten, die mich überforderten. Ein Beispiel:

Personalaussage: „Uns scheint, dass ‚es‘ das Beste für Sie ist.“

Reaktion von mir: „Ach ja?“

(Gedacht aber nicht ausgesprochen: Woher wissen Sie?)

Wer maßt sich an zu wissen, was das Beste für mich ist? Der Therapeut? Der Arzt? Der Nachbar? Der Freund? Der Arbeitskollege? Der Zeitungshändler?

W überforderte sich, indem er versuchte, in meinem Sinne zu denken, zu fühlen und zu handeln. Erst nach dem W die übertriebene Fürsorge als

zu starke Belastung empfand, sie einstellte, ging es W besser.

Anfänglich irritierte mich die Reduzierung an Aufmerksamkeit. Nachdem mir die Hintergründe klar waren und ich mich daran gewöhnt hatte, lebten wir gefordert, aber nicht überfordert.

*Angemessen fordern ist fördern,
übertrieben fordern ist überfordern.*

Manfred Bieschke-Behm

UNTERFORDERUNG

Weil ich es selbst negativ erfahren habe, werde ich nicht müde davon zu erzählen, dass W sich und mir keinen Gefallen getan hatte, alle Aufgaben und Verpflichtungen von mir ferngehalten. Ich, auch wenn ich es über einen längeren Zeitraum nicht wahrhaben wollte, benötigte für die eigene Zufriedenheit das Gefühl selbst etwas geregelt zu bekommen. Für die Wiederentdeckung und dem Aufbau meines Selbstwertgefühls war das Sammeln von Erfahrungen eine notwendige Aktion. Und dazu gehörten nicht nur das positive, sondern auch das negative Erleben.

Es gab Phasen, wo Nichts bei mir ging, wo kleinste Aufgaben mich vor große Herausforderungen stellten. W bekam das mit und reagierte, indem ich zu hören bekam: „Lass, ich mach das.“ Mir gefiel das. Ich nutze die Großzügigkeit aus. Ich hatte viel Zeit in den Tag hineinzuleben aber auch über Nutzlosigkeit und Minderwertigkeit nachzudenken. Dass ich durch Unterforderung zu viel Leerlauf in meinem Alltag hatte, was unter anderem dazu führte, dass ich negatives Gedankengut entwickelte, wurde mir und W erst bewusst, als ich ernsthaft über Kliniksehnsüchte sprach. Erst als ich erkannte, dass aktives Leben für Zufriedenheit sorgt, veränderte ich meine Lebensführung. Plötzlich fühlte ich mich dem Leben zugewandt und hatte weniger Zeit zum Grübeln.

*Die Kunst der Lebensführung besteht bekanntlich
darin, mit gerade so viel Dampf zu fahren,
wie gerade da ist.*

Theodor Fontane

UNTERSTÜTZUNG

In jeder Diskussionsrunde taucht von Angehörigen immer wieder die Frage auf: „Wie und womit kann ich helfen und unterstützen?“

Auf diese Frage gibt es nicht nur eine Antwort. Zunächst kommt es auf die Konstellation an. Handelt es sich um Partnerschaften oder um Eltern/Kinder oder Geschwister. Für jede Gruppierung gibt es andere

Ansätze und Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung. Eines gilt vielleicht für alle Gruppierungen: Sich mit der Krankheit auseinandersetzen, sie annehmen und nicht ablehnen, Eigeninitiative fordern und fördern und, stellen sich selbst kleine Erfolge ein, diese wahrnehmen und anerkennen: „Toll, dass du es geschafft hast“. „Toll, dass wir es geschafft haben.“

Unterstützer sein heißt in meinem Verständnis nicht bedingungsloser Dienstleister sein, sondern ein Helfender. Ein Helfender ist jemand, der sich einsetzt, wenn es allein nicht geht. Einer, auf den ich mich verlassen kann. Ein Förderer und Fördernder. Ein Beschützer und einer, der Grenzen aufzeigt. So eine Person ist W vor meiner Erkrankung gewesen und ist es bis heute. Für mich war es von großer Bedeutung, dass W nie an Therapieerfolge zweifelte. Wenn ich aufgeben wollte, wurde ich – ohne, dass Druck ausgeübt wurde – motiviert durchzuhalten und weiter zu machen. Ohne die Unterstützung von W – so vermute ich – hätte ich die „Höllenfahrt“ nicht schadlos überstanden. Die Tatsache, dass W das Versprechen einhielt, auch in beunruhigenden Lebensphasen zu mir zu halten, trug mit dazu bei, mich von meiner Krankheit immer mehr entfernen zu können.

Was wären in dieser Welt die Starken ohne Unterstützung der Schwachen?

Otto Weiss

VERHALTENSWEISEN

„Mein XYZ hat Verhaltensweisen entwickelt, die mir fremd sind, die mich stören, mit denen ich nicht klarkomme“. Mit dieser oder ähnlich formulierten Aussagen konfrontieren mich Angehörige und wollen von mir wissen, was sie tun sollen. Bevor ich darauf eingehe, versuche ich zu erklären, dass die Krankheit Betroffene in ihrem Verhalten verändert und das es wichtig ist, Auffälligkeiten nicht persönlich zu nehmen. Bei mir war der Wunsch nach Rückzug und der Mangel Gefühle zu zeigen beziehungsweise Gefühle zu erwidern Eigenschaften, die ich vor Ausbruch der Krankheit nicht kannte. Die Krankheit veränderte Verhaltensweisen sowohl bei mir als auch bei W. Verhaltensveränderungen schlichen sich ein und setzen sich fest. Anfänglich wurden Abweichungen als vorübergehende Erscheinungen wahrgenommen, selten als Alarmsignale. Später festigten sich Wesens- und Verhaltensveränderungen, nahmen eher zu als ab. Bis wir uns mit den Auffälligkeiten ernsthaft auseinandersetzten, vergingen viel zu viel Zeit.

Wie schon erwähnt, wurden auch bei W Verhaltensänderungen wahrgenommen. „Du kommst gar nicht mehr zu unseren Treffen“, mokierten sich Freunde und Bekannte. „Wo ist deine Fröhlichkeit geblieben?“, wollte der gleiche Personenkreis wissen. „Gibt es nur noch Manfred in deinem Leben und sonst Nichts?“ „Sind wir dir gleichgültig?“ Diesen und ähnlichen Fragen wurden W oft gestellt. Irgendwann konnte und wollte sich W nicht mehr rechtfertigen. Die Konsequenz war: Kontakte schiefen ein beziehungsweise reduzierten sich.

Ich hatte mir den Satz zu eigen gemacht: „Da ich mich selbst nicht verstehe, kann ich nicht erwarten, dass andere mich verstehen.“ Auch der Satz: „Mit mir möchte ich nicht befreundet sein“, machte die Runde. Beide Sätze sagen mehr, als es Worte hergeben. Die Krankheit Depression hatte mich nicht mehr ICH sein lassen. Mein Innerstes drohte von der Krankheit aufgeffressen zu werden. Mein äußeres Erscheinungsbild schien mir nicht mehr ansehenswert. Ein Blick in den Spiegel machte mir Angst. „Wer ist das, der mich da anlotzt?“

Anfänglich hatte ich verändertes Verhalten locker genommen. Später mich dagegen aufgelehnt, den Kampf angesagt. Als ich merkte, dass ich dabei war, den Kampf zu verlieren, gab ich (mich) auf. „Ein Verlierer hat keine andere Chance als sich seinem Schicksal zu fügen“, ein demotivierender Satz, von denen viele abrufbar in meinem Hirn herumspukten. Was mir fehlte war der Funke Glut, der einem positiven Flächenbrand zum Ausbruch hätte bringen können. In mir war nur Asche, alles tot.

Für W bestand lange die Hoffnung, dass sich alles zum Besten wenden würde. Kleine positive Veränderungen – die mir selbst nicht aufgefallen sind – wurden von W als der Beginn, als Sieg über die Krankheit gefeiert. Spätestens als Rückschläge zu verzeichnen waren, sank bei W die Bereitschaft, an ein schnelles Ende zu glauben. Verhaltensänderungen bei W blieben mir nicht verborgen. Das Thema angesprochen hatte ich nicht. Ich wollte keine Konfrontation. Ich wollte keine Erklärungen hören, die bei mir zusätzliche Schuldgefühle hätten auslösen können. Ich wäre auch nicht fähig gewesen, mich mit der Situation auseinandersetzen zu können. Zusammengefasst lässt sich sagen, dass unsere veränderten Verhaltensweisen kein Anlass waren etwas daran zu ändern, obwohl sie störten.

Irgendwann hatten Gesprächspartner es geschafft, uns wachzurütteln. W sah ein, dass sich etwas ändern müsse. Bei mir hatte die Einsicht

und Bereitschaft länger gedauert. Letztendlich half mir eine Verhaltenstherapie bestimmte Verhaltensweisen zu überdenken, zu korrigieren und abzustellen.

Aus dieser Erfahrung heraus empfehle ich Auffälligkeiten sowohl beim Betroffenen, als auch beim Angehörigen zu registrieren. Sie nicht zu ignorieren oder gar ins Lächerliche zu ziehen. Haben sich Verhaltensmuster und Auffälligkeiten erst einmal eingeschlichen, und werden sie bedenkenlos gelebt, wird es schwierig, Veränderungen herbeizuführen. Glauben Sie mir, ich weiß, wovon ich spreche beziehungsweise worüber ich schreibe.

*Ich bin nicht mein Verhalten, sondern:
Ich (hand-) habe mein Verhalten.
Unbekannt*

ZUVERSICHT

Oft erschien uns die Bewältigung meiner Krankheit ausweglos. Erst als wir erfuhren, dass eine Depression eine Krankheit ohne „Ewigkeitsfaktor“ und gut behandel- und heilbar ist, legte sich unsere Resignation. Die berechtigte Hoffnung, dass eine Depression vorübergeht, erleichterte uns den Umgang mit der Krankheit.

Der Gedanke, dass alles keinen Sinn hätte, war fest in meinem Hirn verankert. Ich steigerte mich immer mehr in die sogenannte „Opferrolle“. Leiden schien mir einfacher zu sein, als zu handeln. Ich hatte mich mit meinem Schicksal abgefunden, mich mit der Krankheit „eingrichtet“. Es gab Situationen, in denen ich mich mit dem Zustand krank zu sein sogar wohlfühlte. Für Zuversicht war kein Platz in meinem Kopf. Mein Kopf war angefüllt mit „Vergangenheitsmüll“ und tausend Fragezeichen.

Auch W nahm anfangs alles, was meine Krankheit mit sich brachte, als gegeben hin. Was uns unterschied war, dass W zuversichtlich war, das heißt, davon überzeugt war, dass alles sich zum Besseren wenden wird.

Später erklärte mir W, dass ohne Zuversicht die schwere Zeit mit mir nicht durchstehbar gewesen wäre.

*Zuversicht ist Einsicht auf Aussicht.
Ernst Ferst*

ZWISCHENPHASEN

Ich höre nicht auf davon zu erzählen, dass es wichtig ist, die Zeit zwischen depressiven Episoden für Erholung und Aufbau zu nutzen und

die Zeit nicht dafür zu verwenden auf die nächste Phase zu warten, so wie ich es jahrelang tat.

Lange Zeit nutzte ich Zwischenphasen, um über die nächste Depression nachzudenken:

- Wann kommt sie?
- Wie intensiv wird sie ausfallen?
- Mit welchen Folgen/Konsequenzen?

Durch diese ungesunde Art, mit der beschwerdefreien Zeit umzugehen, nahm ich mir die Chance, mich von der Krankheit zu entfernen.

In einer Akutphase war es mir nicht möglich klare Gedanken entstehen zu lassen, um diese gewinnbringend einzusetzen. W wusste das. W ließ mir Zeit mich zu regenerieren, mich zu erholen. Wenn dieser Prozess abgeschlossen war, versuchte W durch geschicktes Taktieren Denkprozesse bei mir in Gang zu setzen, in dem ich gefragt wurde:

- „Gibt es etwas, wozu du Lust hättest?“
- „Wollen wir etwas zusammen unternehmen?“
- „Kann ich etwas für dich tun?“

Nicht immer war ich bereit im Sinne von W zu reagieren. Oft lag es daran, dass der Zeitpunkt falsch gewählt war. Nicht immer fiel es W leicht meine Verweigerung als ein nicht „nicht Wollen“, sondern als ein „nicht Können“, zu akzeptieren.

In der Therapie lernte ich, mir Fragen zu stellen.

- „Was tut/täte mir gut?“
- „Was bräuchte ich?“
- „Was kann/könnte ich machen, damit es mir (wieder) besser geht?“
- „Wie kann ich vorbeugen?“
- „Wer oder was kann mir dabei helfen?“

Nicht sofort fand ich Antworten auf diese und andere Fragen. Allein dadurch, dass ich fähig war, mir diese Art von Fragen zu stellen, beeinflusste ich mein Denken, Fühlen und letztendlich mein Handeln positiv. Ich befand mich nicht mehr in einer „Negativspirale“. Ich war gewechselt in die „Positivspirale“ und bewegte mich nach oben. Seit Jahren haben sich bei mir keine sorgenmachenden Episoden eingestellt. Abgeschwächte Episoden, die ich gelegentlich durchlebe, werden von mir zu Zwischenphasen degradiert. Ich habe gelernt, dass diese beherrschbar sind und dass ich ihnen nicht mehr Aufmerksamkeit schenken darf, als unbedingt erforderlich.

*Ich bin Hauptmieter
und die Depression ist Untermieter.
Wo es langgeht,
bestimmt der Hauptmieter.
Manfred Bieschke-Behm*

In diesem Kapitel haben Sie viel über mich und W erfahren. Sie wissen jetzt, was mir und W zunächst geschadet und letztendlich geholfen hat, den „Teufelskreis“ zu durchbrechen. Sie kennen jetzt unsere „Stolpersteine“ und wie wir sie aus dem Weg räumen konnten.

Vielleicht gelingt es mir durch meine A-Z Ausführungen Denkanstöße zu geben und die Angst vor dem Scheitern, zu nehmen. Nehmen Sie wie W und ich Hilfe an und lassen Sie sich durch Misserfolge nicht entmutigen.

Vincent van Gogh (Maler) soll gesagt haben:

Das Gelingen ist manchmal das Endresultat einer ganzen Reihe missglückter Versuche.

Zum Schluss einen Hinweis für Angehörige:

Machen Sie nicht den gleichen Fehler wie W und stellen Sie sich infrage. Nutzen sie jede Gelegenheit ihr Wissen zu erweitern und anzuwenden. Denken Sie daran: Keinem ist geholfen, wenn aus einem Angehörigen ein Betroffener wird, wenn ein Angehöriger die Seite wechselt.

*Das Lernen hört nie auf,
die Bereitschaft dazu schon,
deshalb lerne, dir die Bereitschaft zu erhalten.*
Manfred Bieschke-Behm

09

Belastende Gefühle – falsches Verhalten – Regeln oder

Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans **nimmermehr** nur schwer

W litt häufig unter meiner Erkrankung. Der Umgang mit mir war aufreibend, mühevoll, zum Teil schwierig, anstrengend, ermüdend, auch unbequem und gelegentlich frustrierend. Das lag zum Teil daran, das sich negative Wahrnehmungen immer wieder einstellten. W kam des Öfteren an den Punkt sich selbst auferlegten Aufgaben, nicht gewachsen zu sein. Nach außen spielte W Empfindungen herunter: „Mir? Mir geht es gut!“ Doch dem war nicht so. Später erklärte mir W, dass das Ignorieren eigener Gefühle und das Ausklammern von Befindlichkeiten grobe Fehler waren. „Ich hätte Gefühle zulassen sollen. Ich hätte sie akzeptieren müssen. Ich hätte mich mit ihnen auseinandersetzen, über sie sprechen müssen.“ Immer wieder ‚hätte‘.

Heute wissen wir, dass es für Empfindungen Auslöser gibt, und dass es Sinn macht, den eigenen Gefühlen nachzuspüren. W weiß heute, dass Sätze wie: „Ich bilde mir das alles nur ein“, oder „... wird schon von allein wieder verschwin-

den“ Schutzbehauptungen und Entschuldigungen waren, die nicht geeignet sind Abhilfe zu schaffen.

Mit dem Wissen, das sich Gefühle und Gedanken nicht verbieten, aber durchaus beeinflussen lassen, veränderten sich unsere Umgangsformen in Bezug auf Gefühle und daraus resultierendem Verhalten. Wir fingen an, unsere An-

schauungen, Ansichten und Einstellungen auf den Prüfstand zu stellen.

Beim ‚Aufräumen‘ haben uns folgende Fragen geholfen:

- „Was sind die Auslöser und Beweggründe für unsere Gefühle und Gedanken?“
- „Stimmen unsere Einstellungen? (Was damals galt, muss heute nicht mehr aktuell sein)“
- „Wer oder was kann uns bei Problemlösungen helfen?“

Für das eigene Wohlbefinden ist es wichtig, sich Freiräume zu schaffen.

Um für sich Klarheit im Denken, Fühlen und Handeln zu bekommen, suchte W das Gespräch mit anderen Betroffenen. Der Erfahrungsaustausch und die damit verbundene Wissenserweiterung waren heilsam und hilfreich zugleich. W

erfuhr, wie andere mit belastenden Situationen umgehen, welche Fehler gemacht werden und wie sie vermieden werden können. Diese Gespräche waren befreiend und angstlösend. Sie halfen quälende Gedanken aufzubrechen und den Kopf, freizubekommen. W erfuhr auch, dass es für das eigene Wohlbe-



Gefühle

finden wichtig ist, sich Freiräume zu schaffen – und das, ohne dabei ein schlechtes Gewissen haben zu müssen. W hatte die Einstellung, keine Liebhabereien pflegen zu dürfen und keine Verabredungen treffen zu können. W vertrat die Meinungen: „Ich kann Manfred doch nicht alleine lassen.“ - „Was soll Manfred von mir denken?“ - „Wenn Manfred meine Abwesenheit dazu

nutzt, sich etwas anzutun, mache ich mir ewige Vorwürfe.“

Nachdem W verinnerlicht hatte, dass alternative Beschäftigungsfelder und die Pflege sozialer Kontakte zur eigenen Gesunderhaltung wichtig sind, und dass es ungesund ist, sich von mir und meiner Erkrankung vollkommen vereinnahmen zu lassen, schwanden Schuldgefühle.

Von irgendetwem hörte W den Satz: „Depressive sind ansteckend – pass auf!“ Was diese Person zum Ausdruck bringen wollte, ist, das Angehörige darauf achten müssen durch ihr Verhalten nicht selbst depressiv zu werden.

