

7 Depression und die Auswirkungen aus Partnerperspektive

Im ersten Teil der Ergebnisdarstellung interessiert, welche Verhaltensweisen die Partner der Patienten als depressiv wahrnehmen und welche Interpretationen sie hierfür nutzen. Fragen, die differenziert werden, sind: Wie ordnen Partner das depressive Verhalten ihres Angehörigen ein? Welche Informationsquellen oder Erfahrungsbereiche nutzen sie hierfür? Welche Auswirkungen hat das depressive Verhalten des Angehörigen auf den Alltag der Familie? Welche Konsequenzen ergeben sich hieraus für die Partnerschaft aus der Perspektive des gesunden Partners?

7.1. Die Wahrnehmung depressiver Symptome

Die Partner der Patienten beschreiben eine Reihe von Veränderungen, die sie an ihrem depressiv erkrankten Angehörigen wahrnehmen. Oftmals sind sie es, die dem oder der Erkrankten aufgrund ihrer Beobachtungen zu einer Behandlung raten oder diese initiieren. Zu den depressiven Symptomen, die Partner der Patienten erwähnen, zählen: Antriebslosigkeit (Fallanalysen 072, 004, 005), Negativismus (Fallanalysen 024, 005), Schlafstörungen (Fallanalysen 034, 157, 197), wahnhaftige Symptome (Fallanalyse 034), Bewegungsunruhe (Fallanalyse 034), Schwierigkeiten, sich zu erinnern oder sich zu konzentrieren (Fallanalyse 072), Suizidversuche (Fallanalysen 005, 046, 072, 125, 150), körperliche Symptome wie Lähmungserscheinungen und Herzschmerzen (Fallanalysen 019, 197), Persönlichkeitsänderungen (Fallanalyse 005), rascher, unvorhersehbarer Wechsel der Stimmung (Fallanalyse 005), Wutausbrüche und Aggressivität (Fallanalyse 005) und beständiges Problematisieren und Grübeln, ohne Lösungsmöglichkeiten zu sehen (Fallanalyse 157).

Es kann hingegen für die Partner der Patienten schwer sein, überhaupt Veränderungen wahrzunehmen. Dies ist der Fall, wenn Symptome sehr schleichend verlaufen oder eine Verstärkung der gewohnten zurückgezogenen oder schweigsamen Art des Partners sind.

Er hatte zwar immer gesagt, er hat Probleme. Aber, es war nicht offensichtlich für mich. Zwischenzeitlich, wenn er das mir manchmal so sagte, hier, ich hab wieder die Probleme, dann, war's eigentlich immer so, dass er halt bissel verschlossen wurde und das Gesicht sich dann so zusammenzog wie so zu so 'ner Wolke. Mehr war für mich nicht erkennbar. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 019 / 230–238)⁸

In ihrem Bemühen, die Situation zu verstehen, nutzen die Partner unterschiedliche Informationsquellen bzw. Interpretationsmöglichkeiten. Als Anhaltspunkte für die Wahrnehmung und das Verständnis der Situation des kranken Partners können differenziert werden:

- Merkmale der Partnerschaft
- Merkmale der Lebenslage und beruflichen Situation des Kranken
- Merkmale der Lebensgeschichte und Person des Kranken
- Merkmale einer Krankheit

⁸ Die Angaben in Klammern kennzeichnen den Studienteilnehmer, die Nummer des Interviews, wie sie in der Rahmenstudie vergeben wurde und die Zeilennummerierung im Interviewtranskript, aus dem das jeweilige Zitat entnommen ist.

Interpretationsversuche, die sich auf Merkmale der Partnerschaft beziehen

Sozialer Rückzug, Passivität, Libidoverlust, Grübeln und Ablehnung aller Vorschläge können von den Partnern depressiver Patienten als persönliche Kränkung und Zurückweisung eingestuft werden. Diese Interpretation von Veränderungen verstärkt sich, wenn die Partnerschaft als fragil erlebt wird. Die aktuellen Erfahrungen werden mit früheren Erfahrungen mit dem Partner in der gemeinsamen Beziehungsgeschichte verglichen. Symptomverhalten wird gleichsam als „Symptom der Beziehung“ wahrgenommen. Dies ist besonders dann der Fall, wenn die Beziehungsgeschichte durch Untreue und „Seitensprünge“ eines der Partner gekennzeichnet ist. Die depressiven Rückzugs- und Ablehnungstendenzen des kranken Partners können dann als möglicher Hinweis auf eine Entfremdung in der Beziehung und die Hinwendung des Partners zu einem anderen Partner gewertet werden.

Sie hat mich nicht verstanden, und ich hab sie nicht verstanden, aber da wussten wir alle beide oder ich wusste es zumindest nicht, ... dass das eben mit ihrer Krankheit zu tun hat. Ich habe da ganz andere Sachen vermutet. Hat sie da einen andern oder solche Sachen hab ich nun gedacht. (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 004 / 102–116)

Ist der Alltag des Paares schon seit längerem von Beziehungs- und Kommunikationsproblemen gekennzeichnet, dann können depressive Symptome mit diesen Schwierigkeiten in Verbindung gebracht werden. Die Partner beziehen die depressiven Symptome auf sich und erleben sie unter Umständen als direkten Vorwurf oder Angriff. In dieser Wahrnehmung werden Symptome als eine Form der schon länger andauernden Auseinandersetzung in der Beziehung angesehen. Suizidankündigungen oder Suizidhandlungen werden in diesem Interpretationsrahmen als Abbruch der Kommunikation in der Beziehung gewertet (Fallanalyse 055).

Im Laufe der Jahre [hat sich das] bei uns so angestaut. Jetzt ist es nun schlimmer geworden, weil wir nicht so gute Gesprächspartner waren. Ich sage immer, Kommunikation ist alles. Er sieht das halt nicht so. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 055 / 141–157)

Interpretationsversuche, die sich auf Merkmale der Lebenslage und beruflichen Situation des Kranken beziehen

Verbinden die Partner die Veränderungen nicht mit der aktuellen Beziehung, dann versuchen sie, die Veränderungen aufgrund der aktuellen Lebenslage und hier vor allem der beruflichen Situation des kranken Partners zu verstehen. Der Bezug zur beruflichen Situation des erkrankten Partners wird besonders häufig hergestellt. Dieser Bereich hat in den letzten Jahren wende- und konjunkturbedingt die häufigsten Veränderungen

erfahren. Die depressiven Symptome werden mit Belastungen in Verbindung gebracht, die aus Arbeitslosigkeit, Arbeitssuche und Umschulungen resultieren. Unterfordernde Tätigkeiten oder das Zurücksetzen auf untere Hierarchieebenen bedingen dann in den Augen der Partner der Patienten z.B. die gedrückte Stimmung des Kranken. Bedrückende Umstände erklären dann gleichsam die Niedergeschlagenheit des Partners, ohne dass die Partner Krankheitskonzepte bemühen müssten (Fallanalyse 083).

Veränderungen des depressiven Partners können auch dessen aktuellen beruflichen Erfahrungen zugeordnet werden. Dies kann einmal Leistungs- oder Zeitdruck betreffen (Fallanalysen 144, 196, 197). Das ist besonders der Fall bei selbständiger Beschäftigung und ungewisser Auftragsituation oder schlechter Zahlungsmoral der Auftraggeber (Fallanalysen 196, 144). Zum anderen können problematische soziale Situationen im Beruf, z.B. Mobbing, mit den Veränderungen des Partners in Verbindung gebracht werden (Fallanalyse 180). Stresssituationen im Beruf können Symptome lange Zeit maskieren, vor allem wenn sie als Kennzeichen der Leistungsgesellschaft anerkannt sind.

Bis dahin hat er es verdecken und verstecken können, ... dass man erst nur das Gefühl hatte, er ist bisschen abgespannt, denn Hektik und Stress haben wir hier sowieso immer viel. Da fiel das erst mal nicht so auf, bis er dann direkt sagte, dass er sich gar nicht richtig konzentrieren kann. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 196 / 73 – 88)

Interpretationsversuche, die sich auf Merkmale der Lebensgeschichte und Person des Kranken beziehen

Bietet weder die Beziehung noch die aktuelle berufliche Situation Anhaltspunkte für ein Verständnis von Veränderungen, dann kann auf persönliche Merkmale des Partners zurückgegriffen werden. Dies betrifft zum einen seine Lebensgeschichte und die damit verbundenen Verletzungen und zum anderen Merkmale seiner Person.

