



Landesverband Baden-Württemberg der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.

Geschäftsstelle

LV BW ApK e. V.
Hölzlestr. 31
72336 Balingen

Spendenkonto

Kreissparkasse Ludwigsburg
IBAN: DE26 6045 0050 0000 0234 41
BIC: SOLADES1LBG

Vorstände

Sonja Haase
Christopher Scharfenberger

Telefon 07433 / 937 23 22

Vereinsregister

Amtsgericht Stuttgart / VR 43 88

Telefax 07433 / 937 23 29

Bild von freepik

E-Mail kontakt@lvbwapk.de

Internet www.lvbwapk.de

Folgende Broschüren können Sie beim LV BW ApK per E-Mail bestellen.

Broschüre 1: Psychotisch ...

Was es heißt, schizophren zu sein.
von Dr. Wolfgang Meyer, Freiburg, 2004

Broschüre 2: Zwischen Liebe und Abgrenzung

Vom Umgang mit Menschen, die psychisch erkranken.
von Dr. Manfred Ziepert, Jena, 2008

Broschüre 3: Unten und am Ende ...

Was es heißt, an einer Depression zu leiden.
von Dr. Wolfgang Meyer, Freiburg, 2008

Broschüre 4: Trauer und Zorn

als lebensstiftende Kräfte im Leben von Angehörigen psychisch Kranker.
von Dr. Manfred Ziepert, Jena, 2010

Broschüre 5: Die rechtliche Betreuung psychisch kranker Menschen

Was Angehörige wissen müssen Informationen, Fragen und Antworten für Angehörige.
von Dr. Gerwald Meesmann, Konstanz, 2014/2023

Broschüre 6: Resilienz und Selbstfürsorge

Umgang mit psychischen Störungen aus Sicht der Angehörigen.
von Karl Heinz Möhrmann, München, 2022



Unten und am Ende...

Was es heißt, an einer Depression zu leiden.



Landesverband Baden-Württemberg
der Angehörigen psychisch erkrankter
Menschen e. V.

www.lvbwapk.de



Herausgeber: Landesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. (LV BW ApK)
Verfasser: Dr. Wolfgang Meyer, Freiburg, 2008
Layout: Nicole Auer
Druck: Hofmann Druck, Am Weiherschloss 8, 79312 Emmendingen
V.i.S.d.P.: Sonja Haase
Auflage: Ausgabe Oktober 2025

An die Leser dieses Heftes

Deprimierende Eindrücke sammeln wir täglich; das fängt beim Lesen der Zeitung morgens schon an. Wir lassen uns aber nicht deprimieren. Wir nehmen zur Kenntnis, was uns an unerfreulichen Nachrichten geboten wird. Es bestimmt aber nicht, mit welchen Gefühlen und Gedanken wir in den Tag hineingehen. Persönlich sind wir meist auch nicht betroffen, und so halten wir auf Abstand, was uns sonst trübsinnig stimmen würde. Das muss so sein; das brauchen wir zu unserem Schutz, wenn wir nicht an der Menschheit verzweifeln wollen.

Das wird von anderen nicht immer so gesehen, auch nicht von Angehörigen oder Freunden. Um einen depressiv Erkrankten zu verstehen, ist es jedoch wichtig, sich keine falschen Vorstellungen davon zu machen, was es heißt, an einer Depression zu leiden. Denn ohne dieses Verständnis wird es nicht möglich sein, dem Kranken zu helfen, wird man auch selber hilflos bleiben.

Freiburg, im September 2008
W. Meyer

Depressiv sein ist etwas anderes. Um es zu werden, braucht es auch keine deprimierenden Ereignisse, keine desolaten Lebensumstände. Depressiv sein ist ein Krankheitssymptom, das sich nicht abschütteln lässt, gegen das wir uns nicht schützen können, dem wir ausgeliefert sind, wehrlos und willenlos.

Unten und am Ende...

Eine **Depression** ist mehr als ein gelegentliches Stimmungstief, wie es jeder mal erlebt. Eine Depression ist eine Krankheit, die ernste Formen annehmen kann, oft begleitet auch von körperlichen Symptomen, von Angstgefühlen und Verzweiflung. Deshalb muss sie behandelt werden, und sie lässt sich behandeln.

Von einer Krankheit, die ernste Formen annehmen kann, muss man schon deshalb sprechen, weil die niederdrückende Stimmung wochen-, ja, monatelang anhalten kann und sich – **unbehandelt – vielleicht überhaupt nicht mehr verliert**. Wer depressiv ist, bringt kein Interesse mehr auf für das, was um ihn herum vor sich geht, wird kraft- und willenlos, kann sich zu nichts mehr aufraffen. Frauen sind nicht mehr imstande, den Haushalt zu führen, ihre Familie zu versorgen oder, wie im andern Fall die Männer auch, ihren Beruf auszuüben.

