

Fallanalyse 004	„Sie hat mich nicht verstanden, und ich hab sie nicht verstanden“ .....	189
Fallanalyse 005	„Das kann ’s ja nicht gewesen sein, ich bin ja och noch keine siebzig“ .....	190
Fallanalyse 015	„Die Hauptlast trägt eigentlich der Partner“ .....	192
Fallanalyse 019	„Also ich hab mich da och anstecken lassen – da muss ich erst mal wieder zu mir finden“ .....	193
Fallanalyse 024	„So ’ne Krankheit ist ’ne Wahnsinnsbelastung“ .....	194
Fallanalyse 034	„Für mich ist eben das Leben anders, alles ruhig geworden“ .....	196
Fallanalyse 038	„Wie bei jeder andern Krankheit auch“ – aber wie lange? .....	197
Fallanalyse 039	„Nischt hilft“ – Suche nach geeigneter Behandlung .....	198
Fallanalyse 045	„... dass wir hier aufgrund der Krankheit meiner Frau sehr isoliert leben“ .....	199
Fallanalyse 046	„Ich sage, ich liebe dich, so wie du bist“ .....	200
Fallanalyse 054	„Ich wollte ’nen Handbuch, wie ich mit meinem Mann umgehen muss“ .....	202
Fallanalyse 055	„Da hat das ganze Leben was damit zu tun“ .....	203
Fallanalyse 056	„Das is ja nun doch nich so, wie ’s mal war, wie früher, so lebenslustig und alles“ .....	205
Fallanalyse 060	„Praktisch auf einen Schlag hat sich mein Leben verändert“ .....	206
Fallanalyse 066	„Diese Depressionsstrecke, die kommt ja mehr zum Tragen zwischen uns beiden“ .....	207
Fallanalyse 067	„Sie [die Ärzte] haben ’s mit zwei zu tun“ .....	209
Fallanalyse 071	„Es gibt dann eben Grenzen, wo man eben das Verständnis dann nicht mehr hat“ .....	210
Fallanalyse 072	„Ich hab selbst ’s Instrumentarium nicht, um mit diesem Konflikt fertig zu werden“ .....	211
Fallanalyse 078	„Das ist die Frage, ist es die Krankheit, ist es der Charakter, ich weiß es nicht“ .....	213
Fallanalyse 079	„Es kann einen Rückschlag auch geben, aber man muss es erst einmal positiv sehen“ .....	214
Fallanalyse 080	„... dass ich immer noch nicht genug Anbindung an diese Problematik habe“ .....	215
Fallanalyse 082	„Also wie ’s jetzt ist, damit kann man leben“ .....	217
Fallanalyse 083	„Momentan ist es für mich nur wie ’ne Wohngemeinschaft“ .....	218
Fallanalyse 084	„Dis fiel alles über ihm zusammen und über mir im Prinzip auch“ .....	220
Fallanalyse 085	„Eine gewisse Ruhelosigkeit in einem selber“ .....	221
Fallanalyse 092	„Aber wie geht ’s weiter“ .....	222
Fallanalyse 111	„Also es gibt ganz wenig Stillstand hier“ .....	224
Fallanalyse 112	„Diese Meinung, diese Einstellungsfrage, diese Kämpfe“ .....	225
Fallanalyse 115	„Man ängstigt sich nicht nur um den Partner, man ängstigt sich auch um die Zukunft“ .....	228
Fallanalyse 122	„Man ist eben immer wieder neu überrascht, dass es eben immer wieder eintritt“ .....	230
Fallanalyse 123	„Ich hab immer eine harmonische Familie sein wollen“ .....	231
Fallanalyse 124	„Da mach ich ihr Mut, aber manchmal versagt mir auch der Mut“ .....	232
Fallanalyse 125	„Es ist jedesmal ein bisschen verschieden auch“ .....	233
Fallanalyse 128	„Es gibt da eigentlich keine Probleme, damit umzugehen“ .....	234
Fallanalyse 131	„... dass man praktisch, na irgendwie doch auch näher zusammengerückt ist“ .....	235
Fallanalyse 133	„Ich merke, dass von Woche zu Woche mich das mehr belastet“ .....	237
Fallanalyse 134	„... dass irgendwas in dem sein Körper noch drin ist, was sie nicht finden“ .....	238

