

8 Dimensionen der Krankheitsbewältigung aus Partnerperspektive

Im zweiten Teil der Ergebnisdarstellung werden die Formen des Umgangs und der Bewältigung von Depressionen in der Partnerschaft aus Sicht der Partner der Patienten beschrieben. Von besonderem Interesse sind diejenigen Umgangsformen, welche die Partner der depressiven Patienten als hilfreich erleben. Kernkonzept für einen hilfreichen Umgang ist die Gestaltung (und ggf. Veränderung) der Partnerschaft. Interessierende Fragen sind: Welche individuellen und gemeinsamen Formen des Umgangs mit depressivem Verhalten werden als hilfreich empfunden? Verändern sich diese im Verlauf der Erkrankung? Was fördert einen hilfreichen Umgang? Was behindert einen hilfreichen Umgang?

Die Strategien der Partner im Umgang mit erkrankungsbedingten Problemen ihres Angehörigen lassen sich entlang zweier Dimensionen abbilden. Dies betrifft zum einen die Involviertheit der Partner, d.h. die Frage, ob eher gemeinsam oder isoliert voneinander Wege des Umgangs gesucht werden. Die zweite Dimension ist die der Einflussnahme der Partner, d.h. die Frage, inwiefern sie Möglichkeiten wahrnehmen, ihren kranken Partner oder die Situation zu beeinflussen. Ausgehend von diesen beiden Dimensionen – „Involviertheit“ und „Einflussnahme“ – wird ein Muster an Bewältigungsformen beschrieben. Es können folgende Polarisierungen festgestellt werden (vgl. Abb. 3):

- I. Mein Partner ist depressiv. Da kann man (ich) nichts machen.
(individuell / passiv)
- II. Mein Partner ist depressiv. Ich sage ihm, was zu tun ist.
(individuell / aktiv)
- III. Wir stehen das gemeinsam durch.
(gemeinsam / passiv)
- IV. Wir versuchen gemeinsam neue Wege.
(gemeinsam / aktiv)

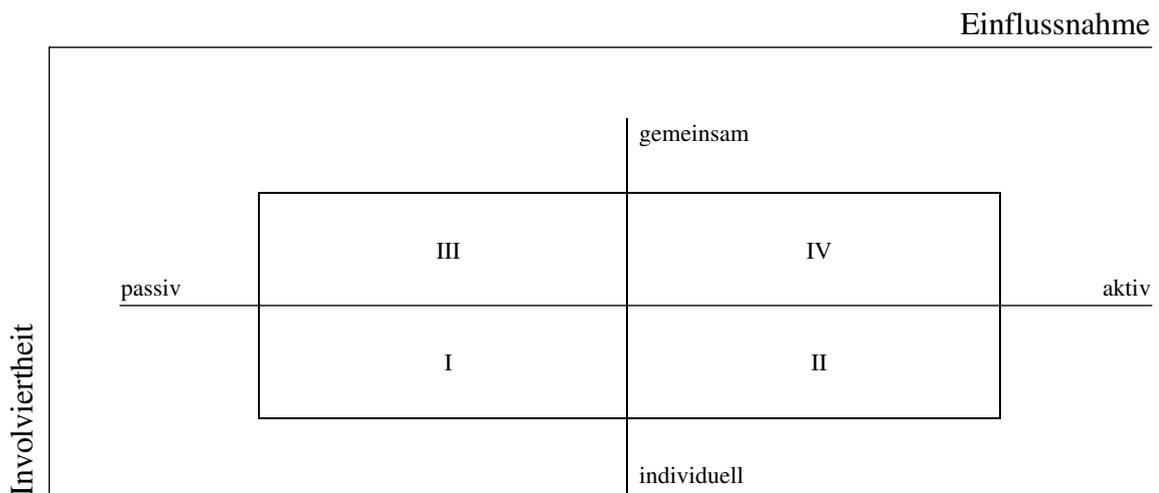


Abb.3 Schematische Darstellung der Bewältigungsformen der Partner depressiver Patienten entlang der Dimensionen „Involviertheit“ und „Einflussnahme“

Jedes Paar kann zu einem gegebenen Zeitpunkt an einem Punkt in dieser Matrix eingeordnet werden. Die Formen des Umgangs und der Bewältigung verändern sich jedoch im Laufe der Zeit. Dem Muster von Bewältigungsformen liegt eine dritte Ebene, nämlich die der Zeit zugrunde. Zunächst werden die beiden individuellen Bewältigungsformen erläutert, d.h. diejenigen, welche die Partner isoliert voneinander nutzen.

8.1 Individuelle Bewältigungsformen

Individuelle Bewältigungsformen bestehen dann, wenn beide Partner isoliert voneinander Wege des Umgangs mit den erkrankungsbedingten Problemen suchen. Die Situation der Partner lässt sich entlang der Pole Passivität und Aktivität darstellen. Individuelle passive Bewältigungsformen bedeuten, dass die Partner der Patienten resigniert sind und keine Einflussmöglichkeiten wahrnehmen.

Mein Partner ist depressiv. Da kann man (ich) nichts machen – „gemeinsam einsam“ oder Flucht

Partner, die keine Einflussmöglichkeiten sehen, schildern sich als resigniert und hoffnungslos. Ihre Beziehung kann beschrieben werden als „gemeinsam einsam“. Sie fühlen sich ihrem Partner entfremdet, unverstanden und den Vorwürfen und Angriffen

oder der Unzugänglichkeit und den wechselnden Stimmungen des depressiven Partners ausgeliefert (Fallanalysen 066, 072)

Ihre vorrangige Strategie ist Flucht. Die Partner hören nicht mehr zu, verlassen mitten im Gespräch den Raum, kommen spät nach Hause, flüchten in Arbeit oder Dienstreisen, schließen die depressiven Partner aus ihren Interessen und Hobbies aus (Fallanalysen 071, 072, 078). Die Bewältigungsform des Vermeidens bzw. der Flucht hat eine kognitiv-emotionale Komponente. Das Thema wird bewusst vermieden. Zu dieser Bewältigungsform gehört auch, dass Partner das Nachdenken oder Grübeln über die Situation zu unterbinden versuchen oder das Thema aus Gesprächen ausschließen. Sie kann daher auch als eine Form der Emotionsregulierung verstanden werden.

Andere Beziehungen zu Familienmitgliedern, Nachbarn oder Arbeitskollegen bekommen mehr Gewicht. Die Partner der Patienten suchen Alternativen, in denen sie sich besser verstanden glauben. Der Schritt hinaus aus der unbefriedigenden Beziehung zum depressiven Partner ist dann nicht mehr weit (Fallanalyse 005).