Wurde der depressive Partner als „schon immer“ eher pessimistisch, problemorientiert, grüblerisch und zweifelnd beschrieben, so werden die depressiven Symptome als Verstärkung dieser bereits vorhandenen Merkmale betrachtet. Unter diesen Umständen können sie lange Zeit unbemerkt bleiben, weil sie in das Muster der Normalität passen. Frau P. erlebte den zunehmenden Rückzug ihres Mannes zunächst als wenig auffällig, da er „schon immer“ wenig mitteilend war (Fallanalyse 019).

Veränderungen können auch als Auseinandersetzung mit oder Folge von einer schwierigen Vergangenheit wahrgenommen werden. Auch in diesem Rahmen erscheinen sie nicht „krankheitsbedingt“ und „behandlungsbedürftig“, sondern als

Ausdruck der mitunter schmerzhaften Lebenserfahrungen des Partners. Herr W. schildert beispielsweise die Kindheit seiner Frau als sehr schwierig. Die Mutter hatte sich das Leben genommen und die Stiefmutter und der Vater zeigten ihr keine Liebe und Anerkennung. Auch später fühlte sie sich zurückgesetzt, erhielt die Sachen, die kein anderer mehr haben wollte. Für Herrn W. bedeutet dies, dass seine Frau schon immer ein wenig ausgeprägtes Selbstwertgefühl hatte. Das Alter verstärkt seiner Meinung nach die Auseinandersetzung mit der eigenen Vergangenheit, so dass seine Frau nun all die Erlebnisse ihrer Kindheit und Jugend verarbeitet (Fallanalyse 124).

Für Herrn G. sind es vor allem die Erlebnisse seiner Partnerin in früheren Beziehungen, die zu ihrem depressiven Verhalten führen. Der erste Mann seiner Partnerin verstarb nach acht Jahren Ehe durch Suizid. Zwei Jahre später heiratete sie erneut. Ihr damaliger Partner hatte ein Alkoholproblem, so dass die zweite Ehe nach vier Jahren geschieden wurde. Herr G. sieht die Probleme seiner Partnerin als unverarbeitete Verletzungen und Enttäuschungen im Sinne eines „schweren Lebens“ an, welches sie „schwermütig“ macht (Fallanalyse 145).

Interpretationsversuche, die sich auf Merkmale einer Krankheit beziehen

Bieten weder die Beziehung, noch die aktuelle berufliche Situation, noch die Lebensgeschichte des Partners schlüssige Anhaltspunkte, dann verdichten sich die Anzeichen zu einer Wahrnehmung von Krankheit. In dieser Wahrnehmung sind die erkrankten Partner von Schlappeheit, Müdigkeit, Interesseverlust, Pessimismus, Schlaflosigkeit usw. wie durch einen Bazillus befallen. Treten körperliche Symptome, wie Mattigkeit, Appetitverlust u.ä. auf, so liegt der Schluss nahe, dass es sich um eine ernstzunehmende körperliche Krankheit handelt. In dieser Situation veranlassen die Partner aus Sorge internistische Untersuchungen (Fallanalysen 019, 134, 197). Unter Umständen kann es in dieser Phase zu Verdachtsdiagnosen kommen, die gut in das Muster depressiven Katastrophisierens eingefügt werden und das negative Denkmuster verstärken. So wurden Frau und Herr P. zunächst durch die Diagnose Multiple Sklerose beunruhigt (Fallanalyse 019). Die Depressionsdiagnose ist vielfach „zweite Wahl“. Es können Zweifel bestehen bleiben, ob die tatsächliche Krankheit noch unentdeckt geblieben ist (Fallanalyse 134).

Einige der Partner litten bereits an anderen Krankheiten, z.B. Krebs, Diabetes oder Rheuma (Fallanalysen 015, 066, 111, 184). Da diese eine langfristige Auseinandersetzung erfordern, können die wahrgenommenen Veränderungen des Partners als Reaktion auf seine chronische oder lebensbedrohliche Belastung verstanden

werden. Besonders chronische Schmerzen, z.B. bei Rheuma werden als energieraubend angesehen, so dass daraus gleichsam ein Zustand der Energielosigkeit folgt. Ähnliches gilt für den Zustand nach schweren Operationen (Fallanalyse 146). Das Leben mit Krebserkrankungen ist darüber hinaus von Ungewissheit und der Angst zu sterben gekennzeichnet. Gedanken an den eigenen Tod können in diesem Kontext akzeptiert und verstanden werden. Die (depressive) Anhedonie wird dann als Aufgeben gegenüber der Krankheit, als Unwille, weiter anzukämpfen, wahrgenommen. Im Zusammenhang mit anderen Krankheiten auftretende (depressive) Veränderungen können von den Partnern der Patienten im Kontext dieser Krankheiten verstanden werden.

Nur in wenigen Fällen werden die Veränderungen als depressionsbedingt und gleichsam zur Krankheit Depression gehörend angesehen. Oftmals geht dieser Interpretation ein langer Lernprozess voraus, in dem die Partner der Patienten erfahren, was Depressionen kennzeichnet. Stellvertretend kann diese Erfahrung in dem Satz zusammengefasst werden: „Also, dass das 'ne Depression ist, das hätte ich nie gedacht“ (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 019 / 207). Die Wahrnehmung als Krankheit wird möglich, wenn die Veränderungen als „krankhaft“ erlebt werden. Schwere depressive Phasen können schneller in ein solches Muster eingeordnet werden. Frau K. erlebte ihren Mann beispielsweise als sehr verändert, seine Suizidandeutungen machten ihr Angst, so dass sie schneller Handlungsbedarf sah (Fallanalyse 092). Frau W. prüfte die Wahnideen ihres Mannes zunächst, da sie deren Wahrscheinlichkeit zwar anzweifelte, aber nicht ausschließen konnte. So glaubte ihr Mann z.B., unterwegs einen Unfall und Fahrerflucht begangen zu haben. Das Auto wurde von ihr und der als Kommissarin arbeitenden Tochter auf Spuren hin untersucht, um diese Möglichkeit auszuschließen. Erst die Häufung und zunehmende Unverständlichkeit solcher Ideen ihres Mannes führten bei Frau W. zu einer Deutung und Wahrnehmung von Krankheit: „Der ist so schwer depressiv, da hilft kein Baldrian mehr“ (Interview 034 / 348–350).

Zusammenfassung

Das Auftreten depressiver Symptome kann zum einen der Beziehungsgeschichte und zum anderen der Lebensgeschichte des Erkrankten mit ihren Beziehungserfahrungen und aktuellen Erlebnissen zugeordnet werden. Die Laiensicht auf Depression, wie sie von den Partnern der Patienten beschrieben wird, greift zunächst den allgemeinen Lebenskontext des Kranken bzw. des Paares auf, bevor eine Wahrnehmung als Krankheit erfolgt. Symptome können daher lange Zeit unbehandelt bleiben, wenn sie anderen Interpretationsmöglichkeiten zugänglich sind. Solange schlüssige alternative Interpretationen bestehen, werden alternative „Eigenbehandlungen“ versucht. Diese Lösungsversuche betreffen den kranken Partner, der z.B. wie oben angedeutet,

Symptome „verdecken und verstecken“ konnte (Fallanalyse 196). Sie betreffen das Paar, das beispielsweise lange Zeit versucht, allein „alte Wunden zu heilen“ (Fallanalyse 145). Die erlebten Veränderungen werden meist erst dann in einem medizinisch-psychiatrischen Kontext wahrgenommen, wenn bisherige Interpretationen und Lösungsversuche scheitern oder zusätzliche Informationen eine Neuinterpretation bedingen (Fallanalyse 034).

Für einige Partner bleibt es schwer, die Situation zu verstehen. Dies betrifft zum einen die Depressionsdiagnose: „..... dass es überhaupt 'ne Krankheit ist, das find ich irgendwie komisch. Wenn man einmal am Boden ist, ich mein, jeder Mensch hat doch mal irgendwie 'n Tiefpunkt, wo er mal depressiv bisschen ist, ... wo man aber wieder rauskommt“ (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 198 / 14–45). Hier können Alltagskonzepte von „Depressivität“ mit dem Krankheitskonzept „Depression“ konkurrieren. Zum anderen kann das Auftreten der Veränderungen unverständlich und nicht nachvollziehbar bleiben: „Manchmal treten eben solche Erscheinungen auf durch Scheidung, durch Geldnot oder durch Kinder, die nicht parieren oder irgendwas. Das ist bei uns alles nicht vorhanden“ (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 045 / 45–50).

