

9 Stresserleben und Entlastungsstrategien der Partner

Im dritten Teil der Ergebnisdarstellung werden mögliche Konsequenzen und Zukunftsszenarien ausgehend vom subjektiven Erleben der Partner vorgestellt. Interessierende Fragen sind: Welche Auswirkungen hat die Depression auf die Gesundheit der Partner? Wie wird die Arbeitsfähigkeit und das Wohlbefinden der Partner depressiver Patienten beeinflusst? Wie verändern sich ihre Zukunftsperspektiven und Erwartungen im Verlauf? Was tun sie zu ihrer eigenen Entlastung? Welche Rolle spielt das psychosoziale Hilfesystem und die Behandlung der depressiven Patienten für die Entlastung ihrer Partner?

9.1 Individuelles Wohlbefinden und Gesundheit

Die Depression des Partners wird als Stresssituation erlebt. Als Folge von Stress und Belastung befürchten die Partner der depressiven Patienten gesundheitliche Beeinträchtigungen oder nehmen bereits eigene Stressreaktionen wahr. Es sind Reaktionen auf akute Stresssituationen von langandauernden Stresssituationen zu unterscheiden. Akute Belastungen treten z.B. durch einen Suizidversuch des depressiven Partners oder die Einweisung in eine Klinik auf. Langandauernde Belastungen sind solche, die durch das Leben und den Alltag mit dem depressiven Partner entstehen.

Das Erleben akuter Belastungssituationen

Die Tätigkeiten, die im Kapitel 7.2 als Bestandteil des Familienmanagements eingeordnet wurden, lasten in akuten Krankheitszeiten zum Teil allein auf dem gesunden Partner. Es kommt zu einer Kumulation von Belastungen, die zu einem Gefühl der Überforderung und Erschöpfung bei den Partnern der Patienten führen können¹⁰.

Ich muss langsam auch aufpassen, dass ich nicht in die Klappe komme. Ich merk' schon, dass ich da manche Tage ein bisschen k.o. bin, aber im großen Ganzen, sach ich mal, ich halt's aus. Natürlich, ... man muss sich schon überlegen, wenn man immer auf der Überholspur fährt, dass es bisschen riskant ist. Aber momentan ist es leider Gottes so, bin ich nur der eine, der jetzt momentan den Kopf oben hat und muss versuchen, eben alles in Griff zu kriegen. (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 180 / 616–627)

Hinzu kommt, dass die Partner der Patienten gerade zu Beginn wenig informiert sind über die Erkrankung. Aus dem Gefühl des Kontrollverlustes heraus können Angst, Unsicherheit oder Verzweiflung resultieren. Depressive Symptome des Partners werden als besonders bedrohlich wahrgenommen, wenn kein schlüssiges Modell für ihr Auftreten und damit keine Handlungsmöglichkeiten bestehen.

Seine Krankheit hat [mich] ... bedrückt, wo ich nicht wusste, geht's jetzt weiter, oder war's das jetzt dein Leben. Da hab ich manchmal gedacht, Mensch, mit 50, das war's schon. Da war ich, da war ich manchmal verzweifelt, ja. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 189 / 263–268)

¹⁰ Für einen Vergleich mit der Situation der Partner schizophrener Patienten beim Erkrankungsbeginn sei auf Jungbauer, Bischkopf & Angermeyer (2001b) verwiesen.

Die Partner beschreiben die akute Situation als „ungeheure Last und Belastung“ (Fallanalyse 067) bzw. als „mörderische Belastung“ (Fallanalyse 071). Der Bezug zur eigenen gesundheitlichen Lage wird explizit hergestellt: „So schnell hintereinander kann das wahrscheinlich ein Organismus gar nicht verkraften“ (Interview 067 / 480–481). Eigene gesundheitliche Beeinträchtigungen werden als mögliche Reaktion auf die Stresssituation verstanden. Herr K. berichtet: „Nu wurde ich noch krank, erst mit 'm Rücken, und dann ging das mit 'n Herzen los. ... Vielleicht war's zuviel. Ich weiß es nicht, aber ... Gedanken macht man sich ja auch“ (Ehepartner einer depressiven Patientin, Fallanalyse 198 / 110–121).