Mein Partner ist depressiv. Ich sage ihm, was zu tun ist – Ankämpfen gegen die Krankheit

Der Gegenpol ist der aktive, aber ebenfalls isolierte Weg, die Probleme anzugehen. In diesen Fällen fordern die Partner von ihren depressiven Angehörigen, gegen die Krankheit anzukämpfen. Der Partner soll sich nicht „auf seinen Medikamenten ausruhen“ (Fallanalyse 024) oder „sich dem Krankheitsbild hingeben“ (Fallanalyse 072) oder „sich hinter seiner Krankheit verstecken“ (Fallanalyse 005). Vielmehr soll er aktiv an seiner Gesundheit mitarbeiten. Lange Krankschreibungen, Kuraufenthalte und Untätigkeit werden als kontraproduktiv erlebt. In Analogie zum Alkoholiker, soll der depressive Partner seine Krankheit überwinden und sich nicht aufgeben (Fallanalyse 024).

Die Depression ist in diesem Verständnis etwas, gegen das es anzukämpfen gilt: „Also, ich denke, man muss immer kämpfen, auch in verschiedenen Situationen des Lebens, also beruflich, wie auch vielleicht mit 'ner Krankheit.“ (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 071 / 220–222). Erfolgreiche Behandlung wird z.B. darauf zurückgeführt, dass sich die Erkrankte nicht aufgegeben hat und immer angekämpft hat gegen die Depression (Fallanalyse 015).

Das Ankämpfen gegen die Krankheit impliziert mehrere konkrete Handlungen, die eingefordert werden. Beispielsweise soll der depressive Partner nicht mit seinem Leiden

die Familie, d.h. die Themen und Aktivitäten der Familie dominieren (Fallanalyse 024). Er soll am Familienleben teilhaben und seine Aufgaben so gut wie möglich ausfüllen. Weiterhin bedeutet das aktive Ankämpfen gegen die Depression, dass der depressive Partner seine Bedürfnisse äußert und sich Wege zu ihrer Befriedigung sucht. Dies betrifft sowohl umfassende Themen der Lebens- und Beziehungsgestaltung als auch alltägliche Entscheidungen (Fallanalyse 112). Als Antwort auf die Erfahrung, dass der depressive Partner „keine Meinung zu irgendetwas“ (Fallanalyse 055) hat, wird von ihm mehr Selbständigkeit eingefordert.

Eine Forderung betrifft die Frage, wie die depressiven Partner ihre durch die Krankschreibung, durch Arbeitsverlust, Berentung o.ä. entstandene freie Zeit ausfüllen können. Ein Vorschlag ist Sport treiben (Fallanalysen 005, 024). Die Partner der Patienten sehen es als wichtig an, dass der Erkrankte eigene Interessen entwickelt und Möglichkeiten hat, durch diese Erfahrungen sein Selbstbewusstsein wieder aufzubauen. Sie erleben es als besonders belastend, wenn ihnen hierfür die Verantwortung übertragen wird.

Ich hab's ihr immer sehr burschikos gesagt. Ich kann nicht der Pausenc clown für ihre Freizeit sein. Ne also, sie erwartet im Prinzip immer die ständigen Anregungen von mir. Was muss ich denn eigentlich tun, wie bring ich meinen Tag über die Runden, und so weiter und sofort. (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 072 / 185–192)

Je abhängiger und unselbständiger der depressive Partner sich gibt, um so mehr büßt er an Attraktivität für den anderen Partner ein. Partner stellen unter Umständen Ultimaten und drohen ihrerseits mit Trennung, wenn der depressive Partner keine Eigeninitiative zu seiner Besserung ergreift (Fallanalysen 005, 024, 071, 072).

8.2 Gemeinsame Bewältigungsformen

Gemeinsame Bewältigungsformen betreffen die Paarsituation. Auch sie können auf der einen Seite von Passivität (Hinnehmen) und auf der anderen Seite von Aktivität (Verändern) gekennzeichnet sein (s. Abb. 3).

Wir stehen das gemeinsam durch – Versorgen „wie ’n drittes Kind“

Gemeinsame passive Bewältigungsformen bedeuten, dass das Paar sich in die Situation fügt und abwartet. Die Verantwortung für Veränderungen wird bei den behandelnden Ärzten oder Psychologen gesehen. Diese Bewältigungsformen gehen von einer Akzeptanz der Depression als Krankheit aus. Ähnlich wie in anderen Krankheitsfällen gestaltet das Paar sein Leben gewissermaßen krankheitsangepasst. Der depressive Partner wird „bemuttert“ und versorgt „wie ’n drittes Kind“, damit „er wieder wird“ (Fallanalysen 019, 024, 038).

Partner, die diese Rolle ausfüllen, sehen die Behandlung des Erkrankten häufig als die einzige mögliche Umgangsform mit der Depression an. Sie unterstützen ihren erkrankten Partner darin, Hilfe zu suchen und den Behandlungsempfehlungen Folge zu leisten. Besonders für diejenigen Partner, die selber keinen alternativen Erfahrungsbereich, wie z.B. die eigene Berufstätigkeit haben, wird die Sorge um ihren erkrankten Angehörigen zu einem zeitintensiven und kraftaufwendigen Arbeitsbereich. Diese Partner stellen ihre eigenen Bedürfnisse zugunsten derer des Erkrankten zurück und versuchen alles zu unternehmen, um ihm zu helfen (Fallanalyse 082). Sie beschreiben sich bezüglich der Zukunft der Beziehung und der Familie als passiver, resignierter und abwartender. Trennungsgedanken werden nicht thematisiert.

Die Partner nehmen dem Kranken viel ab (z.B. Hausarbeit) (Fallanalyse 146) oder schaffen in Analogie zu körperlichen Krankheiten eine Atmosphäre der Ruhe und Heilung (z.B. Radio leiser stellen) (Fallanalysen 034, 039). Konflikte werden verhindert, Streitgespräche vermieden, heikle Themen nicht angesprochen (Fallanalysen 034, 019). Oftmals wird eine „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ gesichert z.B. dadurch, dass die Partner per Handy immer abrufbar sind (Fallanalysen 046, 173, 197).

Wenn die berufliche Situation des Kranken als depressionsauslösend oder depressionsfördernd angesehen wird, werden hier gemeinsam neue, krankheitsangepasste Möglichkeiten gesucht. Die bisherige Arbeit wird aufgegeben (Fallanalysen 054) oder eine Umschulung oder Orientierung auf einen anderen beruflichen Bereich vorgenommen (Fallanalysen 004). In einigen Fällen muss die vorzeitige Berentung (Fallanalyse 067) oder die Erwerbsunfähigkeit erwogen werden (Fallanalyse 092). Gibt es keine Möglichkeiten für den depressiven Partner mehr auf dem Arbeitsmarkt Fuß zu fassen, erweist sich die Familie als neuer „Arbeitgeber“. Partner versuchen zum Teil gezielt, ihrem depressiven Angehörigen ein neues Aufgabengebiet zu vermitteln. Dies kann durch den Kauf eines Gartens (Fallanalyse 038) oder Haustieres (Fallanalyse 004) geschehen. Aber auch die Renovierung oder

Umgestaltung der Wohnung (Fallanalyse 158), die Unterstützung anderer Familienangehöriger, z.B. Kinder oder pflegebedürftiger Angehöriger (Fallanalyse 079) und die Planung von Familienfesten (Fallanalyse 111) und Umzügen (Fallanalyse 072) können Wege sein, dem depressiven Angehörigen eine sinnstiftende Aufgabe zu geben.