Fallanalyse 144	„Das geht eigentlich weiter wie immer, da ist überhaupt kein Unterschied“ .....	240
Fallanalyse 145	„Ich hab jetzt Zeit, da stehen wir das gemeinsam durch“ .....	241
Fallanalyse 146	„Die viele Arbeit, manchmal, da wächst einem das über ’n Kopf“ .....	242
Fallanalyse 150	„Ich verstehe nicht, dass das nicht erkannt wird“ .....	244
Fallanalyse 157	„Kein normales Zusammenleben mehr“ .....	245
Fallanalyse 158	„Die Seele ist halt auch mit krank, man hat eben nie einen Gesprächspartner“ .....	246
Fallanalyse 165	„Da half eben nur gut zureden immer, das wird schon wieder“ .....	248
Fallanalyse 166	„Wenn er das besser in Griff kriegt, verlieren wir auch die Angst“ .....	249
Fallanalyse 173	„Und ich dann praktisch die ganze Zeit für ihn mit gesorgt hab ...“ .....	252
Fallanalyse 177	„Ich hoffe ja, dass alles wieder gut geht und seinen Gang geht“ .....	253
Fallanalyse 180	„Wenn man immer auf der Überholspur fährt, dass es bis sel riskant ist“ .....	254
Fallanalyse 184	„Das Neurologische kommt wieder ins Lot, aber das Rheuma ist nicht reparabel“ .....	256
Fallanalyse 189	„Da bin ich ganz froh, dass das wider Erwarten und so schnell geheilt werden konnte“ .....	257
Fallanalyse 192	„Also für mich ist das schon im Hinterkopf, wird wohl nie weg gehen“ .....	258
Fallanalyse 196	„Das sind die Fakten und [da] gibt ’s eigentlich nicht mehr dazu zu sagen“ .....	260
Fallanalyse 197	„Das Wissen ist ebend der Grundstein für die ganze Geschichte“ .....	261
Fallanalyse 198	„Irgendwo gibt ’s immer ’n Weg“ .....	263

**Fallanalyse 004** „Sie hat mich nicht verstanden, und ich hab sie nicht verstanden“

Herr H. ist 35 Jahre alt und gelernter Maschinenbauer. Seit fünf Jahren arbeitet er als Verkaufsfahrer im Blumenhandel, was er jeden morgen um 3.30 Uhr beginnt. Seine Frau ist 31 Jahre alt, war bereits zuvor verheiratet und hat zwei Söhne im Alter von 8 und 14 Jahren. Vor vier Jahren haben sie geheiratet, seit ca. zwei Jahren bestehen in seinen Augen die psychischen Probleme der Ehefrau. Frau H. arbeitet als Anzeigenberaterin, möchte sich aber beruflich verändern.

Herr H. schildert einen schleichenden Verlauf der Erkrankung, der es ihm und seiner Frau erschwert habe, die aufgetretenen Probleme richtig einzuordnen „Ja, es ist so 'ne lange Zeit gewesen, eh wir des überhaupt oder eh sie's begriffen hat, was es ist und die Zeit, die war eigentlich nicht so schön, weil ich ja gar nicht wusste, was mit ihr los war.“ Herr H. hatte zunächst Zweifel an sich und an der Beziehung durch andauernden Streit, sexuelle Probleme und zunehmende Entfremdung („hat sie einen anderen“). Mit Beginn der Behandlung konnten die Probleme in einen anderen Kontext gestellt werden und erwiesen sich in diesem für beide handhabbarer. Die *Auseinandersetzung mit der Erkrankung* wurde durch Informationen seitens der behandelnden Ärztin unterstützt. „Ich war ja och mal mit bei ihrer Ärztin, das fand ich och ganz interessant. Und ich hab da noch so 'ne Broschüre gekriegt, wie man sich so'n bisschen verhält.“ Als Auslöser für die Probleme betrachtet Herr H. die Arbeit seiner Frau, bei der sie häufig allein war und unter Termin- und Leistungsdruck stand.

Zentral für sein Verständnis der Erkrankung ist seine Auseinandersetzung mit einer eventuellen Mitschuld an der Erkrankung. Herr H. bilanziert Vorwürfe, die er seiner Frau gemacht hat, da sie in seinen Augen die Arbeit der Familie vorgezogen und die Familie vernachlässigt hat. Er betont, dass er sich nun „Mühe geben“ möchte und meint, „lieber soll sie länger auf Arbeit bleiben, wenn es ihr dadurch besser geht“. Die die *Beziehung* dominierenden Konflikte führt er darauf zurück, dass beide Partner die Probleme nicht einordnen und nicht offen darüber sprechen konnten. „Wir verstehn uns jetzt wirklich gut, seitdem ... sie da in 'ner richtigen Behandlung ist. ... Das Wichtige ist für mich, wir reden darüber jetzt.“ Besonders die manischen Nachschwankungen der depressiven Episoden belasten Herrn H. und in seinen Augen auch die Beziehung. „Das [Anmerk.: Stimmungsumschwung] konnt ich nicht so richtig nachvollziehen. ... Ich hatte immer das Gefühl, sie übernimmt sich da. [Interviewerin: Da hatten sie Angst um sie auch.] Ja, ja oft och um uns.“