Die ungewisse Zeit bis zum Beginn einer Behandlung ist vor allem durch Angst und Verunsicherung gekennzeichnet. Die Angst kann von bestimmten Depressionssymptomen, z.B. von Schuld- und Verarmungswahn des erkrankten Partners ausgehen (Fallanalysen 034, 150). Frau Z. erlebte es z.B. als schwierig, auf ihren wahnhaft depressiven Mann einzugehen und seine Schuldideen zu prüfen und richtig einzuordnen (Fallanalyse 034). Auch bezieht sich die Angst in der akuten Erkrankungsphase auf den befürchteten oder erlebten Suizidversuch des depressiven Partners. Frau W. machte sich z.B. Sorgen, entsprechende Alarmsignale zu übersehen oder falsch zu deuten. Sie verglich ihre Ängste, die Anspannung und das Überforderungsgefühl mit dem Gefühl vor einer „Klassenarbeit“. Dies impliziert, dass die Situation als Aufgabe und Anforderung gesehen wird, bei der eine Prüfung zu bestehen ist. In Fortführung der Analogie schildert Frau W., dass sie diese Zeit durchleben und am Ende erschöpft zusammenbrechen wird. Ein derartiger Zusammenbruch kann in ihren Augen nur durch die permanente Pflichterfüllung und ihren Durchhaltewillen aufgehalten werden: „Aber irgendwann braucht der Körper auch mal wieder Ruhe“ (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 115 / 438).

Diese Ruhe setzt z.B. ein, wenn der depressive Partner eine Behandlung beginnt. Die Partner der Patienten haben vor allem in akuten Krankheitsphasen den Anspruch, auf ihren depressiven Angehörigen „aufzupassen“ oder für ihn jederzeit abrufbar zu sein. Dies kollidiert mit der Lebensrealität, wenn die Partner an eine Arbeit und eigene Verpflichtungen gebunden sind. Durch eine Einweisung oder Behandlung wird diese Aufgabe des Aufpassens gewissermaßen an die Klinik abgegeben, in der der Kranke „unter Beobachtung“ ist.

Im Zuge einer Klinikeinweisung des depressiven Partners kann es zu einem Gefühl der Leere ähnlich dem des „Ausgebrannt-Seins“ kommen. Den Partnern der Patienten wird dann bewusst, wie groß der Druck war, der auf ihnen gelastet hat (Fallanalyse 034).

Es war manchmal schlimm, also nicht an Arbeit oder so, das war mir selbstverständlich, aber das Nervliche, das war so angespannt. Als er dann ins Krankenhaus kam, da bin ich erst mal in ein tiefes Loch gefallen. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 189 / 12–15)

Andere Partner berichten, sie haben seit der Einweisung ihres depressiven Angehörigen das erste Mal wieder nachts durchschlafen können (Fallanalyse 005). Schlafstörungen von Partnern entstanden teils dadurch, dass ihr Schlaf durch den unruhigen, schlaflosen depressiven Partner gestört wurde. Frau Z. berichtet, sie habe „immer gehorcht, was er macht“ (Fallanalyse 034). Aber auch eigene Angstgefühle und das Grübeln über die Zukunft und über Handlungsmöglichkeiten begünstigten die Entwicklung von Schlafstörungen bei den Partnern depressiver Patienten.

Die Einweisung in eine psychiatrische Klinik kann jedoch ihrerseits zu einem belastenden Ereignis werden. Oftmals entstehen Schuldgefühle, den kranken Partner „abzuschieben“ (Fallanalyse 072). Das Milieu einer psychiatrischen Station wird als belastend wahrgenommen und kann Vorurteile und Schamgefühle auslösen (Fallanalysen 039, 045, 060, 067, 173, 192, 197).

Muss der depressive Partner zu einer Behandlung „überredet“ oder gar gegen seinen Willen eingewiesen werden, erleben die Angehörigen Schuldgefühle und eine Ambivalenz der Behandlung gegenüber.

Also den ersten Tag, wo ich ihn hingebracht hatte, kam ich mir vor wie so ein Verbrecher. Also, nicht, er hat mir noch gesagt an der Türe, jetzt bringt mich die eigne Frau ins, wie hat er gesagt, in die Verrücktenanstalt, hat er gesagt. Jetzt bringt ihn noch die eigne Frau in die Verrücktenanstalt. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 034 / 225–230)

Die akute Stresssituation kann insgesamt als eine Zeit der Unsicherheit, Unruhe, Schlafstörungen, Angst und Ambivalenzen bezüglich der Behandlung und dem Partner gegenüber beschrieben werden. Zentraler Begriff für das Erleben dieser Situation ist „Anspannung“.