Wiederholt erklärten mir Angehörige, dass Betroffene für die eigene Frustration verantwortlich sind. Nicht selten fielen Sätze wie:

- „Er/sie macht sich keine Gedanken darüber, wie ich leide.“
- „Ich werde ausgenutzt.“
- „Ich habe überhaupt keine Zeit mehr für mich.“
- „Das habe ich nicht verdient!“
- „Mit ein bisschen mehr Mühe würde es schon gehen. Aber er/sie will ja nicht.“

Keine Frage, die Zufriedenheit von W wurde durch das sich kümmern und das sich Sorgen machen um meine Person geschmälert. Mit dem Satz: „Sie bestimmen, wie weit Sie sich selbst vernachlässigen, und nicht Ihr Mann“, konnte W zunächst nichts anfangen. Zögernd begriff W, wie bedeutsam es ist, für sich selbst zu sorgen und das NEIN-Sagen nicht gleichzusetzen ist mit, ich mag dich nicht.

„Die Krankheit Depression ist kein Freibrief für alles Tun und Nichtstun. Sie müssen Grenzen setzen“, empfahl unsere Hausärztin und fügte hinzu: „Ihr Mann muss lernen, dass Grenzüberschreitungen nicht länger akzeptiert werden.“

W hatte Wichtiges gehört und stand nun vor der Aufgabe mich in das Wissen zu integrieren:

„Ich bin nicht dein Punchingball, an dem du deinen ganzen Frust abladen kannst. „Lass diejenigen deine Wut spüren, die Auslöser sind und waren. Sie haben es verdient, damit konfrontiert zu werden! Tu nicht denen weh, die es gut mit dir meinen. Und tue mir einen Gefallen, benutze deine Depression nicht als Entschuldigungszettel.“

Das hatte gesessen. Diese Sätze stimmten mich nachdenklich und sie hatten sich besonders tief in mir eingebrannt. Ich begriff, dass ich die Wut, die ich gegen mich selbst und andere hegte und pflegte, nicht an Unschuldige abladen darf, und dass eine Depression nicht alles erlaubt.

Für mich war es hilfreich, dass Strukturen mei-

nen Alltag regelten. W achtete darauf, dass Absprachen eingehalten wurden. W erkannte Sachverhalte, die mich überforderten, und akzeptierte meine ablehnenden Reaktionen. Über bestimmte Punkte ließ W nicht mit sich reden:

- Für den Wäschewechsel bist du verantwortlich, ebenso für die Körperpflege.
- Du achtest darauf, dass du deine Arzt- und Therapeutentermine einhältst und für die regelmäßige Medikamenteneinnahme sorgst.
- Du bist verantwortlich Verabredungen einzuhalten und möglichst pünktlich zu sein.
- Nach Möglichkeit wird gemeinsam gefrühstückt und auch die restlichen Mahlzeiten des Tages werden zusammen eingenommen.

Die Gefahr, dass W selbst depressiv wird, war groß (s. hierzu „Erklärendes zu Spiegelneuronen“ am Kapitelende). Die Gefahr, eine Depression zu entwickeln, besteht nicht nur in Partnergemeinschaften, sondern gilt auch für Verbindungen Eltern, Kinder und Jugendliche.

Dass die Krankheit Depression generationsübergreifend sein kann, dürfte hinlänglich bekannt sein.

Das sich ein Erwachsener durch Schulungen, Gespräche mit Betroffenen und Angehörigen, Besuchen von Selbsthilfegruppen etc. lernen, kann sich besser in die Welt eines

Depressiven hineinversetzen, ist gelebte Realität. Aber wie verhält es sich bei Kindern und Jugendlichen? Erfährt dieser Personenkreis genügend Aufmerksamkeit und Aufklärung? Wird auf deren Gefühle und geäußerten Wahrnehmungen Rücksicht genommen? Wird sich genügend Gedanken darüber gemacht, wie Kinder und Jugendliche mit ihrem Erleben klarkommen? Geht es der jungen Generation so wie mir, der nicht aufgeklärt wurde, als er sich über die Befindlichkeit der Mutter erkundigte? Der sich nicht getraute auf die Ansagen: „Das verstehst du nicht“, oder „Das geht vorüber, mach dir keine Sorgen“, nachzufragen? Der durch nicht stattgefundenen aufklärenden Gesprächen Schuldgefühle entwickelte und das erste Mal Selbsttötungsgedanken entwickelte? Meine Mutter (Jahrgang 1926) war in meiner Rückbetrachtung wiederkehrend depressiv. Gesprochen wurde darüber nie. Es hieß immer nur: „Ihr dürft Mutti nicht aufregen, ihr geht es nicht gut.“ oder „Lasst sie einfach in Ruhe“ Meine drei Jahre jüngere Halbschwester und ich waren angehalten, uns entsprechend zu verhalten. Sah ich unsere Mutter weinen - was oft vorkam - suchte ich den Grund für ihre Traurigkeit bei mir. Die

*Tu nicht denen weh,
die es gut mit dir meinen.*

Familie ließ mich in dem Glauben, Auslöser zu sein. Vielleicht war es auch so? Vielleicht war der vernichtende Satz meines Stiefvaters. „Wenn es dich nicht gäbe, ginge es uns allen besser“, die in der Familie vertretende Wahrheit.

Des Öfteren gab es Momente, wo ich mir sagte: ‚Tot sein ist einfacher, als leben.‘ Doch aus dem Leben zu scheiden, war dann doch nicht so einfach, wie ich glaubte. Ich brach meinen ersten Suizidversuch ab.

(Mehr zum Thema Mutter/Sohn Verhältnis erfahren Sie im Kapitel 11).

Starke Schuldgefühle hielten bei mir bis ins hohe Erwachsenenalter an. Erst viel später, nachdem ich die Zusammenhänge meines Familienverbandes besser verstand, fing ich an, mich von zwanghaften Schuldgefühlen zu befreien. Bis dahin lebte ich eingeschüchtert, verunsichert und fühlte mich mit meinen Empfindungen alleingelassen. Nie über Gefühle sprechen zu dürfen, alles in sich hineinzufressen und ohne Liebe und Anerkennung erwachsen werden, waren große Herausforderungen an mein Leben. Diese nicht freiwillig gewählte Lebensform scheint mir das Fundament zu sein, auf dem sich die Krankheit Depression Stein für Stein zu einem instabilen Gebäude auftürmen konnte.

Aufgrund der Kenntnisse meiner Lebens- und Leidensgeschichte glaubte W mir die Liebe und Geborgenheit, nach der ich mich immer gesehnt hatte, nachträglich geben zu können. Da ich mich im Umgang mit Nähe und Zuneigung nicht auskannte, konnte ich „das große Geschenk“ nur eingeschränkt annehmen und zurückgeben. Anfänglich begriff W mein ablehnendes Verhalten nicht. Die Partnerschaft lief Gefahr, zu zerbrechen. Uns beiden war nicht klar, dass Versäumtes nicht nachholbar ist. Für viele sind Nähe und Geborgenheit so selbstverständlich, wie Essen und Trinken. Anders bei mir. Mir fehl-

ten positive Erfahrungen und Erinnerungen. Ich kannte nur die bittere Seite des Lebens, die süße war mir unbekannt.

„Was Hänschen nicht lernt,
lernt Hans nimmermehr“

Hierbei handelt es sich um ein altes Sprichwort. Für mich war dieses Sprichwort lange Zeit meine Wahrheit.

Erklärendes zu Spiegelneuronen:

Fällt ein Kind hin und schlägt sich das Knie auf, leiden die Eltern mit und fühlen oft sogar den Schmerz. Begegnen wir einem Menschen im Bus, der uns kurz anlächelt, lässt uns dies spontan zurücklächeln und kann uns manchmal den ganzen Tag in gute Stimmung versetzen. Die Frage, die sich mir stellt: *„Warum können wir ganz intuitiv mitfühlen beziehungsweise uns vorstellen, was in einem anderen Mitmenschen vorgeht?“*

Die Erklärung dieser Phänomene liegt in den von Wissenschaftlern entdeckten Spiegelneuronen. Das ist ein weitverzweigtes System von speziellen Nervenzellen in unserem Gehirn.

Diese Nervenzellen werden durch die Gegenwart anderer Menschen aktiviert und rufen sozusagen spiegelbildlich die Gefühle oder Körperzustände des anderen in uns wach. Spiegelneuronen sind somit die neurobiologische Basis für unser intuitives Wissen und das Verständnis dessen, was andere Menschen fühlen. Sie melden uns, was Menschen in unserer Nähe fühlen, und lassen uns deren Freude oder Schmerz mitempfinden. Deshalb ist Lachen so ansteckend, umgekehrt aber auch eine gedrückte Stimmung.

Quelle: www.gesundheit.de (2016)

*Gesprochen wurde
darüber nie.*

*Im Herzen ein Kind bleiben,
im Kopf erwachsen werden,
als Mensch authentisch leben.*

Manfred Bieschke-Behm

10

Kindererleben oder

Aufklärung kann vor unerwünschten Nebenwirkungen schützen

Meine Mutter leidend zu erleben, war für mich schwer auszuhalten. Ständig beschäftigte mich der Gedanke, wie ich meine Mutter vor Schaden hätte schützen können. Selbstvorwürfe, ich wäre schuld an ihrer Unpässlichkeit, überforderten mich. Mir fehlte jemand an meiner Seite, der mich hätte, aufklären und Schuldgefühle hätte nehmen können. In meiner Naivität und Not dachte ich darüber nach, wegzurennen. Aus Angst vor Konsequenzen

setzte ich diese Vorstellung nicht in die Tat um. Dafür verfolgte mich der Wunsch einfach abzuhausen wiederholt in meinen Träumen. Ich erinnere mich an Alpträume, in denen ich lief und lief, plötzlich den Boden unter den Füßen verlor und letztendlich schweißgebadet und mit starken Kopfschmerzen aufwachte. Bereits als Kind später als Jugendlicher litt ich oft unter Druckkopfschmerz und Migräne. Nicht allein deshalb waren Konzentration und Lernfähigkeit in der Schule stark eingeschränkt.

Als Erwachsener wurde ich darüber aufgeklärt, dass ich von meiner Mutter in eine ungewollte Pseudo-Erwachsenenrolle gedrängt

war. Ich war von ihr ausgewählt, mir ihr Leid anzuhören. Für meine Probleme war kein Platz. Ich verbot es mir, sie mit meinen Beschwerden, zu konfrontieren. Dazu gehörten: körperliche Schmerzen, Konzentrationsschwierigkeiten, Angst vor dem Stiefvater, der wochenlange sexuelle

Missbrauch durch einen Mann der Kirche, Angst niemandem zu genügen, Angst vor dem Leben. Ich fühlte mich durch falsche Erziehung für meine Mutter verantwortlich. Und das sowohl für den Zustand ihrer Zufriedenheit als auch für den Zustand ihrer immer wiederkehrenden Unzufriedenheit.

*Ich habe mir als Kind oft die Frage gestellt:
„Was habe ich falsch gemacht?“*

Eine kindgerechte Entwicklung war unter diesen Umständen nicht möglich. Ich fühlte mich selten als Kind. Viel öfter dagegen als über-

forderter Nichterwachsener.

Für mich wäre es wichtig gewesen mich mit meinen Problemen vertrauensvoll, an jemanden wenden zu können. Zuhören, Verständnis zeigen und kindgerechte Offenheit hätten Klarheit und Sicherheit bringen können. Für die schwierigen, aber notwendigen Gespräche fehlten mir einfühlsame Familienmitglieder, Personen die Erfahrung im Umgang mit Kindern und Depressionen haben sowie Kinderärzte und psychosoziale Dienste.

Im Gespräch mit einem entfernten Verwandten erfuhr ich, das er und seine Frau – um ihr Kind zu schonen beziehungsweise vermeintlich zu schüt-

ten – nicht über die Erkrankung der Frau sprechen. Beide sind in dem Glauben, dass ihr Kind zufriedener lebt, wenn es unbelastet, unaufgeklärt ist und bleibt. „Warum unsere Tochter unnötig in Angst und Schrecken versetzen?“, lautete ein Satz, der noch heute in meinem Ohr klingt. Für ihr Be-



Kindererleben

troffenenverhalten werden Entschuldigungen er-
funden und Auffälligkeiten „kleingeredet“. Mein
Hinweis, dass durch „totschweigen“ Kinder unter
Umständen mehr belastet werden, als durch auf-
klärende Gespräche, war nicht überzeugend. Ich
konfrontierte meinen Verwandten mit der Tat-
sache, dass ich mir als Kind oft die Frage gestellt
hatte: „Was habe ich falsch gemacht?“ und keine
Antworten fand. Ich erzählte von meinen Schwie-
rigkeiten in Bezug auf die Erkrankung meiner
Mutter und wie schwer es für mich war im Unkla-
ren zu sein. Wie sollte ich mich verhalten, wenn
ich nicht weiß, nicht begreife, weshalb mir meine
Mutter immer fremder wurde? Ich fühlte mich al-
lein gelassen. Ich konnte mir die Frage nach dem
„Warum“ nicht allein beantworten. Immer wieder
bekam ich zu hören: „Lass Mutti besser in Ruhe.“
Was wollte man mir mit diesem Satz sagen? Soll-
te das heißen, dass ich den Kontakt zu einer, mir
sehr vertrauten Personen, besser meide, zumin-
dest stark reduziere? „Kannst du dir
vorstellen, dass ich durch diese Auf-
forderung in meinem natürlichen
Verhalten und Verlangen gestört
wurde“, fragte ich. „Plötzlich schien
dass das, was normal ist, nicht ge-
wünscht. Annäherungsversuche scheitern oder
wurden gar unterbunden“, erklärte ich. „Hätte
man mich aufgeklärt, hätte ich begriffen mit der
veränderten Situation anders (gesund) umzuge-
hen. Begreift du, was ich dir sage?“, erkundigte ich
mich und sah in ein ratloses Gesicht.

Aufklärung, so mein Vorschlag, schützt vor „un-
erwünschten Nebenwirkungen“. Kinder sollten
wissen, dass sich die erkrankte Person derzeit
nicht so, wie gewohnt, um sie kümmern kann. Sie
sollten davon in Kenntnis gesetzt werden, dass es
sich um eine Krankheit handelt, die behandelbar
ist. Sie sollten auch erfahren, dass nach einer Be-
handlung eine reelle Chance besteht, wieder in
ein gewohntes Leben zurückzukehren und damit
ein gewohnter Alltag möglich ist.

Depressive Mütter berichteten mir in Selbsthilfe-
gruppengespräche, dass es ihnen häufig schwer-
fällt, auf die Kontaktsuche ihrer Kinder einzuge-
hen. Sie fühlen sich emotional dazu nicht in der
Lage. Ich hörte, dass Mütter wissen, dass ihre Kin-
der nicht nur die körperliche Anwesenheit benö-
tigten, sondern vor allem die emotionale Nähe.
Aber das Wissen allein – so die bittere Erfahrung
- reicht nicht aus, Bedürfnisse zu befriedigen.
Auch deshalb scheint es mir wichtig, Kinder über
Zustände und Tatsachen aufzuklären, und auf
Fragen ehrliche Antworten zu geben.

Während eines Symposiums hörte ich, dass
Kinder, die im Umfeld depressiver Menschen
aufwachsen ein dreifach erhöhtes Risiko tragen
später selbst depressiv zu werden. Sie schauen
sich Angewohnheiten, Eigenarten und Verhal-
tensmuster Betroffener bzw. Angehöriger ab und
übernehmen, leben diese unreflektiert. Vermut-

*Was es heißt, mit tausend
Fragezeichen im Kopf
durchs Leben gehen weiß
ich zur Genüge.*

lich ist das bei mir auch der Fall.
Mir ist es wichtig darauf hinzu-
weisen, dass Familien für stabile
familiäre Beziehungen sorgen, dass
ein Kind jederzeit angstfrei Fragen
stellen und jeden Zweifel äußern

darf. Genau das hat mir gefehlt. Was es heißt, mit
tausend Fragezeichen im Kopf durchs Leben ge-
hen zu müssen, was es heißt, ohne innere famili-
äre Bindung leben zu müssen, was es heißt, keine
Schulfreunde haben zu dürfen, was es heißt, ohne
kindgerechte Behandlung aufwachsen zu müssen
und was es heißt, die Welt der Erwachsenen nicht
zu verstehen, weiß ich zur Genüge. Auch wie
schwer es ist sich von derartigen Erinnerungen
zu trennen.

Ich habe es geschafft Frieden mit der eigenen
Kindheit (Vergangenheit) zu schließen und ein
selbstbestimmtes Erwachsenenleben zu führen.
Ich habe gelernt zu verzeihen und nicht an Feind-
bildern festzuhalten. Ich habe begriffen, dass Auf-
klärung in jedem Lebensalter notwendig ist.

*Leben vor dem Tod ist uns gewiss,
Leben nach dem Tod nicht,
Nutzen wir die Zeit vor dem Ungewissen.*
Manfred Bieschke-Behm

11

Selbsttötungsandrohung – Suizid! Ein sensibles Thema oder Wer sich umbringen will, redet nicht darüber

Ich komme auf ein Thema zu sprechen, vor dem ich großen Respekt habe. Das Thema ist so sensibel, das es mir Mühe macht, passende Worte zu finden. Bitte erwarten Sie keine wissenschaftliche oder psychologisch fundierte Abhandlung. Ich kann nur persönliche Erfahrungen mit dem Thema Selbsttötung bzw. Ankündigungen wiedergeben und das, was mir zugetragen wurde. Ich versuche, mich dem Thema zu nähern. In meiner über 20-jährigen Selbsthilfegruppentätigkeit gab es mehrere Situationen, in denen Mitglieder mit Selbsttötung drohten bzw. sich getötet haben. Ankündigung, sich das Leben nehmen zu wollen, egal wann und wo, haben bei mir jedes Mal Ängste ausgelöst begleitet von Hilflosigkeit, Verunsicherung und Erinnerungen.

Bemerkungen wie:

„... dann bringe ich mich eben um“

„... dann seid ihr mich endlich los“

„... dann bin ich keine Belastung mehr“

lassen mich aufhorchen, machen mich ratlos und mitunter mundtot.

Obwohl es in meinem Leben mehrere Selbsttötungsabsichten gab, habe ich nie damit gedroht, nie angekündigt und nie jemanden ins Vertrauen gezogen. Erstmals spukten suizidale Gedanken im vorpubertären Alter in meinem Kopf herum. Die hielten sich bis ins Erwachsenenalter. Eigentlich wollte ich nie Tod sein, aber ein Leben wie bisher wollte ich auch nicht führen. Die Suche nach

Alternativen war erfolglos. Große Angst hatte ich, dass meine Selbstmordgedanken so mächtig werden könnten, dass sie mir keine andere Wahl ließen, als, den letzten Schritt zu gehen. 1995 durchlebte ich letztmalig diese Situation.

Ursachen für meine Selbsttötungsabsichten waren Lebenssituationen, in denen ich glaubte ...