Wir versuchen gemeinsam neue Wege – alternative Beziehungsgestaltung

Im Gegensatz zu gemeinsamen passiven Bewältigungsformen zielen gemeinsame aktive Bewältigungsformen darauf ab, durch Veränderungen innerhalb der Partnerschaft die Depression des Partners zu beeinflussen. Die Depression eines Partners kann zu einer Bilanzierung und ggf. Neuordnung des partnerschaftlichen Systems führen. Die Bilanzierung der Beziehung steht einerseits im Zusammenhang mit der Suche nach Ursachen für die Entwicklung der Depression. Andererseits werden hier zentrale Möglichkeiten der Einflussnahme auf den Krankheitsverlauf von den Partnern gesehen.

Je nach Bilanz der Beziehung werden alternative Formen der Beziehungsgestaltung ausprobiert. Partner, die diese Bewältigungsformen nutzen, reflektieren ihre eigene Rolle in der Beziehung und sind bereit, diese zu verändern. Dominante Partner versuchen, „sich zurückzunehmen“ und dem Partner mehr Spielraum für eigene Entscheidungen zuzubilligen (Fallanalysen 024, 071). Submissive Partner versuchen zu lernen, mehr einzufordern und ihren eigenen Bedürfnissen mehr Ausdruck zu verleihen (Fallanalysen 019, 055).

Partner, die sich voneinander entfernt hatten, sei es aus beruflicher Überforderung oder aus Gründen der Beziehung, rücken wieder näher zusammen. Statt Wochenend- und Nachtarbeit wird z.B. Teilzeit gearbeitet, um mehr Raum und Zeit für die Familie zu schaffen (Fallanalyse 085). Wo dies aus arbeitsmarkttechnischen Gründen nicht erwogen werden kann, z.B. bei Montagearbeit, wird die eigene Gebundenheit als hinderlich für den Umgang mit der Erkrankung des Partners erlebt (Fallanalyse 056).

Paare, die wenig miteinander gesprochen haben, versuchen, wieder mehr miteinander zu reden (Fallanalysen 019, 131).

Durch die ganze Sache haben wir eben auch na ja mehr, wir selber auch mehr gelernt, über eigentlich alle Dinge eben mehr zu reden. ... Also das war jetzt die Erfahrung oder das Positive eigentlich, wenn man das jetzt mal so sagen kann, ... was sich daraus ergeben hat. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, 131, 120–148).

Paare, die ihre Beziehung hingegen zu eng gestaltet hatten, suchen Wege der Lockerung und Freiheit beider Partner. Es wird z.B. ein Tag vereinbart, an dem der gesunde Partner unabhängig vom Erkrankten seinen Interessen nachgehen kann (Fallanalyse 046). Paare, deren Beziehungsgestaltung durch Gewohnheit und Routine bestimmt war, versuchen, diese zu durchbrechen (Fallanalysen 015, 060).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Alternativen innerhalb der Beziehung getestet werden. Die Partnerschaft wird gewissermaßen als „korrigierende Erfahrung“ verstanden. Stellvertretend für diese gemeinsame aktive Bewältigung kann der Satz stehen: „Und da haben wir gedacht, dass wir das heilen können im Zusammenleben.“ (Fallanalyse 145). Dieser Bewältigungsform sind jedoch Grenzen gesetzt. Die Erlebnisse des depressiv Erkrankten und seine akuten Symptome können die Wahrnehmung der aktuellen Situation so beeinflussen, dass keine Veränderung durch den Kontext der Partnerschaft möglich ist.

Gemeinsame Bewältigungsformen bestehen, wenn beide Partner ein gemeinsames Verständnis für die Entstehung der Depression und den Umgang damit haben. Herr K. nimmt z.B. ebenso wie seine Frau die Depression im Zusammenhang mit ihrer Krebserkrankung wahr. Beide bemühen sich, gemeinsam gegen die Krebserkrankung und die in ihren Augen sekundär entstandene Depression anzukämpfen (Fallanalyse 111). Im Gegensatz dazu konkurrieren Herr und Frau G. um ein schlüssiges Erklärungsmodell der Depression. Während der Mann Existenzängste und die aktuelle Arbeitsmarktlage als depressionsauslösend ansieht, meint Frau G., „da hat das ganze Leben was damit zu tun.“ (Fallanalyse 055). Frau G. möchte vor allem an ihrer Beziehung arbeiten und die anhaltenden Kommunikationsprobleme überwinden. Für dieses Paar ist es deshalb schwer, zu gemeinsamen Bewältigungsformen zu finden.

Werden Grenzen gemeinsamer Veränderung erlebt oder bleiben gewünschte Effekte aus, können Partner die Trennung vom Erkrankten erwägen: „[Ich] möchte jetzt eben versuchen, mit meinem Mann das wieder ’n bisschen aufzubauen, die ganze Beziehung, oder eben, wenn’s nicht geht, dann müssen wir uns vielleicht doch trennen.“ (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 055 / 58–62).

8.3 Individuelle und gemeinsame Bewältigungsformen im Zeitverlauf

Je nach Dauer und Verlauf der Depression verändert sich das Bewältigungsmuster der Partner. Die Partner bewegen sich gleichsam entlang der Dimensionen „Involviertheit“ und „Einflussnahme“, wobei das Ausmaß ihrer Aktivität vs. Passivität Veränderungen unterworfen ist. Passive Bewältigungsformen können zu aktiven werden, wenn die Partner mehr Information und Erfahrungen gesammelt haben. Partner lernen beispielsweise zu fordern und zu unterstützen statt mitzuleiden und abzuwarten (Fallanalyse 071). Sie entwickeln mehr Verständnis, fragen früher nach anstelle abzuwehren oder herunterzuspielen (Fallanalyse 111).

Aktive Bewältigungsformen können in passive übergehen, wenn sie erfolglos bleiben. Partner resignieren, ziehen sich zurück, zeigen keine Initiative mehr. Sie grenzen sich im Verlauf unter Umständen vom depressiven Partner ab und verstärken die Isolation beider Partner (Fallanalyse 066).

„Involvierte“ Partner können distanzierter werden, wenn gemeinsame Versuche des Umgangs mit der Depression erfolglos sind. Herr R. beispielsweise versuchte zunächst, mit seiner Frau zusammen Wege zur Besserung zu finden. Er sprach mit ihr, zeigte Mitleid und Verständnis und versuchte, sie abzulenken. Als seine Frau von Jahr zu Jahr depressiver wurde und stationär behandelt werden musste, grenzte sich Herr R zunehmend von ihr ab und stellte seinen eigenen Lebensentwurf dem gemeinsamen gegenüber. In der Konsequenz forderte er mehr Initiative und den oben angesprochenen „Kampfgeist“ seiner Frau heraus (Fallanalyse 071).