Das Erleben langandauernder Belastungssituationen

Wird das Leben mit dem depressiven Partner als belastet erlebt, können langfristige Folgen für das Wohlbefinden und die Gesundheit der Partner entstehen. Sie nehmen Veränderungen ihrer eigenen Person wahr. Spontane Partner werden vorsichtig, verlieren ihre Spontaneität (Fallanalysen 005, 024, 071, 078). Dies liegt daran, dass sie sich in der Interaktion mit dem depressiven Partner jedes Wort überlegen (vgl. Kap. 7.2) und in der Folge sich selbst stärker beobachten.

Ich bin da schon doch 'n bisschen verändert durch dieses Krankheitsbild auch in meiner Person, weil ich kannte früher so was nicht, also, dass 'n Mensch och 'n Stimmungstief hat oder so, das war mir total fremd. Heute kenn ich's selbst auch an mir. (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 071 / 177–183)

Die Partner der Patienten fühlen sich teilweise durch die Stimmung des depressiven Angehörigen „angesteckt“ (Fallanalyse 019) oder erleben die Situation so, als würde „sich die Depression praktisch überleiten auf die anderen Familienmitglieder“ (Fallanalyse 122).

Im Verlauf der Depression des Partners treten Sorgen um die eigene Zukunft und die Zukunft der Familie auf. Zukunftsängste und Existenzängste können sich zunächst vorrangig auf einen antizipierten Arbeitsplatzverlust des depressiven Partners und die damit verbundenen finanziellen Probleme beziehen. „Ich werde schon seit langem durch Zukunftsängste geplagt, aber das hat mich also in wahnsinnige Angst gestürzt. Und das ist auch nicht vorbei“ (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 115 / 64–68). Langfristig wird die Berufsfähigkeit der depressiven Partner und das finanzielle Überleben der gesamten Familie als gefährdet angesehen. Die Ungewissheit bezüglich der Zukunft kann sich besonders vor dem Hintergrund einer kontinuierlichen Verschlechterung abzeichnen, z.B. messbar an längeren stationären Aufenthalten des depressiven Partners (Fallanalyse 071). Eigene Lebenspläne werden dann als bedroht wahrgenommen.

Ich mein, das kann ja auch nicht ein Dauerzustand in meinem Leben sein. ... Ich mein, soviel Leben ist ja auch nicht mehr über, also so jung bin ich auch nicht mehr, sagen wir mal, 30 Jahre wär vielleicht noch 'n ganz guter Zeitraum und ich sage mal, den möchte man ja schon noch 'n bisschen angenehm gestalten. (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 071 / 158, 329–332)

Angst wird als dauernde Anspannung, als „gewisse Ruhelosigkeit in einem selber“ (Fallanalyse 085) beschrieben. Die Ruhelosigkeit und Anspannung stehen häufig im Zusammenhang mit geäußerten Suizidgedanken oder erlebten Suizidversuchen des depressiven Partners.

Das Schlechteste wird sicherlich sein, wenn sie so Tabletten nimmt oder einen neuen Suizidversuch unternimmt, also die Angst ist ständig da, das ist immer da bei mir, aber ich kann ja nicht jede Stunde da hinfahren und gucken, wie geht's ihr, 's geht ganz einfach nicht. Die Angst ist einfach da, dass das passiert. (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 072 / 421–457)

Überschatten Suizidgedanken, Suizidankündigungen oder Suizidversuche weiterhin das Zusammenleben, erreichen Partner bald die Grenze ihrer eigenen Belastbarkeit: „Wer leidet denn nun mehr hier ... oder verkraftet man das ewig?“ (Ehepartner einer

depressiven Patientin, Interview 078 / 71–72). Sie empfinden sich ihren depressiven Angehörigen hilflos ausgeliefert und schwanken zwischen Mitleid und Empörung.

Wenn Partner das erste Mal eine depressive Phase ihres Angehörigen miterlebt haben, können Ängste vor Rückfällen auftreten. Die Erfahrung wird als so einschneidend wahrgenommen, dass ihre Wiederholung die Belastungsgrenzen überschreiten könnte:

Ja, wenn's wieder anfangen würde, das wär 'ne große Belastung. Also davor würde 's mir grauen, muss ich sagen. Denn das war wirklich schwer, die Zeit. Möchte ich nicht noch mal erleben. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 034 / 529–548)

Wurden bereits mehrfach depressive Phasen miterlebt, besteht die Hoffnung, dass sich die Zeitabstände zwischen dem Auftreten der Phasen vergrößern oder die Phasen selbst weniger dramatisch verlaufen werden (Fallanalysen 067, 071, 072, 122, 125, 144, 196).

