

Keine Panik!



Stigmatisierung

Sucht ist stärker als Beziehung

Substanzmissbrauch und damit verbundene Stigmata **16**

Post partale Depression

Annika Redlich verbrachte mit ihrer Tochter 8 Wochen auf einer Mutter-Kind-Station **34**

Roses Revolution

Gewalt an Frauen bei der Geburt ist etwas tagtägliches **38**

Liebe Leser

Liebe Mitglieder

Als allererstes möchte ich es an dieser Stelle nicht unterlassen mich herzlich für das mir geschenkte Vertrauen zu bedanken. Es ist mir eine Ehre und ich freue mich sehr darauf, in Zukunft eure Interessen als Präsident der aphs vertreten zu dürfen. Uns alle verbindet die Sorge über die schnelle Ausbreitung des Coronavirus. Auf Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation und des Schweizer Bundesrates mussten wir die Mitgliederversammlung kurzfristig absagen und die Abstimmungen und Wahlen schriftlich durchführen. Vielen Dank an dieser Stelle für euer grossartiges Engagement.

Stigmatisierung ist in Verbindung mit psychischen Krankheiten leider auch heute noch immer ein grosses Thema. Betroffene zu Wort kommen lassen ist uns ein grosses Anliegen. Auch in diesem Magazin finden Sie nebst Fachartikeln, Berichte von Betroffenen, die wissen wie Stigmatisierung im Alltag aussehen kann. Denn nur, wenn sich Menschen mit psychischen Problemen trauen und in der Öffentlichkeit über ihre Geschichte sprechen, kann sich etwas verändern. Nur indem die Gesellschaft direkt von den Betroffenen über das Leben mit Burnout, Depressionen, Zwangsstörungen und allen anderen Facetten seelischer Erkrankungen liest, können Vorurteile beseitigt und Unwissenheit aufgeklärt werden.

Nun aber etwas zu meiner Person und zu meinen Beweggründen, der aphs vorzustehen:

Mein Name ist Fabian, ich bin 32 Jahre alt und leide seit rund 6 Jahren an einer Angststörung. Was das ist, muss ich hier wohl nicht erklären, viel wichtiger ist, wie ich gelernt habe damit umzugehen.

Als ich 26 Jahre alt war, hatte man bei mir bereits den 2. bösartigen Tumor entdeckt, welcher operativ entfernt wurde, gefolgt von einer Chemotherapie. Soviel vorweg: Die Operation ist gut verlaufen, die Narben sind verheilt, die Chemotherapie habe ich nahezu ohne Nebenwirkungen überstanden und ich kann wieder Vollzeit arbeiten.

Doch dieses Ereignis hat mich psychisch stark geprägt und auf eine Art und Weise verändert, welche ich erst Jahre später verstehen würde und lerne damit umzugehen.

Das Vertrauen in meinen Körper hatte ich damals praktisch verloren. Bei jedem kleinen Drücken oder Unwohlsein, bei der kleinsten spürbaren Veränderung bin ich in Panik verfallen, hatte Angst, dass wieder etwas nicht stimmt. Ich entwickelte urplötzlich diverse Ängste, welche ich vorher nicht hatte. Zudem begleiteten mich den ganzen Tag hindurch Herzrhythmusstörungen, die ich vorher auch nicht kannte. Ich liess mich zu allen möglichen Spezialisten überweisen, doch niemand konnte einen organischen Schaden feststellen. Dies waren ja an und für sich gute Befunde, doch wusste ich so immer noch nicht, was mit mir los war.

Ohne schlaue Antworten der Spezialisten habe ich versucht, mein Leben irgendwie weiter zu leben, doch die Anspannung und Angst wurde immer stärker – meine sozialen Kontakte immer weniger. Auf dem



Höhepunkt meiner Angstzustände bin ich per Zufall auf die Homepage der aphs und das Angebot der Hotline gestossen.

Bereits bei meinem ersten Anruf bei der Hotline fühlte ich mich absolut verstanden und ernst genommen. Beim weiteren Durchstöbern der Homepage habe ich zudem den Service der Ärztevermittlung entdeckt, welchen ich sofort in Anspruch genommen habe. Die Vermittlung hat mein Leben absolut verändert. Nach einer intensiven und sehr professionellen Gesprächstherapie kann ich mich heute ganz normal und fast frei von Einschränkungen bewegen.

Die Angst wird mich nie mehr verlassen, doch heute kann ich sie auf ein Minimum beschränken.

Die aphs hat mir in dieser bisher schlimmsten Zeit meines jungen Lebens enorm weitergeholfen.

Gemeinsam besiegen wir die Angst!

Fabian Gerber

Impressum

Redaktion

Loredana Reichmuth

Redaktionelle Mitarbeit

Heinz Schweizer
Loredana Reichmuth
Hotline Team

Erscheinungsdatum

April 2020

Grafische Gestaltung

Loredana Reichmuth

Bildnachweis

Pixabay

Herausgeberin

Angst- und Panikhilfe
Schweiz www.aphs.ch

Preis

Für Mitglieder gratis.
Einzelheft: CHF 8.- (zzgl. Porto- und Versandkosten CHF 2.-)

Finanzielle

Unterstützung

Bundesamt für
Sozialversicherungen
Bern

Das Magazin Keine Panik! ist ein Informationsorgan der Angst- und Panikhilfe Schweiz. Gleichzeitig dient es als Plattform für Information und Austausch rund um das Thema Angststörungen. Die Ansichten der einzelnen Autoren entsprechen nicht notwendigerweise denjenigen der Herausgeberin. Die Herausgeberin übernimmt für die Genauigkeit der Informationen der mitwirkenden Autoren keine Garantie.



12 Postnatale Depression bei Männern? Ja, das gibt's!



22 Bis zu 4 Prozent der Bevölkerung leidet unter Zwangsstörungen



28 Die Krise nach der Geburt: Warum ich?



Inhalt

- 2 Editorial / Impressum
- 4 Meine Krisen am Arbeitsplatz
- 8 Aus GABI wird ROGER
- 10 Ensa = Erste Hilfe für psychische Gesundheit
- 12 Postnatale Depression bei Männern? Ja, das gibt's!
- 16 Sucht ist stärker als Beziehung
- 20 „Zurück an diesen Punkt will ich nie mehr“
- 22 „Bis zu 4 Prozent der Bevölkerung leidet unter Zwangsstörungen“
- 28 Die Krise nach der Geburt: Warum ich?
- 30 Wir wünschen uns von Fachpersonen ein offenes Ohr und Herz
- 34 Ich wusste nicht, warum es mir auf einmal so schlecht ging
- 38 Gewalt unter der Geburt
- 42 Burn-out...wenn nichts mehr geht
- 45 Müttern wird vorgegaukelt, ihr Leben mit Kindern müsse perfekt sein
- 48 Buchtipps: „Wenn Mama nicht mehr kann“
- 49 Buchtipps: „Junge Väter in seelischen Krisen“
- 50 Schlusswort, Vorschau Magazin, Leserbrief



Simon Palmieri

Mein Name ist Simon Palmieri. Ich bin 22 Jahre alt und lebe seit meiner Geburt (mit kleinen Unterbrechungen) im Talgraben bei Lützelflüh im Emmental. Seit meinem 13 Lebensjahr leide ich unter einer Angststörung.

Leider muss ich tagtäglich am eigenen Leib erfahren, wie einschränkend und zermürend diese Krankheit ist – jedoch auch wie gut sie sich behandeln und lindern lässt. In meiner Freizeit höre und mache ich sehr gerne Musik und lese Fantasy Romane, ausserdem bin ich ein leidenschaftlicher Hobbygärtner und vernarrt in Tiere aller Art. Seit August habe ich das grosse Glück bei der Angst und Panikhilfe Schweiz als Hotline-Mitarbeiter arbeiten zu dürfen und freue mich auf hoffentlich zahlreiche, spannende Dienstjahre. In meiner Zukunft möchte ich gerne eine Peerworker oder FaGe-Ausbildung absolvieren und im Gesundheitsbereich tätig werden.

Meine Krisen am Arbeitsplatz

Von Simon Palmieri

Im Jahr 2016 musste ich wegen meiner ausser Kontrolle geratenen Angststörung nur einen Monat vor der Lehrabschlussprüfung (heute QV) meine Lehre als Parkettleger abbrechen.

Wie es dazu kam

Seit 2011 leide ich an Angstzuständen und Panikattacken. Als ich 2013 meine Lehre als Parkettleger begann, war meine Krankheit noch nicht so weit fortgeschritten, dass ich den Alltag nicht mehr hätte bewältigen können. Klar, ich hatte Mühe. Mühe mit dem Zug, Bus oder Tramfahren, mit dem Besuchen von Restaurants. Ich hatte Mühe als Beifahrer im Auto, war an Sitzungen in überfüllten und stickigen Räumen so nervös, dass ich kaum stillsitzen konnte. Ich hatte eigentlich mit allem Mühe und kein Tag war ein Zuckerschlecken, aber irgendwie ging es.

Leider bleibt auf dem Bau nicht viel Zeit für Freundlichkeiten. Häufig musste ich mich den ganzen Tag anblaffen lassen. Der immense Druck der auf dem Team lastete, floss von Etage zu Etage, bis er sich schliesslich bei den Lehrlingen staute.

Es gab Tage, an denen ich am liebsten nicht aufgestanden wäre. Und dennoch stand ich jeden Tag pünktlich um 06:15 auf der Matte. Ich wurde nie frech, habe gehorcht. Wenn ich

tagelang Parkett, Klebstoff oder Mörtelsäcke in den fünften Stock tragen musste und dann doch nur verspottet wurde, war es sehr schwierig, nicht einfach hinzuschmeissen oder eben mal die Meinung kundzutun. Aber es gab auch sehr viele schöne Momente und gute Kollegen, was mich schlussendlich auch immer wieder motivierte. Egal, wie viel Spott ich schon eingesteckt hatte, ich war stolz auf den Beruf den ich lernte und ausübte. Leider wirkte sich der ständige und steigende Druck nicht gerade positiv auf meine Angsterkrankung aus.

2014 entwickelte ich zur Panikstörung noch eine Agoraphobie, die mich immer weiter und stärker einschränken würde. Ich merkte, dass ich Hilfe brauchte. Also nahm ich wieder Kontakt zu meiner ehemaligen Therapeutin auf.

Keine Zeit für diesen Blödsinn

Als ich meine verschlimmerte Situation schilderte, war meine Therapeutin schockiert. Sie riet mir dringend dazu, wieder eine kognitive Verhaltenstherapie anzufangen. Ich hatte ruck-zuck einen Termin und ich war froh, dass wieder etwas passieren würde.

Dieses Verschnaufen währte nicht lange, denn es war eine Zeit, in der der Lehrbetrieb mehrere Grossbaustellen auf einmal bearbeitete.

In diesen Monaten leistete ich (als Lehrling!) täglich ungefähr 12 Arbeitsstunden. Ich nahm meinen Mut zusammen und fragte den Personalchef, ob es eine Lösung gäbe, damit ich meine Therapie-Sprechstunden machen könnte. Ich werde nie vergessen, wie ich auf der „Tepichetage“ schweigend neben dem Schreibtisch wartete, bis der Personalchef sein Telefongespräch beendet hatte. Ich schilderte kurz mein Anliegen, wobei er mir nicht einmal in die Augen schaute, sondern am Computer einige E-Mails schrieb und Kaffee aus dem Pappbecher schlürfte. Dann war es einen Moment lang still. Eine richtige Antwort gab es nicht, er nuschte nur „dass wir im Moment wirklich keine Zeit für solchen Blödsinn hätten“ und ich doch damit warten solle, bis der grosse Stress vorbei sei.

Meine Erkrankung wartete nicht. Also versuchte ich, die Therapie an Berufsschultagen zu machen. So besuchte ich montags, nach jeweils 8 Stunden Schule, noch das Therapiezentrum. Aber das klappte nicht immer, Meine Therapeutin konnte nicht ihren ganzen Terminplan nach meinen Arbeitszeiten richten. Mit der Zeit versandete die Therapie. Ende 2014 machte ich den Fehler, am Feierabend direkt von der Baustelle in der Innenstadt zur Therapie zu gehen, anstatt mit dem Arbeiter

zurück in den Betrieb zu fahren. So begann die Gerüchteküche zu brodeln.

Ein weiterer Fehler war, dass ich einem Hilfsarbeiter von meinen Problemen erzählte. Dazu gekommen war es, weil ich in der Mittagspause nicht mit in ein grosses Coop-Restaurant wollte. Doch der Arbeiter liess nicht locker. Also erklärte ich ihm kurz, dass ich Mühe und Angst in solchen Situationen habe. Daraufhin lachte er mich aus. Da merkte ich, dass sich etwas geändert hatte, vorher hatten wir stets rege Gespräche geführt, doch nun war es den ganzen Tag still, wenn wir zusammen ausrückten.

Von da an schwieg ich auch immer mehr und quälte mich jeweils damit, in Restaurants und Läden zu gehen, damit die anderen nichts merkten. Nur einer Arbeiterin erzählte ich noch von meiner Krankheit, worauf ich auf ein grosses Mass an Verständnis stiess, denn ihr Partner war auch von Agoraphobie betroffen.

Allgemein wurde viel gegen psychisch kranke Menschen gespottet. Als der Lehrmeister an einer Depression erkrankte und nicht mehr zur Arbeit kam, zerriss sich die gesamte Belegschaft das Maul. Er wurde als Lügner bezeichnet, als „fauler Siech“, als Simulant und Schauspieler. Ich realisierte, dass psychische Erkrankungen in meinem Lehrbetrieb nur als Blödsinn belächelt wurden. Also versuchte ich, meine Einschränkungen zu verstecken. Meine Therapie konnte ich nicht mehr weiterführen. Wäre mir im zweiten und dritten Lehrjahr nicht mein Berufsschullehrer immer wieder zur Seite gestanden, hätte ich viel früher hingeschmissen. Wieder etwas, dass ich heute nie mehr tun würde: das

Wohl eines Betriebs, vor meines zu stellen.

Der Lehrabbruch

Je näher die Prüfung kam, desto grösser wurde der Druck. Am liebsten wäre ich morgens gar nicht mehr aufgestanden. Ich sagte mir selbst stets wieder, dass es nur noch ein paar Monate dauern würde und ich danach eine Auszeit nehmen würde und meine Angststörung in den Griff bekäme. Dazu kamen private Probleme, denn mein Vater litt unter einer schweren, chronischen Lungenerkrankung. Im dritten Lehrjahr betreute ich zwischendurch auch selber Baustellen, was meinem Selbstwertgefühl einen grossen Schub gab. Dieser wurde aber immer wieder von den unangenehmen Mitarbeitern zunichte gemacht. Auf einer Seite wurde uns in der Berufsschule Berufsstolz, Lob und die Gewissheit vermittelt, schon bald erfolgreiche Berufsleute zu sein. Auf der anderen Seite stand ein profitorientierter Betrieb, der uns kaum die Zeit zur Prüfungsvorbereitung zustehen wollte. Der Gedanke, bei einem Versagen an der Prüfung noch ein Jahr länger bleiben zu müssen, grauste mich.

Drei Jahre lang hatte ich mich vorstellen und schweigen müssen.

Als ich doch dann begann etwas aufzutauen, beinahe am Ende der Lehre, kam der Tag an dem ich sagen musste „ich kann nicht mehr!“.

Am 21. April 2016 meldete ich mich morgens krank. Ich hätte die ganze Woche mit einem Arbeiter zur Baustelle gehen müssen, der mich stets nur verspottet und gescholten hatte. Es war der Tag, an dem ich so starke Panikattacken hatte, dass ich in die Notaufnahme musste. Dort wurde mir dann Alprazolam und Lorazepam verschrieben, meine Hausärz-

tin schrieb mich zwei Wochen krank. Von da an ging es bergab.

Am Vortag hatte ich meinem Vater in die Uniklinik Zürich zu Abklärungen für eine Lungentransplantation begleitet. Der ganze Tag in der Stadt war die Hölle für mich gewesen. Vielleicht realisierte ich an diesem Tag auch, dass ich meinen Vater nicht mehr lange bei mir haben würde.

Der schlimmste Sommer meines Lebens

Nun ging es mir von Tag zu Tag schlechter. Ich traf den Entscheid, nicht in den Lehrbetrieb zurückzukehren. Bis Ende Juli, als mein Lehrvertrag endete, fragte mich nie jemand, wie es mir gehe.