Im Gegensatz dazu wandelte sich die anfängliche „Distanziertheit“ für Herrn B. zu Mitgefühl und Unterstützung seiner Ehefrau. In seiner Wahrnehmung kann ein liebevolles und verständnisvolles Umfeld dem Depressiven aus seiner Krankheit heraushelfen. Besonders wichtig war es ihm, an gemeinsame Interessen anzuknüpfen und Erfahrungen zu schaffen, die seiner depressiven Frau wieder mehr Vertrauen in sich und ihre Möglichkeiten gaben (Fallanalyse 015).

8.4 Integrierende Illustration von Bewältigungsformen

Das komplexe Wechselspiel zwischen den einzelnen Bewältigungsformen und ihrer Entwicklung im Verlauf soll anhand des folgenden Ausschnitts einer Fallanalyse illustriert werden:

Fall 111: „Also es gibt ganz wenig Stillstand hier“

Herr K. ist 62 Jahre alt und im Vorruhestand. Er war bis 1991 bis zur Schließung des Betriebes im Grafischen Gewerbe tätig. Er machte dann Weiterbildungen für die Bildschirmarbeit und arbeitete in der Kartographie, bis er arbeitslos wurde. Seine Frau ist 61 Jahre alt und arbeitete zuletzt ebenfalls im Grafischen Gewerbe. Beide sind seit 39 Jahren miteinander verheiratet und haben einen 40jährigen Sohn und eine 34jährige Tochter. Frau K. ist vor sieben Jahren an Krebs erkrankt. Ihr wurde im Zuge der Behandlungen und Krankschreibungen gekündigt. Im Zusammenhang damit sind die psychischen Probleme damals erstmalig aufgetreten.

Zentrales Thema der Erzählung ist der Umgang mit der Erkrankung in der Familie und die Veränderungen im Laufe der Zeit. Diese Veränderungen werden als Lernprozess verstanden: „Anfangs, da musste man allerhand dazulernen, was das Verständnis anbelangt.“ Hierbei wurden die Kinder, Freunde und Verwandte als besonders hilfreich erlebt. Sie halfen, eigene Reaktionen zu reflektieren oder waren Modell für einen verständnisvolleren Umgang. Der Lernprozess wird als Möglichkeit begriffen, neue und erfolgreichere Umgangsweisen zu erlernen. „Früher hätte ich vielleicht jetzt noch aus Unwissenheit heraus gesagt, was weiß ich: ‚Hab Dich nicht so‘. Und das hätte aber die ganze Sache noch gesteigert, oder sie hätte sich dann vielleicht zurückgezogen oder so. Ja, aber wie gesagt, das sind die Sachen, die Lernphasen, die man selber als Beteiligter dann mit durchmacht.“

Ablenkung und Abwechslung werden als zentral im Umgang mit der Erkrankung und vor allem mit depressivem Grübeln gesehen. Zu Beginn wurde der Ehepartnerin viel abgenommen an Verpflichtungen und Belastungen: „Das bedeutete eigentlich, dass wir ihr auch vieles im Haushalt und ringsum an Belastungen wegnehmen mussten.“ Diese Haltung wird zunehmend aufgegeben und macht einer gezielten Beanspruchung Platz. Seine Idee dabei ist, dass die Partnerin nicht zum Grübeln kommt, wenn sie permanent beschäftigt ist. Daher wird versucht, ihr wohldefinierte Aufgaben zu verschaffen: zunächst im hauswirtschaftlichen Bereich, in der Organisation von Familienfesten, der Betreuung der Enkelkinder oder der Mithilfe beim Hausbau der Tochter.

Familie K. ist im Sommer Dauercamper auf einem Campingplatz im Wald. Das wird als große Hilfe im Umgang mit der Erkrankung erlebt. Einerseits bietet sich die Möglichkeit für aktive Erholung (Spaziergänge, Radfahren) in der Natur. Hier wurde zum Teil ein körperliches Training zum Stressabbau absolviert: „... dass sie immer im Prinzip im Wald war und viele Märsche durchgeführt hat, die auch, sagen wir mal, über das Normale teilweise hinausgingen, so dass auch Anstrengung mit da war.“

Andererseits wird die soziale Gemeinschaft auf dem Campingplatz als verschieden von den normalen Nachbarschaftsbeziehungen erlebt: „Die Verbundenheit unter den Leuten ist in solchen Dingen da doch ein bisschen anders.“ Herr K. resümiert: „Da tritt so was [Anmerk.: depressives

Grübeln] gar nicht auf, weil die Eindrücke so groß sind.“ Auch der große Freundeskreis sorgt für Ablenkung.

Dieses Prinzip der engen Verbundenheit gilt auch für die Familie. Die Kinder werden als sehr unterstützend wahrgenommen, halten intensiven Kontakt. Die Eltern sind in die Lebenssituation der Kinder eng eingebunden, fahren z.B. alle 14 Tage zur Tochter, um beim Hausbau zu helfen. Jedes Weihnachtsfest wird im Kreis der gesamten Familie verbracht. Dann kommen auch weiter entfernte oder im Ausland wohnende Familienangehörige zu Besuch. Über die Anteilnahme und den Zusammenhalt hinaus erlebt Frau K. besondere Hilfe und Verständnis von ihrer Schwester, die ebenfalls an Krebs erkrankt ist.

Die Paarbeziehung wird als sehr eng geschildert: „Also es gibt bei uns kaum mal irgendwas, was jemand alleine macht.“ Die Einkäufe werden gemeinsam erledigt, spontane Unternehmungen wie Kinobesuche oder Stadtbummel sind möglich. „Wenn wir tatsächlich dann mal hier zu Hause sind, dann machen wir unsere Einkäufe gemeinsam und machen auch mal Stadtbummel, wo eigentlich gar nichts geplant ist.“ Im Vergleich zur Saison auf dem Campingplatz wird der Winter als „flaue Zeit“ erlebt, die bewusst mit Aktivitäten ausgefüllt werden muss. „Dann sind wir eben viel unterwegs.“ Neben den vielen gemeinsamen Unternehmungen gibt es auch getrennte Interessenbereiche, die wahrgenommen werden können: „Wenn mal ein Riesenfußballspiel ist, da verschwind ich mal ins andere Zimmer. ... Das muss man auch jedem mal zugestehen so ein paar Dinge.“ Die Partner gehen respektvoll und offen miteinander um. „Es wird im Prinzip alles exakt abgesprochen.“