Das ist nicht alles. Als Kranke kommen sie ins Grübeln, suchen nach einer Erklärung, geben sich selbst die Schuld.

Sie meinen, versagt zu haben, nichts wert zu sein und sehen im Leben keinen Sinn mehr. Manchem

drängt sich der Gedanke auf, dem selbst ein Ende zu machen. Eines Tages geschieht das auch, weil es nicht mehr möglich war, sich diesem Gedanken zu widersetzen.

Dahin muss es nicht kommen. Es gibt leichte und schwere Depressionen und viele Zwischenstufen. Es gibt fast immer ein Auf und Ab, einen **Krankheitsverlauf in Schüben**, Episoden genannt. In vielen Fällen bleibt es bei einer einzigen Episode. Häufiger kommt es zu mehreren Schüben, und manchmal wird eine Depression auch chronisch. Mit Rückfällen muss immer gerechnet werden, vor allem dann, wenn die Erkrankung zu spät oder gar nicht behandelt wurde.

Selten sind Depressionen nicht.

Von hundert Menschen in unserer Umgebung leiden zehn, mehr oder weniger, an depressiven Symptomen, die behandelt werden sollten, wenn sie nicht schon behandelt werden.

Das selbst zu erkennen und richtig einzuschätzen, ist allerdings nicht leicht, wenn man z.B. wegen anhaltender Schlafstörungen meint, nur müde und abgespannt zu sein. Zieht sich das hin, sollte man folglich nicht zögern, den Hausarzt zu fragen, was dahinter stecken könnte.

Eine **leichte Depression** kann auch vom Hausarzt behandelt werden. Vielleicht genügt sogar ein psychotherapeutisches Gespräch. In der Regel ist sie aber doch nicht anders zu behandeln als die ernsteren Fälle: teils mit Medikamenten, teils mit psychotherapeutischer Unterstützung. Auf Medikamente – **Antidepressiva** – ganz zu verzichten, gelingt eher selten. Sind Antidepressiva zum Fürchten? Verändern sie den Menschen, der sie einnehmen muss? Zu fürchten ist die Krankheit mit ihren lähmenden Symptomen, weil sie einen Menschen erheblich verändern kann. Sie auszuschalten – darauf kommt es an, und das zu leisten, ist das Ziel der Behandlung mit Medikamenten. Dass sie so wirken können, hat seinen Grund darin, dass psychische Erkrankungen wie die Depression mit Störungen bestimmter Vorgänge im Gehirn verbunden sind, auf die die Medizin heute heilsam Einfluss nehmen kann. So im Fall einer Depression mit einem der

zahlreichen Antidepressiva, die es unterdessen gibt. Auch ist nicht zu befürchten, dass sie abhängig machen könnten.

Sie helfen, süchtig machen sie nicht. Sie helfen aber nicht von heute auf morgen. Es kann durchaus einige Wochen dauern, bis sich die Stimmung des Kranken wieder aufhellt und er am Leben wieder teilnimmt wie gewohnt. Das zu wissen, ist wichtig, für den Kranken und für jene, die zu ihm gehören, damit keiner die Geduld verliert oder resigniert und die Behandlung abbricht. „**Mir kann sowieso keiner mehr helfen!**“ Wer so redet oder denkt, verrät damit erst recht, wie sehr er Hilfe nötig hat.

Wissen muss man freilich auch, dass eine Depression noch nicht als ausgeheilt betrachtet werden kann, wenn sich ihre Symptome zurückgebildet haben. Die Behandlung mit dem Medikament fortzusetzen, das sich bewährt hat, ist grundsätzlich angezeigt, es sei denn, man will bewusst herausfinden, wie lang es bis zum ersten Rückfall dauert. Es darauf ankommen zu lassen, lohnt sich aber meistens nicht.

Wann ist eine Depression ausgeheilt? Im Grunde lässt sich das nicht sagen, weil es in der Regel nicht möglich ist, die Erkrankung auf eine

ganz bestimmte Ursache zurückzuführen.

Dazu lassen sich Vermutungen anstellen; dem Arzt, der sich für eine Therapie entscheiden muss, helfen sie wenig. Zwar liegt es nahe, nach deprimierenden Lebensumständen oder Erlebnissen zu fragen, wenn jemand depressiv geworden ist.

„Passende“ Hinweise finden sich auch häufig genug: eine Examensarbeit ging daneben, eine junge Ehe geriet in die Krise, finanzielle Probleme scheinen unlösbar, eine Kündigung kam auf den Tisch, ein Mensch, der uns sehr nahe stand, ist gestorben. Solche Erfahrungen, wenn sie es wunden, können Depressionen auslösen, sie allein erklären sie aber nicht. Das wird besonders deutlich, wenn sich depressive Phasen mit manischen abwechseln, in denen sich der Kranke in gehobener Stimmung plötzlich alles zutraut, etwa ein Auto kauft, das er gar nicht bezahlen kann, oder Unternehmen gründen will, wofür er weder das Wissen noch das Kapital mitbringt. So rasch und so radikal, wie die Symptome bei manisch-depressiven Krankheitsverläufen umschlagen, können sich die Lebensumstände eines Kranken gar nicht ändern.