... nicht noch mehr aushalten zu können

... nicht noch mehr ertragen zu können

... nicht noch mehr auf mich nehmen zu können

... nicht noch mehr Demütigungen ertragen zu können

... nicht mit dem was ist abfinden zu können



Suizid

... nicht noch mehr seelische Misshandlungen aushalten zu können

... nicht länger über meinen sexuellen Missbrauch schweigen zu müssen

... mich nicht noch länger minderwertig fühlen zu müssen

... mich nicht noch länger ausgegrenzt fühlen zu müssen

... mich nicht länger als allgemeine Belastung fühlen

... mich nicht mit noch mehr Vernachlässigungen abfinden zu müssen

... nicht mehr damit leben zu können, gewünschte, verweigerte und deshalb nicht erlebte Elternliebe erfahren zu haben

... nicht mehr die Sätze hören zu können: „Du bist nichts wert“ oder „Besser wäre es für uns alle, wenn es dich nicht gäbe“

Mir stand kein Angehöriger, keine Vertrauensper-

son zur Verfügung, der ich mich hätte anvertrauen können. Ich fühlte mich über Jahre hinweg einsam, alleingelassen, nicht verstanden. Was ich stark vermisste, waren Zuneigung und körperliche Kontakte. Ich nutzte Arztbesuche, um zu erleben, dass mir jemand zuhörte, mich jemand berührte, jemand für mich Zeit hatte. Was ist das für ein Leben, wenn die Erfüllung von Sehnsüchten nur durch vorgetäuschte Krankheiten möglich ist? Schulische Schwierigkeiten, Probleme im Umgang mit der Sexualität und der Herauswurf als Minderjähriger aus der elterlichen Wohnung ließen immer wieder Todessehnsüchte aufkommen. Meine Problemfelder, die ich bis heute gerne „Baustellen“ nenne, wuchsen mir über den Kopf. Was ich vermisste, war eine starke Schulter, an die ich mich hätte anlehnen können und Arme, die mich hätten, umfassen und schützen können. Es gab weder Zuhörer, Trostspender noch Mutmacher. Meine Familie konnte oder wollte nicht erkennen, wie es um mich stand. Die Mitglieder waren zu sehr mit sich selbst beschäftigt. Es blieb keine Zeit, mir angemessene Aufmerksamkeit zu schenken. Vielleicht hätte ich sie wacherüttelt, wenn es nicht nur bei meinen Selbsttötungsabsichten geblieben wäre. Der Gedanke ist hypothetisch und lässt Fragen offen.

Über viele Jahre hinweg war ich davon überzeugt, dass ich zum Leiden geboren wurde. Die Betrachtung, dass ich es bin, der dem Leiden ein Ende bereiten kann, tröstete mich. Ein schrecklicher Gedanke auf der einen Seite, auf der anderen Seite gab der Gedanke mir das Gefühl von Unabhängigkeit. In meiner Wahrnehmung litten meine Mutter und der Rest der Familie durch meine Existenz. Ich schien auf Dauer anpassungsunfähig und undankbar zu sein. Kleinste Verfehlungen wurden mit Strafen belegt, fehlerfreies Handeln nicht gesehen, nicht gewürdigt.

Konnte ich mit meinen geliebten Großeltern zusammen sein, fühlte ich mich glücklich und geborgen. Ich verbrachte häufig Ferientage bei ihnen und hatte das Gefühl frei atmen zu können. Als meine Großmutter qualvoll an Krebs verstarb und sich mein Großvater ein Jahr danach das Leben nahm, war es vorbei mit den unbeschwerten Tagen, vorbei mit der Empfindung, dass Leben auch schön sein kann.

Im Kapitel 9 „Belastende Gefühle – falsches Verhalten ...“ habe ich das problematische Verhältnis zwischen meiner Mutter und mir angedeutet. Jetzt möchte ich näher darauf eingehen, um aufzuzeigen, was passieren kann, wenn Rollen vertauscht werden: Mein ganzes Denken und Fühlen war damit ausgefüllt meiner Mutter ihr Leben so angenehm wie

Was ich vermisste, war eine starke Schulter, an die ich mich hätte anlehnen können und Arme, die mich hätten, umfassen und schützen können.

möglich, zu gestalten. Vor allem, was sie belasten könnte, wollte ich sie schützen. Das bedeutete auch, dass ich meine Probleme und Schwierigkeiten für mich behielt. Den sexuellen Missbrauch, dem ich am Anfang meiner Pubertät wochenlang ausgesetzt war, war so ein Thema. Auch ein Thema wieder einmal über Selbsttötung nachzudenken.

Meine Mutter – so sehe ich es heute – benutzte mich als ihren „seelischen Mülleimer“. Ich war der Empfänger für ihre Ärgernisse, ihre Sorgen und Probleme. Sie hatte mich für diese Rolle auserkoren. Ich glaube im Nachhinein das ich, derjenige war,

zu dem sie die stärkste Bindung hatte. Nicht zu ihrem Mann, nicht zu ihrer Tochter. Ich, Kind, naiv, abhängig, fühlte mich verpflichtet ihr zuzuhören, sie zu trösten. Meine Mutter beanspruchte (missbrauchte?) meine Fürsorge anstatt das sie mir zuhörte, geholfen hätte meine Probleme zu lösen, mich Aufmerksamkeit und Geborgenheit spüren ließ. Ob sie die vertauschte Rolle unwissend in Anspruch genommen oder bewusst eingesetzt hat, weiß ich nicht. Was ich weiß ist, dass dieser Rollentausch mein Leben negativ geprägt hat.

Auf die Frage, wieso es mir auch als Erwachsener nicht gelang, mich von meiner Mutter emotional zu lösen, gibt es für mich nur die eine Antwort: „Weil ich meine Einstellung in Bezug auf meine Mutter nicht auf den Prüfstand gestellt hatte.“

Während eines Klinkaufenthaltes konfrontierte mich eine Therapeutin mit der Frage: „Wann stoßen Sie ihre Mutter von dem Sockel, auf den sie nie hingehörte.“ Die Frage traf mich völlig unvorbereitet. Ich war empört. Ich wollte mit dieser Therapeutin nichts mehr zu tun haben. Konnte sie nicht begreifen, dass ich für meine Mutter alles tun würde? Dass ich bereit war, zugunsten meiner Mutter meine Partnerschaft aufzugeben? Wie kommt eine Person die mich kaum kennt dazu, mir einen dermaßen unanständigen Vorschlag zu machen?

Es hatte Wochen gedauert, bis ich begriff, was mir die Psychologin mit diesem Satz lebensrettend sagen wollte. Nach langen Anlaufschwierigkeiten gelang es mir, mich Stück für Stück von meiner Mutter zu distanzieren. Das tat nicht nur mir gut, sondern auch W.

Anhaltspunkt, die meinen Selbsttötungsabsichten vorausgingen:

- Ich hatte das Gefühl, mit allem Schluss machen zu müssen
- Ich hatte vor ein Testament mit anklagenden Elementen zu schreiben
- Ich hatte oft das Gefühl von Ausweglosigkeit
- Ich hatte die Fähigkeit verloren, auf andere zu-

- zugehen (Meidung sozialer Kontakte)
- Ich erlebte anhaltende Hilflosigkeit
 - Ich empfand zu wenig Aufmerksamkeit
 - In Aussicht auf mein nahes Ende fühlte ich mich gesund, konnte fröhlich sein.
 - Ich litt unter vermeintlicher Sinnlosigkeit
 - Ich sah meinen Großvater, der „es“ geschafft hatte.
 - Ich hatte mich mehr und mehr isoliert
 - Ich litt unter ständiger Körperanspannung (Schmerzen)
 - Ich überlegte wichtige Sachen zu verschenken
 - Bei mir verstärkte sich das Gefühl von Hoffnungslosigkeit
 - Ich versuchte, ohne dass es andere merkten, mich von Menschen endgültig zu verabschieden
 - Ich hatte vor mehrere Abschiedsbriefe zu schreiben

Geäußerte Selbsttötungsabsichten - darüber scheinen sich Experten einig zu sein – sind versteckte Hilferufe, die ernst zu nehmen sind. Wiederholen sich Selbsttötungsankündigungen, so wie in meiner damaligen Selbsthilfegruppe geschehen, ist der Umgang damit für Laien schwierig. In meiner Gruppe kam es Reaktionen und Kommentierungen, die nicht nur unangebracht waren, sondern gefährlich:

„Kommt immer mal wieder vor, dass jemand sich umbringen will. Aber diejenigen, die davon sprechen tun es in der Regel nicht“

„Jeder hat mal eine Phase, in der es nicht so gut läuft. Aber sich deshalb umbringen ist doch Blödsinn.“

„Da will sich jemand wichtig machen. Aufmerksamkeit schinden“

In meiner Gruppe - ich war Mitglied und nicht Gruppensprecher – gab es niemanden, der mit der angespannten Situation umgehen konnte. Ich war derjenige, der die zuständige Sozialarbeiterin eingebunden hatte. Sie kam in die Gruppe und sagte sinngemäß: „Die Gruppe ist mit dem Problem überfordert. Deshalb ist es besser, wenn sich der Betroffene professionelle Hilfe holt und vorerst nicht mehr in die Gruppe kommt.“

Die Gruppe sah das Mitglied, das seine Selbsttötung mehrfach angekündigt hatte, nie wieder. Was aus ihm geworden ist, weiß zumindest ich nicht.

Ich glaube, dass die Ankündigung, sich das Leben nehmen zu wollen, immer einen ernstesten Hintergrund hat. Geäußerte Selbsttötungsabsichten mit Gleichgültigkeit oder dummen Sprüchen gegenüberzutreten, halte ich für respektlos und unangemessen. Drei Botschaften, die ich für hilfreich halte lauten:

1. „Du weißt, wir mögen dich“
2. Wir sind für dich da, wenn du uns brauchst“

3. Wir wären traurig, wenn es dich nicht gäbe bzw. wenn du nicht mehr unter uns wärst“.

Längst war ich Gruppenleiter, als wieder einmal das Thema Selbsttötungsabsicht aktuell war. Wir hatten einen Gastdozenten, der uns sinngemäß Folgendes sagte: Aufmerksames Zuhören und behutsames Reagieren halfen, ins Gespräch zu kommen. Wenn das Gespräch ins Stocken gerät, sollte versucht werden, den Verzweifelten zu ermuntern weiter zu sprechen, ohne Druck auszuüben. Wichtig ist, dass vom Zuhörer Interesse signalisiert wird und dass da jemand ist, der Zeit und Verständnis hat. Wir erfuhren auch, dass Zuhörende nicht die Verantwortung tragen. Die Botschaftsempfänger tragen Verantwortung für sich. Sie entscheiden, wie sie mit der Situation umgehen. In der Durchführung ist es schwierig, einen Lebensmüden darauf hinzuweisen, dass er allein für sein Tun die Verantwortung trägt. Diese Aussage lässt sich theoretisch klar einordnen.

Geäußerte Selbsttötungsabsichten mit Gleichgültigkeit gegenüberzutreten, halte ich für respektlos und unangemessen.

Aber wie sieht das in der Praxis aus? Oftmals reichen erhellende Gespräche nicht aus. Ein Angehöriger kann nicht Bezugsperson und gleichzeitig Psychotherapeut sein. Angehörigen fehlt oft die notwendige emotionale

Distanz zum Betroffenen und es fehlen das Wissen und die Erfahrung hilfreicher Strategien.

Uns wurde empfohlen Hilfe von außen zu holen (s. hierzu Kapitel 22 „Einige Service - Hilfsadressen“). Zum Schluss kam der Hinweis: Die bekannte Aussage „Wer sich umbringen will, redet nicht darüber“ ist unzutreffend. 80% der Ankündigungen werden in die Tat umgesetzt.

An dieser Stelle weise ich gerne nochmals darauf hin, dass Selbsthilfegruppen viel dazu beitragen können, das Probleme – gleich welcher Art – gelöst zumindest besprochen werden können. Niemand muss mit seinen Problemen allein bleiben. Manche Fehlentscheidungen können durch das Wirken von Selbsthilfegruppen vermieden werden, dennoch sind Selbsthilfegruppen Grenzen gesetzt.

Im Zusammenhang zum Thema Selbsttötung aber auch auf andere Situationen bezogen ist Tatsache, dass Depressive – mich eingeschlossen - ihre Sichtweise auf Dinge als ihre Wahrheit sehen und das diese Wahrheit in aller Regel nicht deckungsgleich ist mit der der Angehörigenwahrheit (Was ist Wahrheit?). Deshalb entstehen Missverständnisse, Differenzen, Widersprüchlichkeiten und Ungleichheiten. Deshalb sind aus meiner Erfahrung offene Gespräche – und dabei geht es nicht um Recht haben und nicht Recht haben – aus meiner Erfahrung unverzichtbar.

Ich erinnere mich an eine Aussage, die gerahmt in einer Psychologenpraxis hängt:

Ein Mensch ist immer das Opfer seiner Wahrheiten.

Albert Camus

Prägungen und Einstellungen bestimmen unser Leben. Sich von Überzeugungen, von Verhaltens- und Handlungsweisen zu trennen, die möglicherweise nicht mehr zeitgemäß sind aber bis heute unreflektiert gelebt werden, fiel mir schwer. „Eingebrannte“ Denkschemata gaben Anlass mich immer wieder mit dem Thema Selbsttötung auseinanderzusetzen.

Therapien halfen mir, eigene Prägungen und Einstellungen differenziert zu betrachten und Korrekturen vorzunehmen.

Ich erkannte verhältnismäßig schnell, dass W nicht geeignet war, mich von meinen Seelenqualen zu befreien. Deshalb setze ich W auch von meinen Todessehnsüchten nicht in Kenntnis. Ich wollte Hilflosigkeit vermeiden, Traurigkeit nicht sehen und mir auch nicht hilflos erscheinende Ermutigungen anhören. Deshalb fasste ich den Entschluss, mir professionell helfen zu lassen.

Phasenweise hatte ich die Befürchtung, W würde selbst depressiv werden. Davor hatte ich große Angst. Nicht etwa wegen eventueller Vernachlässigung meiner Person, sondern vielmehr vor Schuldgefühlen. Ich möchte mir nicht ausmalen, wozu ich in stände gewesen wäre, wäre W psychisch ernsthaft erkrankt. Bestimmt hätte ich mich als ‚Auslöser‘ gesehen. Ich befürchte, wäre das eingetroffen, was ich nicht wollte, wäre ich in stände gewesen, falsche Entscheidungen zu treffen. Kluge Entscheidungen haben mich und W vor Folgeschwerem bewahrt. Ich zitiere aus der Homepage www.buendnis-depression.de:

... In Deutschland versterben jährlich über 9.000 Menschen durch Suizid, das sind mehr als durch Verkehr, Drogen, Mord und AIDS zusammen. Die Zahl der Suizidversuche ist schätzungsweise 15-20 Mal so hoch. Zwei von drei Suiziden werden von Männern verübt, insbesondere ältere Männer haben ein erhöhtes Risiko. Bei den Suizidversuchen sind insbesondere junge Frauen gefährdet.

Bei 90% der Suizidopfer bestand eine psychiatrische Erkrankung, am häufigsten Depression (40-70%), aber auch schizophrene und Suchterkrankungen.

Zum Thema „Suizide bei Kindern und Jugendliche“ habe ich das Internet „bemüht“ und Folgendes gefunden: ... Während Suizide im Kindesalter eher selten sind, nimmt ab dem Alter von 15 Jahren die Suizidrate kontinuierlich zu. Die Selbsttötung gehört zu den

häufigsten Todesursachen im Jugendalter. Insgesamt besteht bei Depression ein bis zu 20-fach erhöhtes Risiko eines Suizides. Mädchen unternehmen doppelt so häufig einen Suizidversuch im Vergleich zu Jungen. Hingegen versterben Jungen dreimal so häufig durch Suizid, was auch auf die Wahl totbringender Methoden zurückzuführen ist. Ein erhöhtes Risiko besteht auch dann, wenn Suizide oder Suizidversuche in der Familie oder im Freundeskreis bereits vorgekommen sind (Modellcharakter) und bei Jugendlichen, die bereits einen Suizidversuch hinter sich haben.

Bei anhaltender, unberechenbarer Stimmung des Kindes, Äußerung eines Planes zur Selbsttötung oder, wenn die Eltern den Kontakt zu ihrem Kind verlieren, sollte umgehend eine Praxis oder Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie kontaktiert werden. Ein schnellstmöglicher Termin kann Leben retten. Im Fall einer konkreten Suizidankündigung ist es wichtig, sofort die nächst-

gelegene Klinik aufzusuchen oder den Rettungsdienst beziehungsweise die Polizei zu benachrichtigen. 10 - 15% der an einer Depression erkrankten Menschen unternehmen einen Selbsttötungsversuch. Zum

Welt-Suizid-Präventionstag der WHO 2010 erklärt Ulrich Hegerl, Direktor der Klinik für Psychiatrie des Universitätsklinikums Leipzig, dass 90 Prozent der Menschen, die einen Suizid begehen, psychisch krank sind. Die meisten leiden an Depressionen.

HINWEIS: Ich nutze das Internet, um meine Kenntnisse zum Thema Depressionen zu erweitern. Aber Vorsicht! Nicht jeder Artikel ist seriös. Deshalb empfehle ich nur auf Ratgeberseiten zu gehen, die von Kliniken bzw. Fachspezialisten freigeschaltet sind. Zum Beispiel die Seite Deutsches Bündnis gegen Depression e.V. Ich musste lernen, dass Veröffentlichungen von Betroffenen, mit Skepsis zu begegnen sind. Sie geben einzelne Meinungen wieder, die nicht eins zu eins übertragbar sind.

Ganz bestimmt gäbe es noch Vieles zum Thema Selbsttötung und Selbsttötungsandrohung zu sagen beziehungsweise zu schreiben. Ich höre an dieser Stelle auf. Alles was ich erfahren und gehört habe, habe ich Ihnen mitgeteilt. Lassen Sie mich zum Schluss noch eine Bitte äußern: Sollten Sie sich in einer von mir geschilderten oder ähnlichen Situation befinden, holen Sie sich möglichst schnell Hilfe. Sie helfen mit diesem Entschluss nicht nur sich, sondern auch denjenigen, der glaubt, das Leben ist es nicht Wert, behalten zu werden.

Übrigens: Selbsttötungsgedanken sind seit vielen Jahren kein Thema mehr für mich.

12

Betroffene und Angehörige ticken unterschiedlich oder Reden ist Silber, Schweigen nicht immer Gold

Immer wieder beschäftigen mich die Fragen:

1. „Worin bestehen die Schwierigkeiten im Umgang zwischen Betroffenen und Angehörigen?“ und
2. „Was braucht es, damit Angehörigen und Betroffenen der Umgang mit der Erkrankung leichter fällt?“

Ich kann aus Erfahrung berichten, dass fehlender Austausch und die damit unterbundene Übertragung von Wissen, Erkenntnissen und Er-

fahrungen zwischen Angehörigen und Betroffenen dazu beigetragen haben, dass es zwischen mir und W zu Spannungen, Fehlinterpretationen, Unstimmigkeiten, Unzufriedenheit und Hilflosigkeit kam. Die Unkenntnis aber auch Ignoranz im Umgang mit der Krankheit begründet sich bei uns zum Teil aus der Angst vor der Wahrheit frei nach dem Sprichwort: ‚Was ich nicht weiß, macht mich nicht heiß.‘

Gruppenmitglieder berichten mir das auch Gefühllosigkeit, Unempfindlichkeit, mangelndes Gespür sowie Schamgefühl und das Nichtwissen darüber, wo und wie Hilfe zu bekommen ist, für eine Schieflage im Miteinander sorgen.