Ich schrieb meinem Chef und erklärte ihm meine Erkrankung ausführlich und machte ihn aufmerksam auf den Umgang im Team und das toxische Arbeitsklima. Auf diesen Brief bekam ich nie eine Antwort, nur mein neuer Lehrmeister meldete sich, wünschte mir alles Gute und sagte, dass er mit Vielem in meinem Brief einverstanden sei und mich gut verstehe.

Meine Ängste steigerten sich ins Unermessliche, ich begann eine medikamentöse Therapie mit einem Antidepressivum und fand über die Spitex eine neue Psychiaterin.

Als es mir etwas besser ging, schlug mir mein ehemaliger Berufsschullehrer vor, mich in seinem Betrieb aufzunehmen um die Lehre abzuschliessen. Ich war unglaublich froh

Der Lichtblick und die zweite Krise

Im November 2016, nach einem halben Jahr Krankheit, war ich so stabil, dass ich meine neue Stelle antreten konnte. Das war für mich eine andere Welt. Ich genoss diese Zeit und fühlte mich wie ein richtiger, vollwertiger Berufsmann. Noch

heute wünsche ich mir oft, es wäre so geblieben. Doch nach dem ersten halben Jahr im neuen Betrieb kamen meine Ängste zurück. Meine Psychiaterin wollte die Dosis des Psychopharmakas erhöhen. Dies war für mich wegen der Nebenwirkungen keine Option. Die antriebssteigernde, stimmungsaufhellende Wirkung des Medikaments liess langsam nach und ich war wieder mit der Angstproblematik konfrontiert.

Ich schämte mich, dass meine Leistung abnahm und als ich es dann immer häufiger nicht pünktlich zur Arbeit schaffte wurde es prekär. Ich merkte, dass mein alter Lehrer, der inzwischen wie ein zweiter Vater für mich geworden war, enttäuscht von mir war.

Ich schämte mich, offen auf alle zuzugehen und zu gestehen, dass meine Ängste mein Leben wieder mehr einschränkten.

Ich machte den Fehler, Ausreden und Notlügen aufzutischen, statt offen und ehrlich zu sein. Wie jede Lüge, kamen auch diese ans Licht, was in einer fristlosen Kündigung endete. Ich habe seither nie wieder mit meinem ehemaligen Chef, Lehrer und Freund gesprochen, das tut mir bis heute weh.

Der grosse Zusammenbruch

So zog ich ohne Job und Wohnung über Nacht zu meinem Vater. Ich pflegte ihn, täglich 24 Stunden. Ich musste realisieren, dass mein Vater nicht mehr lange leben würde. Es war eine Mischung aus Angst, Druck und ganz viel Liebe bis zum Tag, an dem er verstarb.

Die Kündigung hatte auch etwas Positives: ich durfte eine intensive, schöne aber auch traurige Zeit mit meinem Vater verbringen. Der Tod meines Vaters warf mich in die



tiefste Krise, die ich bisher in meinem Leben hatte. Es begann eine zweijährige Zeit der Arbeitslosigkeit und Krankheit.

Heute

Heute habe ich das grosse Glück, bei der Angst und Panikhilfe als Hotline-Mitarbeiter zu arbeiten. Ich bin unglaublich froh, eine gute, sinnvolle und spannende Stelle zu besetzen. Also konnte ich schlussendlich doch noch meine Angststörung und meine Schwächen in eine Stärke verwandeln. Ich darf nun Menschen helfen, die im selben Boot sitzen, sie davon bewahren, dieselben Fehler wie ich zu machen und kann hoffentlich

verhindern, dass sie Krisen durchmachen müssen.

Ich bin glücklich und dankbar, dass es mir heute soweit gut geht, dass ich keine Psychopharmaka mehr brauche.

Mehr Offenheit, Verständnis und Dialog hätten vieles verhindern können.

Eine Sache ist enorm wichtig: die eigene Gesundheit darf niemals zugunsten einer Arbeitsstelle zurückgestellt werden. Frei auf Berndeutsch gesagt; „es seit dir niemer merci!“



ensa Kurs für Psychische Gesundheit

Die Stiftung Pro Mente Sana lancierte 2019 mit Unterstützung der Beisheim Stiftung das international anerkannte Programm „Mental Health First Aid“ unter dem Namen „ensa - Erste Hilfe für psychische Gesundheit“

Das Programm liefert Möglichkeiten, wie Angehörigen, Freunden oder Arbeitskollegen bei psychischen Problemen Erste Hilfe geleistet werden kann.

Der 12 Stündige Kurs richtet sich an interessierte Laien. Zwei unserer Mitarbeiterinnen haben ihn absolviert und schreiben auf den nachfolgenden Seiten über ihre Erfahrungen.

Aus GABI wird ROGER

Von Silvia Fawer, Mitarbeiterin Hotline

Den Nothelferkurs, den wir unter anderem fürs Autofahren benötigen, kennen wir alle – wie aber reagieren wir, wenn sich eine Person in unserem Umfeld in einer psychischen Krise befindet?

Der Nothelfer, wie wir ihn kennen

„anno dazumal“, erlernte ich bei einem Notfall noch das Beurteilungsschema „GABI“:

Gibt er Antwort - **A**tmet er - **B**lutet er - **I**st sein Puls normal

Natürlich kann mir „GABI“ bei psychischen Erkrankungen und Krisen nicht wirklich weiterhelfen.

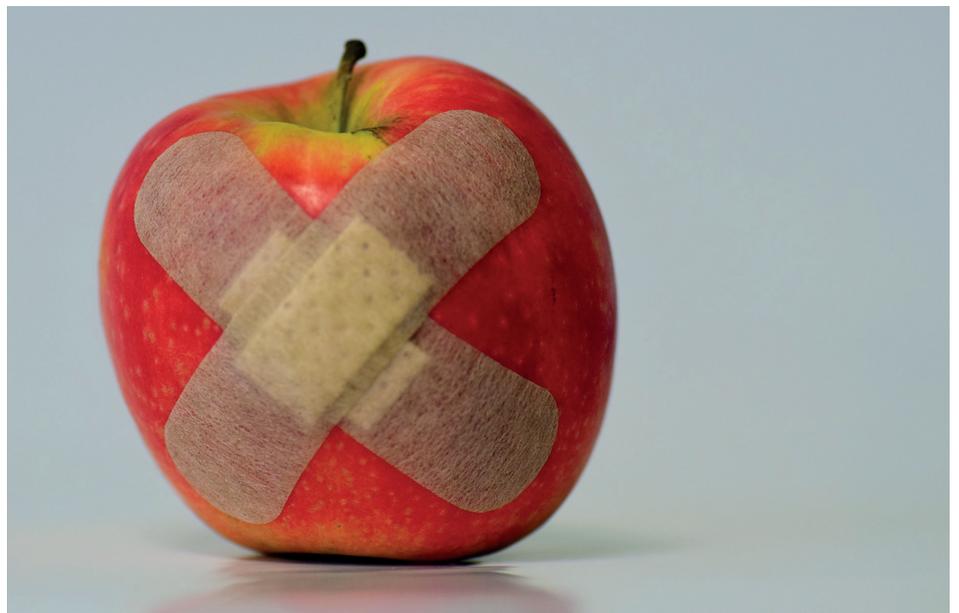
Wie aber handle ich in so einem Fall richtig?

Nothelfer für psychische Krisen

Sowohl aus persönlichen, wie auch aus beruflichen Gründen habe ich mich für einen dieser Kurse, welche seit 2019 in der Schweiz angeboten werden, angemeldet.

Am 23. Oktober war es dann soweit – zum ersten Mal seit Langem, begab ich mich wieder aufs Areal der Privatklinik Wyss in Münchenbuchsee, wo ich vor 25 Jahren meinen ersten und bisher einzigen Klinikaufenthalt verbracht habe.

Ich war mindestens so nervös wie gespannt, was mich erwarten würde. 11 Teilnehmer, bunt zusammengewürfelt aus Fachpersonen, Laien und Betroffenen, sind an diesem



Abend in den vierteiligen Kurs gestartet, um Ersthelfer für psychische Gesundheit zu werden.

Die beiden ensa-Instruktoren Brigitte Marolf und Tom Bögli haben uns herzlich empfangen und mit grossem Engagement und viel Kompetenz durch diesen Kurs geführt.

Auch wenn, oder gerade, weil die Thematik alles andere als leichte Kost war, gab es zwischendurch immer mal wieder Situationen wo herzlich gelacht werden durfte – das hat gutgetan.

Bereits am ersten Abend, lernten wir „ROGER“ kennen. Roger ist also die neue Gabi für psychische Erkrankungen.

Reagieren: ansprechen, einschätzen, beistehen

Offen und unvoreingenommen zuhören und kommunizieren

Ganzheitlich unterstützen und informieren

Ermutigen zu professioneller Hilfe

Ressourcen aktivieren

Mein Fazit

Während den vier Abenden, bekamen wir Einblick in die Krankheitsbilder: Depression, Angststörungen, Psychosen und Suchterkrankungen und lernten, wie wir Betroffene richtig ansprechen, begleiten und unterstützen können.

Dabei kam uns Roger immer wieder zu Hilfe. ■

Ensa = Erste Hilfe für psychische Gesundheit

Von Elena Kangsar, Mitarbeiterin Hotline

**Wie reagiert man, wenn jemand eine Panikattacke bekommt?
Wie verhalte ich mich, wenn ich den Verdacht habe, dass ein Arbeitskollege unter einer Depression leidet?
Was unternehme ich, wenn ich den Freund mehrmals ertappe, wenn er nach Alkohol riecht?**

Ensa gibt Antwort

„ENSA“ bedeutet „Antwort“ in einer der verschiedenen Aborigine-Sprachen. In vier Blöcken wird ein Basiswissen über psychische Krankheiten und deren Behandlung vermittelt.

Psychische Krankheiten sind häufig. Nicht alle Betroffenen müssen behandelt werden, aber viele erhalten nicht die Unterstützung, die sie benötigen sollten.

Vorurteile und Unwissen sind weit verbreitet.

Der Kurs

Im Kurs wird immer wieder das Stigma behandelt. Psychische Gesundheit geht uns alle an und wir können dazu einen Beitrag leisten. Schnell entsteht ein vertrauensvolles Lernklima.

Aber als Erstes kommt eine Warnung: „Der Kursinhalt kann etwas triggern. Wir befassen uns mit schweren Krankheiten. Falls jemand schon Ähnliches erlebt hat, können



frühere Emotionen wieder hochkommen“. Wenn das passiert und man jemanden zum Reden braucht, soll man nicht zögern und ein Zeichen geben.

Wir lernen, wie wir Menschen, denen es nicht gut geht, darauf ansprechen können und welches Verhalten wir vermeiden sollten. Ratschläge wie „Du musst nur wollen“ oder „Ach komm, das geht schon wieder vorbei“ sind bei einer Depression wenig hilfreich, sagt uns die Kursleiterin.

Immer wieder sehen wir uns einen Film an. Gespielt von Schauspielern und doch geht es uns nah. Rollenspiele sollen uns verinnerlichen,

wie es im Notfall zu und her gehen könnte.

Fazit

Mir persönlich hat der Ensa-Kurs sehr gut gefallen. Ich dachte jedesmal: das sollte jeder einmal besucht haben. Die Kursleiterinnen haben sich sehr viel Mühe gegeben und für Fragen oder Anregungen wurde genügend Zeit gelassen. Summa summarum: Schön war es! Wir hatten untereinander auch gute Gemeinschaft. Schön gibt es auch in der Schweiz solch einen Kurs und ich möchte jedem Mut machen diesen Kurs zu besuchen. ■



ANGST MÖCHTE UNS
WAS SAGEN



Egon Garstick

**Psychotherapeut ASP/SBAP,
Psychoanalytiker PSZ**

Nach dem Sozialpädagogikstudium absolvierte Egon Garstick eine psychoanalytische Ausbildung. Nach 13 Jahren Tätigkeit in einem Sonderschulheim für verhaltensauffällige Kinder arbeitet er heute als Psychotherapeut mit Kindern, Eltern und Familien. Bis 28.2. im Zürcher Stadtspital Triemli und weiterhin im Bereich Arche für Familie vom Verein Arche Zürich

Postnatale Depression bei Männern? Ja, das gibt's!

Egon Garstick | Loredana Reichmuth, Redaktionsleitung

Herr Garstick, das Thema postnatale Depression bei Frauen ist leider immer noch mit einem Stigma versehen, über postnatale Depressionen bei Männern weiss man aber noch viel weniger, wie entstehen diese?

Erschöpfung zuzugeben, war und ist wohl auch heute noch vielen Männern nur schwer möglich, weil das Zugeben von Schwäche sich immer noch für viele Männer nur schwer vereinbaren lässt mit einem guten Selbstwertgefühl. Weil Erschöpfung und Schwäche nicht zugelassen werden können, fliehen Männer eher in berufliche Überaktivität, verdrängen, überspielen ein depressives Erleben durch aggressives, gereiztes Verhalten. Übermässiges Ess- und Trinkverhalten gesellt sich nicht selten dazu.

Spezifische Krisen des Mannes, in die er durch das Vaterwerden, auch schon während der Schwangerschaft, geraten kann, wurden lange Zeit in der psychotherapeutischen Forschung und in den Eltern-Baby-Therapiemodellen fast gar nicht beachtet und genauer erforscht.

Man hat sich längere Zeit einseitig auf die Qualität der Mutter-Baby-Beziehung konzentriert und nicht versucht zu erfassen, welche Erfahrungen bringen Mutter und Vater aus ihrer Kindheit und Jugend in diese neue Lebensphase hinein, in der es

darum geht, dass aus einer Liebesbeziehung zwischen Mann und Frau eine reife Elternschaft wird.

Ab 2007 erst wurde in einem offiziellen Konzept der Analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (siehe Cierpka & Windaus bei Brandes & Apsel) für die Behandlung von Babys und ihren Eltern festgehalten, dass auch die Qualität der Paar-Beziehung mit ihren möglichen Auswirkungen auf die körperliche und psychische Entwicklung des häufig schreienden Babys genauer zu beachten ist.

Stolz können wir darauf sein, dass wir schon im Jahr 2000 von der Stiftung Mütterhilfe Zürich aus in unserer „Elternschaftstherapie“ auch die psychische Befindlichkeit des Vaters erfassten und Väter in ihren Krisen adäquat „abholten“. Es ist wichtig, auch auf die Erfahrungen des Vaters mit seiner Herkunftsfamilie einzugehen und mit ihm heraus zu arbeiten, wie seine Erfahrungen als Kind sich auf die Atmosphäre in der aktuellen Familie, in seiner Paarbeziehung mit seiner Frau, die Mutter geworden ist, auswirken.

Traumatische Erfahrungen des Vaters in seiner Adoleszenz können in der Phase des Vaterwerdens an die Oberfläche auftauchen und nicht nur ihn belasten, sondern die ganze Konstellation.

Mittlerweile haben offizielle Psychotherapieschulen und Ausbildungsinstitute diese Kriterien übernommen. Wie stark aber unser fokussiertes, flexibles Vorgehen bei, durch depressives Erleben verunsicherten Vätern, wirklich übernommen wird, ist für mich unklar. Ich höre immer wieder auf Fortbildungsveranstaltungen, dass sich viele Kolleginnen und Kollegen, schwer tun, mit dieser Art von Väterarbeit, die wir von der Institution Mütterhilfe in die Abteilung „Arche für Familien“ vom Verein Arche hinein integriert haben.

Ich habe wohl als einer der ersten, jedenfalls im deutschsprachigen Raum, diese spannende Arbeit mit verunsicherten Männern aufnehmen dürfen. Aber ohne den guten, notwendigen, motivierenden Druck von engagierten Sozialarbeiterinnen, Mütter- und Väterberaterinnen, Hebammen und Psychotherapeutinnen, die sich für die Mutter-Baby-Beziehung engagierten, wäre ich auch nicht in die therapeutische Arbeit mit Vätern eingestiegen.

Eine sehr motivierende Bestätigung meines in praktischer Arbeit gewonnenen Wissens fand ich in der wissenschaftlichen Arbeit vom Psychoanalytiker Tilo Held (siehe PSYCHE, Februar 2018, Klett Cotta).



Held fasst verschiedene Forschungsarbeiten zusammen, die sich mit den hormonellen Veränderungen des Mannes, wenn er zum liebevollen Vater wird, beschäftigen.

Seine Arbeit über die biochemischen Veränderungen, die ein sich emotional engagierter Vater erlebt, ist für mich eine wichtige Grundlage für die psychoanalytisch orientierte Väter- und Paararbeit geworden.