Insgesamt wirken die Bemühungen wie der Versuch, die Kontrolle zu behalten über eine als unkontrollierbar erlebte Situation. Die Familie hat einen Weg gefunden, unterstützend und verständnisvoll mit den Schwierigkeiten umzugehen. Dies mag zum einen daran liegen, dass Herr K. die Krebserkrankung als auslösend für die Depression seiner Frau ansieht. Die lebensbedrohliche Krankheit stellt eine enorme seelische Belastung für die Frau, aber auch für die gesamte Familie dar. Die depressive Reaktion auf diese Erkrankung ist für den Partner verständlich. Darüber hinaus ist Herrn K. depressives Empfinden nicht fremd: „Ich habe auch später dann, sagen wir mal, so eine Phase gehabt, wo ich mich mehr mit solchen Dingen befasst habe. Das war in Zeiten, wo dann, sagen wir mal, unser Kombinat abgewickelt worden ist, beziehungsweise der Zweitberuf dann auch noch mal zumachte. ... In solchen Zeiten, wo man den Sprung von der Berufstätigkeit zum in Anführungsstricheln Nichtstun vollzieht, da hat man erst mal mit sich selber auch 'n bisschen zu tun.“ Nach der Schließung des Kombinats hatte sich ein Kollege von ihm das Leben genommen, ein anderer war kurz darauf verstorben: „Dann hatte man immer noch im Hinterkopf deren Schicksale.“ Aufgrund dieser Erfahrungen ist Herr K. sensibilisiert für die Spirale depressiven Denkens und Fühlens und versucht, so gut und schnell wie möglich entgegenzusteuern.

8.5 Hemmnisse eines hilfreichen Umgangs mit Depression

Die Bewältigungsformen der Partner entwickeln sich im sozialen Kontext und sind von den Ressourcen der jeweiligen Partner abhängig. Herr K. im obigen Beispiel konnte auf eine Reihe von Erfahrungen in seinem persönlichen Umfeld, aber auch in seiner eigenen Lebensgeschichte zurückgreifen. Zusammen mit seiner Familie lernte er, sich ein Bild von der Krankheit zu machen und entsprechend zu reagieren (Fallanalyse 111). Der Kontext kann folglich förderlich, in anderen Fällen hinderlich für den Umgang mit Depression in der Partnerschaft sein. Im folgenden sollen drei „Störfaktoren“ des Kontextes vorgestellt werden, welche die Partner der Patienten thematisieren: Informations- und Unterstützungsmangel sowie Stigmatisierung.

Probleme, angemessene Informationen zu bekommen

Informationen und Erfahrungen beeinflussen die Bewältigungsformen der Partner mit den depressionsbedingten Problemen. Sie erleben es daher als besonders wichtig, dass sie informiert sind über die Krankheit, ihren Verlauf und ihre Behandlungsmöglichkeiten.

Da ist es dringend notwendig, im modernen Sinne Aufklärung zu betreiben und den Leuten zu sagen, worum handelt es sich hier, was ist das für eine Krankheit, welche Folgewirkungen sind vorhanden, welche Heilungserfolge und -chancen und -möglichkeiten, ... dass man natürlich immer sagt, wir können keine Rezepte geben, aber wir können sie informieren. (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 067 / 367–381)

Neben dem engen Familien- und Freundeskreis sind es die Medien, die als Informationsquellen genutzt werden (vgl. Wittmund, Bischoff, Angermeyer, 2001). Einem Fernsehbericht zufolge meinte Herr S. beispielsweise, dass Depressionen schwer zu behandeln sind und es hierfür nur wenige Experten gibt (Fallanalyse 078). Frau P. fühlte sich durch ein Interview mit Herrn Prof. Hautzinger, das sie im Fernsehen gesehen hatte, darin bestätigt, dass die Angehörigen zum Teil belasteter sind als die Patienten selbst (Fallanalyse 133). Frau W. glaubte nach einer Reportage, dass die Symptome ihres Mannes eher Zeichen männlicher Wechseljahre als einer Depression sind (Fallanalyse 158). Die Darstellung von Depression in der Öffentlichkeit beeinflusst demnach, wie die Partner der Patienten ihre eigenen Erfahrungen einordnen.

Ein besonderes Problem bei der Suche nach Informationen ist die Fachsprache und die Zuordnung von Informationen zu medizinischen oder psychologischen Teilbereichen.

Den Partnern steht daher nur fragmentarisch Wissen zur Verfügung, das sie unter Umständen nicht verstehen oder nicht für ihre Belange nutzen können.

Man muss sich versuchen, in die Geschichten einzuarbeiten. Also, ich hab's nun versucht mit den verschiedensten Mitteln. ... Das waren dann zu hoch spezialisierte Geschichten, die also im Handapparat der Deutschen Bücherei standen. Ich bin ja kein Psychiater, ich bin ja kein Mediziner, nicht, also da die ganzen neurologischen Prozesse und Basisprozesse, das ist ja sozusagen nicht für mich das Allerwichtigste, sondern wie verhalte ich mich, wie muss ich mit jemandem, der an dieser Krankheit leidet, umgehen und wie muss ich mich selber verhalten zu diesen Dingen. Also das fehlte und das hat mir also sozusagen niemand auch sagen können und geben können. (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 067 / 236–284).

Auch können vereinfachende Darstellungen von Depression oder verwandten Problemen als fern und wenig hilfreich wahrgenommen werden. Unter Umständen können populärwissenschaftliche Darstellungen für die Partner ebenso unbrauchbar sein wie fachspezifische Informationen. Herr F. resümiert, dass in der populärwissenschaftlichen Literatur „wohl nur leichte Fälle beschrieben sind“ (Fallanalyse 039).

Wie informiert sich die Partner der Patienten fühlen und wie sie in die Behandlung einbezogen sind, ist in den Einzelfällen sehr unterschiedlich. Herrn H. gab die behandelnde Ärztin seiner Frau eine Broschüre mit. Dieser entnahm er einfache Verhaltensregeln im Umgang mit seiner depressiven Frau, z.B. das es wenig nützt, wenn er sie aufmuntern oder zum Lachen bringen will (Fallanalyse 004). Andere Partner fühlten sich aus der Behandlung nahezu ausgeschlossen und empfanden sie als wenig verständlich. Frau K. (Fallanalyse 005) beispielsweise glaubte, dass ihr Mann auf der psychiatrischen Station viel zu zeitig Ausgang nach seinem Suizidversuch bekam und fürchtete einen erneuten Suizidversuch. Im Gegensatz dazu fühlte sich Frau K. (Fallanalyse 092) beruhigt, da sie immer wusste, welche nächsten Behandlungsschritte anstanden.

Als schwierig wurde es erlebt, Zugang zur Behandlung des depressiven Partners und zu den entsprechenden Informationen zu bekommen. Frau L. wurde schroff weggeschickt mit dem Hinweis, sie solle sich nicht wie eine Mutter aufführen und eher ihre eigene Vergangenheit, vor allem ihre Vaterbeziehung in einer eigenen Therapie klären (Fallanalyse 024). Auch Frau W. wurde nicht als belastete Ehefrau, sondern als potentielle Klientin wahrgenommen. Mit ihr wurde ein anamnestisches Gespräch geführt, dessen Fragen zur Sexualanamnese sie befremdeten und an ihrem eigentlichen Anliegen vorbeigingen (Fallanalyse 158). Als Herr A. die behandelnde Ärztin seiner Frau aufsuchte, erklärte diese ihm, dass seine Frau eine stationäre Therapie machen sollte, die sie aber ablehnt. Herr A. wurde gewissermaßen mit der Botschaft entlassen,

seine Frau zu überzeugen, er selbst ging leer aus (Fallanalyse 066). Zum Teil fühlen sich die Partner der Patienten kaum über die Erkrankung informiert.