Die Partner der Patienten ringen folglich um ein schlüssiges Erklärungs- und Handlungsmodell, um die erlebten Veränderungen einzuordnen und mit ihnen umzugehen. Die aufgeführten Interpretationsversuche schließen sich im Einzelfall nicht aus, sondern können sich ergänzen oder auch stören. Letzteres ist dann gegeben, wenn sowohl stabile Ursachen, wie der „Charakter“ als auch variable Ursachen, wie die berufliche, partnerschaftliche oder gesundheitliche Situation angenommen werden. In diesen Fällen kommt es für die Partner der Patienten nahezu zu einem inneren Kampf um das richtige Krankheitsverständnis. Der folgende Ausschnitt aus einem Einzelfall soll diese Situation abschließend illustrieren.

Fall 078: „Das ist die Frage, ist es die Krankheit, ist es der Charakter, ich weiß es nicht“

Herr S., 60 Jahre alt, ist Diplomingenieur und z.Z. arbeitslos. Zuletzt hat er im Nahverkehr gearbeitet. Seine Frau, 55 Jahre alt, arbeitet halbtags als Apothekenassistentin. Sie gibt an, seit 25 Jahren psychische Probleme zu haben. Die „kritischen Phasen“, die Herrn S. Probleme machten, gebe es seit 1994. Beide leben seit 34 Jahren zusammen und haben eine 32jährige Tochter.

Im Gespräch dominiert die Auseinandersetzung mit der Erkrankung, die für Herrn S. nach wie vor viele Fragen offen lässt. So fragt er sich, ob einige Verhaltensweisen tatsächlich erkrankungsbedingt sind oder zur Persönlichkeit seiner Frau gehören. Er schätzt die Erkrankung als langwierigen Prozess ein sowohl hinsichtlich ihrer Entstehung als auch ihres Verlaufes: „Das ist auch keine plötzliche Erkrankung, das erstreckt sich sicherlich auf längere Sicht hin.“ Als Ursachen gibt er eine

Schilddrüsenerkrankung seiner Frau vor 20 bis 25 Jahren an. Möglich erscheinen ihm aber auch erbliche Faktoren, da der leiblichen Mutter der Frau ähnliche Symptome nachgesagt wurden. (Anmerk.: Frau S. wuchs bei der Stiefmutter auf.)

Seit Herr S. einen Fernsehbericht gesehen hat, in welchem auch Betroffene berichteten, hat sich seine Einstellung geändert und er bewertet Depression als „ziemlich hässliche Erkrankung“. Überdies sieht er die Heilungs- oder Behandlungschancen begrenzt („... dass [es] noch gar nicht so viele geeignete Mittel gibt“) oder als Sache weniger Experten.

Insgesamt zieht er vor allem bezüglich der Beziehungsschwierigkeiten Vergleiche zu dem an Alzheimer erkrankten Schwiegervater, der sich seiner pflegenden Ehefrau gegenüber zeitweise sehr undankbar und „böartig“ verhalten habe.

In ähnlicher Position sieht sich Herr S.: „Ich beobachte auch und ganz besonders in letzter Zeit ... bei meiner Frau eine gewisse Böartigkeit, besonders aber in solchen Phasen, wo solche Depressionen auftreten.“ Diese Böartigkeit zeige sich in ungerechtfertigten Vorwürfen, die dann zu heftigen Streitgesprächen führten: „Ne Weile überspielt man das, aber, ... da kommt man echt an seine Grenze und das führt eben auch dann bis zu heftigen Streitgesprächen, das bleibt nicht aus.“ Die partnerschaftliche Atmosphäre ist dadurch sehr gereizt.

Die Auseinandersetzung von Herrn S. schwankt zwischen den Einschätzungen „hässliche Erkrankung“ und „Bösartigkeit“. Sie spiegelt hiermit den „klassischen“ Konflikt „mad or bad“, der die Auseinandersetzung mit psychischen Problemen auszeichnet.

7.2 Die Wahrnehmung des Alltags

Die depressive Symptomatik des Partners verändert gewohnte Alltagsabläufe und Lebenszusammenhänge des Paares. Gesprächige und aufgeschlossene Partner sind „in der Depression“ einsilbig, zurückgezogen und passiv. Ihr Interesse an gemeinsamen Unternehmungen geht zurück. Vorschläge werden abgelehnt. Einige bleiben teilnahmslos vor dem Fernseher sitzen oder ziehen sich ins Bett zurück. Der Rückzug kann von Angst vor sozialen Begegnungen, Menschenmengen oder schon einem Einkauf begleitet sein. Ihr Anteil an Hausarbeit bleibt liegen oder wird wortlos dem gesunden Partner überlassen. Dieses Verhalten signalisiert Veränderungen in unterschiedlichen Lebensbereichen:

- Familienmanagement: Organisation und Koordinierung familiärer Aufgaben
- Familiengrenzen: Gestaltung außerfamiliärer sozialer Beziehungen
- Familienklima: Gestaltung innerfamiliärer Beziehungen
- Familienzukunft: Gemeinsame Lebensplanung und finanzielle Absicherung

Familienmanagement

Die Depression eines der beiden Partner hat Einfluss auf die familiären Abläufe und die Verteilung von Aufgaben. Die Partner sind nicht nur in ihrem Arbeitsumfeld nicht mehr in der Lage, ihren Aufgaben nachzukommen und daher krankgeschrieben. Häufig sind sie auch außerstande familiäre Aufgaben bezüglich Haushalt und Kindererziehung wahrzunehmen. Sie ziehen sich zurück in einen Zustand der Passivität und überlassen es dem gesunden Partner, ihren Anteil zu erledigen. Dieser Umstand kann zunächst von den Partnern der Patienten toleriert werden, da er Arbeitsunfähigkeit im allgemeinen begleitet und daher bekannt ist (Fallanalyse 038).

Was die Situation jedoch erschwert, sind die Stimmungswechsel, der ungewisse Verlauf und die unklare Dauer der Depression des Partners. Diese spezifischen Charakteristika von Depressionen führen dazu, dass sowohl spontane Aktivitäten als auch längerfristige Planungen nicht oder nur schwer möglich sind. Aufgrund der Stimmungsschwankungen ihres depressiven Angehörigen können die Partner dessen jeweilige Stimmungslage schwer einschätzen oder vorhersagen. Sie fühlen sich daher oft überrascht. Sie sind negativ überrascht, wenn lange geplante Aktivitäten kurzfristig abgesagt werden müssen und positiv überrascht, wenn der depressive Partner wider Erwarten eine leicht aufgehellte Stimmung oder weniger Lethargie zeigt. Die Partner der Patienten sehen sich daher einer für sie unkontrollierbaren Situation ausgesetzt. Sie versuchen, kurzfristig zu reagieren, je nachdem, wie sich die Situation dann darstellt.

Und so geht das ja nun schon über Monate. Heute so, morgen so. Ich komme einmal aus der Spätschicht, da hat er mir abends Kaffee gekocht. Da freu ich mich. Den nächsten Tag kommen Sie eben, da sitzt er hinten, da ist wieder alles ganz anders. Wir können ja och nichts planen. Sie können nichts planen, weil immer irgendwas andres dazwischen kommt. Oder immer seine Stimmung halt anders ist. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 005 / 323 –331)

In der Konsequenz übernehmen die Partner der Patienten die Initiative für die Organisation und Koordinierung von familiären Abläufen, da der depressive Partner darin kein zuverlässiger Partner mehr ist. War beispielsweise der Kühlschrank vorher selbstverständlich gefüllt, weil sich die Frau darum kümmerte, muss der Partner dies übernehmen, wenn sie depressiv und antriebslos ist (Fallanalyse 056). Andererseits muss die Ehepartnerin sich in finanzielle Angelegenheiten einarbeiten, wenn der Mann erkrankt ist, der dies vorher übernommen hatte (Fallanalyse 005). In einem Fall wurde ein Umzug von der Ehefrau des Mannes organisiert, da dieser akut depressiv und daher nicht in der Lage war, mitzuhelfen (Fallanalyse 084). Auf die Auswirkungen dieser Umverteilung von Verantwortung auf die Partnerschaft wird in Kapitel 7.3 eingegangen.