Wie bei vielen anderen Krankheiten, so kann auch bei einer Depres-

sion eine Veranlagung mitspielen, die ererbt wurde.

Ist die Krankheit in der Familie schon einmal oder mehrfach aufgetreten, so spricht dies dafür, dass eine solche Veranlagung vorliegt. Aber so wenig, wie finanzielle Sorgen oder Eheprobleme eine Depression auslösen müssen, so wenig ist damit entschieden, dass man als Mitglied einer solchen Familie ebenfalls erkranken müsste. Es mag zwar interessant sein zu wissen, dass auch die Tante Frieda schon an depressiven Stimmungen gelitten hat. Nutzen für die Therapie lässt sich daraus kaum gewinnen.

**Richtiger ist es,
die Frage nach dem
Warum-Woher-Wieso?
der Wissenschaft zu
überlassen, statt sich
damit endlos selber
abzuquälen.**

Wir sollten nicht als Gewissheit ansehen, was wir im besten Fall nur vermuten können.

II. Unten und am Ende. So weit muss es doch nicht kommen!

Eine Krankheit muss keine psychischen Ursachen haben, um uns psychisch zu belasten. Kommen aber zu den krankheitsbedingten Belastungen andere hinzu, z.B. ein Scheitern im Beruf oder anhaltende Spannungen in der Familie, mit denen man als Kranker nicht fertig werden kann, dann werden die psychischen Störungen, die zum Krankheitsbild der Depression gehören, auch aus Quellen gespeist, die mit Antidepressiva nicht zum Versiegen gebracht werden können.

Deshalb ist immer auch daran zu denken, dass die Behandlung mit Medikamenten von psychotherapeutischen Gesprächen begleitet werden sollte.

Mit welchem Ziel sie zu führen sind, hängt vom einzelnen Fall ab. Mancher muss lernen, mit Konflikten zu leben, denen er im Alltag ausgesetzt ist, denen er auch nicht ausweichen kann, die aufzulösen aber nicht in seiner Macht steht. Andere - in den Augen ihrer Mitmenschen sind sie

vielleicht die „geborenen Schwarzseher“ und Berufspessimisten – müssen aus ihrer negativen Grundeinstellung zum Leben und zum eigenen Tun herausgeführt werden. Es wurde schon einmal gesagt und soll hier trotzdem nochmals wiederholt werden:

Wer sich selbst nur noch als Versager sieht und sich der Überzeugung hingibt, ihm sei nicht mehr zu helfen, dem zu helfen ist zwar wirklich schwer. Dass er aber Hilfe nötig hat, ist nicht zu übersehen.

Hilfe ist spätestens dann geboten, wenn sich dem Kranken der Gedanke aufdrängt, mit allem Schluss zu machen. Das wird vielleicht auch ausgesprochen, doch erkennen wir gerade dann häufig nicht, wie ernst es dem Kranken damit ist. Dann erklärt man auch zur eigenen Erleichterung: „Das machst du ja doch nicht!“ Und dann geschieht es doch, weil wir uns keine rechte Vorstellung davon machen können, welche Gewalt der Gedanke, das Leben habe keinen Sinn mehr, über einen Menschen gewinnen kann, der depressiv ist. Deshalb ist

es so wichtig, miteinander im Gespräch zu bleiben, darüber nicht ständig, aber doch bei Gelegenheit zu reden, welche Gedanken den Kranken beschäftigen. Es gibt auch keinen Grund, sie zu verschweigen. Niemand muss sich schämen, weil er psychisch krank ist, auch nicht wegen der Gedanken, die ihm durch den Kopf gehen. Es ist immer besser, sie auszusprechen, als sich ihnen stumm auszuliefern.

Ein ruhig geführtes Gespräch bedeutet dann oft mehr als der Griff zur Tablette.

Wenn ein Gespräch denn möglich ist... Das ist leider nicht immer der Fall, so z.B. wenn der Kranke in tiefer Hoffnungslosigkeit verharret, nicht mehr zu bewegen ist, es doch wenigstens – „uns zuliebe“ – noch einmal mit einem Besuch beim Arzt zu versuchen, schon gar nicht, sich in stationäre Behandlung zu begeben. Wenn er nur noch zu Hause herumhängt.