Ich bin praktisch auch ein bisschen gekränkt in der Richtung, da, wo dann die Ärztin zu mir sagt, ... mit 'n paar knappen Worten sagt die zu mir: ‚Na, ihre Frau hatte zwee komma null Promille drinne.‘ ... Ich sag: ‚Was hat sie nun eigentlich?‘ ‚Na, is 'n Selbstmordversuch.‘ ... Ich sage: ‚Das reicht mir nicht ganz.‘ Und seitdem haben wir nicht groß irgendwie darüber gesprochen. (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 060 / 195–201)

Für die Vermittlung von Informationen müssten aus Sicht von Herrn G. Gesprächskreise o.ä. eingerichtet werden, die auch aus der Selbsthilfe entstehen könnten. An finanziellen Mitteln sollte seines Erachtens ein solches Vorhaben nicht scheitern. Die bisherige Variante, auf Anfrage Informationen vom Arzt zu bekommen, sieht Herr G. als zu einseitig und wenig Erfolg versprechend an: ‚Ich meine, natürlich kann ich ja immer hingehen, ich kann zu den Ärzten gehen und kann sagen: ‚Also klären Sie mich bitte mal auf.‘ ... Aber ich glaube, die wenigsten werden das tun.‘ (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 067 / 538–540). Das ‚Miteinander mit dem Arzt‘ (Fallanalyse 015) wurde auch betont von Partnern, die positive Erfahrungen mit entsprechenden Angeboten gemacht haben. Herr B. berichtete von regelmäßigen Gruppengesprächen von Patienten mit akuten und remittierten Depressionen und ihren Angehörigen und Behandlern (Fallanalyse 015), die er als sehr hilfreich empfand.

Probleme, angemessene Hilfe zu bekommen

Neben den Schwierigkeiten, angemessene Informationen zu erhalten, bestehen Probleme, angemessene Hilfe zu bekommen. Die Partner der Patienten wissen nicht, an wen sie sich mit ihren Fragen und Problemen wenden sollen. Selbst bei einer Einweisung in die psychiatrische Klinik nach einem Suizidversuch, werden die Partner manchmal nur im Sinne der Fremdanamnese betrachtet, nicht aber in ihrer eigenen Verzweiflung und Notsituation wahrgenommen (Fallanalyse 158).

Besteht im Verlauf der Depression des einen Partners eine deutliche Belastungssituation des anderen Partners, so wird darauf häufig mit dem Angebot einer eigenen Krankschreibung oder Behandlung reagiert. Dies trifft jedoch nicht die Bedürfnisse der Partner, die sich eher aktive Unterstützung erhoffen. Frau P. beispielsweise lehnte eine eigene Behandlung ab, da sie die Probleme hinsichtlich des Zusammenlebens mit ihrem Mann nicht lösen könnte. Auch wollte sie ihren Mann nicht den ganzen Tag alleine lassen (Fallanalyse 133).

Wenn die eigene Berufstätigkeit als Quelle sozialer Unterstützung und Ablenkung von den häuslichen Problemen betrachtet wird, gefährdet eine eigene Krankschreibung eher diese Ressource und verstärkt dadurch die Belastung.

Mir hat och schon die Hausärztin angeboten, wo das alles war, sagt sie: ‚Frau K., wollen Sie mal ’n paar Tage ausspannen?‘ Na, was nützt denn mir das? Ja, da geh ich lieber auf Arbeit, da hab ich ’ne Abwechslung. So seh ich’s jetzt. Na? Oder? Mir wär das jetzt schlimm, wenn ich jetzt krank geschrieben wär und jetzt sind wir alle beide [zu Hause], das ist ja furchtbar. Ich denk, jetzt bloß nicht krank werden. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 005 / 779 –788)

Neben Möglichkeiten zum Informations- und Erfahrungsaustausch wünschen sich die Partner der Patienten eine Art Anleitung im Umgang mit depressionsbedingten Problemen. Sie möchten wissen, welche der erlebten Veränderungen akzeptiert werden müssen, da der depressive Partner darauf keinen Einfluss nehmen kann.

Die Partner der Patienten erwarten konkrete Hinweise, wie sie mit ihrem depressiven Angehörigen sprechen sollen, um ihn nicht zusätzlich zu belasten (Fallanalysen 067, 197). Frau F. z.B. fragte den behandelnden Arzt ihres Mannes, wann das Thema angebracht ist, welches sie mit ihrem Mann besprechen wollte. Sie versuchte, sich abzusichern, ob ihr Mann die Thematik schon bewältigen kann. In dem konkreten Fall ging es um die berufliche Zukunft. Die Familie wollte den depressiven Partner davon überzeugen, nicht in seinen alten Beruf zurückzukehren, da dieser als depressionsauslösend wahrgenommen worden war (Fallanalyse 197). Generell wünschen sich die Partner der Patienten für sich und andere Familienmitglieder, Nachbarn, Kollegen oder Freunde Hinweise, wie mit dem depressiven Menschen kommuniziert werden kann. Seine Apathie, sein Negativismus und Pessimismus und seine erhöhte Verletzbarkeit verunsichern sein soziales Umfeld. Hier werden daher konkrete Handlungsanweisungen gewünscht: ‚Wie gehe ich mit so jemandem um?‘ (Fallanalyse 067).

Fragen sind: Wie reagiere ich, wenn der depressive Partner Suizidgedanken äußert? Wie kann ich den depressiven Partner zu mehr Eigeninitiative bewegen? Muss ich tolerieren, wenn der depressive Partner früh nicht aufstehen will und sich auch tagsüber immer wieder zurückzieht? Was tue ich, wenn der depressive Partner alle meine Vorschläge ablehnt? Wie verhalte ich mich, wenn der depressive Partner von mir Anregungen erwartet, diese dann aber nicht ausführt? Wie kann ich die Situation anderen Familienmitgliedern, Nachbarn, Kollegen oder Freunden erklären, ohne deren Unverständnis zu fürchten? Wie kann ich dem depressiven Partner seine Ängste nehmen? Wie kann ich ihm Hoffnung und Zuversicht vermitteln? Wie kann ich sein negatives Denken, seinen ‚Starrsinn‘, seine absoluten Urteile durchbrechen? Was kann ich von ihm erwarten, ohne ihn zu überfordern? Wie kann ich ihm meine Zuneigung

zeigen, ohne selbst so stark verletzt und zurückgewiesen zu werden? Wie kann ich zu einer Besserung beitragen oder verhindere ich sie mitunter?