Familiengrenzen

Familiengrenzen können durch die Depression eines Familienmitgliedes verstärkt oder durchlässiger werden. Die Familie grenzt sich stärker nach außen ab, wenn wenig Möglichkeiten zum Austausch mit anderen über die aktuellen und durch die Depression bedingten Veränderungen gesehen werden. Dies kann einerseits aus realen Erfahrungen des Abgewiesenwerdens oder des Unverständnisses von anderen resultieren. Auch können eine antizipierte Ablehnung durch andere oder eigene Schamgefühle zu einem sozialen Rückzug der Familie führen.

Die Familie isoliert sich selbst im Zuge der Depression des Partners, da dieser soziale Kontakte ablehnt oder die depressiven Symptome einem ausgefüllten sozialen Leben im Wege stehen. Die Stimmungsschwankungen des depressiven Partners führen dazu, dass Vereinbarungen nicht eingehalten oder kurzfristig abgesagt werden müssen (Fallanalyse 165). In vielen Familien hat es jahrelang keine Geburtstagsfeier mehr gegeben (Fallanalysen 045, 072, 078, 084). Es treten Überforderungsgefühle auf, so dass eigene Einladungen immer wieder verschoben oder abgesagt werden (Fallanalyse 084). Herr T. berichtet, dass ein Jahr nach dem Umzug die Mutter der Patientin die neue Wohnung nicht gesehen hat (Fallanalyse 072). Einige Familien beschreiben sich als nahezu isoliert (Fallanalysen 045, 184) und „haben sehr wenig Freunde“ (Fallanalyse 055). Der depressive Partner hat sich unter Umständen „von sämtlichen Freunden losgesagt“ (Fallanalyse 005). Wird versucht, Kontakte aufrechtzuerhalten, ist der depressive Partner möglicherweise wenig unterhaltsam, wenig gesprächig, zurückhaltend, negativistisch und passiv (Fallanalysen 166, 197). Im Ergebnis gibt die Familie diese Versuche auf und konzentriert sich auf ihre eigene Lage. Dies ist jedoch nur dann der Fall, wenn beide Partner die Situation ähnlich einschätzen und sich in ihrem Umgang damit einig sind.

Sind sich die beiden Partner in ihrer Einschätzung uneins, kann dies dazu führen, dass die gesunden Partner die Initiative für soziale Aktivitäten ergreifen und den erkrankten Partner „bedrängen“. Dies birgt Konfliktpotential für die Partnerschaft, aber auch die Chance, aufgrund der Aktivitäten die depressive Spirale des Rückzugs und der Symptomverstärkung zu durchbrechen. Partner von Patienten sind verunsichert, wie sie mit den Rückzugstendenzen ihres depressiven Angehörigen umgehen sollen. Ihre Entscheidung wird von ihrem Beziehungsmodell, ihren Rollenvorstellungen und ihrer gemeinsamen Beziehungsgeschichte beeinflusst.

Unser Zusammensein mit unserem Freundeskreis hat sich 'n bisschen verändert. Weil sie, sagen wir's so, manchmal bisschen scheu ist, so menschenscheu. Also früher, da war sie immer für alles zu begeistern und auch immer, wenn wir uns mit Freunden getroffen haben, war sie och immer feste mit dabei und jetzt muss ich sie, muss ich immer 'n Stubbs geben und sagen los, komm mit, wir gehen jetzt und wir machen das. (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 004 / 30 –40)

Familiengrenzen werden dann durchlässiger, wenn der gesunde Partner verstärkt Unterstützung in anderen Beziehungen außerhalb der Familie, z.B. in Freundschaften und der Nachbarschaft sucht. Findet sich der gesunde Partner nicht mit dem Rückzug seines depressiven Partners ab und wartet auf das „Abklingen“ der Depression kann es vermehrt zu getrennten Aktivitäten der beiden Partner kommen.

Aber er geht eben von Haus aus dann nirgendwo mehr mit hin. Und das ist eben och das, wo sich für mich das Leben och verändert. Und ich kann das nicht. Ich kann nicht nur auf Arbeit gehen und zuhause sitzen. Wir gehen jetzt eben viel getrennte Wege. Ne? Bloß, das ist ja keine Zukunft so etwas, auf Dauer. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 005 / 278 –297)

Familienklima

Die Stimmungslage des depressiven Partners wirkt sich unter Umständen auf alle Familienmitglieder aus. Sie erleben das Familienleben dann als bedrückt und schwierig.

Es ist aber überall so ein bisschen ein negativer Touch mit dabei und das überschattet das alles ... Bei allem, was wir machen oder vorhaben, ist eben überall so ein kleines bisschen was Negatives dabei. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 054 / 191 –197).

Dies ist besonders dann der Fall, wenn die Familie eine Art stimmungskongruentes Verhalten herstellt. Das Radio wird leiser gestellt (Fallanalyse 038), lautes Lachen oder Herumtollen mit Kindern vermieden (Fallanalysen 024, 046). Es ist gleichsam eine Situation eingetreten, als gebe es „einen Todesfall in der Familie“ (Fallanalyse 071). Die einzelnen Familienmitglieder bewegen sich vorsichtig, als fürchteten sie etwas zu zerbrechen.

Das beständige Kreisen des depressiv Kranken um Probleme erleben viele Partner als energieraubend. Oftmals beginnt der Tag für sie damit, dass der depressive Partner über seine Schlaflosigkeit, Betrübtheit und Aussichtslosigkeit klagt (Fallanalysen 024, 066). Der vor ihm liegende Tag wird als Hindernis wahrgenommen, welches es mit immenser Kraft zu nehmen gilt. Davor verzagen viele und erwarten von ihren gesunden Partnern Ermunterung, Beistand und Hilfe. Diese sind vor allem zu Beginn einer depressiven Krise bereit, Unterstützung zu geben. Ihre Bereitschaft wandelt sich jedoch im Laufe der Zeit, wenn ihr Bemühen nicht zu den gewünschten Ergebnissen führt. Dann geben

die Partner auf und ziehen sich ihrerseits zurück (Fallanalyse 066). Sie resignieren erschöpft angesichts der teilweise überwältigenden depressiven Klagsamkeit. In anderen Fällen verändert sich ihr anfängliches Mitgefühl in Wut über den hilflosen, abhängigen depressiven Partner und über ihr eigenes Unvermögen, aus dieser Situation herauszufinden (Fallanalysen 072, 124).

Depressives Verhalten belastet die Kommunikation zwischen den Familienmitgliedern und trägt auf diesem Weg zu einer Verschlechterung des Familienklimas bei. Aufgrund seiner häufigen Stimmungswechsel wird der depressive Partner als leicht verletzbar und labil wahrgenommen. Da die jeweiligen Auslöser der Stimmungswechsel für die Partner nicht ersichtlich sind, sehen sie keine Möglichkeit, auf die Stimmungslage ihres Angehörigen Einfluss zu nehmen. Sie sind daher verunsichert und versuchen alles zu vermeiden, was vom Kranken als potentiell verletzend wahrgenommen werden könnte. Diese Situation bedeutet das Ende von offener Kommunikation, da ein Kreislauf gegenseitigen Gedankenlesens einsetzt. Die oben angesprochene Vorsichtigkeit im Umgang äußert sich dann auch in der Art und Weise, wie die Partner miteinander reden. „Wenn ein Mensch gesund ist, da kann man mal was sagen und bei so einem kranken Menschen ist es ja nun so, dass man sich jedes Wort überlegen muss“ (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 046 / 50–51).

Familienzukunft

Langandauernde oder wiederkehrende Depressionen stellen die familiäre Zukunft in Frage. Lange Zeiten von Arbeitsunfähigkeit oder Kuraufenthalten führen zu Einbußen im Familieneinkommen. Angesichts der instabilen Arbeitsmarktsituation erleben viele Partner von Patienten diese Situation als bedrohlich. Wie in Kapitel 7.1 ausgeführt, sehen die Partner einen Zusammenhang zwischen der Arbeitssituation des Erkrankten und der Entwicklung seiner Depression. In einigen Fällen wird versucht, durch einen Arbeitsplatzwechsel eine Veränderung der Situation zu bewirken. Dies ist jedoch mit vielen Risiken und Ungewissheiten hinsichtlich der Dauer der Beschäftigung verbunden. Aufgrund ihrer häufigen oder langandauernden Krankschreibungen und ihres depressionstypischen Insuffizenserlebens fühlen sich depressive Partner dem beruflichen Leistungsdruck nicht mehr gewachsen. Für viele resultiert daraus eine vorzeitige Berentung oder Berufsunfähigkeit. Die Partner der Patienten nehmen vor allem im Verlauf der Erkrankung die Depression ihres Angehörigen als Bedrohung ihrer gemeinsamen Existenz wahr. Sie befürchten dann einen sozialen Abstieg der gesamten Familie:

Mich belastet das mit der Arbeit, also vier Arbeitsstellen, drei oder vier Arbeitsstellen hat er schon verloren durch die Krankheit, [wurde] fristlos gekündigt und na, was weiß ich. Und jetzt, bei der, ist er selber gegangen. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 054 / 693 –698).