Hoffnungslosigkeit und Demoralisierung treten auf, wenn Spannungen in der Partnerschaft andauern, keine Besserung von Symptomen erlebt wird und die Partner sich am Ende ihrer eigenen Handlungsmöglichkeiten wahrnehmen. Vorrangige Emotion ist Hilflosigkeit. Herr T. fühlte sich am Ende seiner Möglichkeiten, auf seine Frau einzugehen oder gemeinsam mit ihr einen Weg aus der Situation hinaus zu finden.

Was Du tust, bist Du hart oder streng, bist Du weich oder güti g, verzeihst Du alles, schluckst Du alles weg, lässt Du alles an Dir abprallen, verarbeitest es, nimmst es nicht als persönlicher Angriff, das ist eben die Schwierigkeit. (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 072 / 368–372)

Unter Umständen kann das Zusammenleben aus der erlebten Hilflosigkeit heraus nahezu eskalieren. Es kann zu aggressiven Ausbrüchen kommen (Fallanalysen 124, 133), die sich unter Alkoholeinfluss gegen den depressiven Partner richten können. Herr W. schildert, dass er die Antriebslosigkeit seiner Frau nicht mehr ertragen habe und sie in einem Anfall von Wut schon einmal versucht hat, nahezu zum Aufstehen zu prügeln (Fallanalyse 124). Herr W. ist in eigener psychiatrischer Behandlung. Frau P. beschreibt, dass sie ins Schimpfen gerate, weil sie es nicht mehr aushalte. Auch habe sie schon einmal eine Lampe „zerschmissen“ vor Wut (Fallanalyse 133). Der Negativismus des depressiven Partners stellt für viele Angehörige eine besonders schwierige Situation dar.

Wenn ich einen Partner habe, der alles deprimierend sieht, ... ich glaube, das ist einer der schlimmsten Fälle, den man bei einer Krankheit sich eigentlich nur vorstellen kann als Partner. ... Der nimmt ihnen jede Freude. ‚Nö, ich hab keine Lust‘ und ‚Nö, muss das jetzt sein‘ und ‚Und das schon wieder‘ ... Das können Sie nicht aushalten. Und dann ‚Ich nehm mir doch das Leben, mich will dann sowieso keiner‘, das wird ja immer schlimmer. (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 192 / 277–282)

In der Konsequenz erleben die Partner der Patienten selbst weniger Lebensfreude und Lebenslust (Fallanalysen 045, 066, 133). Diese Gefühle können bis zu Selbstmordphantasien gesteigert sein. Herr W. schildert: „Da mach ich ihr Mut, aber manchmal versagt mir auch der Mut. ... Da hat ich die Wäscheleine schon in der Hand, ich sache: ‚Ich hänge mich jetzt uff, geh auf den Boden und hänge mich off‘“ (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 124 / 162–168).

Als besonders belastend wird die Situation erlebt, wenn die Partner sich isoliert fühlen. Herr A. beispielsweise fühlte sich mit seinen Problemen allein: „Es ist natürlich schwierig, wenn man niemanden weiter hat zum Reden.“ (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 066 / 15–17). Frau W. erlebte weder ausreichend Unterstützung und Ansprechpartner außerhalb der Ehe, noch konnte sie ihrem Mann gegenüber offen über ihre Belastungen sprechen. Dies empfand sie als belastend mit Konsequenzen für ihre eigene Gesundheit und ihr seelisches Gleichgewicht. „Dann hast Du plötzlich niemanden mehr und dann frisst man all die Sorgen und Ängste in sich hinein. Und das kam sicherlich dann auch alles bei mir zum Ausbruch“ (vgl. Fallanalyse 158). Frau W. entwickelte im Verlauf eine Panikstörung mit mehrmaligen Panikanfällen und einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Der Arzt vermutete einen Zusammenhang zu den Wechseljahren, Frau W. sieht jedoch auch andere Auslöser.