Frau W. drückt diese Situation mit den Worten aus: „Ich wollte ein Handbuch, wie ich mit meinem Mann umgehen muss“ (Fallanalyse 054). Sie würde mit ihrem Mann gern eine gemeinsame Behandlung absolvieren, da sie lernen möchte, ihn zu unterstützen. Eine Paartherapie lehnt sie hingegen ab, da sie die Beziehung als gut einschätzt. Vielmehr möchte sie eine Anlaufstelle, um ihr eigenes Verhalten zu überprüfen und ggf. zu korrigieren und so mit ihrem Mann gemeinsam einen Weg aus der Depression zu finden (Fallanalyse 054). Auch Herr T. versteht eine Unterstützung eher als eine Art Anleitung, Krisen gemeinsam zu bewältigen (Fallanalyse 072). Nach der letzten stationären Behandlung seiner Frau wurde beiden eine Paartherapie angeraten, um ihre „komplizierte Beziehung“ zu klären und zu neuen Umgangsformen und Perspektiven in der Partnerschaft zu finden.

Erfahrungen und Befürchtungen von Stigmatisierung

Wenig Information und Hilfe steht im Zusammenhang mit Vorurteilen psychisch Kranken gegenüber. Die Diagnose oder die Einweisung in eine psychiatrische Klinik kann bei den Partnern der Patienten Stigmatisierungsbefürchtungen und Ängste auslösen⁹.

Verwandte, Freunde und Bekannte verstehen die Erkrankung und ihre Schwere häufig nicht. Sie entwickeln unangemessene Vorstellungen, katastrophisieren oder bagatellisieren die Situation. Die Partner depressiver Patienten berichten folgende Reaktionen ihres Umfeldes: Unverständnis über Krankschreibungen, dem Depressiven fehle nur der Wille, er solle sich zusammenreißen. Partner fühlen sich in der Pflicht, selbst Einfluss auf den angezweifelten „Willen“ ihres depressiven Partners zu nehmen. Da dies nicht gelingt, können eigene Unsicherheiten, Ambivalenzen und Vorurteile verstärkt bzw. deren Abbau verhindert werden.

Wir haben letzten Endes nichts mehr gemacht ... weil, ich wollte mir dann immer die Fragen ersparen. Wenn Sie irgendwo hinkommen und die sind alle lustig und dann kriegen Sie immer gesagt: ‚Mensch, was ist mit deinem Mann los. Gib dem mal ’n Schubs oder so‘. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 197 / 192–203)

Katastrophisieren des sozialen Umfeldes bedeutet, dass die Partner depressiver Patienten bedrängt werden, sich zu trennen. Man wisse nie, „was noch passiert“. Die

⁹ Stigmatisierungserfahrungen wurden für alle Gruppen der Rahmenstudie untersucht (vgl. Bischoff, Jungbauer, Trosbach, Mory & Angermeyer, 2001).

Ängste beziehen sich auf mögliche Gefahren, z.B. bei aggressiv getönten oder wahnhaften Depressionen, auf die gesundheitlichen und finanziellen Folgen der Erkrankung und ihre möglichen Auswirkungen auf die minderjährigen Kinder. Der soziale Druck ist für die Partner der Patienten besonders hoch, wenn sie selbst der Beziehung gegenüber ambivalent sind.

Die Vorurteile bedrohen nicht nur Freundschaften und können damit die Isolation des Paares begünstigen, sie bedeuten auch den Verlust sozialen Rückhalts für die Partner selbst.

Man hat eben nie einen Gesprächspartner. Ich kann das weder meiner Mutti erzählen, weil es niemand kennt, das ist zu wenig da drüber geschrieben. Ich kann nirgendwo was nachlesen über diese Krankheit, und es kennt eigentlich keiner. Ja, wenn ich 'n Arm gebrochen habe oder ein Bein amputiert oder, wie mein Vati, querschnittsgelähmt ist, da siehst Du, was der hat und man sieht die Schmerzen. Aber, wenn bei dem Menschen körperlich alles fit ist, die sagen alle, der spinnt ja. Da sagt man lieber gar nichts. Man verliert Freunde, die sich früher Freunde nannten. Und dann hast Du plötzlich niemanden mehr und dann frisst man all die Sorgen und Ängste in sich hinein. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 158 / 580 – 601)

Vorurteile wirken in makrosoziale Strukturen hinein. Frau W. z.B. wurde vom behandelnden Arzt ihres Mannes eine Woche krank geschrieben, um eine akute suizidale Krise ohne stationäre Aufnahme abzufangen. Dies wurde ihr als Drückebergerei ausgelegt und sie war Anfeindungen und Vorwürfen ausgesetzt.

Sein behandelnder Arzt, der schrieb ihn krank und schrieb mich mit krank. Der sagt: ‚Er braucht Sie jetzt in der Phase.‘ Und da hat mir meine Chefin gesagt, da war ich eine Woche zu Hause, also sie bezahlt das nicht. Sie sieht das nicht ein, ich bin gesund, ich kann zur Arbeit kommen. ... Die konnte sich in so eine Sache gar nicht reinverdenken. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 158 / 665–697)

Die Erfahrungen von Stigmatisierung oder ihre Antizipation können dazu führen, dass die Partner ein „Abschirmsystem“ aufbauen. Sie versuchen entweder, eine möglichst intakte Fassade zu wahren, die jede Vermutung, der Partner sei erkrankt, unterbindet. Oder sie definieren die Depression des Partners um und präsentieren dem sozialen Umfeld andere, weniger stigmatisierte, meist körperliche Krankheiten. Das Morgentief der Depression, die Antriebslosigkeit und Mattigkeit werden dann als Zeichen einer evtl. tatsächlich parallel bestehenden Herzschwäche oder Herzkrankheit präsentiert (Fallanalyse 024). Die lange Krankschreibung und etwaige Kuraufenthalte werden auf parallel bestehende orthopädische Probleme (z.B. Knieprobleme) bezogen (Fallanalyse 024).

Partner sind in solcherart Verschleierungs- und Verheimlichungsstrategien einbezogen. Dies verwehrt ihnen den Zugang zu unterstützenden Beziehungen, in denen sie sich über ihre Situation austauschen könnten. Sie erleben dies besonders belastend, wenn sie nur aus Solidarität mit dem Kranken das entsprechende „Veröffentlichungsverbot“ befolgen. In diesen Fällen wollen sie eigentlich offen damit umgehen und meinen, das auch der depressive Partner von einem offenen Umgang profitieren könnte. Offenheit gebe ihm und ihnen die Chance, positive Rückmeldungen und Unterstützung zu erfahren (Fallanalyse 024).

Offenheit wurde hingegen in den meisten Fällen erst dann hergestellt, wenn der Gesprächspartner oder seine Situation potentiell Verständnis signalisierte. Dies war z.B. der Fall bei Eltern behinderter Kinder (Fallanalyse 158), psychischer Erkrankung in der Familie (Fallanalyse 078) oder einer beruflichen Situation und Ausbildung des Gesprächspartners, die auf weniger Vorurteile schließen ließen (Fallanalyse 024).