Die finanzielle Situation der Familien verändert sich nicht nur durch Arbeitsausfall und Einkommensverluste, sondern auch durch Mehrausgaben aufgrund der Depression und ihrer Behandlung. Als erkrankungsbedingte Aufwendungen werden ergänzende oder alternative Maßnahmen zur Symptomreduktion gesehen: Anschaffungen, um eine gezielte, von der Krankenkasse nicht getragene Behandlung zu ermöglichen, z.B. eine Speziallampe zur Durchführung von Lichttherapie (Fallanalyse 158), homöopathische Mittel und Nahrungsergänzungsmittel (Fallanalyse 039) oder zusätzliche Behandlungen, z.B. eine Bachblütentherapie (Fallanalyse 125). Dazu zählen Anschaffungen, wie die eines Gartens (Fallanalyse 038) oder Haustieres (Fallanalyse 004), um dem erkrankten Partner eine sinnstiftende Aufgabe zu geben.

Bedingt durch Erkrankungssymptome bzw. aufgrund von Nach- und Nebenwirkungen der bestehenden Behandlung entstehen zusätzliche Kosten: z.B. durch leichtfertigen Umgang mit Geld durch den erkrankten Partner im Zuge einer hypomanen Nachschwankung oder im hedonistischen Sinne („sich was gönnen“) als therapeutische Empfehlung (Fallanalyse 024). Anschaffungen von Kleidung bei Gewichtszunahme aufgrund von Medikamentennebenwirkungen werden in diesem Bereich ebenfalls genannt (Fallanalyse 072). Erkrankungsbedingte Ausgaben werden jedoch häufig heruntergespielt bzw. durch den hypothetischen Vergleich mit anderen, körperlichen Krankheiten als notwendige Unterstützung des Partners normalisiert.

Die gemeinsame Lebensplanung wird im Zuge der Veränderungen als gefährdet wahrgenommen. Die sich ergebenden Konsequenzen im Hinblick auf die Frage, ob und wie die Partnerschaft weiter gelebt werden kann, werden in Kapitel 7.3 näher ausgeführt.

Zusammenfassung

Die Depression des Partners beeinflusst das Familienmanagement, die Familiengrenzen, das Familienklima und die familiäre Zukunft. Familien unterscheiden sich darin, ob und wie die einzelnen Teilbereiche betroffen sind. Dies hängt unter anderem mit den unterschiedlichen „Ausgangsbedingungen“ der Familien zusammen. Welche Auswirkungen in den jeweiligen Bereichen erlebt werden, hängt davon ab, welche Rollenverteilung, welche sozialen Beziehungen, welche Kommunikationsformen und Beziehungsgeschichte und letztlich welche Lebensentwürfe und Ressourcen zu ihrer Umsetzung die Familien vor dem Auftreten der Depression des Familienmitgliedes

hatten. Die Depression des Partners fällt gewissermaßen auf eine Art Boden, der die Entwicklung und Auswirkung der Erkrankung beeinflusst. Einige Familien sind z.B. finanziell so gut abgesichert, dass die Auswirkungen der Depression gut toleriert werden können, wohingegen andere in ihrer Existenz gefährdet werden.

Im Einzelfall kommt es zu unterschiedlichen Gewichtungen dieser Bereiche, d.h. die Partner der Patienten bewerten die Auswirkungen auf die jeweiligen Bereiche unterschiedlich. So kann ein Partner das Übernehmen von Verpflichtungen und das Management der Familie als weniger belastend erleben als beispielsweise das Familienklima und den Negativismus seines depressiven Angehörigen.

Das komplexe Zusammenwirken der vier Bereiche des alltäglichen familiären Zusammenlebens soll anhand des Ausschnitts einer Fallanalyse illustriert werden.

Fall 005: „Das kann’s ja nicht gewesen sein, ich bin ja och noch keine siebzig“

Frau K. ist 43 Jahre alt und mit ihrem Mann seit 21 Jahren verheiratet. Beide haben eine 20jährige Tochter. Frau K. arbeitet ganztags als Kassiererin. Ihr Mann ist 49 Jahre alt und gelernter Maurer. Zum Zeitpunkt der Befragung ist er arbeitslos. Die psychischen Probleme bestehen lt. Frau K. seit Anfang 1997, werden jedoch erst seit Ende 1997 behandelt. Die depressive Episode von Herrn K. ist u.a. gekennzeichnet von aggressiven Ausbrüchen, die z.T. zur Eskalation von Gewalt in der Partnerschaft und zu mehreren Suizidversuchen von ihm führten.

Die ständigen unberechenbaren Hochs und Tiefs ihres Mannes („heute so, morgen so“) machten es unmöglich, etwas zu planen. Auch wisse sie nie, wie sie ihren Mann zu Hause vorfinden wird, wenn sie von der Arbeit kommt. Mal habe er für sie Kaffee gekocht nach der Spätschicht und „den nächsten Tag kommen Sie eben, da sitzt er hinten, da ist wieder alles ganz anders“. (Familienmanagement)

Ihr Mann habe sich „von sämtlichen Freunden losgesagt“, seine Vorstandsarbeit im Gartenverein aufgegeben und komme nur selten zu sozialen Gelegenheiten mit. Sie gingen nun verstärkt „getrennte Wege“. Silvester habe sie z.B. allein mit Freunden verbracht. Wenn sie mal mit ihrem Mann Abendbrot essen gehe, weil sie selber mal raus wolle, „da geht er auch mit, aber da sitzt er da, gähnt und wird müde, ... das ist ja nicht in Ordnung so.“ Soziale Aktivitäten gingen grundsätzlich von ihr aus. (Familiengrenzen).

Mit einer Ehe habe ihr Zusammenleben in ihren Augen nichts mehr zu tun. Am meisten belastet sie das Fehlen von Intimität und Zärtlichkeit. Weiterhin erlebt sie Langeweile und Eintönigkeit in der Partnerschaft. Sie habe keinen Gesprächspartner mehr und könne mit ihrem Mann nichts mehr gemeinsam unternehmen. Die gemeinsamen Interessen (u.a. Kegeln) habe er aufgegeben und sich zunehmend zurückgezogen. Zudem zeige ihr Mann kein Interesse an ihrer Arbeit oder an den Dingen, die sie beschäftigen. Sie wisse oft nicht, ob sie ihn ansprechen soll und dann „weiß man manchmal überhaupt nicht mehr, was man sagen soll“. Das Familienleben ist von Spannungen geprägt. (Familienklima)

Frau K. wirkt innerlich hin- und hergerissen zwischen dem Beibehalten ihrer Beziehung („mein Zuhause ist ja hier“) und dem Beginn einer neuen Beziehung („wenn jetzt einer käme, der mich hier rausholt, wäre ich weg“). Sie fragt sich, ob sie die Situation weiterhin aushalten kann. Sie „lebe nun schon zwei Jahre mit der Krankheit“ und spüre, wie sie sich zunehmend verändert. Dies führt zu Sorgen um die eigene Zukunft: „... dass ich mir um meine Zukunft Sorgen mache und mir sage, ich weiß jetzt nicht, wie ich mich richtig entscheide.“ (Familienzukunft)

7.3 Die Wahrnehmung der Partnerschaft

Die Partner der Patienten verwenden für die Charakterisierung ihrer Beziehung zum Erkrankten Begriffe wie: „komplizierte Beziehung“ (Fallanalyse 072), „kein normales Zusammenleben mehr“ (Fallanalyse 157) oder die Partnerschaft „hat mit einer Ehe in dem Sinn nicht mehr viel zu tun“ (Fallanalyse 005). Bereiche der Partnerschaft, die als verändert oder gar gestört erlebt werden, sind:

- (Neu)Verteilung von Rollen
- Kommunikation
- Sexualität

(Neu)Verteilung von Rollen: Chance, Überforderung oder Konkurrenz

Die in Kapitel 7.2 dargestellten Auswirkungen von Depressionen auf die Bereiche Familienmanagement und Familiengrenzen implizieren Veränderungen in der Partnerschaft. Übernimmt ein Partner krankheitsbedingt Aufgaben seines depressiven Angehörigen, so kommt es zu Veränderungen in der Verteilung von Rollen zwischen den Partnern. Dies kann kurzfristig der Fall sein in einer akuten depressiven Phase. Es kann auch zu langfristigen Neuverteilungen von Aufgaben und Rollen in der Partnerschaft kommen. Unter Umständen kann die vollständige Rollenumkehr resultieren. Dies ist im oben erwähnten Beispiel angesprochen, in dem die Frau die organisatorischen Aufgaben (hier den Umzug betreffend) übernahm, die ihr Mann sonst erfüllt hätte (Fallanalyse 084). Das männliche Gegenbeispiel hierzu ist Herr C., der die gesamte Haushaltsführung und zum Teil Pflege seiner kranken Frau übernahm (Fallanalyse 146).