Held schreibt: „Engagierte Vaterschaft bedeutet die Chance, die Glücksgefühle der Mutter in ähnlicher Intensität zu erleben. Es bedeutet aber auch, die Risiken der Mütter zu teilen, speziell das der postpartalen Depression, die bei engagierten Vätern häufiger als bei distanzierteren auftritt (Garfield et al. 2014). Geteilt wird auch das Risiko, berufliche Nachteile zu erleiden.“ (Held 2018 in PSYCHE).

Man kann es als eine Gemeinschaft der Natur gegenüber dem Mann

ansehen, dass er durch seine Entscheidung, sich dem Baby intensiv zuzuwenden und ein liebevoll engagierter Vater zu sein, eine gewaltige hormonelle Umstellung erlebt. Der dem Baby liebevoll zugewandte Vater erlebt einen Anstieg von Oxytocin, auch „Bindungshormon“ oder „Kuschelhormon“ genannt. Dieser Prozess kann schon während der Schwangerschaft beginnen. Parallel dazu fällt sein Testosteronspiegel und er kann in seinem sexuellen Erleben irritiert werden.

Einerseits ist es demzufolge ein Gewinn für das Baby, wenn sein Vater sich auf ein intensives „Caregiving“ (ebd.) einlässt und damit den Oxytocinspiegel in sich anwachsen lässt. Andererseits steigt das Risiko einer postpartalen, depressiven Erkrankung des Mannes. Die Anforderungen an den Vater als Unterstützer der Mutter bei der Entwicklung ihrer mütterlichen Kompetenzen (Stern, 2006) geraten in Gefahr,

zur Überforderung für den Mann zu werden. Das Verhältnis zwischen Mann und Frau kann in der Elternbeziehung erheblich belastet werden. Es ist ein paradoxes Geschehen, über das wir in der Arbeit mit den Eltern-Kind-Beziehungen und in der Väterarbeit vorbereitet sein müssen.

Hierzu schreibt Held:

„Das Engagement junger Väter entspricht einem tiefen Wunsch der Mütter, und doch betreten wir hier einen Bereich der Paradoxien. Es gibt wenige Erkenntnisse, die empirisch so gut abgesichert sind wie diese: die Zufriedenheit mit der Partnerschaft sinkt ab. Nach der Hochzeit oder dem Zusammenschluss tut sie dies zwar auch in Partnerschaften ohne Kinder. Aber das Absinken der Paarzufriedenheit ist deutlicher und steiler nach dem ersten Kind.“ (Lawrence, Nylén & Cobb, 2007).

Auch zu diesem Thema benötigen Väter und Paare Aufklärung. Tilo Held beschreibt in seinem Artikel, dass auch Frauen über die körperlichen und psychischen Veränderungen des Mannes rund um die Geburt Aufklärung brauchen. Es sei für Frauen sehr irritierend, wenn ihr Mann zwar ein liebevoller Vater, aber nicht mehr der Mann ist, von dem sie sich früher begehrt fühlte.

Die so wichtigen frühkindlichen Triangulierungserfahrungen können also durch postpartale Depressionen des Vaters gefährdet werden, wenn er nur noch der intensive, Caregiver für das Baby ist, aber nicht mehr der Mann, der die Frau sexuell begehrt.

Womit haben betroffene Männer zu kämpfen?

Die biochemische Veränderung - eine erhöhte Sensibilität - Verunsicherung gegenüber der „Macht“ der Frau, der Mutter, die das Baby ernähren kann.

Das Baby sucht mehr die Nähe zur stillenden Mutter und das kann frustrieren und man kann sich überflüssig vorkommen.

Der Mann kann unbewusst wieder mit dem Teil seiner Persönlichkeit in Kontakt kommen, den er noch aus seiner Kindheit, seiner Jugend mit im Lebensrucksack hat. Eigene, nicht gut gelaufene Trennungserfahrungen, Verlusterfahrungen, Traumatisierungen, können seine Fähigkeit, sich gut auf die Bedürfnisse von seiner Frau und dem Baby einzulassen, stark beeinträchtigen.

Es gibt bisher keinen Verein für Männer mit postnataler Depression, woran liegt das?

Wie schon zu Beginn gesagt, Män-

nern fällt es schwer, das depressiv sein zuzugeben. Da wollen sie sich eher keiner Gruppe anschliessen die das Thema Depression als Kernpunkt hat.

Man müsste eine andere Zielvorgabe machen, beispielsweise eine Interessengemeinschaft gründen, die aktiv die Lebensbedingungen für Eltern, Väter, verbessert. Wie etwa mehr Elternurlaub. Andere Anstellungsbedingungen, die den Spagat zwischen der Rolle als fürsorglicher Familienvater und Berufsmann weniger anstrengend sein lässt.

Dieses Angebot müsste für Väter auch anders formuliert werden, nicht, ihr habt eine Depression, sondern, Verbesserung der Familienpolitik, auf solche Ansätze sprechen Männer viel eher an.

Was brauchen betroffene Männer von ihrem Umfeld? Was sind Therapiemöglichkeiten?

Männer brauchen andere Möglichkeiten, bis die Kinder im Kindergarten sind, andere Anstellungsbedingungen, ähnlich denen in Skandinavien. Eine flexiblere Arbeitswelt, der Arbeitnehmer wird doch viel loyaler der Firma gegenüber, wenn diese ihm hilft, den Spagat zu finden. Ich verstehe nicht, warum Firmen in der Schweiz solche Ansätze noch nicht integriert haben, das ist eigentlich dumm von ihnen.

Bei den Geburtsvorbereitungskursen mit Männern im Spital Triemli, die ich gebe, sehe ich die Männer nach der Geburt noch ein bis zwei Mal. Ein Mann aus dem Kurs sagte zu mir: „Männer müssen bei der Geburt des Kindes nicht übertrieben aktiv sein, eher aktiv passiv.“ Damit meinte er, dass Männer keine Hebamme sein müssen, die alles leitet,

sondern seelische Präsenz zeigen und die Frauen die Hauptarbeit übernehmen lassen.

Die Väter wollen wissen, was man machen kann, wenn es nach der Geburt seelisch sehr anstrengend wird und wenig Schlaf da ist. Männer wollen auch nochmal einen nachvollziehbaren, gut verständlichen Aufklärungsunterricht zu wichtigen Entwicklungsschritten haben.

Und dann auch eine Art Vorbereitung, welche Empfindungen nach der Geburt eines Kindes auftauchen können. Dass es zum Beispiel passieren kann, dass das Baby nicht so tolle Gefühle in einem auslöst.

Bei betroffenen Frauen heisst es, dass sie bei weiteren Kindern ein erhöhtes Risiko haben, wieder in eine postnatale Depression zu fallen, ist das bei Männern dasselbe?

Da fehlen noch Erfahrungswerte. Bei Müttern, die bei einer erneuten Schwangerschaft schon gute Gespräche haben, wird auch das Risiko an einer postnatalen Depression zu erkranken kleiner. Bei einem ganz besonderen Fall hatte eine Frau sich rechtzeitig gemeldet, da sie nicht wieder so starke Depressionen erleiden wollte. Sie hatte in der zweiten Schwangerschaft wieder mit derselben, starken Übelkeit, wie beim ersten Kind zu kämpfen. Sie bereitete sich aber dann so gut auf die bevorstehende Geburt vor, dass es zu keiner erneuten postnatalen Depression kam. ■



Klinik Egliswil

Die Gründe, aus denen Menschen eine Suchterkrankung entwickeln, sind vielfältig. An diese Vielfältigkeit knüpft auch das Angebot der Klinik Egliswil an.

Frau Bach, Sozialarbeiterin FH und Leiterin des Fachbereich Sozialtherapie und Sozialdienst in Egliswil sprach mit uns über Suchterkrankungen und die damit verbundenen, gesellschaftlichen Stigmata.

Sucht ist stärker als Beziehung

Loredana Reichmuth | Astrid Bach

Frau Bach, die Klinik für Suchttherapie hat ein breites Angebot für Suchterkrankte, welche Dienstleistungen werden hier abgedeckt?

Unsere Fachbereiche Medizin, Psychotherapie, Sozialtherapie und Arbeitsagogik arbeiten bei der Entwöhnungsbehandlung eng zusammen. Nach dem Entzug, entweder in der Stiftungsinternen Entzugsklinik in Neuenhof oder in der Entzugsabteilung einer anderen Psychiatrischen Klinik, können Patienten und Patientinnen bei uns zur Entwöhnung eintreten.

Die Behandlung dauert in der Regel 6 Monate, sie kann aber dem individuellen Bedarf angepasst werden. Es werden Psychotherapeutische Einzelgespräche und Gruppentherapien angeboten, das Zusammenleben in den Wohngruppen wird begleitet, Tagesstruktur und handwerkliche Tätigkeiten werden von der Arbeitsagogik bereitgestellt und angeleitet. So kann ein Lebensalltag hergestellt werden, in dem soziale Kompetenzen und handwerkliche Fähigkeiten trainiert werden, in dem mit Suchtdruck oder auch einem Rückfall umgegangen werden muss, in dem stützende Medikamente eingesetzt werden und je nach dem auf oder abgebaut werden. Das Ziel ist immer, nach der Therapie wieder ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen zu können.

Welche Erkrankungsbilder zeigen die Personen, die bei Ihnen in Therapie kommen?

In der Regel ist bei unseren Patientinnen und Patienten die Suchterkrankung die Folge eines dysfunktionalen Bewältigungsversuches einer anderen Erkrankung oder Störung. In der Psychotherapie kann nach unterschiedlichen, dem Fall angemessenen Testverfahren in der Regel eine Einzel- oder Mehrfachdiagnose nach ICD 10 gestellt werden. Ob ADHS oder narzisstische Persönlichkeitszüge, eine Borderline Persönlichkeitsstörung, impulsiv oder emotional instabil, Zwangsstörungen oder posttraumatische Belastungsstörungen, die Störungsbilder sind vielfältig und diese Aufzählung

natürlich nicht vollständig.

Welche Suchtformen sind besonders häufig, welche vielleicht eher seltener?

Selten geworden ist die alleinige Abhängigkeit von intravenös konsumiertem Heroin, die „klassischen“ Junkies gibt es kaum mehr. Besonders häufig sind Abhängigkeiten von verschiedenen Substanzen gleichzeitig, wobei es meist eine Hauptsubstanz gibt, diese kann durchaus Alkohol sein, der die Schwelle zum Konsum weiterer Substanzen senkt. Kombinationen von Opiaten und Kokain oder Alkohol und Kokain mit Amphetaminen und Benzodiazepinen kommen oft vor, in der Regel spielt auch Cannabis bzw. THC heute eine entscheidendere

Klinik für Suchttherapie Egliswil

Die Stiftung für Sozialtherapie engagiert sich seit 1984 für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Sie unterhält im Kanton Aargau verschiedene Einrichtungen für Jugendliche und Erwachsene mit Suchtproblemen. Seit dem 1. Januar 2015 führen wir die Klinik für Suchttherapie. An den drei Standorten in Neuenhof (Entzug), Egliswil (Entwöhnungstherapie) und Niederlenz (Entwöhnungstherapie) bieten wir ein umfassendes, fachärztlich geleitetes Therapieprogramm an. Die Klinik in Egliswil verfügt über 7 Wohnungen mit 24 Betten in Einzelzimmern. Die Fachbereiche Medizin, Psychotherapie, Sozialtherapie und Arbeitsagogik arbeiten bei der Behandlung der Suchterkrankung eng zusammen, die Behandlungsdauer pro Patient oder Patientin beträgt in der Regel 6 Monate.

Rolle als vor 20 Jahren. Der Wechsel zwischen beruhigenden und antreibenden Substanzen oder die gleichzeitige Einnahme solch gegensätzlich wirkender Drogen ist häufiger geworden. Weiter sind besonders bei jüngeren Leuten diverse Partydrogen und Halluzinogene mit im Spiel.

Die Folgen von Substanzmissbrauch können substanzindizierte Destabilisierungen der Persönlichkeit und auch psychiatrische Erkrankungen sein. Oft ist es aber umgekehrt, ein Mensch begegnet seiner Störung oder Erkrankung mit dem Konsum von Substanzen, da diese kurzfristige Erleichterung verschaffen können. Es kann heute wohl davon ausgegangen werden, dass Persönlichkeitsstörungen mit Krankheitswert und psychiatrische Erkrankungen mit Substanzkonsum und sich daraus entwickelnden Abhängigkeiten einhergehen.

Gerät zum Beispiel ein Mensch unter hohe Spannung, weil er einen Konflikt mit Anderen nicht lösen und auch nicht ertragen kann, so lindert der Konsum einer beruhigenden oder sedierenden Substanz den unerträglichen Zustand. Es wird also das Symptom bekämpft, jedoch nicht die Ursache, in diesem Fall wäre die Ursache die „Unfähigkeit, Konflikte konstruktiv zu lösen“. Dieser Unfähigkeit könnte dann mit einem Training der Sozialkompetenzen begegnet werden.

Was ist die besondere Herausforderung, in der Zusammenarbeit mit Suchterkrankten?

Ein grosser Teil ist Beziehungsarbeit. Während des sozialtherapeutischen Angebots beispielsweise,

erhalten Patienten und Patientinnen in Wohngruppen die Übungsfelder, um ihre Sozialkompetenzen und die Beziehungsfähigkeiten zu stärken. Untereinander aushandeln, wer wann welche Ämtli macht, Verbindlichkeiten eingehen, dabei vielleicht auch Gefühle benennen und aushalten, mit sich selber wieder in Kontakt kommen oder auch etwas Frustrationstoleranz entwickeln. Die Unterstützung in diesen Prozessen von Zusammenleben und Auseinandersetzung sind besondere Herausforderungen bei der Behandlung einer Suchterkrankung in unserer Klinik. Oft geht es darum, sich gelingender für sich selber einzusetzen und nicht einfach aus einer unangenehmen Situation zu flüchten.

Stigmata sind im Umgang mit Suchterkrankten bestimmt nicht unbekannt?

Klar, das gesellschaftliche Bild bzw. das Klischee von „Süchtigen“ ist schon definiert. „Die“ gehören zu einer tieferen sozialen Schicht. Sind dumm, undiszipliniert, unverbindlich, unzuverlässig, unberechenbar und kriminell, man kann sie schlicht nicht gebrauchen und muss sich vor ihnen fürchten.

Dieses Klischee tragen unsere Patienten und Patientinnen selbst auch in sich, und möchten oft auch gerne verbergen, woran sie leiden. Eine Suchterkrankung gilt eher als eine Form von Charakterschwäche denn als Krankheit und die Meinung sie sei selbstverschuldet hält sich nach wie vor. Vom Klischee zum Stigma ist es nur ein kleiner Schritt, und auch die Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen können eine stigmatisierende Wirkung entfalten.

Eine Suchterkrankung sorgt bei den

Betroffenen meist für grosse Scham, und sie ziehen sich aus ihrem sozialen Umfeld zurück. Die Erkrankung und auch der Ort an dem sie diese behandeln lassen möchten sie in der Regel verbergen, es soll möglichst niemand wissen. Dies geschieht natürlich aus Angst vor der Stigmatisierung und den damit einhergehenden Schwierigkeiten in Beruf, Familie, Freundeskreis.

Was wünschen Sie sich, wenn es ums Thema Sucht und Suchterkrankungen geht?

Von der Gesellschaft wünsche ich mir Neugier zur Thematik, einen offenen und aufgeschlosseneren Umgang mit Substanzabhängigkeit. Suchterkrankungen sollten vielleicht manchmal wie eine Lebensmittelunverträglichkeit angesehen werden. Beispielsweise bei Familienfesten, ist oft und selbstverständlich Alkohol dabei. Eine Alternative wird selten angeboten. Das ist für Menschen mit einer Sucht sehr schwierig. Trinken sie mit, erkranken sie wieder, enthalten sie sich, fühlen sie sich unwohl und ausgegrenzt. Es wäre schön, wenn weniger Befangenheit und mehr Unterstützung im jeweiligen sozialen Umfeld gelebt würden. Wenn nach der Behandlung der Erkrankung ein Rückfall nicht gleich zu Enttäuschung im Umfeld und erneuten Beziehungsabbrüchen führen würden. Wie bei anderen Erkrankungen kann man ja erst nach Jahren von einer Remission sprechen und bis dahin sind ein offener Umgang mit der Krankheit, Rücksicht und Unterstützung nötig.

Gibt es schöne Erlebnisse, die Sie erzählen können?