Vorurteile und Verschleierungsstrategien erschweren auch den innerfamiliären Umgang mit der Depression. Dies ist der Fall, wenn der depressive Partner selbst versucht, Symptome zu verbergen (Fallanalyse 197) oder sich nicht mehr attraktiv findet und an der Zuneigung des Partners zweifelt (Fallanalyse 066). Die Partner der Patienten hingegen fragen sich, inwiefern sie an der Entwicklung der Depression Anteil haben (Fallanalyse 038). Diese teils offen angesprochenen, teils verdeckten Schuldgefühle, Schuldzuweisungen und Schamgefühle können die Beziehungen sehr belasten.

Verheimlichen, Verschleiern und Tabus innerhalb der Familien können zu Koalitionsbildungen von Wissenden in Abgrenzung zu Nicht-Wissenden führen und damit langfristig die familiären Beziehungen stören. Vorurteile werden besonders häufig von der Elterngeneration geäußert. Sie reagieren mit Vorwürfen dem Erkrankten gegenüber aufgrund seiner Symptome, der Dauer seiner Arbeitsunfähigkeit, der langen Behandlungen oder gar der Erwerbsunfähigkeit (Fallanalyse 024). Auch können die Eltern ihrerseits unter Schuldgefühlen leiden und sich fragen, welchen Anteil sie an der Entwicklung der Depression haben (Fallanalyse 024). Das Stigma psychischer Krankheit wirkt auf diesen Wegen bis in die familiären Beziehungen hinein.

Unsicherheit besteht besonders darin, wie mit minderjährigen Kindern umgegangen werden kann. Einerseits soll ihnen die Situation verständlich werden, andererseits sollen sie keinen Schaden nehmen. In vielen Fällen wird die Krankheit den Kindern verschwiegen, um sie zu schützen. Die Partner und die Patienten fürchten, dass ihre Kinder Vorurteilen ausgesetzt sein könnten, wenn sie das Verheimlichen durchbrechen und Außenstehende einweihen. Sie fragen sich auch, ob sie noch respektiert und geliebt werden von ihren Kindern, wenn sie mit ihnen offen sprechen (Fallanalysen 019, 024).

Diese Überlegungen sowie Schuld- und Schamgefühle können zu Sprachlosigkeit und Rückzug führen und die inner- und außerfamiliären Beziehungen belasten.

Da haben wir eben die Erfahrung gemacht dass viele sich dann zurückgezogen haben, ja auch von der Familie, die dann eben, aus welchen Gründen auch immer, sei es drum, dass sie nicht wussten, wie sie eben auf ihn eingehen sollten oder aus Angst. ... Eigentlich ist da auch nie so richtig drüber gesprochen worden dann, auch danach nicht. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 131 / 15–25)

Zusammenfassung

Das nachfolgende Beispiel soll die Hemmnisse eines hilfreichen Umgangs mit der Depression des Partners illustrieren, die durch Informationsmangel, wenig Unterstützung sowie das Erleben und die Antizipation von Stigmatisierung entstehen können.

Fall 197 „Das Wissen ist ebend der Grundstein für die ganze Geschichte“

Frau F. ist 55 Jahre alt und Außendienstmitarbeiterin im Vertrieb eines Unternehmens. Herr F., ebenfalls 55 Jahre alt, hat zuletzt als Projektleiter gearbeitet. Beide sind seit 1967 verheiratet und haben zwei Söhne im Alter von 29 und 31 Jahren. Aus heutiger Sicht haben die Symptome, die Frau F. als „starke Depression“ beschreibt, im Dezember 1999 eingesetzt, sind aber erst ab April 2000 behandelt worden.

Die Auseinandersetzung mit der Erkrankung ist zentrales Thema des Gesprächs, da sie sehr konfliktreich verlief. Die Konflikte führt Frau F. auf unzureichendes Wissen, aber auch ungenügende Information der Familie zurück. Dazu kamen in ihren Augen Fehlentscheidungen und Fehlverhalten von ärztlicher Seite. Die Familie konnte Symptomverhalten (wie berufliche Anspannung, Schlafstörungen und körperliche Beschwerden) des Mannes zunächst nicht einordnen. Einmal verhinderte der Kontext eine angemessene Interpretation, denn der ständige berufliche Druck mit der Folge des permanenten „Arbeitenmüssens“ wurde als Teil der Arbeit des Mannes akzeptiert. Zum anderen waren die körperlichen Beschwerden von der Familie eher als Folge der Überforderung und der seelischen und körperlichen Erschöpfung eingeordnet worden. Dies hatte zur Folge, zunächst hausärztliche Hilfe (im Sinne weiterer diagnostischer Maßnahmen) aufzusuchen: „Geh doch mal zum Arzt. ... Lass doch Dich mal untersuchen, Du bist überarbeitet.“ Die Hausärztin hatte jedoch (auch nach Versorgen von Brandverletzungen, die von einem Suizidversuch stammten) weder eine angemessene Behandlung eingeleitet noch die Familie informiert, sondern nur Überweisungen ausgestellt. Diese wurden von Herrn F. jedoch nicht wahrgenommen, bei der Hausärztin wurde er nicht wieder vorstellig. Erst die Familie „bringt dann alles ins Rollen“, wird aber erneut zu wenig bzw. falsch informiert. Der aufgesuchte Psychiater empfiehlt eine ambulante Behandlung, denn man könne ihren Mann nicht zwingen, in die Klinik zu gehen. Frau F. besteht jedoch nach zwei von ihr unbemerkten Suizidversuchen ihres Mannes auf einer stationären Aufnahme.

Ihr Umgang mit der Erkrankung ist von einer intensiven Informationssuche („Wir ham dann Bücher gelesen.“) bzw. einem Misstrauen sowohl ärztlichen Entscheidungen als auch dem Verhalten ihres Mannes gegenüber geprägt. Demzufolge werden eine Reihe von Sicherungs- und Kontrollmaßnahmen ergriffen. Die durch die Informationsdefizite bedingte Unsicherheit wirkt somit in den Beziehungsalltag und die Beziehungsgestaltung fort. Das Befinden von Frau F. ist von Verunsicherung und dem Versuch, wieder Kontrolle zu gewinnen geprägt. Eine zentrale Frage ist, wann professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden muss: „Wo is nun jetzt der Punkt, ... wann sinn wa soweit, dass wa denken, das beherrschen ma nich.“

Frau F. erlebte das Verhalten der Arbeitskollegen ihres Mannes als stigmatisierend, was eine offene Kommunikation oder einen beruflichen Wiedereinstieg verhinderte: „Meine Frage war damals: ‚Hätten Sie meinen Mann auch entlassen, wenn er sich ’n Bein gebrochen hätte?‘ Das wurde also kategorisch verneint und ‚aber mit dieser Krankheit und als Mitgesellschafter‘ und es is im Prinzip niemandem so recht geheuer.“ Auch die psychiatrische Klinik wurde als stigmatisierend empfunden und der Wunsch geäußert, Spezialstationen für Patienten mit ähnlichen Problemen zu schaffen.