Diese Rollenumkehr birgt Konfliktpotential. Zum einen erweitern Partner ihre Kompetenzen, was unter Umständen mit der gewohnten Paarsituation kollidieren kann.

Frau Z. übte heimlich mit ihrer Tochter das Autofahren, um selbständiger zu sein und ihren kranken Mann fahren zu können. Dies eröffnete ihr neue Möglichkeiten, die sie ohne die Depression ihres Mannes nicht wahrgenommen hätte. Dann hätte sie sich weiterhin von ihrem Mann fahren lassen und ihm und dem Sohn geglaubt, dass sie nicht Auto fahren kann (Fallanalyse 034). In diesem Beispiel legitimiert die Depression des Partners eine Entwicklung und Emanzipation des anderen Partners. Dies ist vor allem bei Frauen der Fall, wenn sie aufgrund der Depression ihrer Partner in die von Männern dominierten oder von diesen besetzten Bereiche eindringen. Neben Autofahren zählen traditionell dazu z.B. Verhandlungen mit Behörden (Fallanalyse 005), Organisation und Planung von Umzügen oder die Koordinierung von Baumaßnahmen (Fallanalyse 084). All diesen Aufgaben ist gemeinsam, dass sie das selbständige Finden und Vertreten von Entscheidungen beinhalten. Insofern erscheint die Depression des Partners als Bewährungsprobe, Herausforderungen anzunehmen. Werden sie gemeistert, führt dies zu neuem Selbstbewusstsein und folglich neuen Ansprüchen, Forderungen und Erwartungen an die Partnerschaft. Damit können langfristige Veränderungen und Entwicklungen des Paares angestoßen werden.

Und ich lasse jetzt die Zügel auch nicht mehr locker. Ich hab mich, das hält er mir ja auch vor, ich wär halt im Wesen anders geworden. ‚Du bist jetzt selbständiger geworden‘, sagt er. Was ja bestimmt normal ist, denn durch seine Krankheit musste ich ja auch vieles selber machen. Ich konnte ja niemanden fragen. Ich musste ja mitunter auch handeln, ... muss ja alles weitergehen, ob 's Bankgeschichten oder irgendwas anderes ist. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 005 / 540–550)

Auf der anderen Seite können die neuen Aufgaben nicht als Herausforderung, sondern als Überforderung erlebt werden. Dies ist dann der Fall, wenn sie mit dem Rollenverständnis kollidieren, welches die Partner in ihrer Beziehung haben. Herr C. beklagt sich, das „muss ja alles gemacht werden, was früher meine Frau gemacht hat“ (Fallanalyse 146). Die Organisation des Haushalts mit vielen Einzelaufgaben, wie Einkaufen, Kochen, Waschen, Putzen u.ä. und die zusätzliche Koordinierung von eigenen Arztterminen und denen der Ehefrau führen bei ihm zu einem Überforderungsgefühl. Die Ehefrau ihrerseits äußert Schuldgefühle, dass sie ihrem Mann dies überlassen muss und hofft, ihn bald wieder entlasten zu können (Fallanalyse 146)

Es kann auch zu einer Konkurrenz der Partner um bestimmte Aufgaben und damit Rollen in der Beziehung kommen. Frau W. war z.B. davon irritiert, dass ihr Mann ihr Verpflichtungen im Haushalt abnehmen wollte. Kam sie nach der Arbeit nach Hause, waren „ihre Aufgaben“, wie Haus- oder Fensterputz bereits erledigt. Sie erlebte dies als Verlust und beklagte sich, ihr Mann nehme ihr „ihre Aufgaben“ weg. Diese Konkurrenz um die Verteilung von Rollen führte bei dem Paar zu einer Beziehungskrise. Durch

offene Gespräche erreichten beide einen Kompromiss, der es ihnen ermöglichte, weiterhin zusammenzuleben. Frau W. nahm die Depression ihres Mannes und die in der Folge auftretenden Konflikte als Anstoß wahr, bisher implizite Beziehungsannahmen explizit zu machen und damit neu auszuhandeln (Fallanalyse 158).

Rollenveränderungen beziehen sich nicht nur auf die Verteilung von Aufgaben, sondern auch darauf, welches Bild von „Männlichkeit“ oder „Weiblichkeit“ gelebt werden soll bzw. gelebt werden kann in der Partnerschaft. Die Depression eines Partners stellt bisherige Stereotype in Frage. Partnerinnen werden, wie oben dargestellt, unter Umständen durchsetzungsfähiger und fordernder, Partner gefühl- und verständnisvoller. Auch hier ist zum einen die Chance gegeben, Stereotype zu explizieren und zu korrigieren. Zum anderen können Konflikte aus der Frage entstehen, was den jeweiligen Partnern zugestanden wird: „Da war er mir lieber, wenn er mal mit der Faust auf den Tisch gehauen hat“ (Fallanalyse 005). Es kann im Extrem dazu kommen, dass Ehepartnerinnen von Patienten einen Verlust des „starken“ Partners beklagen (Fallanalysen 005, 024, 197).

Und ja eigentlich, dass man am Anfang von einer Ehe immer 'nen Mann will, der groß und stark und kräftig ist und alles beisammen hält und dann hat man dann eben so 'nen Häufchen Unglück, in Anführungsstrichelchen, liegen und hat eben die ganze Verantwortung. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 024 / 396–399)

Die Erfahrung der Depression kann den erkrankten Partner so verändern, dass auch das Zusammenleben als verändert wahrgenommen wird. Dies kann positive Entwicklungen beinhalten, wenn beide Partner zu einem sensibleren Umgang miteinander finden: „Er ist 'n anderer Mensch als vor der Krankheit. ... Und er ist auch so feinfühlig geworden. Mein Mann war früher nie feinfühlig oder ich hab's nicht gemerkt.“ (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 197 / 360–390). Frau Z. machte die für sie überraschende Erfahrung, dass ihr Mann sie brauchte und „auf sie hörte“ (Fallanalyse 034). Dies führte zu einer Neubewertung ihrer Partnerschaft mit mehr Gleichwertigkeit der Partner.

Zu den Rollen in der Familie und Partnerschaft gehören auch die der Elternschaft, wenn das Paar Kinder hat. Auch dies ist eine Quelle potentieller Konflikte, aber auch Wachstumschancen. Der gesunde Partner versucht z.B., die Kinder „abzuschirmen“, mögliche Konfrontationen zwischen dem kranken Partner und den Kindern zu vermeiden (Fallanalysen 024, 038). Der depressive Partner kann seine Rolle als Mutter oder Vater vielfach nicht mehr in dem Maße ausfüllen, wie es vor der Krankheit der Fall war. Er kümmert sich weniger um die Kinder und muss nach seiner Behandlung erst wieder behutsam „ins Familienleben integriert“ werden (Fallanalyse 019). Herr B. beobachtete, dass seine depressive Frau „nicht mehr die Nerven hatte“, mit dem

zweijährigen Kind umzugehen (Fallanalyse 157). Die Beziehungen können so belastet sein, dass es zu Koalitionen zwischen dem gesunden Partner und den Kindern kommt, aus denen der kranke Partner ausgeschlossen ist: „Ich geh zu meiner Tochter hin, er nicht“ (Fallanalyse 005, vgl. Fallanalysen 024 und 055).