Wenn jemand kurz nach der Therapie vorbeikommt oder eine E-Mail schreibt, freut mich das immer sehr. Eine Person, die den Berufsabschluss geschafft hat, nachdem ihr ADHS endlich erkannt worden ist und entsprechende Strategien erarbeitet wurden, vielleicht mit unterstützenden Medikamenten. Jemand, der Konflikte wieder aushalten konnte und, im Gegensatz zu früher, seinen Arbeitsplatz deswegen nicht kündigte. Ehemalige Suchtpatienten, die eine langfristige Beziehung eingehen, weil sie gelernt haben, was Beziehung bedeutet und Mechanismen erlernten, wie man mit Konflikten umgehen kann.

Zum Abschluss, was wäre für Sie noch besonders wichtig zu erwähnen?

Wir sind eine psychiatrische Klinik, wir stellen auch Diagnosen. Stigmatisierungen sind uns sehr bewusst, deshalb gehen wir auch sehr vorsichtig mit der Vergabe von Diagnosen um. Erst nach professioneller Diagnostik in der Psychotherapie kann eine Diagnose gestellt, und sorgfältig damit gearbeitet werden. Die populärwissenschaftliche Vergabe von Diagnosen ohne das medizinische und psychologische Fachwissen ist mir ein Greuel geworden, wie auch das Kokettieren mit den Klischees psychiatrischer Erkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen.

Diese geschehen in Unkenntnis des Leidensdrucks Betroffener sowohl durch die Erkrankung als auch der Konsequenzen durch Klischees und Stigmatisierungen. ■





„Zurück an diesen Punkt will ich nie mehr“

Erfahrungsbericht anonym

Früh auf mich gestellt

Ich weiss gar nicht so recht, wo ich beginnen soll. Schon sehr früh war ich auf mich allein gestellt. Meine Mutter hatte laufend wechselnde Partner, wodurch ich und teilweise auch meine Geschwister von Ort zu Ort geschubst wurden.

Mal Pflegefamilie, dann irgendwelche Verwandten; so auch regelmässig zu meinem Peiniger. Ich war ungefähr 5-6 Jahre alt, als dies begann.

Meine Mutter trank immer wieder sehr viel und liess uns im Stich. Somit war ich für meine Geschwister verantwortlich.

Einstieg in die Drogen

Mit 13 fing ich mit den Drogen an. Es sollte gleich Heroin sein. Das war auch der Zeitpunkt, an dem die ganze Sache mit den Übergriffen aufflog. Ich wurde befragt, untersucht und bekam das Ergebnis: du wirst niemals Kinder haben. Mein Leben war für mich gelaufen. Das war doch mein sehnlichster Wunsch. Dann waren da diese „rettenden“ Substanzen. Es war ein tolles Gefühl, einfach zu vergessen. All die Beleidigungen, den Schmerz, nur kurz vergessen...

Der Zusammenbruch

Als ich 15 wurde, kam der grosse Zusammenbruch. Ich wurde in die Psychiatrie eingeliefert.

Zwischen mehreren Ausbrüchen und Rückfällen hatte ich dort so etwas ähnliches wie Familie. Doch ich war nicht stabil. Als dann auch noch mein Freund starb, wollte ich nur noch hinterher und beinahe, ist mir dies auch gelungen. Die Ärzte waren jedoch etwas schneller.

Nach einem halben Jahr, wurde ich ins Schwererziehbarenheim verlegt. Ich baute so viel Mist, bis ich rausflog.

Von da an ging mein Leben wieder mehrheitlich auf der Strasse weiter. Jeden Tag aufs Neue dem Stoff hinterherjagen.

Mein neues Leben

Mit 19 dann das Wunder: Ich war schwanger. Ich machte einen kalten Entzug und krepelte mein ganzes Leben komplett um.

Das ist mittlerweile fast 17 Jahre her und ich bekam noch mehr Kinder dazu. Seither bin ich clean.

Ich bin stolz auf mich.

Wenn ich heute davon erzähle, sind die Meisten erstaunt und haben grossen Respekt. Aber es kommen keine negativen Reaktionen. Dafür bin ich sehr dankbar.

Es ist ein Teil von mir, von meiner Geschichte, doch zurück an diesen Punkt will ich nie mehr! ■





Dr. phil. Charles Benoy

**Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für
Zwangsstörungen, Leitender Psychologe am Zent-
rum für Psychosomatik und Psychotherapie
der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel**

„Bis zu 4 Prozent der Bevölkerung leidet unter Zwangsstörungen“

Loredana Reichmuth, Redaktionsleitung

Herr Benoy, vielen Dank, dass Sie sich für das Interview Zeit nehmen. Ganz zum Anfang, was sind eigentlich Zwangsstörungen?

Zwangsstörungen sind stereotyp auftretende Verhaltensweisen, zu denen sich ein Betroffener immer wieder gezwungen fühlt. Man unterscheidet zwischen Zwangshandlungen und Zwangsgedanken; das eine sind, simpel ausgedrückt, Angstmacher und das andere Angstbeseitiger. Zwangsgedanken sind stereotyp auftretende Gedankeninhalte, die sich den Patienten immer wieder aufdrängen. Zwangshandlungen sind ritualisierte Vorgehensweisen, mit denen wir versuchen, Angst zu beseitigen. Klassischerweise ist das die Angst vor der Kontamination, die ich durch das Putzen zu beseitigen versuche. Oder die Angst, meine Wohnung könnte abbrennen, jemand könnte einbrechen, was die Patienten dadurch neutralisieren, indem sie immer wieder kontrollieren, ob ihre Türe abgeschlossen oder der Backofen ausgeschaltet ist.

Manchmal ist es auch so, dass diese Handlungen nicht im tatsächlichen, äusseren Verhalten, sondern in einem gedanklichen Verhalten nach neutralisiert werden, also dass man zum Beispiel ein inneres Ritual immer wieder aufsagt oder dass man ganz stark über etwas nachgrübelt,

sozusagen gedanklich nach kontrolliert.

Wie sehen denn solche gedanklichen Abläufe aus?

Das kann so aussehen, dass jemand in seinen Gedanken immer wieder versucht, die Situation, wie er den Herd kontrolliert hat, hervorzurufen und auch stundenlang wiederholt. Manchmal ist es aber auch so, dass bewusst versucht wird, gewisse Gedankengänge zu vermeiden, wie das Vermeiden an negative Situationen zu denken, weil die Patienten denken, dann könnte etwas passieren. Sie versuchen dann jedes Mal, bewusst ein inneres, positives Ritual durchzudenken.

Es gibt aber auch Menschen, die eher „magische“ Rituale haben; in Gedanken immer wieder ein gewisses Gebet aufsagen oder immer wieder bestimmte Sachen abzählen. Das sind alles Mögliche, neutralisierende Verhaltensweisen, die sich gedanklich abspielen.

Zwangsstörungen sind durch Prominente heute schon bekannter geworden. Wo ist aber die Linie zwischen Marotte und Zwangsstörung, die Linie scheint manchmal sehr fein zu sein?

Ja, sie ist eigentlich gar nicht so fein, wie man das manchmal denkt, sie ist eher individuell. Die Frage ist, wann

beeinträchtigt oder belastet mich meine Marotte im Alltag? Jemand der anfängt, zum Beispiel nicht mehr vor die Türe zu gehen, weil er denkt, nachher muss ich immer dieses anstrengende Ritual durchführen. Oder jemand der denkt, dieses Ritual durchzuführen, kostet mich so viel innere Energie; das wäre diese Linie. Es gibt Menschen, die sich schon durch wenige Minuten Türe kontrollieren am Tag belastet fühlen und es gibt Andere, die sagen, das beeinträchtigt mich erst mal noch nicht. Wenn man sich nicht beeinträchtigt oder belastet fühlt oder sich auch das Umfeld nicht belastet fühlt dadurch, dann würde man das noch nicht als Zwangsstörung erkennen.

Das ist bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen, manchmal auch bei Kindern so, dass die sich selber nicht belastet fühlen, aber das Umfeld sehr stark beeinträchtigt ist.

In welcher Form können sich Zwangsstörungen äussern?

Das hängt natürlich von den Zwängen ab. Die zwei klassischen sind die Kontaminationszwänge und die Kontrollzwänge. Jemand, der zum Beispiel Angst davor hat, einen Fehler zu machen, könnte anfangen alle Handlungen zu kontrollieren; ob der Wasserhahn zu ist beim Zähneputzen, ob das Fenster im Schlafzimmer geschlossen ist, der Herd oder die

Kaffeemaschine ausgeschaltet und ausgesteckt wurde, ob der Föhn ausgesteckt wurde. Das kann manchmal schon eineinhalb bis zwei Stunden dauern, bis jemand überhaupt die Wohnung verlassen kann.

Es gibt Menschen, die im Alltag ausserhalb der Wohnung keine Zwänge haben. Aber es gibt auch die, die auch ausserhalb der Wohnung weiterhin unter Zwängen leiden, sich beispielsweise bei einem Spa-

ziergang immer wieder umdrehen müssen, um sicher zu gehen, dass sie nichts verloren haben und deswegen auch den Weg immer wieder ablaufen. Oder bei der Arbeit stundenlang brauchen, um ein Mail wegzuschicken, weil sie ganz sicher sein müssen, dass sie da keinen Fehler reingeschrieben haben. Den Zwangsstörungen sind da sozusagen keine Grenzen gesetzt, gewissen Menschen sind nur in gewissen Bereichen ein-

geschränkt und andere wirklich vollumfänglich.

Bei Kontaminationszwängen ist das auch so. Da unterscheidet man zwischen Menschen, die Angst haben sich oder andere an zu stecken. Andere haben Angst, sie könnten Dreck mit in die Wohnung bringen; das heisst, da finden die Zwänge nur in der Wohnung statt, beziehungsweise an der Türschwelle. Aber es



Klinik für Zwangsstörungen, Basel

gibt auch Menschen, die ausserhalb der Wohnung nichts mehr anfassen. Das heisst, schwer Beeinträchtigte verlassen die Wohnung oft gar nicht mehr und die etwas weniger Belasteten haben ausgeprägte Rituale, wenn sie in die Wohnung reinkommen. Diese haben dann oft auch ein ganz steriles Umfeld zu Hause, sie müssen sich erst mal komplett ausziehen und duschen, eine Art Schutzzone durchlaufen, bevor sie richtig in die Wohnung reinkommen.

Und dann gibt es natürlich auch noch Zwänge, die etwas weniger oft genannt werden, wie die Zwangsimpulse; also die Angst, ich könnte unkontrolliert etwas tun, was ich nicht tun will. Beispielsweise, ich könnte jemanden schlagen oder jemanden überfahren und das nicht merken oder unkontrolliert blasphemische Gedanken aussprechen, jemanden sexuell misshandeln oder auch ungewollt jemanden oder mich selber vor den Zug stossen. Das sind dann auch oft Menschen, die beginnen, sämtliche sozialen Situationen zu vermeiden, immer aus der Angst, sie könnten etwas tun, was sie nicht wollen. Das fängt beim Bahnsteige vermeiden an und geht bis dazu, dass die Wohnung gar nicht mehr verlassen wird.

Weiss man denn genaueres darüber, wie Zwangsstörungen entstehen?

Man weiss, dass das ganz unterschiedliche Ursachen haben kann. Es gibt eine genetische Komponente, Menschen die genetisch mehr Angst erleben als andere. Dann wissen wir um eine Erziehungskomponente, Menschen, die in einem Umfeld aufgewachsen sind, in dem

Schuld oder Fehler zu machen etwas sehr Schlimmes ist. Also die Frage; wie geht man mit Scheitern, Fehlern und Schuld in der Erziehung um. Dann wissen wir aber auch, dass oft traumatische Erlebnisse Zwangsstörungen auslösen können. Wir hatten beispielsweise gestern hier vor der Klinik einen Unfall, bei dem ein Lastwagenfahrer einen Fahrradfahrer erfasst hat. So ein Erlebnis könnte beim Lastwagenfahrer, aber auch bei anderen den Gedanken auslösen, sie könnten unkontrolliert jemanden überfahren haben.

Ich erinnere mich an eine Patientin, die von einem Bekannten nur gehört hatte, dass ein Haus abgebrannt war, weil jemand den Föhn in die Schublade gelegt hatte. Diese Patientin fing dann auf einmal an, nicht nur den Föhn nicht mehr zu benutzen, sondern alle Stecker und alle Steckdosen zu kontrollieren. Das ging sogar so weit, dass sie kein Handy und andere, elektronische Geräte mehr benutzte.

Grundsätzlich kann man sagen, dass es Faktoren gibt, die Zwangsstörungen eher bedingen; das sind Menschen, die grundsätzlich dazu tendieren, perfektionistisch zu sein, ein hohes Verantwortungsbewusstsein oder ein sehr starkes Schuldempfinden haben.

Was empfehlen Sie Menschen, die sich jetzt in dieser Beschreibung erkennen und unter Zwangsstörungen leiden könnten?

Das Problem ist, dass die allermeisten Betroffenen im Durchschnitt 7-10 Jahre brauchen, bis sie sich in eine Behandlung begeben, weil sie sich so schämen. Zwänge wirken ja

skurril, die Erkrankung ist oft stigmatisiert. Die Betroffenen wissen selbst, wie unsinnig ihr Verhalten ist aber sie erleben halt so einen inneren Druck, dass sie das nicht lassen können. Daher würde ich Betroffenen wirklich empfehlen, möglichst früh in eine störungsspezifische Behandlung zu gehen. Manchmal wird es auch von Fachpersonen bagatellisiert und nicht richtig ernst genommen. Betroffene können sich auch über die SGZ (Schweizerische Gesellschaft für Zwangsstörungen) melden. Wenn man sich früh meldet, sind die Behandlungschancen wirklich gut.

Stigmatisierung ist bei Zwangsstörungen, sicher kein unbekanntes Phänomen, wo sehen Sie die Problematik?

Das Problem ist die grosse Scham der Betroffenen. Wir wissen zum Beispiel, dass zwei bis drei - neuere Studien sprechen sogar von fast vier Prozent der Bevölkerung unter Zwangssymptomen leiden. Das sind die klassischen, die ich jetzt aufgezählt habe, da gehören aber auch weitere wie das Mesisyndrom dazu. Diese Menschen schämen sich sehr stark und sprechen nicht darüber. Dadurch, stigmatisieren sie sich ein Stück weit auch selbst. Da also nicht viel über Zwangsstörungen gesprochen wird, wissen auch die meisten Menschen nicht, wie sie darauf reagieren sollen und so stigmatisieren Betroffene sich selbst und empfinden dann auch viel Stigmatisierung von aussen. Nicht selten hören wir auch von Patienten, dass sie bei Fachpersonen waren, die dann meinten, sie sollen einfach aufhören mit dem entsprechenden Verhalten, was natürlich überhaupt nicht möglich

ist. Der Betroffene wird fast ein bisschen belächelt und seine Krankheit verharmlost.

Eine besonders schöne Geschichte von jemandem, der unter Zwangsstörungen leidet?

Eine ganz schöne Geschichte ist zum Beispiel eine Patientin, die wirklich eine sehr, sehr ausgeprägte Zwangserkrankung hatte. Das waren Kontaminationsängste, sie konnte das Haus fast nicht mehr verlassen und auch fast nichts mehr essen, aus Angst sich mit etwas anzustecken. Und heute, einige Jahre danach, ist sie geheilt und arbeitet als Peer-Mitarbeiterin bei uns im Team. Durch ihre Erfahrung kann sie Betroffene verstehen und auf ihrem Weg zur Heilung ermutigen, das ist natürlich eine unglaublich schöne Geschichte. Da gibt es aber noch viele andere, ich erinnere mich beispielsweise an einen Patienten, der seit über 20 Jahren unter Zwangsstörungen litt und gewisse Gegenden in Basel meiden musste. Er lebt nun in einer glücklichen Beziehung und hat ein Kind bekommen, etwas später als die meisten Menschen, weil er einfach durch seine Zwangserkrankung zurückgeworfen war aber sich wirklich ein Stück weit von dieser „inneren Teufelsstimme“ hat lösen können.