Einen der ersten Plätze nimmt die

Erwartungshaltung ein. Häufig wird unterstellt, dass dem jeweils anderen die eigenen Bedürfnisse bekannt sein müssten. Auf meine Bitte Sätze aufzuschreiben, die die unterschiedlichen Erwartungshaltungen deutlich machen, erhielt ich folgende

Einen der ersten Plätze nimmt die Erwartungshaltung ein.

Ergebnisse:

- „Ich ging davon aus, dass ich richtig gehandelt habe.“
- „Mich wundert es, dass du so reagierst.“
- „Ich glaubte, wir sprechen eine gemeinsame Sprache.“
- „Du kennst mich doch lange genug, deshalb ging ich davon aus, dass ...“
- „Ich verstehe nicht, dass du mich nicht verstehst.“
- „Siehst du nicht, dass ich leide?“

Auch ich erwartete, ohne darüber nachzudenken, dass W wissen muss, wie ich „ticke“. Umgekehrt ging W davon aus, das mein Einfühlungsvermögen, meine Auffassungsgabe, mein Feingefühl (Sensibilität) so ausgeprägt ist, dass es zu keinen Unstimmigkeiten kommen muss.

Gemachte Enttäuschungen hatten bei uns ihre Ursachen in unserem Schweigeverhalten. Gegenseitiges Helfen und Unterstützen - das war uns damals nicht bewusst - ist nur dann möglich, wenn beide Seiten offen miteinander umgehen. Das wiederum setzt voraus, dass Bedürfnisse artikuliert werden dürfen und müssen. Miteinander reden half uns Verständnis füreinander aufzu-

bringen, Rücksicht zu nehmen, sich gegenseitig zu respektieren aber auch zulassen, erdulden und – ganz wichtig – anerkennen. Wir mussten üben Kritisches hinterfragen zu dürfen und/oder Anliegen und Ansprüche abzulehnen. Ein nicht ganz



Defizite

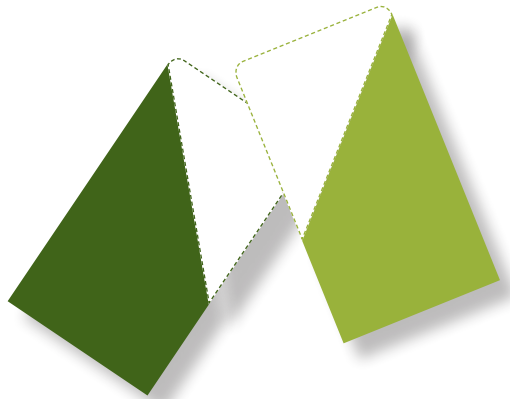
einfacher Prozess wenn, so wie bei uns, „Training“ fehlte.

W und ich stellten fest, dass wir oft die gleichen Vokabeln benutzten, aber aneinander vorbei redeten. Das heißt, vom Ansatz her gab es Übereinstimmungen zum Beispiel in Bezug auf Bedürfnisse, Ängste, Sehnsüchte und Hoffnungen. Was unterschied, waren verschiedene Sichtweisen,

unterschiedliche Anschauungen, Auffassungen, Einstellungen, Gedanken, Haltungen und Überzeugungen.

Sich intensiv mit den Unterscheidungen zu beschäftigen, kann helfen, Problemfelder auszuräumen. Im Kapitel 13 „Doppelsicht und Einsicht *oder* Mehr wissen kann mehr helfen“ gehe ich näher darauf ein.

13
Doppelsicht und Einsicht
oder
Mehr wissen kann mehr helfen



Auffälligkeiten

In diesem Kapitel stelle ich meine Sichtweisen, Wahrnehmungen, Funktionalitäten, Dispositionen und Einstellungen und die von W gegenüber. Es lassen sich Übereinstimmungen feststellen aber auch gravierende Unterschiede. Ich könnte mir vorstellen, dass es bei Ihnen und Ihrem Angehörigen ähnlich aussieht. Vielleicht ist meine Auflistung hilfreich Meinungsverschiedenheiten zu beseitigen zumindest sie anzusprechen.

SICHT/WAHRNEHMUNG/ EINSTELLUNG: ICH	W SICHT/WAHRNEHMUNG/ EINSTELLUNG: W
ABHÄNGIGKEIT	
Ich fühle mich von W abhängig. Ich war antriebsarm und unfähig eigenständig zu handeln.	W richtete sein Leben nach meinem Leben aus. W hatte sich von mir abhängig gemacht.
ÄNGSTE - AUCH BERÜHRUNGSÄNGSTE UND VERUNSICHERUNGEN	
Ängste und Verunsicherungen ließen sich bei mir durch offene Begegnungen abbauen.	Ängste und Verunsicherungen ließen sich bei W durch offene Begegnungen abbauen.
EIGENE ANTRIEBSARMUT	
Durch die eigene Krankheit litt ich unter Antriebsarmut.	Durch die Krankheitsbelastung hatte W Antriebsarmut entwickelt.
ERKRANKUNG VERSCHWEIGEN	
Ich verschwieg meine Erkrankung aus Angst vor Nachteilen.	W verschwieg meine Erkrankung, um nicht darüber sprechen zu müssen.

SICHT/WAHRNEHMUNG/ EINSTELLUNG: ICH	W SICHT/WAHRNEHMUNG/ EINSTELLUNG: W
ERSCHÖPFUNG	
Krankheitsbedingte Erschöpfung war mein ständiger Begleiter.	Erschöpfung durch Einsatz war W nicht fremd.
FÜRSORGE UND AKZEPTANZ	
Selbstfürsorge und Akzeptanz gleich Fehl-anzeige.	Selbstfürsorge und Akzeptanz waren bei W sehr ausgeprägt.
GESTÖRTE KOMMUNIKATION	
Ich war nicht fähig zu reden.	W wusste nicht, wie mit mir kommuniziert werden soll/kann.
KEINE ALLGEMEIN AUFKLÄRENDE INFOS	
Mir waren Behandlungsmethoden und Abläufe fremd.	W fehlte das Wissen über Behandlungsmethoden und Abläufe.
KOMMUNIKATION	
Es wurden „verschiedene Sprachen“ gesprochen. Sprache wurde nur reduziert eingesetzt. Über Wahrnehmungen und Beobachtungen wurde nicht kommuniziert.	Es wurden „verschiedene Sprachen“ gesprochen. Sprache wurde nur reduziert eingesetzt. Über Wahrnehmungen und Beobachtungen wurde nicht kommuniziert.
MED./THERAPEUTISCHE BEHANDLUNG	
Ich wurde patientenorientiert behandelt. Über W wurde gesprochen. Mit W gesprochen wurde nicht.	W vermisste die Einbindung in den Therapieprozess. FOLGE: W wurde durch mich mit den Ergebnissen konfrontiert. W hatte keine Chance, den Entwicklungsprozess aktiv zu begleiten.
NORMALITÄT	
Ich glaubte schon, nicht „normal“ zu sein. Ich hoffte, dass die Auffälligkeiten unbehandelt vorübergehen würden.	W glaubte, so normal wie möglich weiterzuleben, sei der beste Weg.
RÜCKSICHTNAHME/BEHUTSAMKEIT	
Übertriebene Rücksichtnahme führte dazu, dass gut gemeintes Handeln mehr Schaden, als Nutzen nach sich zog.	W hätte sich manchmal mehr Rücksichtnahme und behutsamere Umgangsformen von mir gewünscht.
SCHAMGEFÜHL	
Mir war es peinlich mich zu outen. Ich wollte nicht „so sein“ wie ich lange Zeit war. „Was sollen die Leute von mir denken?“ Mein Betroffenenverhalten war mir peinlich.	Ich war W nie peinlich. Über mich zu sprechen wurde vermieden, aber nicht aus Schamgefühl, sondern wegen der „Tratscherei“.
SCHULDGEFÜHLE	
Ich hatte Schuldgefühle, wenn es W schlecht ging.	W hatte Schuldgefühle mir nicht zu genügen.

SICHT/WAHRNEHMUNG/ EINSTELLUNG: ICH	W SICHT/WAHRNEHMUNG/ EINSTELLUNG: W
SELBSTSCHUTZ	
Selbstschutz war für mich lange Zeit ein Fremdwort. Wie hätte ich mich vor wen und was schützen können? Erst durch Therapieerfolge war es mir möglich mich abzugrenzen und mich dadurch selbst, zu schützen.	W hatte gelernt, dass sich Angehörige zum Selbstschutz abgrenzen dürfen/müssen. Das war ein schwieriger und langwieriger Lernprozess.
UNGEÜBTER UMGANG / KEINE ERFAHRUNGEN	
Mir fehlten bei der Ersterkrankung die Erfahrungen im Umgang mit der Erkrankung.	W fehlte Fachwissen und Erfahrung im Umgang mit einem depressiven Partner.
VERÄNDERUNG DER DENKWEISE	
„Verkrustete“ Denkweisen (Denkmuster) ließen Veränderungen nicht zu. Stagnation und Verhinderung von Korrekturen waren die Folgen. Stillstand.	„Verkrustete“ Denkweisen (Denkmuster) ließen Veränderungen nicht zu. Stagnation und Verhinderung von Korrekturen waren die Folgen. Stillstand.

Übereinstimmendes Wissen hat bei uns dazu beigetragen, dass meine Depression als eine ernstzunehmende Erkrankung wahrgenommen wurde. Die Krankheit wurde zunächst von W, später auch von mir akzeptiert, aber nicht als Schicksal hingenommen. Ein fataler Fehler wäre gewesen, hätten wir uns dieser Krankheit unterworfen. Das hätte bedeutet, die Depression zum Sieger zu erklären. Eine Depression darf niemals als Siegerin empfunden werden, darüber waren W und ich uns einig. „Siegen beginnt im Kopf - verlieren auch“. Das war und ist eine unserer Kernaussagen. Das Beklagenswerteste, was passieren kann,

ist, sich mit der Krankheit abzufinden. Unser Ziel war, der Krankheit Depression die Macht zu entziehen, die ihr nicht zusteht.

Ich weiß, dass ich mir nicht sicher sein kann, erneut in eine „Depressionsfalle“ zu geraten. Sollte das der Fall sein, werde ich versuchen die „Spielregeln“ zu bestimmen. Von W habe ich das Versprechen mich dabei zu unterstützen. Ich bin fest davon überzeugt, dass wir es gemeinsam schaffen, werden den „Untermieter Depression“ vor die Tür zu setzen. Und wenn wir es nicht alleine schaffen, wird Hilfe von außen geholt.

14

DENKEN - FÜHLEN - HANDEL
oder

Ich weiß, dass ich nichts weiß (Cicero)

Dass die Krankheit Depression das DENKEN, FÜHLEN und HANDELN sowohl bei Betroffenen als auch bei Angehörigen verändert, dürfte ausreichend bekannt sein. Entweder hat man davon gehört oder persönliche Erfahrungen gemacht. In der Deutung sind Betroffene durch ihr passives Verhalten eher die Hilflo- sen. Angehörige werden durch ihr aktives Verhalten, eher als die Hilfe Gebenden erlebt. Entsprechend lassen sich die Handlungsabläufe und Verhaltensmuster erklären.

Wenn zum Beispiel aus falscher Rücksichtnahme Ereignisse oder Auffälligkeiten nicht angesprochen werden - wie bei W und mir geschehen - fehlt das Wissen über das, was der jeweils andere denkt und fühlt. Spannungsfelder behalten so lange ihre Gültigkeit bis Befindlichkeiten und Bedürfnisse thematisiert werden. Auch das ist eine Erfahrung, die wir gemacht haben. Dinge „totschweigen“ führte dazu, dass unsere Beziehung drohte zu zerbrechen. Falsche Rücksichtnahme führte zur „Verstum- mung.“ Durch unser Verhalten hatten wir uns eine Ausgangs- lage geschaffen, die es fast unmöglich machte Problemfelder zu reduzieren bzw. gar nicht erst entstehen zu lassen. Irgendwann sahen wir es ein, dass der Weg, den wir gingen, in eine Sackgasse

*Dinge „totschweigen“
führte dazu, dass unsere
Beziehung drohte zu
zerbrechen.*

enden muss. Um das zu vermeiden, nahmen wir uns vor zu sagen, was uns bewegt. Mir fiel durch- gängiges „Offensein“ häufig schwer. Meine Bereit- schaft war abhängig von meiner körperlichen und seelischen Verfassung. Ich unterlag nicht einkal- kulierbaren Tagesschwankungen. Aber auch W hatte aus den unterschiedlichsten Gründen Anfangsschwierigkeiten mit mir offen zu reden. Es war für uns beide ein ziemlich langer an- strengender Lernprozess.

Dass es nicht nur zwischen W und mir bei gleichen Ausgangssituationen, Schnitt- stellen und Gegebenheiten unterschiedliche Wahrnehmungen und Interpretationen gibt, haben mir Gespräche mit Angehörigen und Be- troffenen deutlich gemacht. In der folgenden

Auflistung gebe ich nach Stichwörtern sortiert wieder, was mir berichtet wurde und womit ich eigene Erfahrungen gemacht habe.

An dieser Stelle nochmals der Hin- weis: Die Wieder- gaben von Aussagen sind nicht repräsen- tativ und decken nicht das gesamte Spektrum Betroffe- ne/Angehörige ab. Konstellationen wie

Kind-Eltern, Eltern-Kind, Geschwister u. a. deren Wesensmerkmale konstellationsbedingt andere sind, fanden keine Berücksichtigung.



Interpretationen

BETROFFENE Wahrnehmung und Interpretation	- Ausgangssituationen - - Schnittstellen - - Gegebenheiten -	ANGEHÖRIGE Wahrnehmung und Interpretation
Unzufrieden wegen eigener Unfähigkeit auf Angehörige angewiesen zu sein. Selbstständigkeit und Eigenver- antwortung können nicht gelebt werden.	ABHÄNGIGKEIT	Geglaubte Abhängigkeit lässt die eigenen Wünsche und Bedürfnisse in den Hintergrund treten.
Ablenkung annehmen könnte falsch verstanden werden (ein Kranker ist ein Mensch der leidet).	ABLENKUNG	Wünsche nach Ablenkungen, Vergnü- gungen oder Zerstreuungen könnten als Egoismus ausgelegt werden.
Es fällt schwer, die Erkrankung ohne Schuldvorwürfe und Schulduweisungen gegenüber sich selbst zu akzeptieren. Es fällt es schwer, die reduzierte Belastbarkeit zu akzeptieren.	AKZEPTANZ	Akzeptanz der Angehörigenerkran- kung ohne Schuldzuweisungen gegen sich selbst fällt schwer. Mangelnde Bereitschaft, die Belast- barkeitsgrenzen zu akzeptieren.
Berührungängste. Angst vor der Wahrheit. Angst vor Veränderungen („es“ könnte noch schlimmer kommen).	ÄNGSTE	Berührungängste in Wort und Tat: Ist das, was ich mache, das Richtige?
Unfähigkeit.	ANTRIEBSARMUT	Erschöpfung.
Verzweiflung verstärkt sich durch blockierende Appelle.	APPELLE	Aufforderungen wie z. B. „Reiß dich zusammen“ wird von Angehörigen als helfende Handlung gesehen.
Verständnis, Geduld und Anteil- nahme können von Betroffenen falsch interpretiert werden.	AUSDAUER	Verständnis, Geduld und Anteil- nahme für Betroffene können an Grenzen stoßen.
Vernachlässigung durch Gleich- gültigkeit und Abstumpfung.	ÄUSSERE VERÄNDERUNGEN	Es wird geglaubt, keine Zeit für sich in Anspruch nehmen zu dürfen.
Über eine Auszeit wird nicht nachgedacht. Es ist ohnehin alles „aus“.	AUSZEIT	Auszeit ist kein Thema.
"Neuland" – Angst vor dem, was kommt oder kommen könnte.	BEHANDLUNG	"Neuland" – Angst vor dem, was kommt oder kommen könnte Ausschluss aus dem Behandlungs- prozess erschwert die Begleitung.
Fehlendes Denkpotezial verhin- dert, über Belastbarkeitsgrenzen nachzudenken.	BELASTBARKEIT	Fehlende Bereitschaft, eigene Belast- barkeitsgrenzen zu akzeptieren.
Den Zustand Angehöriger mitzuerleben macht traurig und erzeugt Schuldgefühle.	BETROFFENHEIT	Den Zustand Betroffener mitzuerle- ben macht traurig, erzeugen Mitleid und Schuldgefühle.

BETROFFENE Wahrnehmung und Interpretation	- Ausgangssituationen - - Schnittstellen - - Gegebenheiten -	ANGEHÖRIGE Wahrnehmung und Interpretation
Verlassensängste weil z.B. Kontakt- personen wechseln. „Keiner will sich um mich kümmern.“ bzw. „Keiner kümmert sich um mich“.	DELEGIEREN	Ich muss mir, will ich nicht selbst erkranken, Freiräume schaffen.
Weil Mut zur Wahrheit fehlt, werden seelischen Beschwerden häufig körperliche Beschwerden "vorgeschoben“.	DIAGNOSE	Wegen mangelnder Einbindung in die Behandlung (Therapie) bestehen nur geringe Möglichkeiten, angstfrei aktiv mitzuwirken bzw. unterstützend einzuwirken.
Andere übernehmen Entscheidungen (Fremdbestimmung), wodurch sich das Selbstwertgefühl reduziert.	ENTSCHEIDUNGEN	Es wird häufig unterstellt, dass Depressive Entscheidungen nicht selbstbestimmend treffen können: „Er kann das nicht, er ist krank“.
Wohlgemeinte Hinweise und unterstützende Maßnahmen werden als solche nicht erkannt und als nicht hilfreich verstanden.	ENTTÄUSCHUNG	Wohlgemeinte Ratschläge und Unterstützungsmaßnahmen werden ignoriert bzw. abgelehnt: „Ich brauche keine Hilfe“. „Ich schaffe das alleine“.
Keine Erfahrung mit der eigenen Erkrankung.	ERFAHRUNGEN	Keine Erfahrung mit dem Krankheitsbild insgesamt.
Passives Verhalten. Seelische Erschöpfung. Kraftlosigkeit.	ERSCHÖPFUNG	Aktives Verhalten. Körperliche Beschwerden. Erschöpfungszustände.
Nicht überfordert bzw. gefordert werden.	ERWARTUNG	Warten auf Signale der Bereitschaft.
Festhalten an Personen und Gewohnheiten.	FESTHALTEN	Festhalten an Gewohnheiten: „Ich muss helfen, wer soll es sonst tun?“ (Einstellungen dazu).
Fürsorge, die als Entmündigung empfunden wird, schafft zusätzliche Probleme.	FÜRSORGE	Entlastung, Unterstützung, Rücksichtnahme, Hilfe, Betreuung, „Bemutterung“.
Die Schwierigkeit, Gefühle zu zeigen, ist hoch bzw. gar nicht einsetzbar.	GEFÜHLE	Die Bereitschaft Gefühle zu zeigen ist dezimiert wird sich „verboten“.
Bereitschaft, Hilfe von außen anzunehmen, ist vermindert ausgeprägt.	HILFE	Die Bereitschaft Hilfe von außen anzunehmen, wird gewünscht, aber zu selten geäußert .
Betroffene können mit der Hilflosigkeit der Angehörigen nicht bzw. schlecht umgehen Hilflosigkeit löst Schuldgefühle aus.	HILFLOSIGKEIT	Angehörige können mit der Hilflosigkeit Betroffener nicht bzw. nur schlecht umgehen Hilflosigkeit löst Schuldgefühle aus.
„Mir kann keiner helfen“.	HOFFNUNGSLOSIGKEIT	„Ich kann nicht (mehr) helfen“.
Information bedeutet Konfrontation mit der Krankheit. Sich über die Krankheit informieren, steht nicht im Vordergrund.	INFORMATION	Information bedeutet Konfrontation mit der Krankheit. Informations- und Kenntnismangel verhindert schnelle Hilfestellung.