Und da hab ich gedacht, dass ich mir das alles ein bisschen angenommen habe, die Krankheit von meinem Mann angenommen habe, dass ich das jetzt auch mit austrage. ... Die Seele ist halt auch mit krank und das leuchtet mir auch ein, man hat eben nie einen Gesprächspartner. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 158 / 574–637)

9.2 Entlastungsstrategien

Angesichts der Belastungen, welche die Partner der depressiven Patienten in der akuten Krankheitsphase und im Alltag erleben, stellt sich die Frage nach ihren Entlastungsmöglichkeiten. Diese sollen im Hinblick darauf vorgestellt werden, welche Möglichkeiten der Selbsthilfe in Unterstützungsangeboten gezielt gefördert werden könnten. Es handelt sich zum einen um Strategien der Distanzierung von der als belastend erlebten Situation (oder dem depressiven Partner) und zum anderen um eine Distanzierung vom Erlebten durch entlastende Gespräche und das Aufschreiben von Ereignissen und Gedanken.

„Freiraum“, „Aussteigen“ und „Ablenken“

Eine Form des Umgangs mit Belastungen besteht darin, dass Partner verstärkt auf eigene Bedürfnisse achten und sich bewusst vom Erkrankten distanzieren. Hierbei wird versucht, eine „normalere“ Realität außerhalb der belasteten familiären Situation zu schaffen. Begriffe wie „Freiraum“, „Aussteigen“ und „Ablenken“ beschreiben diese Entlastungsstrategie. Der Fluss des Alltags mit dem depressiven Partner wird bewusst unterbrochen.

Und das war belastend für mich jetzt, weil ich gar keinen Freiraum hatte. Ich war nun grad dann im Erziehungsurlaub den ganzen Tag eigentlich nur beschäftigt mit irgendjemand, immer nur beschäftigt, und nie irgendwie 'n Freiraum für mich. Und das war das, wo ich dann auch gesagt hab: ‚Schluss, bis hierher, Ihr könnt mich nicht kaputt spielen.‘ Und da hab ich mir halt eben och den Freiraum genommen. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 024 / 241–265)

Ist dies nicht möglich, erleben die Partner der Patienten die Situation als besonders belastend. Herr A. bezeichnet diese Lage als „Freiraumsperre“ (Fallanalyse 066).

Eine wichtige Rolle spielt die Berufstätigkeit der Partner der Patienten. Sie wird zum Teil nicht als zusätzliche Belastung, sondern als Ressource erlebt. Die eigene Arbeit außerhalb des Hauses verschafft sowohl räumliche als auch kognitiv-emotionale Distanz. Sie steht für „Ablenken“, aber auch für eine Quelle von Selbstwert und Selbstbestätigung. Wird die Situation zu Hause von den Partnern im Erkrankungsverlauf zunehmend als unkontrollierbar und belastend erlebt, ist das Berufs- und Kollegenumfeld eine soziale Umwelt, in der alternative Erfahrungen (wieder) möglich werden. „Und hätte ich nicht diese Tätigkeit hier in meiner Firma, dann wäre es wohl noch viel schlimmer auch für mich persönlich sicherlich“ (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 072 / 517–546). Dies wird von Partnerinnen und Partnern gleichermaßen berichtet: „Mir ist das nicht ganz so schwer gefallen, vielleicht wie anderen, die mit dem Partner mehr zusammen waren. Mich hat das etwas abgelenkt, die Arbeit“ (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 079 / 40–51). Neben der Ablenkung gleicht das Arbeitsumfeld auch monotone und bedrückte soziale Beziehungen aus. Frau K. betont bezüglich ihrer Kolleginnen: „Wir lachen auch mal“ (Fallanalyse 005).

Neben dem Beruf gehören zu dieser Form der Distanzierung alle Freizeitaktivitäten, Sport oder Hobbies, denen der gesunde Partner ohne den Erkrankten nachgeht. In einigen Fällen kann es schon das Einkaufen sein, das allein erledigt wird und einen Moment des „Aussteigens“ aus dem Alltag mit dem kranken Partner bedeutet: „Jetzt steigst du hier aus, ... fährst einkaufen, ... wo keiner dabei ist und das reicht ja dann

schon, zumindest für mich.“ (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 024 / 1227–1372).

„Aussprechen“ und „Aufschreiben“

Eine weitere Möglichkeit der Entlastung ist das Sprechen über die Situation und über das eigene Erleben. Entlastende Gespräche sind solche, in denen die Partner der Patienten offen über ihre Lage sprechen konnten, auch wenn keine Hilfsangebote gemacht oder wahrgenommen wurden (Fallanalyse 158). Zum Teil konnte diese Möglichkeit der Entlastung in der Untersuchung durch das narrative Interview hergestellt werden: „Jetzt, das beruhigt mich auch hier, wenn ich mich mal aussprechen kann“ (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 124 / 248–249).