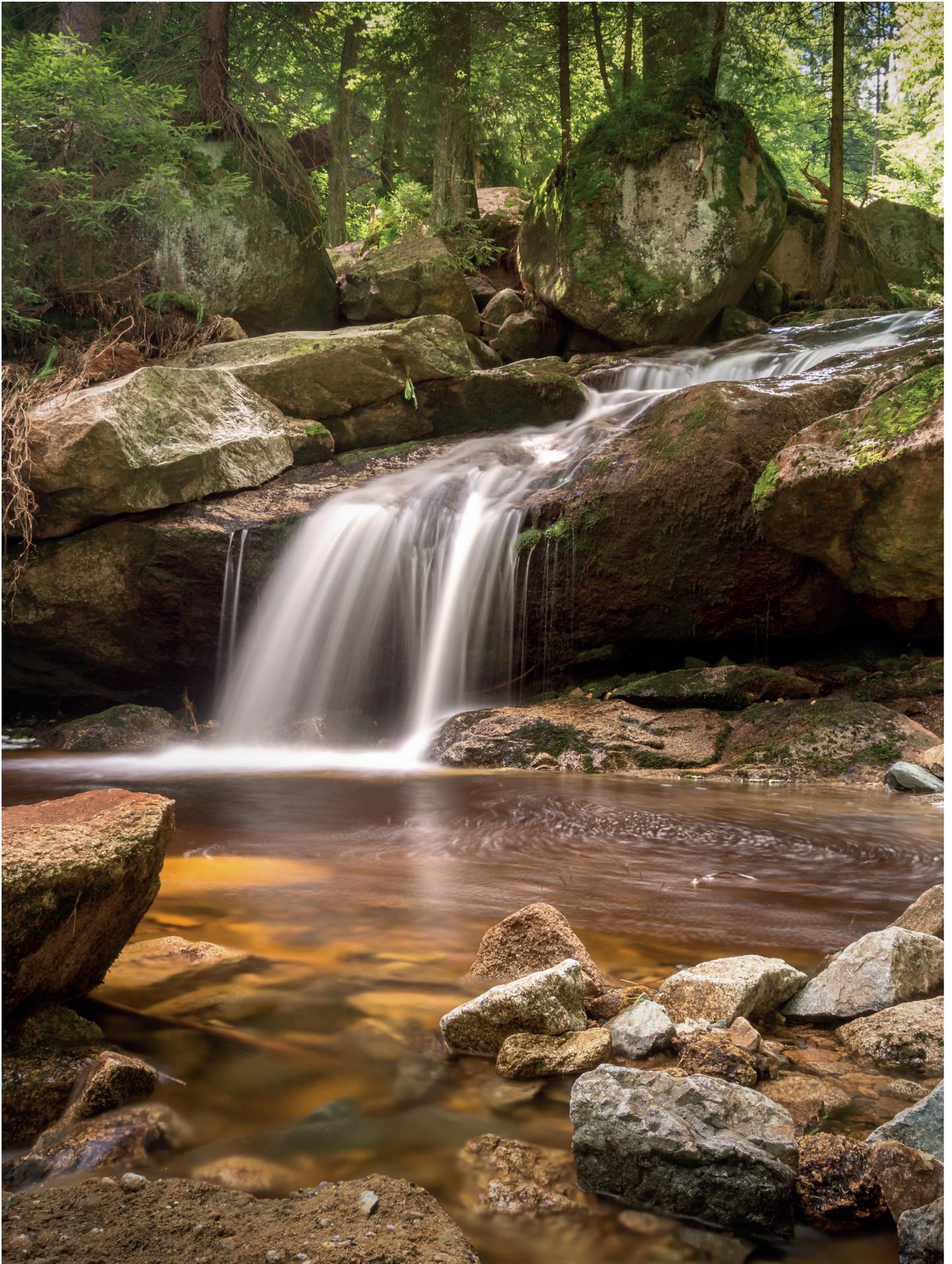
Unter welchen weiteren Krankheitsbildern können Betroffene ausserdem leiden?

Etwa die Hälfte der Personen mit einer Zwangsstörung, entwickeln eine Depression. Weil sie einfach gar nichts mehr tun können und total eingeschränkt sind, soziale Kontakte verloren gehen, sich dadurch immer

mehr zurückziehen und so ihren Antrieb und die Hoffnung verlieren.

Etwas, das Ihnen noch besonders wichtig ist, zu erwähnen?

Besonders wichtig für mich ist, dass wir wirklich gute Erfolgschancen haben; etwa 70% der Menschen können wir sehr gut behandeln. Leider dauert es oft sehr lange, bis sich die Menschen in Behandlung begeben. Dem entgegen zu treten, ist die Mission unserer Gesellschaft. Es ist ein Teufelskreis: Die Leute gehen spät in Behandlung, deswegen ist es ein unbekanntes Krankheitsbild, die Psychiater und Therapeuten sehen das selten in ihren Praxen, weil Betroffene sich nicht melden. Manchmal führt das auch dazu, dass nicht spezialisierte oder mit dem Störungsbild unerfahrene Therapeuten das Zwangsverhalten verharmlosen. Betroffene stellen aus Scham ihre Problematik nicht in voller Ausprägung dar und deswegen wird dann wieder nicht richtig behandelt. Ich möchte Betroffene wirklich dazu ermutigen, offen und ehrlich darüber zu sprechen und sich selbst nicht zu stigmatisieren, nur so kann sich in der Gesellschaft und schlussendlich auch bei den Betroffenen selbst etwas ändern. ■





Andrea Borzatta

Präsidentin des Vereins Postpartale Depression Schweiz

Sie erlitt nach beiden Geburten ihrer Kinder eine Depression. Seit mehreren Jahren ist sie gesund und möchte anderen betroffenen Frauen mit ihrer Arbeit auf dem Weg in ein glückliches Familienleben helfen.

Die Krise nach der Geburt: Warum ich?

Andrea Borzatta, Präsidentin des Vereins Postpartale Depression Schweiz

Mit einer postpartalen oder postnatalen Depression nach der Geburt rechnet eigentlich niemand. Und auch wenn in den meisten Geburtsvorbereitungskursen das Thema kurz angesprochen wird, dachte auch ich damals, dass mir so etwas nie passieren würde. Ich freute mich auf mein erstes Kind, warum sollte man da traurig sein? Als mein Sohn dann per Notkaiserschnitt fünf Wochen zu früh auf die Welt kam, wurde meine Welt von heute auf morgen auf den Kopf gestellt. „Warum ich? Was habe ich falsch gemacht?“ Mein Sohn kam direkt nach der Geburt ins Kinderspital und ich auf die Intensivstation. Hatte ich ihn überhaupt gesehen? Ich wusste es nicht mehr. Am 4. Tag nach der Geburt bat ich meinen Mann trotz Schmerzen, mich ins Kinderspital zu fahren. Ich wollte endlich meinen Sohn sehen. Und da lag er: verkabelt, winzig klein, an der Beatmungsmaschine. Ich war voller Angst und Sorge um ihn, aber auch voller Liebe.

Meine ersten Wochen bestanden aus: Abpumpen, alles abwaschen, Hände desinfizieren, mit der Muttermilch den Sohn besuchen, weinen, wenn ich ihn verlassen musste und dann wieder von vorne. Zeit zum Durchatmen gab es nicht. Aber – nach ein paar Wochen ging es heimwärts. Wir könnten uns jetzt auf das

Familienleben zuhause freuen, hiess es. Von Freude spürte ich allerdings nichts. Mein Tag war von Angst und Sorge geprägt und ich funktionierte irgendwie. Wenn er schlief, war ich hellwach, war er wach, war ich todmüde. „Warum trinkt er nicht genug? Ob er noch atmet? Hatte ich alles gründlich geputzt? Warum fühlt sich alles so schwer an? Warum bin ich so unfähig?“ Ich hatte auf nichts mehr Lust. Manchmal kämpfte ich mich raus an die frische Luft, für meinen Sohn – schliesslich wollte ich ja unbedingt eine gute Mutter sein. Zuhause brach ich regelmässig zusammen. Die Fassade, welche ich in der Aussenwelt aufrecht zu halten versuchte, war anstrengend. Nur mein Mann wusste, wie es mir wirklich ging und versuchte mir zu helfen, aber auch er fühlte sich hilflos. Beim „Googeln“ stiess ich auf die Website des Vereins Postpartale Depression Schweiz und zum ersten Mal merkte ich, dass mein Zustand einen Namen hatte. Ich litt möglicherweise an einer postpartalen Depression. Meine Hausärztin bestätigte den Verdacht, verschrieb mir Antidepressiva, welche dann 4 Monate zuhause rumlagen. Ich stillte ja und hatte Angst, diese zu nehmen. Heute weiss ich, dass es gut verträgliche Medikamente während der Stillzeit gibt. Und ich weiss auch, dass die Medikamente niemand

anderen aus mir machten, sondern mir zu diesem Zeitpunkt halfen, wieder mich selbst zu werden. Über den Verein fand ich auch eine Patin, die selbst vor ein paar Jahren betroffen war. Sie hatte mir von ihren eigenen Erfahrungen erzählt, und erstmals merkte ich, dass ich mit meinen Gefühlen nicht alleine war und dass eine Heilung möglich, ja, sogar sehr wahrscheinlich ist. Auch hat sie mich stark dazu ermutigt, dass ich mir fachliche Hilfe holen müsste, was ich dann auch tat. Der Weg war weit und ohne damit zu rechnen, überrollte mich die Depression auch nach der zweiten Geburt wie eine Lawine. Aber ich habe die Therapie fortgesetzt, viel über mich selbst gelernt, versucht Achtsamkeit in meinen Alltag zu integrieren und fand so langsam in ein glückliches und erfülltes Leben als Mutter. Heute bin ich unglaublich dankbar für meine zwei wunderbaren Söhne, ich habe eine sehr enge und liebevolle Beziehung zu ihnen. Sie sind mein ganzer Stolz und zeigen mir jeden Tag, warum es sich lohnt zu kämpfen und dass sie froh sind, dass ich für sie da bin. Und für sie da zu sein, heisst für sie nicht, dass ich perfekt sein muss, für sie reicht es einfach, dass ich da bin. ■



Stefanie Mayer

Stefanie Mayer ist Psychologin (MsC) und arbeitet ehrenamtlich im Vorstand des Vereins Postpartale Depression Schweiz. Sie ist zudem Logopädin, SAFE-Mentorin und Hakomi-Körpertherapeutin. Sie lebt mit ihrem Partner und ihren zwei Töchtern in Zürich.

Angela Hauri

Angela Hauri ist eidg. anerkannte Psychotherapeutin, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP und arbeitet selbstständig in ihrer Praxis in Zürich. Sie lebt mit ihrem Mann und ihren zwei Töchtern in Zürich.

Wir wünschen uns von Fachpersonen ein offenes Ohr und Herz

Stefanie Mayer und Angela Hauri arbeiten beide in der Therapie mit betroffenen Frauen zusammen

Frau Mayer, wie sieht eine Therapie aus bei einer Frau mit einer PPD (Postpartalen Depression)?

Die Therapie ist vom Gesundheitszustand der Frau abhängig und deshalb sehr individuell: Wie stark sind die Symptome von beispielsweise Reizbarkeit, Müdigkeit, Schlaflosigkeit ausgeprägt? Wie funktionsfähig ist die Frau noch? Der Fokus liegt vorerst auf der aktuellen Situation. Durch ein Gespräch wird herauskristallisiert, worin die Überforderung besteht. Dies kann im Erledigen der Haushaltsaufgaben, in der Kinderbetreuung oder auch im beruflichen Kontext sein. Es wird eruiert, wie die Unterstützung aussehen könnte und wer unterstützen kann (Ehemann, Verwandte, Nachbarn, Spitex, andere).

Zudem werden die Schwangerschaft und der Zeitraum rund um die Geburt genau angeschaut. Die Betroffenen waren oft bereits zu diesem Zeitpunkt überfordert (z.B. durch schwierige Schwangerschaften oder negative Geburtserlebnisse) und sind aus diesem Teufelskreis nicht mehr herausgekommen. Dieses belastende Erlebnis wird aufgearbeitet, indem man in die Gefühle hineingeht und auch über positive Momente spricht und diese bestärkt. Diese positiven Momente können ganz kurze Zeitspannen oder Erinnerungen sein. In der The-

rapie mit Frauen, die an einer PPD leiden, achtet man auch auf die Herkunftsgeschichte: Welche Erfahrungen hat diese Frau als Baby und Kind selbst gemacht? Welche Glaubenssätze in Bezug auf das Mutter-Sein hat sie selbst mitbekommen? Welche Ansprüche hatte die eigene Mutter an sich?

Oft unterscheidet sich die Vorstellung während der Schwangerschaft von der Realität mit Baby extrem – dies kann ein Schock sein: „Wir hatten es uns doch ganz anders vorgestellt.“ Hier gilt es die Vorstellungen der Mutter (und auch des Vaters) vor der Geburt zu durchleuchten und nachzufragen, welche erfüllt bzw. unerfüllt blieben.

Weiter ist die Bindung von Mutter und Kind sehr wichtig: Welche Gefühle sind vorhanden und welche Gefühle werden vermisst? Eine Videoanalyse kann sinnvoll sein, um die positiven Momente mit dem Baby widerzuspiegeln und die Frau in ihrem Mutter-Sein zu stärken und zu bekräftigen. Die Frauen haben oft den Kontakt zu ihrer mütterlichen Intuition verloren und haben innerlich mit starken Ängsten und Unsicherheiten zu kämpfen.

Bei der Frage nach den Ressourcen und dem Umgang mit Krisen in früheren Zeiten zeigt sich meist, dass Frauen genau sagen können, was ihnen gut tut und wie sie wieder zu

mehr Kraft kommen konnten, oder auch, wie sie mit anderen Schwierigkeiten umgegangen sind – hier kann eine Therapie ansetzen.

Die Therapie einer Postpartalen Depression erfolgt ausserdem in der Regel multimodal. Das heisst, neben einer Psychotherapie ist es wichtig, soziotherapeutische Hilfe im Sinne von sozialer Unterstützung anzubieten. Dazu gehört beispielsweise eine Verlängerung der Hebammenbetreuung, die Finanzierung einer Haushaltshilfe durch die Krankenkasse oder die Einbindung von Angehörigen. Zuletzt wird je nach Schweregrad der Postpartalen Depression eine medikamentöse Behandlung empfohlen. Bei einer schweren Form der Erkrankung ist eine psychopharmakologische Behandlung in der Regel unumgänglich.

Vielen Frauen hilft es auch, wenn sie merken, dass sie nicht allein mit den Gefühlen sind, keine Schuld an ihrer Erkrankung haben und sie wissen, dass es für sie Hilfe gibt. Dabei hilft es, über das Krankheitsbild der Depression genau aufzuklären, um sie von den Schuldgefühlen zu entlasten und Hoffnung zu vermitteln, dass die Erkrankung bewältigt werden kann.

Frau Hauri, wie oft sind betroffene Frauen auch von Ängsten oder Zwängen betroffen?

Ängste und Zwänge können bei einer PPD auftreten. Bei einer postpartalen Angst- und Zwangsstörung stehen weniger die depressiven Symptome, als mehr die Angstzustände, Panikgefühle, Zwangsgedanken und -handlungen im Vordergrund. Die Ängste können vage sein und sich auf das Leben und die Welt ganz allgemein beziehen oder sie können in ganz bestimmten Situationen auftreten. Typisch sind Ängste und Sorgen in Bezug auf das Wohlergehen des Kindes. Besonders schlimm für betroffene Mütter sind Zwangsgedanken, also immer wieder ungewollt sich aufdrängende Gedanken, dem eigenen Kind etwas anzutun. Entlastend für die Frauen in dieser Situation ist die Aufklärung über die Art und Charakter der Zwangsgedanken, dass diese nämlich nicht umgesetzt werden.

Frau Mayer, was wünschen Sie sich von anderen Fachpersonen, welche mit Betroffenen zu tun haben?

Ein ungeniertes Nachfragen über das Befinden der Frau: „Wie ging es Ihnen in der Schwangerschaft, in der Zeit nach der Geburt, mit dem Baby aber auch aktuell in der Partnerschaft?“ Leider besteht hier oft eine gewisse Scheu. Betroffene Frauen empfinden es aber als entlastend, ihre Gefühle jemanden zu beschreiben und zeigen zu können. Ich wünsche mir von den Fachpersonen, dass sie für die Erlebnisse und Geschichten der Frauen ein offenes Herz und ein offenes Ohr haben. Zudem ist es wichtig, dass ein interdisziplinärer Austausch zwischen Fachpersonen (Gynäkologen, Hausärzten, Hebammen, Kinderärzten, Psychologen, Psychiater

etc.) entsteht. Oftmals wenden sich Betroffene zuerst an den Hausarzt, um Hilfe zu erhalten. Ein fundiertes Wissen aller involvierten Fachpersonen über die Erkrankung hilft, diese zu erkennen und die richtigen Schritte einzuleiten.

Frau Hauri, was sind die Folgen einer unbehandelten PPD?