BETROFFENE Wahrnehmung und Interpretation	- Ausgangssituationen - - Schnittstellen - - Gegebenheiten -	ANGEHÖRIGE Wahrnehmung und Interpretation
Eingeschränkte bis unterlassene Fähigkeit zur Kommunikation werden von Angehörigen als „nicht wollen“ und nicht als „nicht können“ wahrgenommen.	KOMMUNIKATION	Kommunikationsversuche werden von Betroffenen als Belastung empfunden und nicht als unterstützende Maßnahme.
<ul style="list-style-type: none"> • Schlafstörungen • Mattigkeit • Abgeschlagenheit • Appetitlosigkeit • Kopfdruck • Gewichtsverlust • Muskuläre Verspannungen, • Rücken- und Gelenkschmerzen • U. a 	KÖRPERLICHE SYMPTOME	<ul style="list-style-type: none"> • Schlafstörungen • Mattigkeit • Abgeschlagenheit • Appetitlosigkeit • Kopfdruck • Gewichtsverlust • Muskuläre Verspannungen, • Rücken- und Gelenkschmerzen • U. a
Voraussetzung ist, sich mit der Krankheit auseinanderzusetzen.	KRANKHEIT ERKENNEN	Voraussetzung ist, sich mit der Krankheit auseinanderzusetzen.
Die Einsicht, krank zu sein, fällt schwer.	KRANKHEITSEINSICHT	Die Einsicht einen kranken Angehörigen zu haben fällt schwer.
<ul style="list-style-type: none"> • Hilflosigkeit • Bedürfnisse • Abhängigkeit • Abgrenzung (ungewollt) <i>„Wie schaffe ich Distanz zum Angehörigen zu schaffen, ohne zu verletzen?“</i>	NÄHE UND DISTANZ	<ul style="list-style-type: none"> • Abnabelung • Abgrenzung <i>„Wie schaffe ich Nähe zum Betroffenen herzustellen?“</i> <i>„Wie kann ich Distanz ohne Schuldgefühle herstellen?“</i>
Ratschläge machen die Unfähigkeit im Handeln deutlich und werden als Schläge empfunden.	RATSCHLÄGE	„Falsche Ratschläge“ zu erkennen und sie zu vermeiden fällt schwer. <i>„Geh doch mal in die Sonne, tut dir bestimmt gut.“</i>
Nutzen oft nicht erkennbar.	REGELN AUFSTELLEN	Nutzen oft nicht erkennbar.
Angst davor.	RÜCKFALLGEFAHR	Angst davor.
Angehörige schonen.	RÜCKSICHTNAHME	Betroffene schonen.
Peinlich, unangenehm.	SCHAMGEFÜHL	Peinlich, unangenehm.
<i>„Ich bin eine Belastung.“</i> <i>„Ich weiß nicht, was ich machen soll.“</i> <i>„Ich sehe andere leiden.“</i>	SCHULDGEFÜHLE	<i>„Was habe ich falsch gemacht?“</i> <i>„Mir darf es nicht gut gehen.“</i> <i>„Ich sehe Leid.“</i>
Istzustand.	SEELISCHE ERSCHÖPFUNG UND KRAFTLOSIGKEIT	Istzustand bei Vernachlässigung der eigenen Bedürfnisse.
Selbsthilfegruppen für Betroffene.	SELBSTHILFE	Selbsthilfegruppen für Angehörige.
Oft in der eigenen Wahrnehmung nicht gelistet.	SELBSTSCHUTZ	Oft in der eigenen Wahrnehmung nicht gelistet.
Gegenüber Angehörigen undifferenzierte Sichtweisen.	SICHTWEISEN	Gegenüber Betroffenen undifferenzierte Sichtweisen.

BETROFFENE Wahrnehmung und Interpretation	- Ausgangssituationen - - Schnittstellen - - Gegebenheiten -	ANGEHÖRIGE Wahrnehmung und Interpretation
<ul style="list-style-type: none"> • Schuldgefühle • Hilflosigkeit • Einsichtsmangel • Fremdbestimmung 	SIGNALE: WAS ICH SENDE WAS ICH EMPFANGE	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfsangebote • Aufopferung • Hilflosigkeit • Einsichtsmangel • Fremdbestimmung
Was wünschen und erwarten Angehörigen von Betroffene?	SORGE	Was wünschen und erwarten Betroffene von Angehörigen?
Möglich / erforderlich.	THERAPEUTISCHE UNTERSTÜTZUNG	Möglich / erforderlich.
Die Krankheit überspielen („Schauspieler“).	ÜBERFORDERUNG	Zu viel Eigeninitiative „Ich schaffe es alleine“.
„Mich belastet alles.“ „Mich versteht keiner.“	UMGANG MIT KRANKHEIT UND KRANKHEITS- VERSTÄNDNIS	„Mich belastet alles.“ „Es fällt mir schwer, die Krankheit zu verstehen.“
Verkennung des Zustandes. „Ich bin nicht depressiv“.	ÜBERREDUNG (BESCHÖNIGEN)	Verkennung des Zustandes. „Ich weiß gar nicht, was der Betroffene hat, es geht ihm doch gut ...“.
Betroffene wünschen sich von Angehörigen einen zurückhalten- den Umgang mit der Krankheit.	UMGANG	Angehörige wünschen sich von Betroffenen einen offenen und fairen Umgang mit der Krankheit.
„Warum soll ich selbst aktiv werden, wenn es Angehörige gibt?“	UNTERFORDERUNG	„Der Betroffene muss geschont werden. Er ist krank, er leidet“.
Durch fremde Umgebung, noch mehr Unsicherheiten erleben erzeugt Irritationen, macht Angst.	URLAUB	Angehörige denken: Fremde Umgebung bietet Ablenkung ist Hilft gesund zu werden.
Es fällt schwer, Veränderungen zu akzeptieren. Alles Neues macht Angst.	VERÄNDERUNGEN	Es fällt weniger schwer, positive Veränderungen bei Betroffenen zu erkennen und diese zu benennen.
Kein Bewusstsein für Eigenverantwortung.	VERANTWORTUNG	Überhöhtes Verantwortungsbe- wusstsein gegenüber Betroffenen.
„Ich bin nicht krank“. „Ich schaffe es alleine, wieder fit zu werden“.	VERLEUGNEN NICHT-WAHR-HABEN- WOLLEN	„Mein Angehöriger ist nicht (ernsthaft) krank“. „Es ist nicht so schlimm“.
Eigene Erkrankung verschweigen.	VERSCHWEIGEN	Angehörigenerkrankung verschweigen.
<ul style="list-style-type: none"> • niedergeschlagen • mutlos • verzweifelt • ängstlich 	VERSTIMMUNG	<ul style="list-style-type: none"> • ratlos • verzweifelt • niedergeschlagen • mutlos • ängstlich
Auswirkungen auf die eigene Person.	VERUNSICHERUNG	Auswirkungen auf die eigene Person.
Krankheit wird gelegentlich als Entschuldigung eingesetzt.	VORTEILSNAHME	„Ich habe jemanden, um den ich mich kümmere.“ (Selbstzweck)

BETROFFENE Wahrnehmung und Interpretation	- Ausgangssituationen - - Schnittstellen - - Gegebenheiten -	ANGEHÖRIGE Wahrnehmung und Interpretation
„Keiner versteht mich.“	VORURTEILE	„Was denken Andere?“
„Ich werde nie wieder gesund.“ „Alles wird noch schlimmer.“ „Ich bin wert- und nutzlos.“	WAHNIDEEN	„Ich schaffe es nicht.“ „Ich bin schuld an der Erkrankung des Betroffenen.“
Professionelle ambulante bzw. stationäre Betroffenenbetreuung.	WAS IST BZW. WAS WIRKT UNTERSTÜTZEND	Angehörigenbetreuung zum Beispiel durch Selbsthilfe- gruppen, soziale Einrichtungen für Angehörigenberatung.

Ich hinterfrage mich gelegentlich, ob das, was ich zu wissen glaube, Wissen ist, das mir im Ernstfall hilft. Sich ausschließlich auf seine Kenntnisse zu verlassen erscheint mir zu vage. Die Erfahrung

sagt mir, dass jedes Bewusstsein Wissenslücken beinhaltet. Ich halte es mit Cicero, der gesagt haben soll:

Ich weiß, dass ich nichts weiß.

15

Themenvermeidung oder

Nicht immer halten Sprichwörter das, was sie versprechen

Vermutlich jeder kennt das Sprichwort „Reden ist Silber, Schweigen ist Gold.“ Ganz bestimmt gibt es Situationen, wo diese Redewendung angebracht ist und zutrifft. Es gibt aus meiner Sicht aber auch Situationen, wo es besser ist, den Sinnspruch nicht wörtlich zu nehmen, sondern ihn umzukehren. „Reden ist Gold, Schweigen ist Silber.“ Ich nenne einen Beweis für die Umkehrvariante: Wird über heikle Themen nicht gesprochen, kann es zu Fehleinschätzungen und falschen Handlungsabläufen kommen. Themen, die gesundheitsfördernd sind, sollten nie Tabu sein!

W und ich hatten lange Zeit die bekannte Variante des Sprichwortes gelebt. Ergebnisse waren: Fehleinschätzungen, Pleiten, Pech und Pannen. Für Offenheit gibt es bei uns kein „peinlich sein“ und kein „sich blamieren“ mehr. Peinlich ist nur das, was wir für peinlich erklären.

Wir haben uns gefragt: „Ziehen wir Nutzen aus nicht angesprochenen Themen?“
Wir haben geantwortet: „Nein.“
Wir haben uns gefragt: „Lassen sich Gewinne aus unserem Schweigen ziehen?“
Wir haben geantwortet: „Nein.“
Wir haben uns gefragt: „Welche Ernte lässt sich aus Vermeidungen einfahren?“
Wir haben geantwortet: „Keine.“
Aus Erfahrung weiß ich, dass sich aus Themenvermeidung weder Gewinne, noch Nutzen ziehen

lassen. Ganz im Gegenteil: Missverständnisse – Missdeutungen – Unterstellungen – Fehleinschätzungen – Vertrauensbrüche könnten Folgen sein, auf die gerne verzichtet werden kann.

Genau wie W vermied ich es, bestimmte Themen anzusprechen. Schamgefühl, Angst vor der Wahrheit und möglichen Auseinandersetzungen waren die häufigsten Hinderungsgründe. Irgendwann stellten wir fest, dass der ablehnende Umgang mit heiklen Themen auf Dauer eher belastet als entspannt. Der Beginn einer Entfremdung war unterbrochen, als wir für uns Offenheit entdeckten. Wir hatten begriffen, dass wir mit Ehrlichkeit, Aufrichtigkeit und Gesprächsbereitschaft uns und anderen gegenüber besser fahren, als mit Zurückhaltung, Lügen und Ausreden. Anfänglich bedeutete das für mich große Hemmschwellen, zu überwinden. Nachdem mir das „Schritt für Schritt“ gelungen war, fühlte ich mich frei. W ging es ähnlich. Durch unsere Offenheit erfuhren wir auch Offenheit von anderer Seite. Diese für mich neue Verhaltensweise führte dazu, dass ich mich in die Lage gebracht hatte, Betroffenen und Angehörigen zu helfen.



Vermeidung

Es folgt eine Zusammenstellung über Themen, die gerne vermieden, zumindest ungern angesprochen bzw. nicht ausreichend kommuniziert werden:

ABLEHNUNG	UND	NICHT WAHR-HABEN-WOLLEN
MITLEID	UND	SELBSTMITLEID
BETROFFENHEIT	UND	TRAUER
HILFLOSIGKEITSGEFÜHLE	UND	HOFFNUNGSLOSIGKEITSGEFÜHLE
VERUNSICHERUNG	UND	ANGST
ENTTÄUSCHUNG	UND	WUT
SEELISCHE ERSCHÖPFUNG	UND	KRAFTLOSIGKEIT
KÖRPERLICHE ERSCHÖPFUNG	UND	KÖRPERLICHE BESCHWERDEN
SCHULDGEFÜHLE	UND	SCHAMGEFÜHLE

Finden Sie sich wieder?

Wenn Sie sich wiedergefunden haben, erlauben Sie sich die Frage, warum Ihr Verhalten so ist, wie es ist. Nehmen Sie sich Zeit zum Überlegen, wie Sie künftig mit Themenvermeidungen umgehen wollen. Welche Möglichkeiten Sie sehen und wer Ihnen möglicherweise dabei helfen kann.

Glauben Sie mir: Ein Versuch ist es allemal wert.

*Keine Fragen stellen bedeutet nicht keine Fragen zu haben,
sondern auf Antworten zu verzichten.*

Manfred Bieschke-Behm

16

Wiederkehrende Fragen und Antworten oder Besser zweimal fragen, als einmal irren

Es gibt keine unumstößlichen, allgemein gel-
tenden Antworten auf Fragen. So wie es auch kein
richtig und kein falsch
gibt. Es gibt, so meine
Erfahrung, zu wenige
Fragende, zu wenige
Zuhörende und eine
zu geringe Bereit-
schaft, sich mit Realit-
täten auseinanderzu-
setzen.

So wie W und ich, ist
jeder Mensch durch
Erziehung, Einstel-
lungen sowie äußeren
Einflüssen geprägt.
Auch aus diesen Grün-
den fallen Antworten,

auch Fragen sowie Ansichten und Einsichten un-
terschiedlich aus. Ich behaupte, dass hinter jeder

Frage ein Bedürfnis steht und, dass es manchmal
besser ist, zweimal zu fragen, als sich einmal zu
irren. Ich nutzte gerne
die Gelegenheit, An-
gehörige bestimmten
Fragen zu stellen.



Auffälligkeiten

Bei meinen Gesprächs-
partnern handelt es
sich um Personen, die
langjährige Erfahrun-
gen im Zusammenle-
ben mit Betroffenen
haben und solchen mit
wenigen Erfahrungen.
Die Antworten geben
einen Überblick über
das, was Angehörige

beschäftigt und Denkanstöße bisheriger Vorge-
hensweisen zu ändern bzw. einzusetzen.

FRAGEN AN ANGEHÖRIGE

Was wissen Betroffene und Angehörige
voneinander?

Was sind Ihre Wahrnehmungen und wie wer-
den diese bewertet?

ANTWORTEN VON ANGEHÖRIGEN

- Zu wenig und nicht die ganze Wahrheit.

- Wahrnehmungen sind wahr, und zwar auf der subjektiven Ebene (persönliche Gefühle, Interessen, von Vorbehalten bestimmt, voreingenommen, befangen).
- Wahrnehmungen sind meine Wahrheiten.
- Wahrnehmungen werden häufig über- oder unterbewertet.
- Die Interpretationen entsprechen evtl. nicht dem Istzustand beim bzw. über den Anderen.
- Achtsamkeit schließt Fehleinschätzungen nicht aus.

FRAGEN AN ANGEHÖRIGE	ANTWORTEN VON ANGEHÖRIGEN
Was sind Ihrer Meinung nach Ursachen für bestimmte Verhaltensmuster?	<ul style="list-style-type: none"> • Erziehung • Einstellungen • Erlebnisse • Unreflektierte Betrachtungen • Undifferenzierte Betrachtungen • Fehlender Mut für Korrekturen • Krankheit wird als Entschuldigung benutzt (Vorteile aus der Krankheit ableiten) • Flucht in die Krankheit • Schutz • Angst • „Schauspielern“, das heißt, sich verstellen, nicht zu seinem ICH stehen • Maske tragen, sich tarnen und Weiteres
Inwieweit tragen Betroffene Verantwortung für ihr Leben?	<ul style="list-style-type: none"> • Betroffenen werden durch falsche Rücksichtnahme und übertriebener Fürsorge Eigenverantwortung abgesprochen.
Schuldgefühle - was ist Ihr Anteil?	<ul style="list-style-type: none"> • Die Schuldfrage sollte sich gar nicht erst stellen, weil sie objektives Denken, Fühlen und Handeln verhindern.
Aussagen und Beschlüsse konsequent durchführen und einhalten – wie?	<ul style="list-style-type: none"> • Sich nicht irritieren lassen. • Abweichungen vermeiden.
Krankheitseinsicht auf beiden Seiten – wie?	<ul style="list-style-type: none"> • Der Auseinandersetzung mit der Krankheit. ist die Akzeptanz (Annahme) vorzuschalten.
Welche Effekte haben Ihre Wahrnehmungen, hat Ihre Haltung bzw. haben Ihre Einstellungen?	<ul style="list-style-type: none"> • Negativer Blickwinkel gleich kontraproduktiv. • Positiver Blickwinkel gleich aufbauend.
Gesunder Umgang?	<ul style="list-style-type: none"> • Einsatz der Sprachmöglichkeiten/Kommunikation. • Selbstachtung und Achtsamkeit nicht vernachlässigen.
Wie kann sich Selbstmitleid auswirken?	<ul style="list-style-type: none"> • Durch Selbstmitleid tun wir uns und den Betroffenen keinen Gefallen. • Sich selbst leidtun/bedauern hilft niemanden. • Durch anhaltendes oder übertriebenes Selbstmitleid besteht die Gefahr, zu erkranken.