Neben dieser Form der emotionalen Unterstützung wurde die Vermittlung von Informationen und Wissen als hilfreich erlebt. Gespräche mit als kompetent eingestuften Außenstehenden wurden genannt. Frau L. wandte sich z.B. an den Vorgesetzten ihres Mannes, der einmal Psychologie unterrichtet hatte (Fallanalyse 024). In einigen Fällen sind es auch die Familie selbst (Fallanalyse 034) oder enge Freunde, die im medizinischen Bereich arbeiten (Fallanalyse 067), die in den jeweiligen Gesprächen notwendige Informationen geben oder Behandlungsschritte veranlassen.

Das Aufschreiben als Entlastungsstrategie kann zum einen die bloße Schilderung von Symptomverhalten des depressiven Partners betreffen. Frau Z. schrieb z.B. die Schuldideen ihres Mannes auf, um sie auf ihre Plausibilität hin prüfen zu können und dem Arzt mitzuteilen (Fallanalyse 034). Neben diesem eher kognitiven und an der Lösung des Problems orientierten Zugang wird das Schreiben als Ressource im Umgang mit eigenen Emotionen verstanden. Herr T. schrieb z.B. wöchentlich in ein Tagebuch, was er erlebt hatte und was ihn belastet. Er notierte die Vorwürfe, die seine Frau ihm während Streitigkeiten machte, um sich somit von diesen zu entlasten.

Ich habe mal angefangen, so diese Erlebnisse mal aufzuschreiben. Also, ich mach immer so Wochenberichte, wie ist so die Woche gelaufen, einfach mal so typische Verhaltensmerkmale von mir und meiner Frau zu skizzieren, dass man eben auch mal nachvollziehen kann, was ist denn in so bestimmten Abschnitten mal gewesen. ... Vielleicht, wenn Sie noch mal im Jahr kommen, dann ist vielleicht 'n kleines Buch entstanden, was ich Ihnen dann zu lesen geben kann, wo man sich mal den Frust von der Seele schreibt, gerade nach Auseinandersetzungen. (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 072 / 583–603)

Zusammenfassend können die beschriebenen Entlastungsstrategien als Distanzierungsstrategien verstanden werden. Partner distanzieren sich vom depressiven

Angehörigen selbst, von ihren eigenen Verletzungen und wahrgenommenen Verantwortlichkeiten.

Exkurs: Belastende und entlastende Aspekte der Behandlung des depressiven Partners

Zu den Kritikpunkten an der überwiegend psychiatrischen Therapie des depressiven Angehörigen zählt eine einseitige medikamentöse Behandlung: „Sie hat ja immer bloß ihre Medikamente verabreicht bekommen so und ‚Wiedersehn‘, wie beim Bäcker, Sie holen ihre Brötchen ab und gehen wieder“ (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 192, 48–51). Die medikamentöse Behandlung wird ambivalent erlebt, treten doch auch unter Medikamenten Rückfälle auf (Interviews 024, 067, 072, 122, 125). Andererseits wird eingeräumt, dass eine entsprechende Behandlung mit Medikamenten im Einzelfall schwierig ist (Fallanalyse 072), ohnehin nur Symptome „im Griff zu halten sind“ (Fallanalyse 038) und die Forschung noch nicht so weit sei, um die Probleme rasch zu beheben (Fallanalyse 039). Auch wird die Depression selbst als zu komplex verstanden, um sie allein pharmakologisch zu behandeln (Fallanalysen 038, 067): „Es ist eben ’ne Krankheit, wo Du nicht sagen kannst, nimmst noch drei Wochen Tabletten und dann wird’s schon irgendwie gehen“ (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 038, 256–257). Die medikamentöse Behandlung wird in ihrem Ziel, das Funktionieren des Erkrankten wiederherzustellen, angezweifelt (Fallanalyse 173).