Eine PPD ist in unserer Gesellschaft noch immer ein Tabu-Thema. Eine schnelle und zielführende Behandlung der PPD ist aber unbedingt erforderlich. Nach wie vor werden jedoch viele Fälle postpartaler Erkrankungen nicht erkannt und daher nicht behandelt. Grundsätzlich kann die Bandbreite der Beeinträchtigungen von leichteren Anpassungsstörungen bis hin zu schweren suizidalen Formen reichen. Unbehandelt kann es zu einer stetigen Verschlechterung des Befindens kommen bis hin zu einer Hospitalisation. Gesellschaftliche Normen und das Gefühl, dass man nach der Geburt glücklich und stolz auf die neue Rolle als Mutter bzw. über das Kind sein sollte, erhöhen den Druck der Frauen. Oft fällt es den Betroffenen schwer einzugestehen, dass sie Hilfe benötigen. Die Folgen sind, dass sich der Zustand verschlechtert, der Haushalt wird immer mehr zur Last, selbst kleinere Aufgaben erscheinen unbewältigbar, die Versorgung und Pflege des Babys überfordert die frischgebackene Mutter.

Frau Mayer, viele Frauen machen sich grosse Vorwürfe und haben Angst, dass die Krankheit auch für ihre Kinder langfristig Folgen haben wird. Was sagen Sie diesen Frauen?

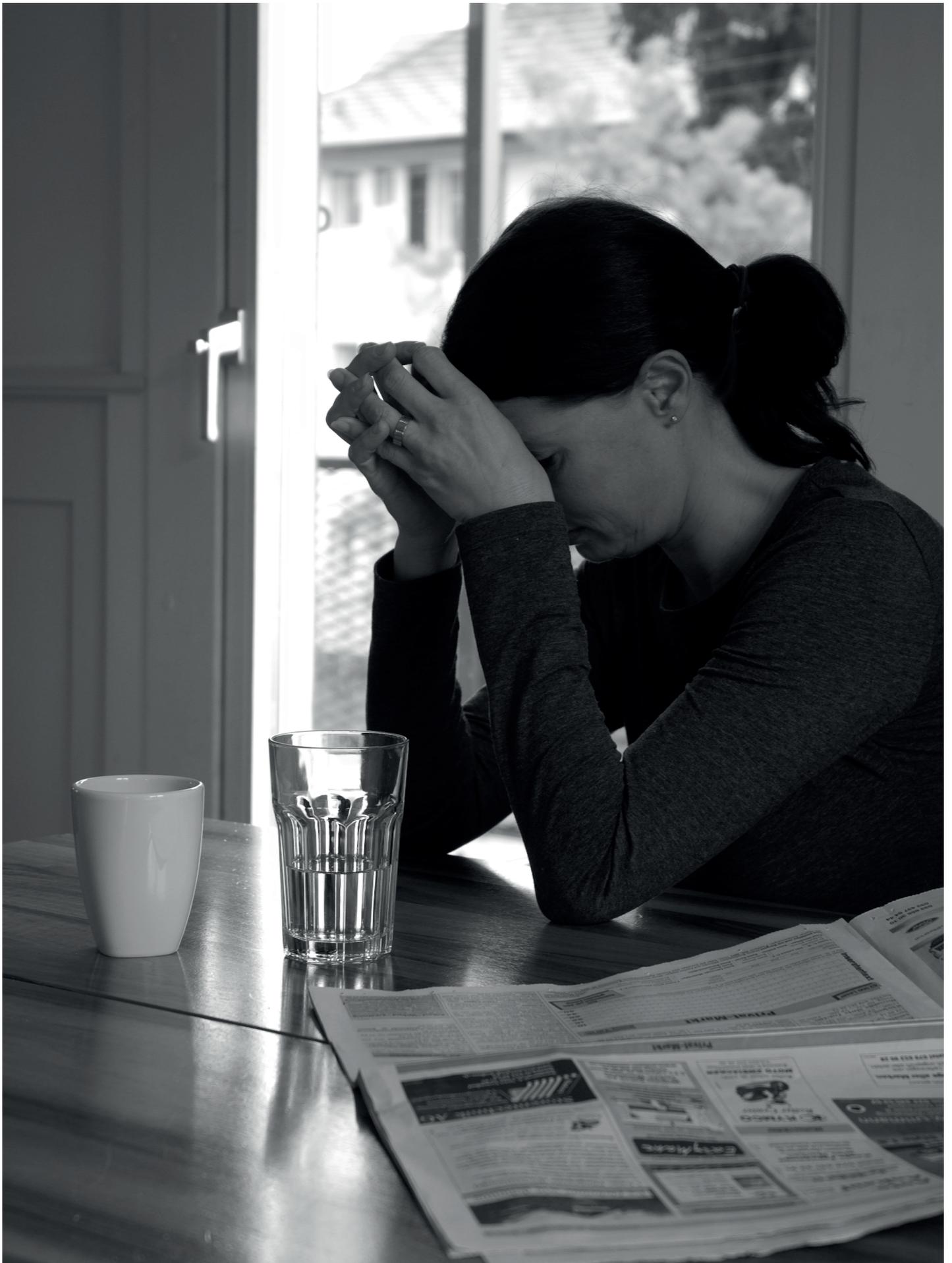
Insbesondere eine unbehandelte

Erkrankung kann Folgen für das Kind haben. Daher ist es umso wichtiger, eine PPD frühzeitig zu erkennen und Hilfe anzunehmen.

Hilfreich ist es, der Mutter die Momente von gelungenen Interaktionen mit ihrem Kind aufzuzeigen, sei es mit einer Videoanalyse (z.B. in Anlehnung an SAFE nach Dr. Brisch) oder auch direkt vor Ort, wenn die Mutter das Baby in die Praxis mitnimmt. Hier werden die positiven Mutter-Kind-Interaktionen in den Fokus gerückt. Die Mutter (und auch der Vater) sollen so aus dem Teufelskreis der Stressspirale heraustreten können und Vertrauen in sich und die neue Rolle erhalten. Grundsätzlich gilt es, der Mutter immer klar zu machen, dass sie sich keine Vorwürfe machen muss und sie noch viel Zeit haben wird, an der Bindung und Beziehung zu ihrem Kind zu arbeiten.

Frau Hauri, was raten Sie betroffenen Frauen und ihrem Umfeld?

Ich rate den Frauen, über ihre Gefühle zu sprechen und sich an Fachpersonen zu wenden. Aber auch die Angehörigen sollen aufmerksam sein, nachfragen und bei Verdacht konkrete Hilfe anbieten. Beispielsweise kann das ein Anruf beim Hausarzt, einer anderen Fachperson oder in der Geschäftsstelle des „Vereins Postpartale Depression Schweiz“ sein. ■





Annika Redlich

**Geschäftsstellenleiterin des Vereins Postpartale
Depression Schweiz**

Sie hat mit ihrer Tochter acht Wochen auf einer Mutter-Kind-Station verbracht.

Ich wusste nicht, warum es mir auf einmal so schlecht ging

Annika Redlich, Geschäftsstellenleiterin des Vereins Postpartale Depression Schweiz

Dass mich die Phase der Familiengründung physisch wie psychisch einmal so auf die Probe stellen würde, hätte ich nie gedacht. Nachdem meine erste Schwangerschaft entspannt, die Geburt und die Umstellung auf das Leben mit meinem Sohn gut verliefen, stürzte mich zwei Jahre später eine Fehlgeburt am Ende des vierten Monats in eine Welt voller Angst und Schrecken.

Ich konnte immer schlechter einschlafen, bekam Panikattacken, zweifelte beruflich und persönlich sehr stark an mir. Ich brach bei der Gynäkologin in Tränen aus, weil ich einfach nicht wieder schwanger wurde. Sie riet mir, eine Trauer-Hebamme aufzusuchen und den Verlust mit ihr zu verarbeiten. Nach dieser Therapie und einer langen Reise mit meiner Familie klappte es und ich dachte: Nun ist es geschafft.

Die Schwangerschaft mit meiner Tochter verlief dann jedoch ganz anders. Ich hatte jeden Tag Angst, sie zu verlieren, Angst vor der Geburt, Angst vor der Herausforderung mit zwei Kindern. Bereits zu dieser Zeit hätte ich mir wieder professionelle Hilfe holen sollen. Dann war sie endlich da und jetzt – so dachte ich – war doch wirklich alles geschafft. Die ersten Monate hatte ich auch keine Angst mehr, wähnte mich in Sicherheit und stürzte mich in die

Arbeit als Doppelmama, Haus- und Ehefrau.

An dem Tag, an dem meine Menstruation wiederkam, wurde mir schwindelig. Ich hatte in der Schwangerschaft oft Angst vor Schwindel gehabt, jetzt hatte ich ihn wirklich. Von da an wurde er mein ständiger Begleiter. Die Wohnung schwankte, wenn ich lag, schaukelte es hin und her, ich wachte in der Nacht auf und wusste nicht mehr, wo oben und unten war. Und ich hatte ein fünf Monate altes Baby und einen Fünfjährigen, mit denen ich vier Tage die Woche allein zu Hause war. Es wurde ein Lagerungsschwindel diagnostiziert, verursacht durch Stress und Schlafmangel. Das klang logisch. Auch meine Hebamme meinte, es wäre ihrer Meinung nach keine Postpartale Depression, ich solle mich einfach genügend schonen.

Den ganzen Sommer ging ich zum Schwindel-Training, dadurch wurde dieser zwar weniger, aber die Angst blieb. Sie holte mich beim Einkaufen ein, Zuhause mit den Kindern, im Gespräch mit meinen Freundinnen – ganz plötzlich und mit grosser Wucht.

Aufgrund der vielen Panikattacken hatte ich mir eine Therapeutin gesucht, die mich auf Angststörungen behandelte. Wir sprachen viel

über meine Kindheit, die Beziehung zu meiner Mutter, suchten nach den Ursachen für die Angst. All das brachte mich aber noch mehr aus dem Gleichgewicht. Die Diagnose Postpartale Depression fiel auch hier nicht. Als ich nach dem Mutterschaftsurlaub wieder in den Beruf einstieg, kippte es ganz. Ich wusste nicht, warum es mir auf einmal so schlecht ging. Warum mir alles zu viel wurde. Wickeln, Gläschen geben, mit den Kindern sein. Ich kämpfte jeden Tag mit der Angst im Büro, mit dem Schwindel, mit meinem Partner, hatte Sehstörungen, ass nicht mehr richtig, konnte nicht mehr schlafen. Ich reduzierte mein Pensum bei der Arbeit, um einen Totalausfall zu vermeiden. Ich wollte nur noch raus aus dieser Situation, weg von allem. Es kamen Gewaltphantasien gegen mich dazu.

Bei einem Lunch mit einem Kollegen brach ich dann vollends zusammen. Ich war einfach am Ende meiner Kräfte und konnte das alles nicht mehr aushalten. Er erzählte mir von der Frau seines besten Kollegen. Sie sei an einer Postpartalen Depression erkrankt und sechs Wochen auf einer Mutter-Kind-Station gewesen. Das habe ihr sehr geholfen. Zum ersten Mal hörte ich von einem Laien eine für mich sinnvolle Diagnose. Die Postpartale oder in der



Umgangssprache auch Postnatale Depression genannt, hatte nicht erst nach der Geburt eingesetzt, sondern wohl bereits nach meiner Fehlgeburt. Aber weder die Ärztin im Krankenhaus damals noch meine behandelnde Gynäkologin hatten das mit mir angeschaut. Die Folgeschwangerschaft verstärkte einige Symptome, völlig brach die Krankheit dann nach der Rückkehr meiner Menstruation aus. Längerfristige Medikamente hatte mir der Psychiater bis dahin nicht verschrieben, ich hatte das bei mir wirksame Temesta, das aber abhängig macht und nur punktuell eingenommen werden sollte, bekommen. Dass Antidepressiva zum Beispiel auch angstlösend sein können, hatte er mir nicht gesagt, sonst hätte ich mich schon viel früher auch auf eine medikamentöse Behandlung eingelassen. Ich entschied mich, nach Absprache mit meinem Mann, für einen Aufenthalt auf der Mutter-Kind-Station im Spital Affoltern. Die ersten Wochen waren sehr schwer für mich. Die Trennung von meinem Sohn, die Umstellung auf den Alltag dort, die beginnende Behandlung. Es gab für mich in dieser Zeit nur einen Lichtblick: die anderen Mütter, die alle in der gleichen oder einer ähnlich schwierigen Situation steckten. Mütter, denen das Mutter-Sein auch Probleme gebracht hatte, denen es schlecht ging, die weinten, schwiegen und nicht wussten, was noch kommen würde. Genau diese offenen und ehrlichen Gespräche, die gemeinsamen Spaziergänge, das Gefühl, nicht mehr allein mit der Situation zu sein, haben mir geholfen, mich mit meiner Krise auseinander zu setzen. Ich lernte in Affoltern

die Hintergründe und Zusammenhänge der Krankheit kennen, wie ich mit den Symptomen umgehen kann, was mir gut und was mir nicht gut tut. Es dauerte ungefähr vier Wochen, bis die Medikamente wirkten, bis ich wieder schlafen und essen konnte. Die Panikattacken verschwanden, der Schwindel verflog und ich fühlte mich endlich besser.

Nach knapp acht Wochen verliess ich dann die Klinik mit gemischten Gefühlen. Auf der einen Seite freute ich mich wahnsinnig auf die Nähe meines Sohnes, auf die Eigenständigkeit, auf mein Zuhause und das echte Leben, auf der anderen Seite hatte ich natürlich Angst, dass mich die beängstigenden Gefühle dann wieder einholen würden. Aber dem war nicht so. Ich hatte gelernt, die Symptome der Krankheit zu erkennen, meine persönlichen Auslöser zu ändern und ich hatte viel Kraft getankt. Die ersten Monate hatte ich noch eine Haushaltshilfe, um viel Zeit für mich zu haben. Mich begleitete eine neue Therapeutin, mit der ich weiterarbeitete. Die Depression hat nicht sofort aufgehört, der Klinikaufenthalt hat mir aber die nötige Kraft und Zuversicht gebracht, die Krankheit zu überwinden. Mittlerweile ist über ein Jahr seit meiner Rückkehr vergangen und es geht mir gut. Die Symptome klingen weiter ab, ich kann meine Kinder, meine Beziehung und mein Leben jetzt wieder angstfrei geniessen. Ich habe Mut, neue Dinge anzupacken.

Während meiner Zeit auf der Mutter-Kind-Station bin ich auf den Verein Postpartale Depression Schweiz gestossen. Seit einem halben Jahr

arbeite ich als Geschäftsstellenleiterin dort und unterstütze jetzt selbst betroffene Mütter und Väter, die nach der Geburt ihrer Kinder in eine seelische Krise gerutscht sind. Mit meinen persönlichen Erfahrungen kann ich ihnen ein Stück weit helfen, die Entscheidung für eine Therapie, Medikamente oder auch einen stationären Aufenthalt zu treffen. Meine postpartale Depression hat so für mich auch einen Sinn ergeben und mir geholfen, mich persönlich wie beruflich weiterzuentwickeln ■

Haben Sie das Gefühl, unter PPD zu leiden? Betroffene können sich an ihre Hebamme, Gynäkologen oder auch ihren Hausarzt wenden. Ebenfalls kann die Mütter-Väterberatung oder eine andere Beratungsstelle helfen, die nächsten Schritte aufzugleisen. Der Verein Postpartale Depression Schweiz betreibt eine Geschäftsstelle, bei der sich Betroffene, Angehörige, aber auch Fachpersonen jederzeit melden können (Tel. 044 720 25 55, info@postnatale-depression.ch). Der Verein unterstützt kostenlos bei der Suche nach einer geeigneten Fachperson für die Behandlung, einer Patin für einen persönlichen Austausch mit einer ehemals Betroffenen, einer Selbsthilfegruppe oder auch nach einem Platz auf einer Mutter-Kind-Station. Wichtig ist in einem ersten Schritt, dass sich betroffene Frauen eingestehen, dass sie Hilfe brauchen, und dass das nichts ist, wofür sie sich schämen müssen.



Monika Di Benedetto

Präsidentin Roses Revolution

Als Präsidentin des Vereins Roses Revolution, setzt sich Frau di Benedetto dafür ein, betroffenen Frauen eine Stimme zu geben.

Die Roses Revolution ist eine weltweite Aktion gegen Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe. Am 25. November, am internationalen Tag gegen Gewalt an Frauen, legen Betroffene an jenen Orten, an denen sie Gewalt während der Schwangerschaft, Geburt oder im Wochenbett erlebten, eine Rose und manchmal auch einen Brief nieder, um ein Zeichen für würdevolle Geburtsbegleitung zu setzen.