Bei den Fragestellungen und dem Sammeln von Antworten war W nicht beteiligt. Nachdem ich W die Fragen und Antworten präsentiert hatte, bekam ich als Reaktion zu hören:

„Meine Fragen sind beantwortet.“

17

Ganzheitliche Betrachtung oder

Das Dreigestirn: Körper, Geist und Seele

Es gibt in meinen Betrachtungen und Überlegungen nicht DEN Betroffenen und nicht DEN Angehörigen. Es wäre zu einfach zu sagen, alle Betroffene verhalten sich nach dem gleichen Schema und Angehörige befolgen starre Regel. Es wäre aus meiner Sicht auch fatal, Betroffene nur auf ihre Erkrankung zu reduzieren und Angehörige auf den betreuenden Aspekt. Für mich ist es von zentraler Bedeutung, Personen ganzheitlich zu betrachten. Die Feststellung, dass ich als Betroffener auch ein Angehöriger bin und W als Angehöriger auch ein Betroffener ist, ist für mich wichtig festzuhalten. Ich, zunächst als Betroffener gesehen, bin gleichzeitig Angehöriger von W und empfinde und empfinde entsprechend. W, zunächst als Angehöriger gesehen, ist gleichzeitig Betroffener, weil meine Krankheit W nicht unberührt ließ, Konsequenzen nach sich zog usw. Für mich gibt es durch Zusammengehörigkeit und emotionaler Bindung keinen Grund, sich isoliert zu betrachten. Für W und für mich gab es ein gemeinsames Ziel: Wir wollten aus dem Gleichge-

wicht Geratenes wieder ins rechte Lot bringen. Weitestgehend ist uns das gelungen. Auf Wikipedia heißt es zu dem Begriff Ganzheitlichkeit: Die Betrachtung und Behandlung eines Themas, eines Gegenstandes oder einer Beziehung in seiner Ganzheit bedeutet eine umfassende, weitsichtige und weit vorausschauende

Berücksichtigung möglichst vieler Aspekte und Zusammenhänge:

- Erkennbare Ursprünge
 - Ziele und Bestimmungen
 - Eigenschaften, Zuschreibungen und Zuordnungen
 - Direkte und indirekte Beziehungen und Querbeziehungen
 - Regeln, Werte und Normen
- Rahmenbedingungen, Nutzenabwägungen, Anwendungsaspekte
- Neben-, Folge- und Wechselwirkungen des Systemverhaltens - und absehbare Reaktionen
- Anderer im Umgang damit.

(Quelle: www.wikipedia.org - Eintrag vom 1.6.2016)

Der Eintrag bei Wikipedia machte mir deutlich, dass es mehrere Faktoren sind, die für eine ganzheitliche Betrachtung von Bedeutung sind. Mir wurde beim Lesen klar, dass es egal ist, ob ich die Auflistung als Betroffener oder als Angehöriger lese. Beide Zielgruppen werden gleichberechtigt angesprochen. Ganzheitliche Betrachtung sehe ich

noch in einem anderen Kontext. Den Menschen als Ganzes zu betrachten gilt auch für medizinische Betrachtungen. Das Zusammenwirken von Körper, Geist und Seele wurde aus meiner Sicht viel zu lange ignoriert bzw. unterbewertet. Jahrzehntlang wurden nur meine körperlichen Beschwerden behandelt. Niemand kam auf die

Für mich ist es von zentraler Bedeutung Personen ganzheitlich zu betrachten.



Zusammengehörigkeit

Idee, dass es meine seelische Verfassung hätte sein können, die meinen Körper schwächte, mir körperliche Schmerzen zufügte, die mich lebensuntüchtig und -müde machte.

Ich unterstelle, dass das Sie die Sprüche kennen: „Mir ist etwas auf den Magen geschlagen“ oder „Mir fällt ein Stein vom Herzen“. Was wollen diese Sinnsprüche zum Ausdruck bringen? Sie machen deutlich, dass es einen Zusammenhang zwischen Körper, Geist und Seele (Psyche) gibt. Dass eine isolierte Betrachtung nicht sinnvoll ist.

Als Jugendlicher bzw. junger Erwachsener war ich häufig lang anhaltend erkältet. Warum? Nicht, weil ich mich leichtsinnig gekleidet hatte. In der Nachbetrachtung führe ich das darauf zurück, dass nicht mein Körper erkältet war, sondern meine Seele. Ich habe immer wieder festgestellt: Ist die Seele gesund, ist auch der Körper – wenn auch nicht grundsätzlich - gesund. Und umgekehrt: War meine Seele krank, war auch mein Körper krank, das hieß anfällig, geschwächt. Das sind komplexe Wechselwirkungen, die medizinisch und psychologisch erklärbar sind. Nicht von mir. Ich bin kein Mediziner und kein Psychologe. Ich bin jemand, der am eigenen Leibe erfahren hat, was es heißt: Kranke Seele - kranker Körper.

In späteren Jahren hatten konsultierte Mediziner eingesehen, dass mein Körper nicht nur aus Fleisch, Knochen und Organen besteht, sondern dass es außerdem noch die Psyche gibt, die Aufmerksamkeit verlangt. In den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts hatte eine Allgemeinmedizinerin sinngemäß zu mir gesagt: „Nachdem Organschäden etc. auszuschließen sind, gehe ich davon aus, dass es Ihre Psyche sein muss,

die Beschwerden auslöst. Sie sollten sich einem Facharzt/Psychologen anvertrauen.“

Gut, dass - wie ich sie nenne - „seelenlose Körpermedizin“ der Vergangenheit angehört. Dennoch ist nicht davon auszugehen, so meine Erfahrung, dass medizinisches Personal flächendeckend den Weitblick und die Einsicht hat. Aber nicht nur den Ärzten darf Versäumnis angelastet werden. Wenn ich als Patient nicht offen und ehrlich in eine Praxis gehe, kann ich nicht davon ausgehen, ganzheitlich betrachtet zu werden.

Mir war es passiert, dass mich Mediziner mit Medikamenten „vollgepumpten“ und glaubten, damit das

Optimalste für mich getan zu haben. Heute weiß ich, dass es für die Heilung der Seele mehr als nur Pillen gibt. Vor der Erwartung, dass alle Mediziner das Bestmögliche für ihre Patienten tun, möchte ich warnen. Vorsicht bei der Arztwahl. Zum Schluss lassen Sie mich die Geometrie bemühen.

Stellen Sie sich als Sinnbild ein symmetrisches, gleichseitiges Dreieck vor. Die drei gleichlangen Seiten stehen für Körper – Geist – Seele. Dieses einfache Bild verdeutlicht, dass alle drei Komponenten sich benötigen, um zu bestehen. Kein Bereich kommt ohne den anderen aus.

Dennoch ist es nicht grundsätzlich so, dass alle drei Bereiche sich als gleichberechtigte Partner fühlen. Die Kräfteverhältnisse sind oft unterschiedlich. Fachleute sprechen davon, dass der Geist und die Seele beherrschend auftreten können und den Körper die Macht spüren lassen. Deshalb erscheint mir der Hinweis wichtig, für seelischen Ausgleich zu sorgen, damit der Körper sich nicht „krankmeldet“ und die Seele gesundet.

Wenn ich als Patient nicht offen und ehrlich in eine Praxis gehe, kann ich nicht davon ausgehen, ganzheitlich betrachtet zu werden.

18

Gemeinsam ins Gespräch kommen
oder
Trialoggespräche können Brücken bauen

Ich habe mich therapieren lassen und nicht nur ich spürte Veränderungen. Mein Therapeut reagierte auf das, was er von mir erfuhr und ich zog aus dem Gehörten Konsequenzen. W wurde mit Ergebnissen konfrontiert, die oft nur schwer oder überhaupt nicht einzusortieren waren. W war außen vor. Das Vorausgegangene bleibt im Verborgenen. Das Ergebnis wird präsentiert, hinterlässt Fragen, die nicht zu stellen getraut werden. Immer wieder musste sich W auf neue Situationen einstellen, die verunsicherten. Durch Gespräche während der Therapiestunden fühlte ich mich oft entlastet und spürte innere Bewegung, die auch zur Veränderung einer Situation beitrugen. Manchmal kamen mir während der Sitzungen Gedanken wie: ‚Wie wird W das sehen?‘, ‚Was würde W dazu sagen?‘ Usw.

War ich „redselig“ und konnte zu Hause darüber sprechen, war das günstig für W und letztendlich auch für mich. War ich der „Schweigsame“, der „Leidende“ war W in einer unbefriedigenden Situation, zu der ich maßgeblich beitrug. Auch weil W nicht die Gelegenheit hatte, sich aktiv in meine Therapien einzubringen.

Was uns fehlte, waren Trialogische Gespräche.
FRAGE: „Was ist ein Trialoggespräch?“
ANTWORT: „Ein Trialoggespräch ist ein zu dritt geführtes Gespräch.“

*Ich habe mich
therapieren lassen
und W spürte
Veränderungen.*

FRAGE: „Wer begegnet sich in einem Trialoggespräch?“

ANTWORT: „Zu einem Trialoggespräch treffen sich drei Gruppierungen: Krankheitserfahrene - Angehörige - beruflich Helfende.“

FRAGE: „Welche Aufgaben haben die am Trialog Beteiligten?“

ANTWORT: „Betroffene und Angehörige können ihr Krankheitserleben schildern, professionelle Helfer ihr Handeln erklären.“

FRAGE: „Welche Absicht verfolgen Trialoge?“

ANTWORT: „Alle am Trialog Beteiligten nehmen die Krankheit unterschiedlich wahr. Im Rahmen eines Trialoggespräches geht es um Erfahrungsaustausch und darum, den unterschiedlichen Perspektiven genügend Raum zu geben. Jeder bemüht sich, den anderen zu verstehen und ihn als Experten in eigener Sache anzuerkennen. Das bedeutet, jeder lernt von jedem und das unabhängig von der persönlichen Bindung und Verantwortung.“

FRAGE: „Gibt es zentrale Elemente, die bei einem Trialog zu beachten sind?“

ANTWORT: „JA, nämlich: zuhören - Fragen stellen - aussprechen lassen (nicht dazwischen reden) - weder urteilen noch verurteilen - nicht bewerten - keine verbalen Angriffe tätigen - gegenseitigen Respekt zollen - Verstandenes mitteilen - Unver-



Trialog

77

standenes hinterfragen - Stellung nehmen - Beziehung klären - gemäßigten Tonfall einsetzen - Vorschläge sammeln - Lösungen erarbeiten.“

Nur einmal wurde mir ein Trialoggespräch in einer Klinik angeboten. Ich gebe zu, dass der Trialog für W und mich nicht einfach war. Ich erfuhr einiges von W, was mir bisher nicht bekannt war. Umgekehrt war das nicht anders. Nachdem wir das Erlebte verarbeitet hatten, fiel es uns leichter, offen über bisher unangesprochene Dinge zu sprechen.

Interessant war die Erfahrung, dass es offensichtlich einer dritten Person bedurfte, die es uns ermöglichte, über „Unbekanntes“ zu sprechen. W und ich konnten Hemmungen abbauen und Schamgrenzen überwinden. Möglich war das, weil wir uns sicher fühlten und wussten, dass wir im „Ernstfall“ aufgefangen werden. Der Therapeut nahm Unterschiede wahr und hielt Übereinstimmungen fest, ohne Partei zu ergreifen. Ein positiver Nebeneffekt, der mir besonders wichtig war: Der Behandelnde war nicht mehr einseitig informiert. Ich hatte das Gefühl, dass er in Folgesitzungen anders mit mir umging.

Wie ich gehört und gelesen habe, setzen Klinken vermehrt Trialoggespräche ein. Der Nutzen für alle Beteiligten scheint erkannt.

Es dürfte kein Geheimnis sein, dass jeder Betroffene ein „Experte in eigener Sache“ ist. Auch dürfte es kein Mysterium sein, dass Angehörige eine wichtige Funktion bei der Alltagsbewältigung und Rückfallverhütung haben und das professionell Tätige über ein therapeutisches Wissen verfügen. Ich frage mich, warum bei so viel geball-

tem Wissen die vorhandenen Kompetenzen nicht öfter genutzt werden?

Natürlich muss an dieser Stelle auch erwähnt werden, dass Betroffene Gründe haben, die Einbindung Familienangehöriger auszuschließen. Etwa dann, wenn zwischen Betroffenen und Angehörigen kein Vertrauensverhältnis besteht. Aber in Fällen, wo alle einverstanden sind, sollten Trialogische Gespräche stattfinden, so mein Anliegen.

Seit Studien nachweisen konnten, dass engagierte und gut informierte Angehörige einen Krankheitsverlauf positiv beeinflussen können, verändert sich die Gesprächslandschaft. Es hat sich offenbar herumgesprochen, dass gemeinsame Gespräche für alle Beteiligten von Nutzen sind. Ich meine, dass Trialogische Gespräche dazu beitragen können, Berührungängste in Bezug auf die Krankheit Depression zu nehmen, und einen Gesundungsprozess beschleunigen können.

Der Therapeut nahm Unterschiede wahr und hielt Übereinstimmungen fest ohne Partei zu ergreifen.

In einem Artikel in „Der Zeit“ vom 17.09.2013 erklärte Karl Heinz Möhrmann, stellvertretender Vor-

sitzender des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker (BAPK): Zwei von drei Angehörigen chronisch psychisch kranker Menschen drohen langfristig selbst zu erkranken. Mit dazu beitragen kann die Nichteinbindung von Angehörigen in Therapieprozesse.

Hin und wieder reichen für aufklärende Gespräche keine zwei Personen. Zuweilen bedarf es einer kundigen dritten Person. Trialoggespräche können bestimmt keine Wunder vollbringen, aber für Aufklärung sorgen und den Heilungsprozess beschleunigen allemal.

19

Abhängigkeitsfalle und Abnabelungsprozess oder Nein sagen heißt nicht, ich mag dich nicht

Ich würde es begrüßen, wenn verbaler Austausch – auch im Dialog – zwischen Angehörigen und Betroffenen auch dazu genutzt werden würde, über das wichtige Thema „Abnabelung“ zu sprechen. Distanzierung, was so viel bedeutet wie „den Abstand vergrößern“, sollte kein Tabu-Thema sein. Zuviel Nähe – so wie zwischen mir und meiner Mutter – hat meiner gesunden Persönlichkeitsentfaltung im Wege gestanden. Ich bedaure, dass ich für den Selbstschutz keinerlei Unterstützung von außen erfuhr und deshalb in eine Abhängigkeitsfalle tappte.

So wie ich, passierte es auch W. W entwickelte eine hohe Verantwortung mir gegenüber, die nicht nur W geschadet hat. „Ich muss doch helfen, was soll ich denn machen ...“, ist ein Satz, der von W gedacht und ausgesprochen wurde. Diese Selbstverpflichtung hatte sich gesundheitsschädigend ausgewirkt. W war nicht bewusst, dass Betroffene (in der Regel) keine entmündigten Bürger sind. Vom Sinn her sind sie selbstbestimmende Personen. Krankheitsbedingt sind

Betroffene phasenweise eingeschränkt handlungsfähig, das heißt aber nicht, dass sie auf Vormundschaft angewiesen sind.

W hatte durch übertriebene Fürsorge ein großes Abhängigkeitsverhältnis geschaffen. Dieses Verhalten konnte auf Dauer keinen Bestand haben, weil es beide Seiten überforderte. Begreiflich

machen, dass „Nein“ sagen nicht heißt „ich mag dich nicht“ sondern „ich mag dich, aber es gibt Grenzen, die nicht überschritten werden dürfen“, ist nicht einfach. Dies gilt im Übrigen sowohl für Angehörige als auch für Betroffene.

Ich mag dich, aber es gibt Grenzen, die nicht überschritten werden dürfen.

W spürte zunehmend, wohin ungesunde Abhängigkeit führen kann. Der Moment war gekommen die „Notbremse“, zu ziehen.

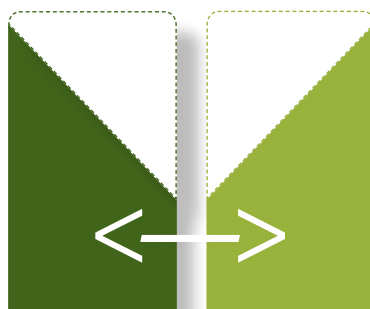
„Ich bin dabei, dich zur Unselbstständigkeit zu erziehen“, erläuterte

mir W eines Tages und begann, mir zumutbare Aufgaben zu übertragen. Das erklärte Ziel war, mir Selbstständigkeit zu erhalten beziehungsweise wiederzuentdecken.

„Du bist zwar krank, aber nicht hilflos“, erklärte mir W sinngemäß. Gleichzeitig hörte ich: „An

Stellen, wo du Hilfe benötigst, werde ich sie dir geben, da, wo sie nur deiner Bequemlichkeit dient, werde ich sie dir verwehren.“ Klare Ansage! Jetzt wusste ich Bescheid.

Die Überlegung, dass Neues gewinnbringend sein kann, hatte zunächst keinen Platz in meinem Kopf. Dass Veränderungen, und dazugehört



Distanz

auch das Distanzieren, zum eigenen Wohl sein kann, vermutlich sogar ist, konnte ich mir zunächst nicht vorstellen.

Ich musste lernen und akzeptieren, dass es auch für W Grenzen der Belastbarkeit gab. Darüber, dass W ein Recht auf Eigenschutz hat, machte ich mir keine Gedanken. Mir fiel so gut wie nie auf,

dass W. nicht für sich sorgte, sondern ausschließlich für mich da war. Für mich war unser Verhältnis normal.

Als W anfang, sich Freiräume zu schaffen, plagten mich seltsame Gedanken:

- Ich werde nicht mehr geliebt.
- Ich bin/werde lästig.
- Ich werde bald allein sein.
- Es bestätigt sich die Aussage meines Stiefvaters:
Du bist eine Last für andere.

Durch das veränderte Verhalten von W lernte ich allmählich, meine Ressourcen zu nutzen und auszubauen. Vollgepackt mit Minderwertigkeitskomplexen, fehlendem Selbstvertrauen und Ängsten war die Umsetzung dann doch nicht so einfach. Aber irgendwie gelang es mir, mich den Anforderungen zu stellen. Fördernd wirkte sich aus, dass W die Gabe besaß, mir meine Fehlleistungen nicht anmerken zu lassen und Erfolge – die ich nicht sah – zu verdeutlichen.

Ohne harten Schnitt verließ W sein Denken und sein Verantwortungshandeln. Stück für Stück gelang es, mir mein undankbares „Marionetten-Dasein“ (Abhängigkeitsleben) zu beenden.

Bevor der Umlenkungsprozess in Gang gesetzt wurde, wurde ich von W in „Watte gepackt“ und bin fast in ihr erstickt. Der Glaube, dass ich die aufopfernde Betreuung in vollem Umfang annehmen muss, war einer meiner fatalen Denkmuster. W glaubte, das Richtige zu tun und das es ein Zuviel nicht gab. Wir wurden Gefangene unserer eingeschliffenen Gewohnheiten und dadurch unfähig, uns freizuschwimmen, uns abzunabeln, Grenzen aufzuzeigen. Jeder war so emotional auf den anderen fixiert, dass es rationales Denken und Fühlen fast unmöglich machte.

Noch heute erinnere ich mich an einen Satz, den W im Trialoggespräch fiel: „Ich kann machen, was ich will, ich mache alles falsch.“ Das Schlimme an diesem Satz war, dass er stimmte. Bis auf das Wort „alles“. Tatsächlich handelte W – ohne, dass Absicht dahinter steckte – über den Bedarf hinaus beziehungsweise am Bedarf vorbei. W ließ sich vom Gefühl lenken und dem ausgeprägten Bedürfnis, helfen zu wollen helfen zu müssen. Mein Problem, und damit unser Problem, waren meine Gemütschwankungen. Was mir gestern gefiel, fand heute keinen Anklang, dafür morgen wieder. Meine Bedürfnisse, die von meiner Verfassung abhängig waren, wechselten wie das Wetter von heiter auf wolkig. Ich habe für mich den

Satz geprägt: „Ich verstehe mich selbst nicht, wie kann ich erwarten, dass andere mich verstehen“. Zu diesem Satz stehe ich bis heute. Heute muss ich eingestehen, dass ich mich W gegenüber oft ungerecht verhielt, was ich sehr bedaure.