Herr H. ist z.T. hilflos, *wie er mit der Erkrankung umgehen und seiner Frau helfen kann*. „Ich versuche, aufmerksamer zu sein, zu ihr, ... obwohl ich och nicht so richtig weiss, was ich da machen soll, aber ich versuche, mehr Rücksicht zu nehmen.“ Anfangs habe er seine Frau bedrängt, mehr mitzumachen, mal zu lachen u.ä., bis er in einer Broschüre darüber gelesen hat, das dies keine Hilfen für den Kranken sind. Zentral ist für ihn die „richtige Behandlung“ und dass die Ehefrau weiterhin in Behandlung bleibt, „auch wenn es wieder besser wird [denn], es geht ja immer auf und ab“.

Durch die Erkrankung hat sich für die Familie der *soziale Bereich* verändert, sie lebten zurückgezogener. „Unser Zusammensein mit unserem Freundeskreis hat sich 'n bisschen verändert, ... weil sie, sagen wir's so, manchmal bisschen scheu ist, so menschengleich. ... Jetzt muss ich ... immer en, en Stubbs geben und sagen, los komm mit, wir gehen jetzt und wir machen das. Das hat sich vielleicht verändert.“

**Fallanalyse 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.

Frau K. wirkt innerlich hin und her gerissen zwischen dem Beibehalten ihrer *Beziehung* („mein Zuhause ist ja hier“) und dem Beginn einer neuen Beziehung („wenn jetzt einer käme, der mich hier raus holt, wäre ich weg“). Sie könne sich nicht „einfach so“ trennen, zuviel Lebenszeit hat sie mit ihrem Mann verbracht, zu viele Erinnerungen verbinden sie. „Ich bin 21 Jahre verheiratet und ich weiß ja, dass er früher nicht so war.“ Eine Trennung erscheint ihr auch moralisch fragwürdig, denn sie wisse ja nicht, inwieweit sie ihrem Mann damit schade. „Dann mache ich mir Vorwürfe, wenn ihm was passiert.“ Moralisch vertretbar wird ein Trennungsversuch, als ihr Mann sich mit einer Patientin „anfreundet“. Sie nutzt das „Sprungbrett“ und sucht sich eine eigene Wohnung. Ihr Mann reagiert darauf mit einem erneuten Suizidversuch. Nach dem Selbstmordversuch ihres Mannes und dessen Trennung von der anderen Frau kehrt sie zurück, fragt sich aber, ob ihre Entscheidung richtig war. Von Eltern, Schwiegereltern und Freunden wird ihr immer wieder geraten, sich zu trennen.

Die Erkrankung wirkt sich auf die *Rollenverteilung in ihrer Beziehung* aus. In der Beziehungsgeschichte wird Herr K. als recht dominant dargestellt. Frau K. bilanziert, sie habe sich zu viel gefallen lassen. Im Verlauf der Erkrankung sei sie selbständiger geworden und ließe sich weniger gefallen als früher. Durch die Tabletten sei ihr Mann weniger aufbrausend, sie sage dann auch mal, was ihr nicht passt. „Es kann doch nicht sein, dass, nur, weil er krank ist, ich mir wieder alles gefallen lasse.“ Andererseits bedauert sie die Wesensveränderung ihres Mannes: „Da war er mir lieber, wenn er mit der Faust auf den Tisch gehauen hat.“

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 zurückgezogen. Ihr Mann habe sich „von sämtlichen Freunden losgesagt“, seine Vorstandsarbeit im Gartenverein aufgegeben und komme nur selten zu sozialen Gelegenheiten mit. Zudem zeige ihr Mann kein Interesse an ihrer Arbeit oder an den Dingen, die sie beschäftigen. 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. Die ständigen unberechenbaren Hochs und Tiefs („heute so, morgen so“) machten es aber 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“. Sie wisse dann nicht, ob sie ihn ansprechen soll und dann „weiß man manchmal überhaupt nicht mehr, was man sagen soll“. Das *Familienleben* ist von Spannungen geprägt. Der Kontakt zwischen der Tochter und dem Vater ist unterbrochen, Familienangehörige raten Frau K. zur Trennung.

Ihr *Umgang mit den erkrankungsbedingten Problemen* ist von Distanzierung und Forderungen gekennzeichnet. Dabei fühle sie sich jedoch unsicher, wie sie sich verhalten soll, was sie von ihrem Mann fordern kann und was nicht. Die Vorstellung durch eine mögliche eigene Krankschreibung auch zu Hause zu sein, bezeichnet sie als „schlimm“ und „furchtbar“. Am stärksten reagiert sie mit Trennungsgedanken und zunehmenden eigenständigen Unternehmungen. Ihrem Mann rät sie, sich mehr zu beschäftigen, u.a. durch regelmäßigen Sport. In diesem Bemühen erlebt sie durch den sozialen Rückzug ihres Mannes zunehmend Frustrationen und Entfremdung mit der Konsequenz, mehr „getrennte Wege“ zu gehen.