Gewalt unter der Geburt

Monika di Benedetto, Präsidentin Roses Revolution

„Weder der Einfluss von Wehenschmerz oder Schmerzerleichterung noch der von medizinischen Interventionen unter der Geburt ist für die spätere Zufriedenheit mit der Geburt so offensichtlich, direkt und tiefgreifend, wie der Einfluss der Haltung und des Verhaltens der Betreuenden“. (Hodnett, 2002)

Um es gleich vorneweg zu nehmen: Gewalt unter der Geburt ist etwas, dass tagtäglich in den Geburtshilfestationen in unserem Land vorkommt. Klar ist der Begriff Gewalt sehr hart ausgedrückt, in vielen Fällen sind es Übergriffe oder Grenzüberschreitungen und meist nicht vorsätzlich ausgeübte Gewaltakte. Jedoch befindet sich eine Gebärende in dem Moment in einer äusserst sensiblen Phase ihres Lebens und sollte entsprechend empathisch behandelt werden. Wenn man dazu bedenkt, wie viele Frauen in ihrem Leben bereits zudem Opfer von psychischer oder sexueller Gewalt geworden sind, ist es nachvollziehbar, dass die Gebärende sich dabei in einem äusserst vulnerablen Zustand befindet und durch belastende Erlebnisse eine Retraumatisierung stattfinden kann. Jedoch können auch vorher unbelastete Personen durch Gewalt unter der Geburt nachhaltig in ihrer körperlichen und seelischen Gesundheit beeinträchtigt werden. Eine genaue Definition oder Klass-

ifizierung von Gewalt unter der Geburt ist müssig. Gewalt in dem Zusammenhang ist, was die betroffene Person als solche empfindet. Je nach Vorgeschichte, Veranlagung und Resilienz kann eine Frau eine Situation gut verarbeiten oder nicht als grenzwertig oder übergriffig empfinden, bei für eine andere Betroffene dieselbe Situation nachhaltig traumatisierend ist.

Gewalt unter der Geburt kann sowohl psychischer wie auch physischer Natur sein und umfasst unter anderem folgende Handlungen:

- Das Hinwegsetzen über die Rechte und Wünsche der Gebärenden
- Druck ausüben
- Der Gebärenden Angst machen oder zu einer Handlung manipulieren
- Machtmissbrauch durch das geburtshilfliche Personal
- Beleidigen, Anschreien, Auslachen oder Beschimpfen
- Würdeloser oder respektloser Umgang mit der Gebärenden, ihren Wünschen und ihrer Intimsphäre
- Pietätloser Umgang mit Nabelschnur, Plazenta oder totgeborenen Kindern
- Unnötige, häufige oder unnötig grobe Untersuchungen oder Eingriffe (Dammschnitt,

manuelle Dehnung des Muttermundes oder ähnliches, schmerzhafte Muttermundkontrollen)

- Kristeller-Handgriff
- Unnötiges Einleiten der Geburt mit Wehenmittel, wie beispielsweise Cytotec
- Herausreissen der Plazenta
- Die Gebärende unnötig an ihrer Bewegungsfreiheit hindern und oder Festschnallen bzw. Festhalten

Das heutige Bild der Frau zur Geburt

Problematisch an dieser Entwicklung ist, dass viele Frauen denken, diese Zustände seien normal. Es herrscht ein falsches Bild von der Geburt und ganz viele Schwangere kennen weder ihre Rechte, noch wissen sie, dass sie eine Wahlmöglichkeit haben. Sie sind verunsichert von Geschichten aus ihrem Umfeld oder von vorgängiger Angstmacherei durch zu viele Tests und der damit verbundenen Suche nach Ungeheimheiten. Die Schwangerschaft und Geburt als natürlicher Prozess im Leben einer Frau hat an Bedeutung verloren. Was nicht gleichzustellen ist mit dem Fakt, dass wir uns glücklich schätzen können über die Tatsache, dass wir in einem echten Notfall über sämtliche medizinische Massnahmen verfügen können.

Doch wie oft hört man beispiels-

weise im nahen Umfeld nach einer erlebten schwierigen Geburt: sei froh, dass du und das Kind überlebt haben. Dass aber eine solche Geschichte gar nicht zwingend hätte passieren müssen, wissen viele Betroffenen nicht.

Was sind die Gründe für diese Entwicklung?

Wie schon anfangs des Berichtes erwähnt, passieren Übergriffe selten vorsätzlich, wenngleich es wie in jedem Bereich auch hier schwarze Schafe gibt. Jedoch sind die Gründe dafür vielmehr darauf zurück zu führen, dass die Arbeitsbelastung für die Fachpersonen enorm hoch sind und ein massiver Zeitdruck herrscht. So müssen oft mehrere Gebärende gleichzeitig betreut werden, eine 1:1 Betreuung ist meist nicht möglich. Gebärende sollen oft in einer eng gesteckten Zeitspanne einen Fortschritt im Geburtsverlauf aufweisen, ansonsten drohen Interventionen, um diesen Prozess zu beschleunigen. So führt eine Intervention oft zur nächsten.

Des Weiteren können auch finanzielle Interessen im Vordergrund stehen und so wird es schwer sein, Änderungen zu erreichen, solange die Geburtshilfe gewinnorientiert arbeiten muss.

Auch ist nicht all den begleitenden Fachpersonen immer bewusst, in welchem sensiblen Zustand sich die Gebärende befindet und allein schon durch eine achtsame, einfühlsame und klare Kommunikation auf Augenhöhe könnten verbale Grenzüberschreitungen vermieden werden.

Was passiert im Körper bei einem traumatischen Erlebnis?

Durch das Erleben einer traumatischen Situation schaltet der Körper in ein Notfallprogramm. Die Verbindung zum Grosshirn wird binnen Sekunden unterbrochen und es kann sein, dass die Frau in einen Zustand der Erstarrung verfällt. Das kann vielfältige Auswirkungen haben, neben einem Zustand von tiefer Hilflosigkeit und Überforderung, kann sie in Angst und Panik geraten oder sie verliert den Bezug zum Körper oder manchmal sogar die Sprachfähigkeit aufgrund der mangelnden Durchblutung des Broca-Areals.

Welche Auswirkungen entstehen?

Die Auswirkungen nach traumatisch erlebten Geburten sind vielfältig und die Folgen, die dadurch für die Familien entstehen, massiv. Die Reaktionen können sowohl kurzfristige Episoden von Wut und Trauer umfassen, jedoch können daraus auch schwerwiegende und langanhaltende Folgen entstehen. Es kann zu Bindungsstörungen zum Kind und Problemen in der Partnerschaft führen, beispielsweise wenn man sich vom Partner nicht genügend geschützt gefühlt hat. Manche Frauen verzichten bewusst auf ein weiteres Kind, weil sie nicht nochmal in eine solche Situation kommen wollen.

Viele betroffene Mütter leiden unter anhaltenden Selbstzweifeln und Versagensängsten, Angstzuständen, Panikattacken oder entwickeln gar eine posttraumatische Belastungsstörung oder postpartale Depression. Es kann sein, dass sie sich aus dem sozialen Leben zurück

ziehen, unter Schlafstörungen leiden, Konzentrationsstörungen haben und unerklärliche Schmerzen entwickeln. Bei Konfrontation mit triggernden Situationen erleben sie sogenannte Flashbacks und werden immer wieder mit der traumatisierenden Szene konfrontiert.

Die gute Nachricht...

Heilung ist möglich. Der Körper und unsere Seele sind von der Evolution her dafür geschaffen, nicht nur körperliche, sondern auch seelische Wunden zu verarbeiten. Dazu kann es allerdings gehören, dass man sich externe Unterstützung holen muss. Die erste Anlaufstelle nach der Geburt ist auf jeden Fall die Wochenbetthebamme oder aber die Gynäkologin oder der Gynäkologe beim Abschlussgespräch. Weiter kann auch ein Hausarzt oder die Mütterberaterin hilfreiche Adressen vermitteln. Je nach Situation können Gesprächstherapien helfen oder aber auch alternative Behandlungsmethoden wie beispielsweise Cranio Sacrale-Therapie oder Kinesiologie. Da gibt es vielfältige Varianten. Manchmal helfen auch Gespräche mit anderen Müttern, die ähnliche Situationen erlebt haben. Immer und immer wieder darüber sprechen ist in erster Linie sehr wichtig und es ist empfohlen, sich frühzeitig Unterstützung zu holen und Hilfe anzunehmen.

Wie kann ich mich schützen?

Bei der Vorbereitung auf die Geburt ist es hilfreich, sich mit der Wahl des Geburtsortes auseinanderzusetzen, beispielsweise darauf zu achten, ob eine Klinik auch hebammengeleitete Geburten anbietet oder wie

hoch die Kaiserschnitttrate im entsprechenden Haus ist. Es empfiehlt sich, einen sogenannten „Geburtsplan“ zu erarbeiten, bei dem man sich im Vorfeld überlegen soll, was einem besonders wichtig ist und was man keinesfalls möchte, sich also bereits im Vorfeld aktiv mit den verschiedenen Möglichkeiten auseinanderzusetzen. Doulas kümmern sich vor, unter und nach der Geburt eines Kindes um die Frau, unterstüt-

zen den Partner und helfen beiden, emotional mit der Situation zurechtzukommen. Eine solche Geburtsbegleiterin kann dafür beispielsweise Unterstützung bieten. So kann auch die Geburt mit einer Beleghebamme eine gute Variante sein oder aber eine Begleitung zur Geburt durch eine Doula, die weiss, wie die Bedürfnisse der Gebärenden und ihrer Familie sind, unterstützend zur Seite steht und sich entsprechend

für sie einsetzt. Auch muss die Geburt nicht zwingend in der Klinik stattfinden, viele Frauen schätzen die entspannte Atmosphäre im Geburtshaus oder entscheiden sich gar für eine Hausgeburt. ■





Mit freundlicher Genehmigung des „Boten der Urschweiz“

Elké Richter-Diehl

Autorin des Buches „Wenn Mama nicht mehr kann“

Elké Richter-Diehl erkrankte vor Jahren selbst an einem Burn-out. Heute lebt sie mit ihrer Tochter in Deutschland.

Burn-out...wenn nichts mehr geht

Elké Richter-Diehl, Autorin des Buches „Wenn Mama nicht mehr kann“

Und plötzlich ging das Licht aus. Es wurde dunkel, wie die finsterste Nacht, kein Fünkchen war mehr zu sehen.

Aus einer Ecke des Zimmers krochen langsam immer dichter werdende Rauchschwaden. Ich konnte sie nicht sehen, aber auf meiner feuchten Haut spüren. Ich konnte den Rauch auch riechen, immer deutlicher, immer intensiver kam er meiner Nase entgegen. „Brennt es? Wo brennt es denn? Was brennt denn? Bin ich in Gefahr? Nein, das kann nicht sein...!“

Es gibt einige deutliche Symptome, Hinweise, die einem aufzeigen, dass man am Rande eines Burn-outs steht oder man sogar schon mittendrin ist. Diese jedoch zu erkennen ist für einen Aussenstehenden oftmals einfacher, als für den Betroffenen selbst.

Wenn ein Haus brennt, sind es meistens die Nachbarn, die die Feuerwehr rufen, da die Betroffenen in dem Moment verhindert sind oder die Gefahr noch gar nicht bemerkt haben.

Rufen Sie die Feuerwehr, wenn der Brand ausbricht und die ersten Rauchschwaden zu sehen sind und nicht erst wenn das Dach einstürzt und die Grundmauern glühen.

Doch wie erkenne ich, wann das Burnout beginnt?

Wenn Sie einige unten aufgeführter Symptome haben, dann könnte dies ein Hinweis sein, den Sie ernst nehmen sollten.

Betroffene leiden unter:

1. **Permanentem erschöpft sein und Müdigkeit**
2. **Schlafstörungen**
3. **Motivationslosigkeit auf der Arbeit, im Beruf oder im Aufgabenbereich**
4. **Körperliche Beschwerden**
5. **Stimmungsschwankungen**
6. **Sozialer Rückzug**
7. **Kognitive Einschränkungen in den Leistungen**
8. **Gefühle der Sinnlosigkeit**
9. **Angst**
10. **Hoffnungslosigkeit bis zur Verzweiflung**

Nichts geht mehr

Draussen regnete es, es ist grau und eigentlich ein Tag um nur im Bett zu bleiben. Das tat ich auch, es blieb mir auch nichts Anderes übrig. Ich hatte keine Kraft mehr zum Aufstehen. Alles um mich herum war dunkel, ich sah keine Zukunft, ich konnte mir nicht mehr vorstellen, dass es mal anders war als jetzt. Ich weinte dicke Tränen, die nicht mehr zu stoppen schienen und es kamen immer mehr.

Ich sass in meinem Bett in meinem kleinen Schlafzimmer, die Rollläden halb heruntergelassen und starrte die Wand an. Ich

sah die weisse Wand mit dem Bücherregal aber nicht.

Ich schloss die Augen und doch sah ich ins unendliche Nichts, genauso, wenn ich die Augen aufschlug.

Unter Tränen stammelte ich: "Ich kann nicht mehr! Ich brauche Hilfe!" Ich fand keine Ruhe, zappelte unablässig. Schmerzensender Rücken, der Körper unter Strom und zugleich zerschlagen, wie nach tagelangem Hochleistungssport. Ich war so erschöpft – ich hätte nur noch schlafen mögen. Ich war so unruhig – und konnte kein Auge zu tun. Und es ging weiter bergab. Immer weiter. Verzweifeln? Vielleicht. Ausweg: Keiner."

Ich konnte nicht mehr schlafen, ich konnte nicht mehr wach bleiben, ich konnte meine Gedanken nicht mehr stoppen, ich konnte keinen Lärm mehr ertragen, ich konnte mich nicht mehr ertragen!

Ich fühlte mich verloren, kaputt, zu nichts mehr zu gebrauchen, leer und doch voll kreisender Gedanken, ungeliebt und weggedrängt, am Leben vorbeigezerrt und ausgebrannt!

Ausgebrannt, genauso, ausgebrannt... BURN-OUT! Nichts ging mehr, nichts geht mehr!

Auf allen Vieren kroch ich zum Telefon, ich brauchte Hilfe. Brauchte ich sie wirklich?

„Ach was, ich brauch doch keine Hilfe, hab nur eine momentane Krise, das gibt sich wieder. Mir geht's doch eigentlich gut. Eigentlich..., nein ich brauche Hilfe, also nur mal für heute, denn mein Mann

soll die Kleine vom Kindergarten abholen, ich kann so verheult nicht unter die Leute. Oder doch? Komm Mädels, reiss dich zusammen. Geh mal ins Bad und wasch Dir dein Gesicht, creme es ein und dann geht's wieder.“ Und prompt fing ich wieder an zu weinen. Es ging eben nicht!

Burn-out ist in aller Munde und doch weiss keiner so ganz genau, wo die Grenze ist zwischen Erschöpfung und Depression. Solange alles noch machbar ist und das Leben, das Alltägliche funktioniert, scheint es auch nicht so, dass man in ein Burn-out rutscht.

Als Mama ist man schon fast mit einem Organisationstalent zur Welt gekommen. Nicht umsonst werden Mütter oftmals, mit oder ohne zusätzlichen Beruf, als Familienmanagerinnen bezeichnet.

Mütter organisieren den Haushalt, den Einkauf, die Mahlzeiten. Hinzu kommen die verschiedenen Termine der Kinder: Sei es, sie zum Sport zu bringen und abzuholen, die Stundenpläne weitgehend im Kopf zu haben, bei den Hausaufgaben und Vorbereitungen der Tests zu helfen. Eigene Termine wahrzunehmen und auch das doch so wichtige Zuhören und Kuschneln nicht zu vernachlässigen, auch wenn so vieles andere noch ansteht.

Man kann dies alles unter einen Hut bringen, aber etwas kommt irgendwie immer zu kurz. Und dann ist der eigene Anspruch an sich selbst, das Wie, ganz wichtig. Wo setzen Sie Ihre Prioritäten. Ist es Ihnen wichtiger, dass die eigenen Räumlichkeiten glänzen oder darf auch mal was herumliegen?

Stress bedeutet immer, dass man den Aufgaben nicht gewachsen ist. Stress entsteht meistens von innen heraus. Wenn man die Lebensaufgaben nicht mehr zu bewältigen vermag, dann artet es in einen Stress aus, der Folgen nach sich zieht.

Burn-out ist keine Krankheit, sondern eine Art Sammelbegriff für viele Symptome einer schweren Erschöpfung oder auch Erschöpfungsdepression. Kein Burn-out verläuft gleich. Burn-out ist ernst zu nehmen, denn man kommt selbst fast nicht aus dieser Spirale heraus.