„Sie haben die Pflicht für sich selbst zu sorgen, wenn Sie seelisch oder körperlich gesund bleiben wollen“, hatte sich W sagen lassen, und weiter: „Manchmal muss dafür die Möglichkeit der „Abnabelung“ in Betracht gezogen werden.“

In einem Selbsthilfetreffen hatten wir über den Begriff „Abnabelung“ gesprochen. Wir kamen zu dem Ergebnis, dass „Abnabelung“ nicht mit Trennung zu übersetzen ist. „Abnabelung“, so die übereinstimmende Meinung, ist die Distanzierung

und Möglichkeit, beziehungsweise Chance, neue Wege zu gehen. Eingetretene Pfade lassen sich häufig ohne „Abnabelung“ nicht verlassen, erklärte ein Gruppenmitglied. Ein anderes Gruppenmitglied versuchte zu verdeutlichen, dass ein

„eingespieltes Team“ (Betroffene/Angehörige) schnell den Überblick über Nutzen und Schaden unreflektiertem Zusammenleben verliert und es dadurch zu Beziehungsproblemen und unerwünschten Abhängigkeiten kommen kann.

Das Veränderungen einem Unsicherheitsfaktor unterliegen blieben auch W und mir nicht verborgen. Gerne wird das Altvertraute beibehalten. Mit dem Alten hatte man sich engagiert, sich eingerichtet. Es benötigte deshalb besonders bei mir Mut, Einsicht und Überzeugungskraft, ja zum „Neuen“ zu sagen und dem „Alten“ keine Träne nachzuweinen.

Sich von einem Menschen verabschieden beziehungsweise trennen müssen, fällt mir bis heute schwer. Bei mir sind es Verlassensängste, die ich seit meiner Kindheit mit mir herumschleppe, die mich nicht rational denken lassen. Therapien haben es nur ansatzweise geschafft, mich von dieser Art von Angst zu befreien.

Loslösen und verlassen war für mich lange Zeit gefühlsmäßig ein und dasselbe. Längst weiß ich, dass das eine mit dem Anderen so gut wie nichts zu tun hat.

Heute wissen wir, dass Angehörige, die sich überwiegend und aufopfernd um Betroffene kümmern, in eine Art Isolation begeben und Anwärter sind, physisch und physisch zu erkranken.

Ein Abnabelungsprozess ist schwierig aber notwendig, auch das wissen wir. Am Ende gab es keinen Verlierer nur Gewinner.

Stück für Stück gelang es mir mein undankbares „Marionetten-Dasein“ (Abhängigkeitsleben) zu beenden.

20 Selbstbestimmtes Leben oder Säulen auf die sich bauen lässt

Im Internet habe ich eine Liste über 1598 Charaktereigenschaften gefunden. Sie alle hier aufzuführen würde den Rahmen sprengen (www.charaktereigenschaften.miroso.de). Es gibt Eigenschaften, die einen Menschen lebenswert machen, und solche, die auf andere unangenehm wirken. Alle Eigenschaften bestimmen die Persönlichkeit eines Menschen. Eigenschaften werden uns anerzogen beziehungsweise sie werden übernommen oder frei gewählt.

Auch ich bin durch meine Vergangenheit geprägt. Die Krankheit Depression hatte bei mir Eigenschaften verändert, egal ob sie positiv oder negativ einzustufen sind, ohne, dass ein Wollen dahinter steckte. Die fröhliche, immer hilfsbereite und lebensbejahende Person, gab es nicht mehr. Plötzlich war ich traurig, abweisend und lebensmüde. „Die Depression ist eine persönlichkeitsverändernde Krankheit sowohl für Betroffene als auch für Angehörige“, erfuhren W und ich. Sich selbst und anderen gegenüber gerecht zu werden ist eine schwierige Aufgabe. Dabei spielen Selbstbestimmung und Fremdbestimmung eine große Rolle.

Ich ließ mich Fremdbestimmen, ohne, dass ich dem zustimmte. Mein Gemütszustand ließ es nicht zu, aufzubegehren. Durch meine Verfas-

Ich ließ mich Fremdbestimmen ohne, dass ich dem zustimmte.

sung verhielt ich mich größtenteils passiv. Das beinhaltete auch, keine eigene Meinung zu haben. Ich ließ mit mir geschehen. Ich machte das, was andere für richtig hielten. Selbstbestimmend leben definiere ich unter anderem mit aktiv am Leben teilnehmen. Ich war in Akutphasen, und oft auch dazwischen, nicht in der Lage, selbst zu bestimmen, was gut oder nicht gut für mich ist. Hemmungen hinderten mich daran, eigene Entscheidungen

zu treffen. Es gab die Angst, Falsches zu tun und dafür zur Rechenschaft gezogen zu werden. Irgendwann war es eingepasste Lebensform, mich fremd bestimmen zu lassen. Dies geschah durch W, durch Ärzte, durch Therapeuten, durch Verwandte, Bekannte und Freunde.

Es gab die Momente, in denen W davon ausging, dass ich durch mein Dazutun beitragen könnte, das allgemeine Wohlbefinden und unsere Zufriedenheit zu steigern. Die Ansage, durch mehr Aktivität müsste ein schnellerer Fortschritt in der Bewältigung meiner Krankheit möglich sein, stand

im Raum. Fordern und fördern, eine zurzeit oft genannte Formel, wenn es darum geht, jemanden im Denken und Handeln zu motivieren aktiv zu werden, war nicht bis in mein Bewusstsein vorgeordnet. W hat mich lange Zeit nicht gefordert. Das Gegenteil war der Fall. Ich war - ohne dass eine böse Absicht dahinter steckte - unterfordert,



Fundament

gewissermaßen degradiert und reduziert. Aus Rücksicht auf meine Person stellte W eigene Bedürfnisse zurück, verdrängte und vernachlässigte sie. Alles Denken, Fühlen und Handeln fokussierte W auf meine Person. Das heißt, ich stand geschärft im Vordergrund und W unscharf im Hintergrund. W war durch selbstgewähltes Verhalten übermotiviert, überfordert, fühlte sich vernachlässigt. Heute wissen wir beide, dass nicht der Betroffene, sondern der Angehörige für die eigene Zufriedenheit verantwortlich ist. Wir wissen auch, dass Betroffenen der Weg zur Zufriedenheit geebnet werden kann, aber ohne Selbstbeteiligung nicht möglich ist.

Nach einem Besuch einer Vortragsveranstaltung zum Thema „Grundpfeiler und Säulen auf die sich bauen lässt“ ist Folgendes bei mir hängen geblieben:

Ein tragfähiges Gebäude verlangt Stabilität. Damit die Stabilität gewährleistet ist, muss die Statik stimmen. Stimmt die Statik nicht, werden Fehler gemacht, die es heißt zu korrigieren. Wichtig ist, dass sich zum Schluss mit dem Ergebnis leben lässt. Bei W und bei mir hatte sich die Stabilität unserer Beziehung durch meine Erkrankung stark verändert. „Unser Stabilitätshaus“ war, in eine Schiefelage geraten. Das Fundament, auf dem wir das Gemeinsame aufgebaut hatten, war brüchig geworden. Wir benötigten einen „Architekten“, der uns half, die Statik zu überprüfen und zu stabilisieren.

Wir benötigten einen „Architekten“ der uns half die Statik zu überprüfen, und zu stabilisieren.

Wir erklärten uns bereit, Neues zu überlegen und auszuprobieren, Altes zu verwerfen und letztendlich Entscheidungen zu treffen. Wir haben „unser Haus gerettet“, indem wir selbstbestimmendes Leben als rettender Träger für uns entdeckt haben.

Heute wissen wir, das selbstbestimmend leben Fremdhilfe einschließt und sind froh, dass es entsprechende Angebote gibt.

Bei meiner Recherche zum Thema selbstbestimmendes Leben (www.minderwertigkeitskomplex.com) bin ich auf die sechs Säulen des Selbstwertgefühls - eine Entwicklung vom amerikanischen Psychologen Nathaniel Branden - gestoßen, die ich Ihnen nicht vorenthalten möchte, weil ich sie für wichtig und hilfreich halte:

1. Bewusstes Leben
2. Selbstannahme
3. Eigenverantwortliches Leben
4. Selbstsicheres Behaupten der eigenen Person
5. Zielgerichtetes Leben
6. Persönliche Integrität (sich selbst treu bleiben)

Ich habe begriffen, dass ...

- es für das eigene Wohlbefinden wichtig ist, Realitäten zu erkennen und zu akzeptieren.

- will ich nicht ständig über mich „selbst stolpern“ in keinem feindschaftlichen Verhältnis zu mir stehen darf.
- will ich eigenverantwortlich leben, bereit sein muss, mein Leben selbst zu kontrollieren und zu steuern.
- ich mir selbst treu bleiben muss und mich nicht von anderen abhängig machen darf.
- wenn ich die eigenen Fähigkeiten aktiv nutze und erreichbare Ziele verfolge, weniger Stress habe.
- wenn ich es schaffe authentisch zu leben, mich an eigene Wertevorstellungen halte, ich ICH bin und nicht einer, den andere gerne hätten.

Mir hat es geholfen, mich mit den sechs Säulen intensiv zu beschäftigen. Was mir geholfen hat, könnte doch auch Ihnen helfen. Oder?

Nach den sechs Säulen möchte ich noch auf drei Säulen der ärztlichen Behandlung hinweisen, die ich unter www.psychosoziale-gesundheit.net fand.

Die drei Säulen der ärztlichen Behandlung sind:

1. Psychotherapeutische Stützung (erstrebenswert, eine enge Zusammenarbeit mit den Angehörigen (Trialog))
2. Soziotherapeutische Korrekturen in Beruf, Ehe/Familie, sonstige, eine Depression auslösende oder unterhaltende Belastungsfaktoren usw.
3. Medikamentöse Therapie

Die Reihenfolge scheint mir nicht von Bedeutung, wohl aber die Notwendigkeit aller drei Säulen. Ich meine, dass die Anwendung der drei Säulen Angehörige entlasten können und sowohl Angehörige als auch Betroffene in der Bewältigung der Erkrankung unterstützen können.

Nicht nur ich profitiere von der Inanspruchnahme helfender und unterstützender Maßnahmen, sondern auch W. Heute wissen wir, das selbstbestimmend leben Fremdhilfe einschließt und sind froh, dass es entsprechende Angebote gibt.

Sowohl ich als auch W hat sich im Laufe der Zeit zu Experten in eigener Sache entwickelt. Dennoch gibt es Grenzen. Grenzüberschreitung war bei uns, als das eigene Denken, Fühlen und Handeln nicht mehr ausreichte, die Krankheitssituation richtig einzuschätzen, Selbstbestimmung verloren gegangen war und die Krankheit Depression unser Leben bestimmte. Zum Schluss kann ich sagen, dass es sich für uns gelohnt hat, über unsere Lebensgestaltung und Lebensplanung nachzudenken und Veränderungen vorzunehmen.

21

Depression und Sexualität oder

Wenn die Lust unterbrochen ist

Bevor ich Ihnen im nächsten Kapitel meinen „Erste-Hilfe-Koffer“ vorstelle, widme ich mich einem Thema, das häufig tabuisiert wird. Ein Thema, über das nicht gerne gesprochen wird, weil es mit einem starken Schamgefühl und dem Gefühl der Peinlichkeit behaftet ist. Ich meine das Thema Sexualität und im Speziellen „Sexualität und Depression“. Scham – so lässt sich bei Wikipedia nachlesen – ist ein Gefühl der Verlegenheit oder der Bloßstellung, das durch Verletzung der Intimsphäre auftreten oder auf das Bewusstsein beruhen kann, durch soziale Erwartungen oder Normen nicht zu entsprechen.

„Es ist mir peinlich über das Thema zu sprechen, deshalb lasse ich es“, bekam ich zur Antwort auf meine Frage: „Wie ist das bei dir mit der Sexualität, seitdem du depressiv bist.“

Dass depressive Verstimmungen Auswirkungen auf das Alltagsleben haben, dürfte allgemein bekannt sein. Auch, dass eine Depression den gesamten Organismus beeinflusst, ist, so vermute ich,

keine Neuigkeit. Dass zum gesamten Organismus auch der Bereich der Sexualität gehört, dass dieser Bereich durch die Krankheit in Mitleidenschaft gezogen wird, ist ebenfalls bekannt und wird meiner Meinung nach viel zu selten thematisiert. Meine Erfahrung ist, dass die Tabuisierung nicht nur bei Betroffenen stattfindet, sondern auch bei Angehörigen. Die Sexualität ist, das wissen wir

Meine Erfahrung ist, dass die Tabuisierung nicht nur bei Betroffenen stattfindet, sondern auch bei Angehörigen.

alle, ein fester und wichtiger Bestandteil unserer Lebensform. Die Bedürfnisse und die Formen in der Ausübung von Sexualität sind unterschiedlich und dennoch haben sie eines gemein: Sie dienen nicht nur der Fortpflanzung, sondern auch der Lustbefriedigung. Beides, Fortpflanzungsbereitschaft und Lustbefriedigung, können durch die Krankheit Depression unterbrochen, stark eingeschränkt sein.

Die innere Leere, die ich fühlte, die Antriebslosigkeit, die schweren Gefühle, die mich Tag und Nacht nicht losließen, die anhaltende Traurigkeit sowie Hoffnungslosigkeit hatten mein Interesse an Sexualität stark beeinflusst. Die Reduktion erweiterte sich nach Beginn

der Einnahme von Psychopharmaka. Zusätzlich zu der Interessenlosigkeit gab es Erektions- und Orgasmusschwierigkeiten. Mein Bedürfnis Sex mit W zu haben war gleich „Null“. Immer wieder gab es Ausreden, weshalb „es nicht geht“. Manchmal waren der Wille und die Bereitschaft da, aber Energie und Aktivität blieben

aus. Die Angst zu versagen verhinderte jedes Lustempfinden. Irgendwann kam unser Sexualleben zum Erliegen.

Aus dem Text eines Beipackzettels erfuhr ich, dass in der medikamentösen Behandlung depressiver Personen (egal ob Mann oder Frau) Antidepressiva eine zentrale Rolle spielen. Sie sorgen dafür, dass das Gleichgewicht der Botenstoffe Norad-



Tabuisierung

renalin und Serotonin wieder hergestellt wird. Ferner erfuhr ich, dass Medikamente dieser Art nicht abhängig machen, und dass sie unterschiedlich wirken, das heißt, die sexuelle Lust nicht grundsätzlich beeinträchtigen.

So weit, so gut. Mich hatte das Medikament, in meiner Potenz und Lust stark beeinträchtigt. W und ich haben kurz darüber gesprochen und danach Sex unausgesprochen zum Tabuthema erklärt. Falscher Scham und die Angst vor Verletzungen war zu groß.

Gemeinsamer Sex fand nicht statt, dafür hin und wieder Selbstbefriedigung, die mich Entspannung spüren ließ. Dadurch, dass Leistungsdruck wegfiel, entstand sogar ein Hauch von Glücksgefühl. Aber

auch die Selbstbefriedigung war nicht immer erfolgreich. Erektionsschwierigkeiten und das „unbedingt zum Orgasmus kommen wollen“, verursachte Stress und manchmal sogar Schmerz.

Der Gedanke, von W verlassen zu werden, bestand nie. Wir fanden eine Art des Umgangs, der nicht durch einen sexuellen Akt „gekrönt“ sein musste. Wir tauschen Zärtlichkeiten aus, die uns – zumindest was meine Person betraf – genügten. Ich hatte nie das Empfinden, dass nicht ausgeübter Sex es war, der uns hätte trennen können. W vermittelte mir stets das Gefühl von Nähe und Wertschätzung.

Ich habe Angehörige gehört, die mir erklärten, dass mangelnde sexuelle Lust für den Partner eines Betroffenen eine große Herausforderung ist. „*Es ist schwer zu verstehen, dass aufgrund einer psychischen Störung die Beziehung nicht mehr so funktioniert, wie vor der Erkrankung*“, erklärte mir ein Verunsicherter. In Gruppen wurde erzählt, dass Partner die sexuelle Unlust als Zurückweisung erleben und sich persönlich verletzt fühlen. Eine Frau klagte darüber, dass sie glaubt, für den Partner nicht mehr attraktiv zu sein und dass sie

Dadurch, dass Leistungsdruck wegfiel, entstand sogar ein Hauch von Glücksgefühl.

dieses Gefühl nicht im Zusammenhang mit der Krankheit sehen kann. Bei mir ist haften geblieben 1. dass Sexualität nicht überbewertet werden sollte 2. dass es wichtiger ist, die zugrundeliegenden depressiven Symptome behandeln zu lassen und 3. erst dann die Konzentrierung auf Beziehung und Sexualität erfolgt.

Ein Gruppenmitglied, das sich in Behandlung begeben hatte, berichtete, dass die Bewältigung seiner sexuellen Spannungen viel Geduld abver-

langte und, dass es wichtig war, dass er nicht unter Druck gesetzt wurde. Verständnis zeigen hatte geholfen, mit dem Sexualproblem besser klarzukommen. Hilfreich war, das Thema behutsam anzusprechen.

Ihm wurde geraten bei bestehender Gesprächsbereitschaft darauf zu achten, dass kein vorwurfsvoller Ton gewählt wird, und dass die eigenen Bedürfnisse nicht in den Vordergrund gestellt werden.

Auf meine Frage, was ein Angehöriger noch tun kann, erzählte das Gruppenmitglied, das es wichtig ist, seinem Partner Unterstützung anzubieten und wenn der Partner es wünscht, ihn beim Arztbesuch zu begleiten (s. hierzu auch Kapitel 18 „Gemeinsam ins Gespräch kommen oder Dialoggespräche können Brücken bauen“). Dem Gruppenmitglied wurde erklärt, dass er seine Partnerschaft nicht vom Sexualleben abhängig machen sollte, sondern von der Liebe, die viel mehr beinhaltet als nur die Ausübung reiner Sexualität. Zum Schluss erzählte uns das Gruppenmitglied, was ihm sein Arzt mit auf den Weg gab: „*Räumen Sie sich und Ihrem Partner die Chance ein, die sexuelle Einschränkung gemeinsam zu durchstehen. Gehen Sie davon aus, dass die Lust nicht auf Dauer unterbrochen sein wird.*“

Die Hoffnung stirbt bekanntlich zuletzt!

*Hilfe zur Selbsthilfe nutzen ist besser,
als auf Wunder warten.*

Manfred Bieschke-Behm

22

Was mir hilft, hilft vielleicht auch anderen oder Mein Erste-Hilfe-Koffer (Notfallkoffer)

Was in fast keinem Haushalt fehlt, ist eine gut sortierte Hausapotheke. Idealerweise beinhaltet diese Schmerz- und Erkältungsmittel, Mittel gegen Sodbrennen, Blähungen, Verstopfung, Durchfall, Wundinfektionsmittel und Heilsalbe, sterile Kompressen und Mullbinden sowie Pflaster.