Appelle im Stil des „**Jetzt reiß dich endlich mal zusammen!**“ ändern daran gar nichts. Er kann es doch nicht; es ist seinem Willen entzogen. Bleibt seinen Angehörigen oder seinen Freunden dann nichts anderes übrig, als das resignierend hinzunehmen, wie es ist – und am Ende ebenso zu verzweifeln?

Dazu sollte es nicht kommen. Spätestens jetzt sollte man sich als Angehöriger – oder wer immer Anteil am Los des Kranken nimmt – mit dem Arzt in Verbindung setzen, der ihn zuvor behandelt hat, und ihn wissen lassen, wie es mit seinem Patienten steht. Oder es wäre der Hausarzt der Familie anzusprechen und um einen Hausbesuch zu bitten, weil es diesem leichter fallen wird, dem Facharzt auseinander zu setzen, dass es unter seinen Kunden einen gibt, der seine Hilfe braucht, um den er sich kümmern sollte, obwohl er, ja, weil dieser sich in seiner Praxis nicht mehr blicken lässt. Auch der Sozialpsychiatrische Dienst könnte das vermitteln. Ein Arzt sollte sich jedenfalls ein Bild von dem Kranken und seiner akuten Verfassung machen und, wenn er es für notwendig hält, auch dafür sorgen, dass eine Klinik ihn aufnimmt. Auch psychisch kranke Menschen tragen jedoch immer eine Mitverantwortung für den Verlauf, den ihre Krankheit nimmt. Daran darf und muss man auch einen depressiv Erkrankten erinnern und ihm vor Augen halten, wie sehr der Erfolg jeder Therapie, nicht zuletzt der Erfolg jeder Bemühung, Rückfällen vorzubeugen, von seinem eigenen Verhalten abhängt. Womit an erster Stelle natürlich gemeint ist, der Behandlung mit einem Antidepressivum die Treue zu halten, statt sie als „**erledigt**“ zu betrachten, weil

die belastenden Symptome der Depression verschwunden sind. Oder weil man glaubt, mit irgendeinem „**Stimmungsaufheller**“ komme man genau so gut aus dem Tief heraus.

Nur ist das leichter gesagt als getan. Kranke, die sich selbst als „unsichere Kantonisten“ kennen, täten gut daran, sich nach Verbündeten umzusehen, denen sie sagen können: „**Passt ein bisschen auf mich auf!**“ Das mögen seine Angehörigen sein oder auch andere, die ihm freundschaftlich verbunden sind. Wie auch immer – in diesem Sinne mit ihm ein Bündnis abzuschließen, sollte angestrebt werden. Sodass er uns oder seinen Freunden gegenüber offen ist und akzeptiert, wenn wir ihm sagen, „**dass es so nicht weitergeht**“.

Sodass er einverstanden ist, wenn wir mit seinem Arzt sprechen, weil er selbst den Weg zur Praxis nicht mehr findet. Leichter gesagt als getan. Als Angehöriger hat man immer wieder Anlass, sich zu fragen: Mache ich mir jetzt nicht zu viel Sorgen? Oder zu wenig? Nicht selten stellen sich diese Fragen gerade deshalb, weil der Kranke uns erklärt: „**Lasst mich in Ruhe!**“ Er beansprucht damit nicht mehr und nicht weniger, als für sich selbst allein verantwortlich zu sein. Es wäre zu schön, wenn ihm das möglich wäre. Denn leider schränken gerade psychische Erkrankungen un-

sere Fähigkeit, so zu leben, dass wir unser Tun und Lassen vor uns selbst und anderen verantworten können, allzu oft erheblich ein. Wäre es anders, müssten sich Angehörige gar keine Sorgen machen.

Wer ist für wen verantwortlich, dort, wo ein psychisch kranker Mensch zur Familie – oder auch zum Freundeskreis! – gehört?

Den Kranken mit seiner Verantwortung allein zu lassen, geht nicht. Sie ihm ganz abzunehmen, auch nicht. Vergessen wir deshalb nicht, dass es noch einen Dritten gibt, mit dem wir rechnen sollten: den Arzt! Auch er und gerade er gehört zum Kreis derer, die mit uns teilen sollten, was an Verantwortung zu tragen ist.

Im Idealfall ist ein Bündnis abzuschließen, an dem alle drei beteiligt sind, denen Aufgaben zufallen, weil jemand als psychisch Kranker Hilfe braucht, und deren gemeinsame Sorge es sein sollte, dass diese Hilfe mit Erfolg geleistet wird: der Kranke, sein Arzt, seine Angehörigen oder auch andere, die ihm nahe stehen. Wer von den Angehörigen erwartet, dass sie den Kranken nicht im Stich lassen, sollte anerkennen, dass auch sie erwarten können, nicht im Stich gelassen zu werden. Allzu bald sind sonst auch sie unten und am Ende. Doch dazu sollte es nicht kommen.

Notizen

Notizen