In der heutigen Zeit ist es einfach, nach einer Therapiemöglichkeit zu suchen. Die meisten Menschen besitzen einen Computer mit Internetanschluss. Man *googelt* einfach. Ein paar Begriffe, wie *Burn-out, Burnout-Therapieren-Hilfe etc.* und schon kommt man auf mehrere Seiten. Die Angebote sind vielfältig. Doch wie finden Sie sich zurecht, und was kommt in Frage?

In den Burn-out-Foren wird viel diskutiert, und die Betroffenen schreiben auch oftmals sehr ehrlich und viel von sich, weil in den Foren eine Anonymität herrscht, die einem auch Schutz bietet. So können und müssen Sie sich durch diesen Angebots-Dschungel erst mal durchschlagen.

Sie können aber auch einfach zu Ihrem Arzt des Vertrauens gehen und ihn bitten, etwas Geeignetes für Sie vorzuschlagen. Klären Sie auf alle Fälle bei Ihrer Krankenversicherung ab, was an Therapien für Sie übernommen wird, und wo Sie eventuell Selbstzahler sind.

Hilfe anzunehmen ist für einen Men-

schon, der in einem Burn-out steckt, oftmals gar nicht so einfach wie gedacht. Trotz aller Erschöpfung wird eine Hilfe anfangs nur widerstrebend angenommen: Sie erkennen wieder einmal mehr Ihre Situation und müssen sich eingestehen, dass Sie sozusagen gescheitert sind. Sie wollen sich nicht blossstellen und zugeben, dass Sie die Grenzen überschritten haben und nun auf andere angewiesen sind.

Hilfe annehmen kann Ihnen helfen, aus dem Burn-out ganz raus zu kommen und erst gar nicht mehr hinein zu rutschen. Es lastet dann nicht mehr alles auf Ihren Schultern. Sie dürfen einen Teil Ihrer Lasten abgeben.

Ebenso bedeutet Hilfe annehmen, dass Sie den Kontakt zur Aussenwelt wieder suchen.

Nun heisst es: Raus aus dem sozialen Rückzug!

Gemeinsam geht vieles einfacher! ■

Buchtip: **Wenn Mama nicht mehr kann**

Das 14-Tage-Anti-Burn-out-Programm zum Anhalten, Aussteigen, Auftanken



Die Autorin

Elké Richter-Diehl (*1967 in Karlsruhe) ist Diplom-Naturärztin mit Schwerpunkt in Psychologie/NLP und Komplementärmedizin. Nach 17-jähriger Berufserfahrung in der eigenen Praxis erkrankte sie selbst am Burn-out-Syndrom, aus dem sie Schritt für Schritt wieder in den Alltag zurück fand.



Von: Elké Richter-Diehl

Seiten: 164

ISBN: 978-3-8423-9130-7

Elké Richter-Diehl packt mit ihrem Buch „Wenn Mama nicht mehr kann – Das 14-Tage-Anti-Burn-out-Programm zum Anhalten, Aussteigen, Auftanken“ das Thema Burn-out bei Müttern an der Wurzel.

Mit vielen Fallbeispielen von betroffenen Frauen wird das Buch Leitfa-den und Hilfestellung für betroffene Mütter.

Angefangen mit der Frage: „Was ist eigentlich ein Burn-out, welche Formen, welche Anzeichen gibt es?“ Führt Frau Richter-Diehl zu ihrem 14-Tage-Anti-Bourt-out-Programm. Für jeden Tag gibt es einfache, gut

strukturierte und einfach in den Alltag einzubauende Übungen zum Thema Achtsamkeit und Ruheinseln. Nachfolgend werden verschiedene Therapiemöglichkeiten – von Akupunktur bis Yoga beschrieben, auch klinische Therapie, Psychopharmaka, pflanzliche Mittel und Kuraufenthalte werden angeführt.

Abgerundet wird der Leitfaden mit dem Wiedereinstieg der Mütter in ihren Alltag und den Beruf. Auch hier werden Haltepunkte eingebaut, damit ein erneutes Abrutschen ins Burn-out möglichst vermieden werden kann.



Dr. Thomas Ihde-Scholl

Chefarzt Psychiatrische Dienste der Spitäler fmi ag

Dr. med. Thomas Ihde-Scholl leitet als Chefarzt die psychiatrischen Dienste der „spitäler fmi ag“. Er ist Präsident der Pro Mente Sana und setzt sich für die Interessen von psychisch Erkrankten und deren Angehörigen ein.

Das Corona-Virus hat die Gemeinschaft zusammen rücken lassen

Sion Palmeri, Hotlinemitarbeiter

Herr Dr. Ihde, vielen Dank, dass Sie sich für das Interview Zeit genommen haben. Vielleicht gleich zu Beginn, was ist gerade bei Ihnen los?

In den psychiatrischen Diensten hatten wir anfangs eine Phase, in der es ruhiger war. Der Fokus aller Menschen war zu Beginn eher nach aussen gerichtet, wir waren alle sehr mit dem Thema „Corona“ beschäftigt. Mittlerweile hat sich dies jedoch verändert, da die Leute merken, was die beschlossenen Einschränkungen wirklich bedeuten und mit einem machen. Es liegt eine Ungewissheit in der Luft.

Stellen Sie auch in dieser Zeit Stigmatisierung fest?

Die Gemeinschaft ist zusammengerückt, auf einmal haben alle ein gemeinsames Erleben, ein gemeinsames Thema. Ich glaube, manche Menschen können so einen Hauch davon erahnen, wie es ist eine psychische Krankheit zu haben, bei der ständig Ängste da sind. Sie erleben, wie es ist sozial isoliert zu sein und seine Zeit alleine in der Wohnung zu verbringen. Dies ist eine Chance die man aufgreifen sollte. Allerdings ist dies zum Teil auch ein selektives Zusammenrücken. Menschen die vielleicht von ihrem Aussehen her nicht ganz der Norm entsprechen, oder etwas exzentrisch sind, werden nun nicht mehr nur als „anders“

sondern unter Umständen auch als infektiös angesehen. Hier sieht man einen Anstieg von Stigmatisierung.

Was bedeutet Stigmatisierung für Sie eigentlich?

Stigmatisieren heisst, dass ich jemanden aufgrund eines einzigen Merkmals anders behandle. Das heisst, wenn dieses Merkmal für mich zur Person wird und mein Handeln bestimmt.

Wir leben in „modernen“ Zeiten, warum hat die Gesellschaft immer noch die Tendenz, einzelne auszugrenzen und zu stigmatisieren?

Wir als Menschen sind grundsätzlich misstrauisch, alles was wir nicht kennen, oder womit wir uns nicht identifizieren können, sehen wir vorerst kritisch. Was uns als Menschen ausmacht und definiert, ist unsere Psyche. Unser ganzes Wesen stammt aus ihr. Psychische Krankheiten sind visuell meist nicht fassbar, darum werden sie tendenziell auch stärker stigmatisiert. Eine Krankheit oder Belastung die den Kern unseres Seins angreift, ist sehr viel angsteinflössender als eine Krankheit an Händen oder Füßen.

Die Stigmatisierung psychischer Krankheiten ist nach wie vor ein grosses Thema, wie kommt das?

Stigmatisierung betrifft nicht nur

psychische Krankheiten auch körperliche. Mit akuten und behandelbaren Erkrankungen kann die Gesellschaft sehr gut umgehen, anders sieht es aus, wenn sie chronisch sind oder werden. Anfangs ist stets sehr viel Unterstützung da, die aber dann im Laufe der Zeit schwindet. Bei psychischen Belastungen fühlt sich die Allgemeinheit hilflos und weiss nicht, wie sie unterstützen soll. Hinzu kommt, dass psychisch Erkrankte oft schwer unterstützbar sind, da sie langwierige Gesundungen durchmachen. Ich nehme hier zwei Pole wahr. Oft hört man, psychisch krankes Erleben sei vollkommen anders. Als Beispiel; jemand der Stimmen hört, hat mit jemand gesundem überhaupt nichts gemeinsam. Dabei hören 10% der Bevölkerung einmal in ihrem Leben Stimmen. Menschen die Stimmen hören sind primär, eben Menschen, wie du und ich.

Es gibt jedoch auch das gegenteilige Phänomen, bei dem psychische Krankheiten nach dem Motto „Wir haben doch alle mal Angst“, „Wir müssen uns halt alle mal überwinden“ normalisiert werden. Beide Phänomene haben sehr negative Auswirkungen auf Betroffene. Oft wird ihnen signalisiert, dass sie willensschwach sind oder Charakterfehler aufweisen, und dass es psy-

chische Krankheiten gar nicht gibt.

Wie ist Ihre Anti-Stigma-Kampagne angelaufen, gibt es bereits sichtbare/fühlbare Erfolge?

Bei der „Wie geht's dir?“-Kampagne ging es primär darum, das Thema psychisches Befinden schweizweit zu lancieren. Diese erzielte definitiv Erfolge, den Dialog über psychische Gesundheit salonfähig zu machen.

Wir haben auch Projekte zur psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz, wo wir direkt mit Betroffenen zu Firmen gehen, die dort von ihren Krankheits- und Gesundheitsgeschichten erzählen. Dies alles lassen wir wissenschaftlich begleiten. Fakt ist, dass es keinen nachhaltigen Effekt hat, wenn ich dort als Chefarzt und Experte Vorträge halte, sondern das direkte Erleben von jemandem der krank war und wieder gesundet ist. Dies baut Stigmata und Vorurteile ab. Wissen zielt auf den Kopf, Vorurteile sitzen im Bauch, deshalb muss man diese Themen emotionaler behandeln, um erfolgreich etwas zu verändern.

Was empfehlen Sie Leuten, die sich stigmatisiert fühlen?

Es kommt auf die Situation und die Menschen im Umfeld an. Hat man sich bereits X mal mit jemandem über seine Panikattacken unterhalten und stösst immer noch auf Unverständnis, sollte man überdenken ob der Kontakt zu dieser Person wirklich sinnvoll und nötig ist. Schwieriger ist es bei Familie und Verwandtschaft, dort kann ein gemeinsames Gespräch sinnvoll sein.

Stigma ist vor allem eine Abwehr. Man hat Angst, etwas falsch zu

machen oder dass sich eine betroffene Person das Leben nimmt und wehrt das Thema deshalb ab.

Häufig hatten Menschen, die andere stigmatisieren, in der Vergangenheit negative Erfahrungen mit einer einzelnen, psychisch erkrankten Person.

Und was Leuten, die miterleben, wie andere stigmatisiert werden?

Eine Pauschallösung gibt es nicht. Was hilfreich ist, ist nicht direkt in den Konflikt hereinzugehen, sondern einfach im Vorbeigehen einen Satz fallen lassen; „Ich finde psychische Krankheiten wiegen genau so schwer wie physische.“ Dies kann ein Umdenken bei der Person auslösen.

Konfrontiert man direkt, löst dies oft nur ein Verteidigen aus, was nicht konstruktiv ist.

Meinungen verändert man, indem man Fragen stellt. Die Person, die jemanden stigmatisiert, muss zum nachdenken angeregt werden.

Was wünschen Sie sich, wenn es um's Thema Stigmatisierung geht?

Eine inklusive Gesellschaft, in der es dazugehört, Stärken und Schwächen zu haben. Aus Schwächen entstehen manchmal ganz tolle Sachen.

Was ist Ihnen an dieser Stelle noch besonders wichtig, zu erwähnen?

Die Selbststigmatisierung ist ein sehr wichtiges Thema, welches wir heute nicht gestreift haben. Studien die belegen, dass wir generell davon ausgehen, dass die Gesellschaft 20% weniger tolerant ist, als sie wirklich ist.

Wir müssen vorsichtig sein, wenn wir uns ausmalen was andere über

uns denken, wie die Partnerin, die Eltern oder der Chef reagieren, wenn man ihnen von einer psychischen Erkrankung erzählt. Man muss fragen. Die Erfahrung zeigt klar, dass zum Beispiel die meisten Chefinnen und Chefs positiver und hilfsbereiter reagieren als man erwartet hat. Ein offener Umgang ist sehr wichtig, so bekommt auch die Selbststigmatisierung weniger Raum. ■

Buchtip: **Junge Väter in seelischen Krisen**



Wenn Männer zum ersten Mal Vater werden, geht das nicht spurlos an ihnen vorbei, wie Politik und Gesellschaft das gerne möchten. Viele von ihnen bringen einen Rucksack an nicht verarbeiteten Lebenserfahrungen aus ihrer Kindheit und Jugend mit in die neue Lebensphase als Vater. Gepaart mit der Ansicht, Männer dürfen keine Verletzlichkeit zeigen und zu jeder Zeit die starke Schulter zeigen können müssen, kann das auch bei Vätern zu postnatalen, depressiven führen.

Wesentliche Voraussetzung für eine fokussierte, psychotherapeutische Arbeit ist das



Von: Egon Garstick

Seiten: 176

ISBN: 978-3-608-94778-6

flexible Abholen der Männer für die Beratung. Die Elternschaftstherapie schliesst aber die Mütter nicht aus, denn es geht es darum, die „triadische“ Beziehung zwischen Vater, Mutter und Kind zu entwickeln.

Der Leser bekommt einen Einblick in das Innenleben dieser Männer und ganz wichtig, er realisiert: „Ich bin nicht allein!“.

Garstick bietet Männern eine Orientierungshilfe an, die durch das veränderte Beziehungserleben in der Familie Probleme mit ihrer Sexua-

lität bekommen haben. Zum Beispiel erleben Männer, die sich emotional von Anfang an stark in der Babypflege und -betreuung engagieren, oft ähnliche Hormonumstellungen wie die Frauen. Sie „verlieren“ ihre typische Männlichkeit und auch ihre Frauen können dadurch stärker von dieser neuen, weichen Seite ihres Partners irritiert werden. Die Väter und die Paare sind erleichtert, weil endlich über häufig noch tabuisierte Themen offen und vertrauensvoll gesprochen werden kann und sie nachvollziehbare Ratschläge erhalten.

Auf Wiederlesen!

Liebe Leser

Liebe Leser

Wie ist es Ihnen beim Lesen der Berichte ergangen? Ich hoffe, Sie hatten dabei genauso viel Spass und konnten Neues dazu lernen, wie wir bei der Erstellung dieses Magazins.

Erst wenn man wirklich über den Weg anderer Menschen reflektiert und ein Stück des Weges in den Schuhen dieser Betroffenen geht, erkennt man, wie sehr man sich doch immer wieder von gesellschaftlichen Ansichten lenken lässt. Und wie wenig Platz dabei für das Individuum an sich bleibt.

Besonderen Eindruck hinterlassen hat bei mir das Telefon-Interview mit Frau Bach aus der Klinik für Suchterkrankungen. Ich bin Mutter zweier wundervoller Töchter, die ich über alles liebe. Die Aussage von Frau Bach, dass Sucht stärker ist als Beziehung, hat mich sehr erschüttert. Sie lässt mich ein kleines Bisschen durch die Augen eines Suchterkrankten schauen. Dass etwas stärker und wichtiger sein könnte, als die Liebe zu meinen Kindern, übersteigt nach wie vor mein Vorstellungsvermögen und lässt mich dankbar zurück, dass ich diesen Weg nie gehen musste.

Danke allen, die dazu beigetragen haben, dieses Magazin auf die Beine

zu stellen und danke Ihnen, dass Sie sich die Zeit genommen haben, unser Magazin zu lesen, ich hoffe, es hat Ihnen gefallen!

Die nächste Ausgabe von Angst & Panik erscheint im Frühherbst mit dem Schwerpunktthema Kleine Seele grosse Hürde



Das Kreativteam

Loredana Reichmuth

Heinz Schweizer

Mehrfach-Leser willkommen

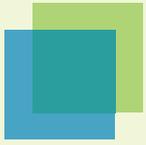
Werfen Sie das Magazin nicht weg, wenn Sie es nicht aufbewahren möchten. Fragen Sie Ihren Arbeitgeber, Arzt oder Therapeuten, ob Sie es beim Empfang ablegen dürfen. Oder verschenken Sie es an Freunde oder Bekannte. Vielen Dank!

In eigener Sache!

Erhalten Sie das aphis Magazin elektronisch

Möchten Sie uns helfen, den Papierverbrauch zu senken? Dann schreiben Sie bitte eine E-Mail an info@aphs.ch oder rufen Sie unsere Hotline unter 0848 801 109. Vielen Dank!





aphs

Angst- und Panikhilfe Schweiz