Hilfsmittel gegen gedankliche Irritationen und seelische Verstimmung wird man in einer Hausapotheke nicht finden.

Ich habe mir vor Jahren einen „Erste-Hilfe-Koffer“ (auch Notfallkoffer genannt) zugelegt. Dabei

handelt es sich um einen für Kinder hergestellten Arztkoffer aus Plastik. Den eigentlichen Inhalt habe ich verschenkt. Er war für meine Zwecke nicht geeignet.

In meinem Koffer gehören Aussagen, Botschaften, Kurztex-te, Motivkarten, Fotos, Zeichnungen, Sprüche und kleine Symbole, die allesamt eine Bedeutung für mich haben und mir bei der Bewältigung von Verstimmungen helfen sollen. Der Inhalt soll mich zum (Nach-) Denken anregen und mich auf-fordern, an das Gute zu glauben. Er soll mir helfen, verwirrte Gedanken aus-

zusortieren und mich bei einer Neuausrichtung unterstützen.

Mein Suchvorgang ähnelt dem Suchen nach einem geeigneten Pflaster bei Schnittverletzungen oder dem Suchen nach einer geeigneten Tablette gegen Schmerzen.

Wer kennt sie nicht, die Erleichterung, wenn das richtige Gegenmittel gefunden wurde?

Mein „Erste-Hilfe-Koffer“ dient mir, mit der Krankheit Depression gesund umzugehen. Er ist gut gefüllt. Aber im Koffer ist noch genügend

Platz für Neues, Helfendes, Unterstützendes. Und sollte mein Koffer einmal zu klein sein, schaffe ich mir einen größeren an.

Es wird sicher keiner auf die Idee kommen, seine Hausapotheke ersatzlos wegzuwerfen. Warum

auch? Mit einem Notfall muss jeder rechnen. Und dann ist es gut, wenn man auf Hilfsmittel zurück-griffen werden kann. Und aus diesem Grund werde auch ich mich nie von meinem „Erste-Hilfe-Koffer“ trennen.

*Wer kennt sie nicht, die
Erleichterung, wenn das
richtige Gegenmittel
gefunden wurde?*



Notfallkoffer

Hinweis: Ein „Erste-Hilfe-Koffer“ eignet sich sowohl für Betroffene als auch für Angehörige. Den Inhalt, den Sie sich selbst zusammenstellen, soll Ihnen helfen, Krisensituationen abzufedern oder gar aufzulösen.

Auf mich übt der Inhalt meines Koffers eine große Wirkung aus. Warum

soll Ihnen nicht das Gleiche wiederfahren?

Wenn Sie Ihren „Erste-Hilfe-Koffers“ so nutzen wie ich meinen, werden Sie mir recht geben, dass es nicht immer Pillen sein müssen, die Beschwerden lindern können.

Nachfolgend führe ich auf, was sich zurzeit alles

in meinem „Erste-Hilfe-Koffer“ bzw. „Notfallkoffer“ befindet. Sie entdecken, was ich gesammelt habe und was die einzelnen Gegenstände, Aussagen bzw. Sprüche für mich bedeuten.

GEGENSTÄNDLICHER INHALT	MEINE BEDEUTUNGEN
Feder	Nimm nicht alles so schwer – nimm ´s leicht
Muschel	Ich lege sie an mein Ohr, um in mich hineinzuhören
Teelicht	Wärme und Licht spüren
Eine Nascherei	Sich das Leben versüßen, sich etwas Gutes gönnen
Teebeutel	Sich etwas Wärmendes zuführen
Engelsfigur	Mit dem Gegenstand sprechen – etwas in der Hand halten (sich spüren)
Papiertaschentuch	Ich darf weinen
Smiley	Ich darf lachen
Geknotetes Tuch	Zur Erinnerung was ich gelernt habe – woran ich mich erinnern sollte – dass ich bestimmte Dinge nicht vergessen sollte

AUSSAGEN/SPRÜCHE

(In meinem Koffer bebildert, hier nur Textwiedergaben möglich)
Bedeutungen für mich

*

Es ist nichts so schlecht, als das es nicht auch zu etwas gut wäre.

Oder: Erfahrungen machen klug.

Mein Leitgedanke ist, im Schlechten auch etwas Gute zu finden und aus den Erfahrungen lernen.

*

Die Gedanken entsprechen nicht immer der Realität.

Ich muss des Öfteren feststellen, dass Gedanken, die sich mit meiner Vergangenheit beschäftigen, nicht immer der Realität entsprechen.

Ereignisse und Ergebnisse habe ich zum Teil falsch abgespeichert.

*

Weglaufen nützt nichts, denn DU nimmst dich immer mit.

Ich stelle mich den Problemen und gehe anschließend befreiter durchs Leben.

*

Blicke in den Spiegel. Was Du siehst, ist der einzige Mensch, der dich verändern kann.

Ich habe begriffen, dass nur ich es bin, der sich verändern kann.

Dass ich es bin, der Entscheidungen treffen muss. Egal welche.

*

Es gibt keinen Grund, sich nicht selbst zu lieben.

Erst als ich bereit war, mich zu lieben, fiel es mir leichter, andere zu lieben.

*

Es ist im Moment so, wie es ist. Es wird auch wieder anders.

Ich versuche, mich nicht in unangenehme Situationen hinein zu steigern.

Alles geht vorüber. Selbstverständlich auch das Unangenehme.

Ich glaube fest daran.

*

Der Moment ist wichtig, nicht die Zeit davor, nicht die Zeit danach.

Was für mich zählt, ist der Moment des Erlebens.

Um diesem Moment genießen zu können, darf ich nicht an gestern oder an morgen denken.

Nein sagen heißt nicht, ich mag dich nicht.

Es hatte lange gedauert, bis ich NEIN sagen konnte. Gründe, nicht nein zu sagen, gab es viele.
Letztendlich ging es mir mit einem klaren „Nein“ besser, als mit einem „Not-Ja“.

*

Schwäche zeigen können heißt, Stärke zeigen.

Erst nachdem ich mich zu meiner Krankheit bekannte, ging es mir besser.
Die Schauspielerei und das Versteckspiel hatte endlich sein Ende gefunden.
Ich war wieder ich.

*

Sind meine Einstellungen und Prägungen noch zeitgemäß?

Viele Jahre hielt ich an Einstellungen fest, ohne mir über deren Berechtigungen Gedanken zu machen.
Mein Leben gestaltet sich leichter, nachdem ich „alte Zöpfe“ abgeschnitten hatte.

*

Ich bin nicht allein.

Das ist immer wieder tröstend zu wissen.

*

Ich schaffe es!

Vielleicht nicht gleich, ganz bestimmt auch nicht ohne Blessuren.
Weil ich es will, schaffe ich es.

*

Ich bin mir mindestens genauso wichtig, wie jeder andere.

Sich wichtiger nehmen als Andere hat nichts mit Egoismus zu tun.
Es hatte lange gedauert, bis ich das begriff.

*

Fällt mir leiden leichter als handeln? – Wenn ja, warum?

Ich hatte mich mit meiner Krankheit abgefunden, mich mit ihr eingerichtet.
Handlungsbedarf für Veränderungen konnte ich bei mir nicht entdecken.
Gott-sei-dank ist meine Einstellung dazu Schnee von gestern.

*

Mut zu gehen – lauf los!

Wenn ich ein Ziel erreichen will, muss ich loslaufen. Ich muss nicht als Erster das Ziel erreichen.
Mein Wunsch ist, das Ziel überhaupt zu erreichen.

*

Nicht der Befund ist das Entscheidende, sondern das Befinden.

Wenn ich mich wohlfühle, lasse ich mich von Befunden nicht „verrückt“ machen.
Der Augenblick zählt.

*

Gelassen bleiben.

Das ist einfacher aufgeschrieben als gelebt. Dennoch bemühe ich mich, gelassen zu sein.
Lieber dreimal tief durchatmen, als einmal über das Ziel hinausschießen.

*

Warum ich? – Wieso ausgerechnet ich? – Weswegen ich? – Weshalb ich?

Die sogenannten W-Fragen habe ich mir abgewöhnt.
Sie sind meist kontraproduktiv.

*

Keine negativen Gedanken zulassen.

Gedanken lassen sich nicht verbieten. Sie sind einfach da.
Gelernt habe ich, Gedanken zu sortieren und etliche zu vernachlässigen.

*

Ich-Botschaften.

Nachdem ich gelernt habe, in Ich-Botschaften - und nicht in Du-Botschaften - zu kommunizieren,
habe ich weniger Stress.

*

Neugier.

Neugierde ist für mich der Motor, der mich vorantreibt.

Ich – ja ich.

Mir darf es gut gehen.
Das Notwendige, um diesen Zustand zu erreichen, muss ich tun.

*

Positiv denken.

Nichts hat mich so weit gebracht, wie das positive Denken.
Beispiel: Ich fühle mich von der Krankheit Depression entfernt und nicht geheilt.
Diese Einstellung nimmt mir seit vielen Jahren die Angst vor einer neuen Depression.
Würde ich mich als geheilt fühlen, wäre bei einem Rückfall die Enttäuschung groß.

*

Denken – Fühlen – Handeln.

Alles ist eng miteinander verbunden.
Aus meinen Gedanken entstehen Gefühle, das Handeln nach sich zieht.
Deshalb achte ich auf mein Denken.

*

Krankheit als Chance.

Ich nahm meine Erkrankung als Chance, über mich und andere nachzudenken
und Entscheidungen zu treffen.
Die Erkrankung hat mich zu einem zufriedenen Menschen gemacht.

*

Was mich glücklich macht, ist gesund.

Nicht alles, was „verboten“ ist, unterlasse ich.
Wichtig ist das zu tun, was mich glücklich macht.

*

Hobbys und Leidenschaften wieder entdecken.

Die Zeiten sind vorbei, wo ich mich verkrochen hatte und mich zu Nichts fähig fand.
Viel zu lange hatte ich mich mit der Krankheit beschäftigt
und dabei die schönen Seiten des Lebens ausgespart.

*

Hilfe durch Selbsthilfe.

Selbsthilfe heißt für mich geben und nehmen.
Ich muss aktiv sein und darf nicht warten, dass Andere mir die Arbeit abnehmen
bzw. dafür da sind, mich zufriedenzustellen.

*

Die Hoffnung nicht verlieren, nicht aufgeben.

Hoffnung ist der Strohalm, an dem ich mich oft geklammert hatte.
Gut, dass der Halm stabil war und nicht abbrach.

*

Entscheidungsfreiheit.

Selbstbestimmtes Leben ist ein großer Schatz, den es heißt, zu hüten und zu bewahren.
Ich freue mich, selbst entscheiden zu können und nicht andere entscheiden zu lassen.

*

Aufräumen.

Damit meine ich, das Innere aufräumen.
Ich hatte so viel „Müll“ in meinem Kopf, dass für Wertvolles kein Platz war.

*

NEIN

Nein ist kein Fremdwort und dennoch kam es mir oft so vor.

*

HALT

Ausgesprochen oder gedacht: „Bis hierher und nicht weiter.“

*

STOPP

Ich brauche ab und zu ein STOPP, um mich und andere zu bremsen.

Einige Service-Hilfsadressen (Stand 2017)

BERLIN	BRANDENBURG
<p>Ärztlicher Bereitschaftsdienst Tel. 030 31 00 31 oder 030 116 117</p> <p>Anlaufstellen Berlin für Notrufe, Beratung, Krisendienste und andere Hilfsangebote www.anlaufstellen-berlin.de</p> <p>Anonyme Alkoholiker Tel. 030 19295</p> <p>ApK – Angehörige psychisch Kranker – Landesverband Berlin e.V. Mannheimer Str. 32 10713 Berlin-Wilmersdorf Tel: 030-863 957 01Fax: 030-863 957 02 E-Mail: info@apk-berlin.de www.apk-berlin.de</p> <p>Berliner Krisendienste www.berliner-krisendienst.de</p> <p>bipolaria - Manie & Depression Selbsthilfevereinigung Berlin-Brandenburg e.V. Tegeler Weg 4, 10589 Berlin Tel. 030 917 08 002</p> <p>Bürgertelefon der Polizei (24h) Tel. 46 64 46 64</p> <p>Psychologische Kontakt- und Beratungsstellen Berlin www.kbs-berlin.net</p> <p>Sekis Zentrale Berliner Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle für Berlin Bismarckstraße 101 10625 Berlin-Charlottenburg Tel. 030 892 66 02 Fax 030 890 285 40 E-Mail: sekis@sekis-berlin.de www.sekis-berlin.de</p> <p>Telefonseelsorge (kirchlich) Tel. 0800 111 0 111 (ev.) Tel. 0800 111 0 222 (Kath.)</p> <p>Vergiftung Tel. 030 19240</p> <p>Schwulen-Hilfe Tel. 030 194 46</p>	<p>LAG EFB Brandenburg Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungs- und Familienberatung Brandenburg e. V. - Gesellschaft für Beratung und Therapie von Kindern, Jugendlichen und Eltern www.lag-bb.de</p> <p>LApK Brandenburg e.V. Landesverband Brandenburg der Angehörigen psychisch Kranker e.V. c/o SEKIZ e.V. Hermann-Elflein-Str. 11, 14467 Potsdam Tel.: 0331/7023163, Mobil: 0176/62090831 E-Mail: lapk-brandenburg@gmx.de, www.lapk-brandenburg.de</p> <p>Wegweiser Psychiatrie für das Land Brandenburg Ministerium f. Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen u. Familie www.masgf.brandenburg.de</p>
	<p>DEUTSCHLAND</p> <p>BApK – Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen Oppelner Str. 130, 53119 Bonn Tel: 0228 71002400; Fax: 0228 71002429 E-Mail: bap1@psychiatrie.de, www.bapk.de</p> <p>Bundeseinheitliche Rufnummer für Lebenshilfe Tel. 116 123</p> <p>Depression Betroffene und Angehörige www.deutsche-depressionshilfe.de</p> <p>Depression und Alter www.deutsche-depressionshilfe.de</p> <p>Der Paritätische - Gesamtverband Krisendienste sortiert nach Postleitzahlen www.der.paritaetische.de</p> <p>Kinder und Jugendtelefon Tel. +49 800 1110333</p> <p>NAKOS - Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung der Selbsthilfe Otto-Suhr-Allee 115, 10585 Berlin-Charlottenburg Tel: 030 31 01 89 80; Fax: 030 31 01 89 70 E-Mail: selbsthilfe@nakos.de, www.nakos.de</p> <p>Notfallnummern bei Depressionen und anderen psychischen Notfall-Situationen bundesweit www.depressionen-depression.net</p> <p>Stiftung Deutsche Depressionshilfe (allgemein) www.deutsche-depressionshilfe.de</p> <p>Telefonseelsorge Deutschland Tel. 0800 1110111 (evangelisch) Tel. 0800 1110222 (katholisch)</p>

*Stumme Worte sind oft laut
Sie ungehört ins Nichts verklingen.*

*Stumme Worte werden nicht verstanden
Können keine Fragen klären.*

*Stumme Worte geben oft
Ein Gefühl von Einsamkeit.*

*Stumme Worte nehmen uns
Die Chance des Verstandenwerdens.*

*Stumme Worte halten ab
Vom Tausche der Gedankenflut.*

*Stumme Worte sind zwar Zeugen
Doch ohne Aussicht auf Erkenntnis.*

*Stumme Worte zu ertragen
Nimmt Platz und Raum.*

*Stumme Worte nicht gesprochen
Lassen uns allein zurück.*

*Stumme Worte ausgesprochen
Geben dem Denken einen Sinn.*

*Stumme Worte hören lassen
Gestatten Aussicht auf Gemeinsamkeiten.*

*Stumme Worte selten nutzen
Heißt, das Leben mit dir teilen.*

*Ich bin bereit dir zuzuhören
Stumme Worte sind Vergangenheit.*

Manfred Bieschke-Behm

Häufig sind es die stummen Worte, die verunsichern, die Lebensqualität nehmen, die uns hindern klare Gedanken zu fassen, die verhindern verstanden zu werden. Warum verhalten wir uns so? Aus Angst „erkannt“ zu werden? Aus Angst vor Wahrheiten? Aus Angst vor Auseinandersetzungen? Aber ist nicht gerade der Dialog eine der wesentlichen Möglichkeiten mehr über sich und den Anderen zu erfahren? Ich finde, wir sollten das miteinander reden viel intensiver nutzen und stumme Worte nur dann wählen, wenn wir glauben, dass sie uns gut tun.

25

Schlussbemerkung
oder

Ohne die Anderen wäre manches nicht möglich

Sie sind jetzt auf der letzten Seite meines Erfahrungsberichtes aus Partnersicht angelangt. Ich hoffe, dass ich Sie nicht überfordert oder gelangweilt habe. Mir war es ein Bedürfnis, Ihnen meine These darzulegen, dass ein Angehöriger und ein Betroffener beide Funktionen ausübt und lebt. Gleichzeitig wollte ich Sie „hautnah“ am Zusammenleben von W und mir teilnehmen lassen. Meine Absicht war und ist Ihnen deutlich zu machen, dass das Zusammenleben zwischen Angehörige und Betroffene eine große emotionale und körperliche Belastung ist und gleichzeitig, dass es sich lohnt, auf eine positive Zukunft hinzuarbeiten. Das Zusammenleben – soll es funktionieren - verlangt neben Ausdauer und Einsicht, viel Wissen über die Krankheit. Wenn es Ihnen gelingt, die Krankheit Depression nicht als allesbeherrschendes Alltagsthema zu sehen, haben Sie den richtigen Weg eingeschlagen!

Schenken Sie der Krankheit nur so viel Aufmerksamkeit, wie unbedingt erforderlich. Versuchen Sie die Krankheit nicht als Schicksal

(endgültig) zu sehen, sondern als eine vorübergehende Beeinträchtigung der Lebensführung und Lebensqualität. Schauen Sie positiv in die Zukunft. Denken Sie daran für sich selbst zu sorgen, genießen Sie sorgenfreie Tage.



Helfer / Unterstützer

W und ich haben es geschafft der Krankheit Depression, den Schrecken zu nehmen. Warum soll Ihnen das nicht auch gelingen? Ich wünsche allen Betroffenen und Angehörigen, dass sie die Hilfe und Unterstützung finden, die Sie benötigen.

Ohne Unterstützung von Ellen Tinzmann, Ilona Richtermei-

er, Bernd Kipp, Ulrike von Paczkowski, Andrea Strehsov, Gudrun Weißenborn (ApK Berlin), MA der Selbsthilfekontaktstelle Villa Mittelhof e.V. – Berlin-Zehlendorf, AOK Nordost - die Gesundheitskasse wäre es schwierig gewesen, das vorliegende Ergebnis zu erstellen.

Mein ausdrücklicher Dank gilt allen Genannten und Ungenannten und vor allem bedanke ich mich bei W für das Einverständnis so hautnah, berichten zu dürfen.

Blieben beziehungsweise werden SIE gesund.

*Wenn ich gewusst hätte, dass es Helfende gibt,
hätte ich eher danach gesucht.*

Manfred Bieschke-Behm