Der depressive Partner als Gesprächspartner

Neben Rollenkonflikten kann das Paar von den depressiven Symptomen selbst belastet sein. Dies betrifft zum einen die oben angedeuteten Kommunikationsprobleme. Es kann einerseits die Form der Kommunikation betroffen sein. Paare sprechen weniger miteinander oder es kommt zu Missverständnissen und Streit. Die Partner erleben ihren depressiven Angehörigen in akuten Zeiten „wie durch eine Wand“ und meinen, nicht zu ihm durchdringen zu können. Der depressive Partner wird als fremd erlebt oder als entfernt und kaum zugänglich.

Man kann nicht groß mit ihr reden. Sie ist so ziemlich apathisch oder, als wenn sie in 'ne andere Welt versinken würde. ... Ich bin da der Führende, der Fragen stellt, sie antwortet mal, aber sobald wieder keine Frage ist, baut sich da keine richtige Kommunikation auf. Aber das geht alles noch. Das Schlimmste ist eben dann so, [wenn sie], ich sach mal, lustlos, wie in Trauer dann dasitzt. (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 071 / 194–215)

Der Inhalt von Gesprächen kann so stark von der Depression des Partners eingenommen sein, dass wenig Platz für einen Austausch über andere Themen bleibt: „Ich hab auch keine Lust [über] immer nur Krankheiten, Tabletten und alles das zu reden. Das könnte bei uns ein Tagesthema sein“ (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 112 / 331–334).

Partner schildern, dass sie eigene Sorgen, z. B. beruflicher Natur, nicht mehr zu Hause besprechen können. Einerseits wollen sie den kranken Partner nicht belasten und vermeiden daher, eigene Sorgen anzusprechen. Andererseits machen sie die Erfahrung, dass der depressive Partner nicht zuhören und sich nicht auf andere Themen konzentrieren kann. Unter Umständen bagatellisiert er diese sogar, da er seine eigenen als überwältigend erlebt (Fallanalyse 024).

Das beständige Kreisen um Probleme und das Grübeln des depressiven Partners sowie seine Unsicherheit, Entscheidungen zu treffen, machen ihn zu einem unattraktiven Gesprächspartner. Vielen fällt es schwer, andere Perspektiven einzunehmen, da sie wie festgefahren in ihrer depressiven Weltsicht erscheinen. Andere schirmen sich mit einer Reihe von Vorurteilen und schwarz-weiß-Kategorien gegen eine offene Auseinandersetzung ab. All dies führt dazu, dass die Partner der Patienten sich in einer

Situation sehen, in der sie „gegen Wände laufen“. Zum einen sind es die Wände, die den akut Depressiven von seiner Umwelt entfernen und ihn schwer zugänglich machen.

Herr R. beschreibt z.B., wie hilflos er sich seiner Frau gegenüber fühlt, wenn diese teilnahmslos und schweigsam auf dem Sofa sitzt. Er bemüht sich dann, ein Gespräch in Gang zu setzen und in Gang zu halten durch gezielte Fragen. Dies ermüdet ihn jedoch auf Dauer, da er sich als ständig Gebender wahrnimmt, der nichts zurückbekommt und auf seinen Problemen gewissermaßen sitzenbleibt: „Sie hat dann ihre Welt, und ich hab aber meine Welt mit meinen Problemen, und ich weiß aber, dass ich von ihr, ich sach mal, keine Hilfe erwarten kann“ (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 071 / 130–132). Diese Situation können die Partner so erleben, als würde dem depressiven Angehörigen alles gleichgültig sein, was sie betrifft (Fallanalysen 005, 019, 024, 055).

Andere „Wände“, gegen die die Partner anlaufen, sind die des festgefügt depressiv-negativ und dichotomen Denkens. Einige Partner versuchen, dem negativen Denken das andere Extrem gegenüberzustellen und den depressiven Partner damit ein wenig auf ihre Seite herüberzuholen. Dies ist jedoch häufig zum Scheitern verurteilt, wenn die depressiven Partner in stoischer Weise auf ihrem „aber“ oder „nein“ beharren. Unter Umständen können beide Partner in einen Wetts treit treten, wer die besseren Argumente für eine Positiv- vs. Negativsicht hat. Die Partner versuchen gewissermaßen, dem depressiven Angehörigen seine Weltsicht „auszureden“. In dieses Muster können beide umso mehr verstrickt sein, je mehr sie um die „richtige“ Wahrnehmung und „richtige“ Erinnerung streiten.

Das ist das, was mich eben so stark belastet, dass ich meinem Mann überhaupt nicht helfen kann, dass ich nur immer versuchen kann, ihn aufzubauen, und dass ich auch manchmal, 'n bisschen ungeduldig bin, ... wenn ich ihm das alles aufzähle, die positiven Dinge, und er lässt mich dann ausreden, und ... dann kommt dieses: ‚Ja, aber‘. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 084 / 533–537)

Die eigene (optimistische oder positive) Wahrnehmung kann häufig nicht auf den depressiven Partner übertragen werden. Im Extrem wird die Stimmung des depressiven Partners wie im Selbstlauf und jeder Art von Beeinflussung unzugänglich wahrgenommen (Fallanalysen 054, 145).

Anhalten kann man das ja nicht. Das ist mir ja unbegreiflich. Dann kann man nicht mal ein Gespräch führen und dann sagen, es ist alles gut so oder wir halten zusammen, um ihn ein bisschen aufzubauen, dass ihm das dann die Kraft gibt. Das reicht nicht, es kippt eben dann immer weiter und immer weiter, bis er dann eben am Boden ist. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 054 / 367–372)

Intimität und Sexualität des Paares

Der Ausdruck der emotionalen Verbundenheit des Paares, z.B. durch Intimität und Sexualität ist durch die Depression gestört. Dies hängt mit den depressiven Symptomen selbst zusammen, zu denen Anhedonie und Libidoverlust gehören. Der Verlust von Lebenslust und Lebensfreude spiegelt sich auf sexueller Ebene.

Das is auch noch so für mich persönlich immer sehr schwer 'n Zugriff zu meiner Frau zu haben oder so, 'ne, wie man miteinander umgeht. Das is die Schwierigkeit, bis hin, sachen wir mal so, wir könn da ganz offen drüber reden, auch was 'n geregeltes Sexualleben betrifft, 's eben nich mehr. ... In den letzten Wochen is zum Beispiel überhaupt nichts passiert in dieser Hinsicht. So. Es hat mich nich belastet jetz, ich hatte also nich das Bedürfnis danach. Das is einfach auch in den Hintergrund zurückgetreten. (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 072 / 481–501)

Auch kann eine antidepressive Behandlung die Appetenz und den sexuellen Erregungszyklus negativ beeinflussen.

Ich meine, es sind ja auch noch andere Sachen, was bei ihm jetzt, was mich halt och belastet und das, ich meine, ich sage das och ganz ehrlich, durch seine Krankheit, sag ich mal, ist och unser Sexleben weg. Also, da ist nichts mehr da. Frau Doktor W. sagte ja, dass das och durch die Medikamente und durch was weiß ich sein kann. Bloß ich warte nicht zehn Jahre, also ich finde, dass, och das gehört dazu wie Essen und Trinken, weil das och einen Menschen och aufbaut. Und ich denke, dass ich da och gesund bin. Und wenn Sie da mit ihm drüber sprechen, da macht er sich 's halt och irgendwo einfach, er hat da eben keine Lust, er hat andere Probleme. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 005 / 631–645)

Zusätzlich sind sexuelle Probleme durch die aktuelle Paarsituation und die Kommunikation beeinflusst. Wird der depressive Partner in akuten Phasen als fremd und unnahbar wahrgenommen oder dominieren Konflikte das partnerschaftliche Zusammenleben, ist auch die sexuelle Beziehung des Paares beeinträchtigt. Die Partner der Patienten erleben dann Gefühle von Einsamkeit und Traurigkeit über diesen Verlust von Intimität.