Die pharmakologische Behandlung produziert teilweise zusätzliche Probleme. Herr H. schildert z.B., dass seine Frau aufgrund der jahrelangen Behandlung mit Beruhigungsmitteln eine Abhängigkeit entwickelt hat. Der Medikamentenentzug erschwert die antidepressive Behandlung (Fallanalyse 045). Die Dosis der Medikamente wird in Frage gestellt (Fallanalyse 083) und es bleibt ungewiss, welches Verhalten depressionsbedingt und welches Folge von Medikamenten ist (Fallanalysen 005, 038). In einem Fall kam es im Verlauf der medikamentösen Behandlung zu einer lebensbedrohlichen allergischen Reaktion (Fallanalyse 189).

Die Partner, die selbst einen aktiven und fordernden Umgang mit den Problemen zeigen, wünschen sich ein ähnliches Vorgehen von den behandelnden Ärzten. In diesen Fällen wird eine klare Auskunft über das Ende einer Arbeitsunfähigkeit gefordert, wenn diese immer wieder verlängert wurde (Fallanalyse 024). Der depressive Partner soll Mittel und Wege, „ein Instrumentarium“, eine Art „Schutzmechanismus“ lernen, um mit den Problemen langfristig umzugehen (Fallanalyse 024, 071, 072). Stichworte hierfür sind „Eigeninitiative“ (Fallanalyse 071), „Selbstbewusstsein stärken“

(Fallanalysen 015, 071), „Verständnis“ (Fallanalyse 015), aber „ ’ne gewisse Härte muss also auch mit ins Spiel kommen“ (Fallanalyse 079).

Verstehen die Partner der Patienten Behandlungsschritte nicht, kann dies ihr Belastungserleben verstärken und zu Konflikten mit dem depressiven Partner führen. Frau L. schildert, dass ihrem Mann von seiner Ärztin geraten worden war, egoistischer zu sein und sich Dinge zu „gönnen“ (Fallanalyse 024). Dies geht ihrer Meinung nach auf Kosten der Familie bzw. zu Lasten ihrer eigenen Belastbarkeit und Gesundheit. Vielmehr möchte sie einbezogen sein in die Entscheidungen und mit ihrem Mann gemeinsam Formen des Umgangs und der Bewältigung der Depression finden.

Bei Notarzteinsätzen (Fallanalyse 005), Einweisungen in eine psychiatrische Klinik (Fallanalyse 150) oder anderen Krisensituationen fühlen sich die Partner der Patienten in ihrem eigenen Leid unbeachtet. „Ich als Betroffene, ich hab keinerlei irgendwie, keinerlei Hilfe gehabt“ (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 150, 502–505). In akuten Situationen steht die Lage des Patienten im Vordergrund. Die Familienangehörigen werden oftmals nur als Quelle zusätzlicher Informationen wahrgenommen, die die Situation des Kranken betreffen, nicht aber ihre eigene. Für ihre Schuld- und Ohnmachtgefühle und Ängste ist in diesen Situationen kaum Platz (Fallanalysen 072, 034, 150).

Für die Partner ist die Behandlung des depressiven Angehörigen dann entlastend, wenn sie eine unklare Situation beendet und ihrerseits transparent und verständlich ist. Auch wirkt es entlastend, wenn die Partner lernen, das depressive Verhalten ihres Angehörigen nicht auf sich zu beziehen und nach eigenen Fehlern zu suchen. Es gilt, die Grenzen der eigenen Einflussnahme wahrzunehmen und zu akzeptieren. Dies ist ein schmerzhafter Prozess. Partner können sich ausgeschlossen fühlen oder auch gekränkt darüber sein, dass all ihre Bemühungen nicht fruchten. Frau L. berichtet z.B., sie habe ihren Mann immer wieder aufgefordert, seine freie Zeit mit Sport auszufüllen. Er lehnte beharrlich ab, begann aber Sport zu treiben, nachdem die Therapeutin diesen Vorschlag gemacht hatte (Fallanalyse 024). Vorschläge des Ehepartners können Reaktanz erzeugen, wenn der depressive Partner sich bevormundet fühlt und sich zu behaupten versucht (vgl. Fallanalysen 005, 072). Der Behandlungskontext ermöglicht es hingegen, Vorschläge wie das Sporttreiben gewissermaßen als medizinische Maßnahme auszuführen.

Die Behandlung des depressiven Partners beinhaltet somit sowohl Entlastungspotential, als auch die Gefahr zusätzlicher Belastungen. Letzteres ist besonders dann der Fall, wenn es sich um eine einseitige pharmakologische Behandlung handelt, die die Entwicklungsmöglichkeiten der Partner (oder des Paares) wenig thematisiert.