Wenn ich dann nicht sage: ‚Willste nicht mal rauskommen und deine Tabletten nehmen‘, passiert nichts, passiert nichts. Abends verschwindet er ohne Gute Nacht. Am früh steht er auf ohne Guten Morgen. Und das macht mich wahnsinnig. Bissel Liebe, das fehlt doch und wenn er bloß mal ein streichelt oder was, also das macht mich verrückt, nicht wahr. Er läuft neben mir her wie ein fremder Mensch, wie ein fremder Mensch, geht an mir vorbei, ohne mich mal anzugucken. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 133 / 328–343)

In einigen Fällen sind die Partner hilflos, wie sie auf ihren depressiven Partner eingehen oder zugehen sollen (Fallanalyse 072). Erleben sie z.B. häufig Zurückweisung, dann fühlen sie sich verunsichert, zweifeln an sich oder machen sich Vorwürfe. In der Folge kann es zu Versagensängsten kommen, die die Entstehung von sexuellen Störungen begünstigen. Verbunden mit der Unfähigkeit, offen miteinander zu sprechen, kann für den gesunden Partner ein Kreislauf von Unsicherheit, Versagensangst und verstärkte r Selbstbeobachtung einsetzen. Dies kann zu sexuellen Störungen führen. Kommen Vermeidungsverhalten und Kommunikationsstörungen hinzu, dann isolieren und entfremden sich die Partner weiter voneinander. Die Partner depressiver Patienten, die in ein solches Muster verstrickt sind, sehen häufig keinen Ausweg aus der Situation. Aufgrund der Tabuisierung des Themas Sexualität, nehmen sie kaum einen Ansprechpartner oder eine Hilfsmöglichkeit wahr. Sie resignieren oder warten ab, dass der depressive Partner seinerseits „gesundet“, um den Kreislauf dann selbst zu durchbrechen.

Der folgende Ausschnitt aus einer Fallanalyse soll die beschriebene Wechselwirkung von Faktoren verdeutlichen.

Fall 046: „Ich sage, ich liebe dich so, wie du bist.“ (vgl. Feinanalyse in Anhang B)

Herr Q. ist 62 Jahre alt und arbeitete als Labormechaniker. Seine Frau, 60 Jahre, war zuletzt in der Montage beschäftigt, erhält aber aus orthopädischen Gründen seit einigen Jahren eine Erwerbsunfähigkeitsrente. Beide sind seit 1974 verheiratet und haben zwei gemeinsame Töchter im Alter von 21 und 24 Jahren. Die Familie hat vier weitere Kinder. Frau Q. erzählt kurz von ihrem Behandlungsweg. Die vor vier Jahren aufgetretenen großen Schmerzen und Bewegungseinschränkungen beider Arme haben dazu geführt, dass Frau Q. zunehmend depressiv wurde. Die immer wieder erhöhte Dosis von Schmerzmitteln hat darüber hinaus zu einer Medikamentenabhängigkeit geführt. Nach einem Suizidversuch war Frau Q. in psychiatrische Behandlung gekommen.

Herr Q. thematisiert die Partnerschaft und die Auswirkungen der Erkrankung auf die gemeinsame Lebensgestaltung. Vordergründig sind sexuelle Probleme: „Es gibt schon Probleme, ... dass da auf bestimmten Gebieten da nichts, so gut wie nichts läuft. ... Ich habe das mal so vorsichtig immer angesprochen das Thema und, aber da ... geht sie, geht sie nicht drauf ein, ... na ja eben bedingt, eben durch die Krankheit wahrscheinlich, dass das och ein bisschen eingeschlafen ist.“ Herr Q. ist sich unsicher, wie er sich seiner Frau gegenüber verhalten soll und bemerkt in der Folge eigene sexuelle Störungen. Auch empfindet sich seine Frau durch ihre Gewichtszunahme wenig attraktiv.

Er versucht vergeblich, sie davon zu überzeugen, dass seine Gefühle für sie durch die Erkrankung und ihre Folgen in keiner Weise gelitten haben: „Ich sage, ich liebe dich so, wie du bist.“

Zusammenfassung

Die Depression des Partners hat Auswirkungen auf den Beziehungsalltag des Paares. Sie kann zur (Neu)Definition und Verhandlung von Rollen führen. Dies birgt neben den wahrgenommenen Belastungen und Konflikten zugleich das Potential, Erwartungen an die Beziehung zu äußern und so zu ihrer Entwicklung beizutragen. Einige depressive Symptome können direkt in den Beziehungsalltag eingreifen. Dies betrifft das typische depressive Denkmuster, das die Kommunikation des Paares auf eine harte Probe stellen kann. Zusätzlich können sexuelle Probleme bestehen.

Schwierig ist die Abgrenzung depressionsbedingter partnerschaftlicher Veränderungen von Veränderungen, die der Beziehung selbst geschuldet sind. Der folgende Ausschnitt aus einer Fallanalyse soll diese Verstrickung von Beziehung und Krankheit illustrieren.

Fall 066: „Diese Depressionsstrecke, die kommt ja mehr zum Tragen zwischen uns beiden.“

Herr A. ist 69 Jahre alt und Altersrentner. Er war zuletzt in der Messgerätereparatur tätig. Beide Partner sind seit 39 Jahren miteinander verheiratet und haben eine jetzt 37jährige Tochter. Seine Frau ist 64 Jahre alt und gelernte Krankenschwester. Sie hat ihren Beruf nach der Geburt der Tochter aufgegeben. Frau A. wurde 1975 erstmalig wegen psychischer Probleme behandelt. Sie leidet darüber hinaus an einer Krebserkrankung. Die psychiatrische Diagnose kann Herr A. nicht genau benennen, er meint: „nervös, oder wie soll man es beschreiben“.

Zentral in der Erzählung von Herrn A. sind partnerschaftliche Probleme, die er im Zusammenhang mit der depressiven Erkrankung seiner Frau erlebt. Die partnerschaftliche Atmosphäre ist von Kritik und Vorwürfen und widerstreitenden Interessen gekennzeichnet. Vorwürfe der Ehefrau richten sich an die aktuelle Situation, z.B. dass Herr A. zuviel Zeit seinen Hobbies und zu wenig seiner Frau widme: „Ja, da hast Du Zeit, aber für mich hast Du keine Zeit.“ Obwohl sie doch immer da mitgehen könnte.“ Ihm wird Egoismus vorgeworfen, wenn er seinen Interessen nachgeht (z.B. Gartenarbeit, ehrenamtliches Engagement in der Kirche). Sie beteiligt sich aber nicht daran, auch wenn er sie dazu auffordert. Zumeist wird der eigene Rückzug der Frau mit Arztterminen, Unpässlichkeiten, Behandlungen und Beschwerden begründet. Zuletzt ist Herr A. allein weggefahren, weil seine Frau ihn wegen Rückenbeschwerden nicht begleiten konnte. „Im Grunde genommen, war ich eben Egoist, weil ich doch gefahren bin im Sommer. Jeder andere sagt eben: ‚Du brauchst auch mal ’n Freiraum‘.“ Eben diesen Freiraum vermisst er in der Partnerschaft, im Gegenteil er sieht sich in einer Zwangssituation, die er als „Freiraumsperre“ bezeichnet.

Andere Vorwürfe beziehen sich auf die Vergangenheit. Frau A. leidet darunter, ihren Beruf aufgegeben zu haben und nun sehr wenig Rente zu bekommen und von ihrem Mann abhängig zu sein. Die damalige Entscheidung lastet sie ihrem Mann zu großen Teilen an. Auch gab es in der partnerschaftlichen Geschichte einen „Seitensprung“ des Mannes, der unverarbeitet ist und von Frau

A. immer wieder zum Anlass genommen wird, die Beziehung in Frage zu stellen. Herr A. fasst zusammen, dass die Vorwürfe teils bis zu 30 Jahre alte Dinge betreffen.

Seine Strategie damit umzugehen, ist zunehmende Ignoranz: „Du hörst mir ja gar nicht mehr zu.“ Aber, wenn eben immer dasselbe gesagt wird, ist das dann automatisch, sach ich mal, dass man entweder noch zuhört oder nicht. Das ist dann eben schwierig.“ Zudem erschweren die beständigen Klagen seiner Partnerin einen partnerschaftlichen Austausch. In der Folge entfremden sich beide Partner immer stärker voneinander, das Zusammenleben kommt praktisch zu einem Stillstand, wirkt rigide und lebensleer: „Also Spontanaktionen, da ist ja gleich gar nichts für sie. Ich meine, Ordnung und das ist alles schön und gut und richtig und wichtig, aber mal spontan irgendwas ganz Verrücktes machen und so, also das ist 'ne Sache, die da nicht in Frage kommt.“ Die Monotonie des Zusammenlebens und der stets wiederkehrenden Streitereien äußert sich in der lakonischen Sprache und Sätzen wie: „Es ist immer wieder dasselbe, kann man bloß sagen, es ist echt so, es ist immer wieder dasselbe. ... Also das wäre im Grunde so, wie das so jahraus, jahrein abläuft.“