Die Unsicherheiten im Umgang resultieren nicht zuletzt aus den Unsicherheiten der Erkrankung gegenüber. Während Herr K. die Probleme auf seinen „arbeitsmäßigen Absturz“ zurückführt, zweifelt sie an dieser Erklärung, da Arbeitslosigkeit ein Massenphänomen sei und nicht alle mit derartigen Symptomen reagierten. In der *Auseinandersetzung mit der Erkrankung* habe sie die Probleme anfangs als „Laune“ abgetan und die Krankheit als solche lange nicht erkannt. Am schwierigsten ist es für sie, Gründe anzugeben und die Symptome nachzuvollziehen. Sie zweifelt, ob sie eine Änderung ihres Mannes verlangen kann, wenn es krankheitsbedingte oder medikamentenbedingte Probleme sind. Sie fragt sich, welche der Symptome er beeinflussen kann und welche nicht. Diese klare Trennung konnte ihr bisher niemand angeben. Auch hat sie keine Anhaltspunkte für die momentane Verfassung ihres Mannes, da er nicht darüber spricht. Sie hat sich zwar Bücher besorgt und nachgelesen, resümiert aber nur, dass sie eben nicht einfach fordern kann, dass ihr Mann sich nicht hinter seiner Krankheit verstecken soll.

Frau K sieht die *Behandlungen* ihres Mannes kritisch und fragt sich, ob sie etwas gebracht haben. Ihr Mann sei ja nicht geheilt, seine Probleme nicht gelöst und die Krankschreibungen brachten ihn auch nicht weiter. Momentan sei sie in die Behandlung nicht einbezogen, frage aber manchmal ihren Mann danach. Sorgen mache ihr, dass die Therapietermine wieder in größeren Abständen liegen und sich somit ein Ende der Behandlung andeutet. Auch bei der Einweisung auf eine geschlossene Station nach seinem Suizidversuch hat ihr Mann ihrer Meinung nach viel zu früh Ausgang bekommen.

Frau K. berichtet eine Reihe eigener *gesundheitlicher Beeinträchtigungen* und Probleme. 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. Sie verliere ihre Spontaneität, weil sie sich zu Hause jedes Wort überlegen müsse. Angstzustände und schlaflose Nächte habe sie zum Erkrankungsbeginn immer wieder wegen der Selbstmordversuche und Wutausbrüche ihres Mannes gehabt, heute eher wegen der Sorgen um ihre eigene Zukunft: „... dass ich mir um meine Zukunft Sorgen mache und mir sage, ich weiß jetzt nicht, wie ich mich richtig entscheide“. Die gesamte Situation könnte langfristig Spuren hinterlassen. „Die Seele leidet, und irgendwann hab ich vielleicht och mal 'ne Krankheit“. Von der Ungewissheit hinsichtlich des Verlaufs und der Zukunft fühlt sich Frau K. am stärksten belastet.

Im Grunde genommen könne ihr niemand helfen und es helfe ihr auch niemand, denn die Verwandtschaft, „die verstehen es ja selber nicht“. Eine *Ressource* sieht sie hingegen in ihrer Arbeit. Ihre Berufstätigkeit bedeutet ihr einerseits Abwechslung, soziale Kontakte („wir sind viele Weiber, wir lachen och mal“), eine Zeit der Distanz von zuhause sowie die Aufwertung, dass sie „eben kein Sozialfall“ sei.

**Fallanalyse 015 „Die Hauptlast trägt eigentlich der Partner“**

Herr B. ist 66 Jahre alt und Rentner. Seine Frau ist 60 Jahre alt. Für beide Partner ist es die zweite Ehe, die sie seit nunmehr 14 Jahren führen. Herr B. hat einen 42jährigen Sohn und seine Frau einen 37jährigen Sohn und eine 34jährige Tochter aus erster Ehe. Herr B. hat seine Frau mit der Depression, jedoch in einer symptomfreien Zeit kennengelernt. Zum Zeitpunkt des Gespräches bemerkt Frau B., dass sie nun sechs Jahre „clean“ sei, d.h. keine depressiven Phasen mehr habe. Sie erhalte Lithium und beteilige sich immer noch aktiv einmal im Monat an Gruppengesprächen. Herr B. ist Diplomingenieur und hat bis zur Schließung des Betriebes im Buchdruck gearbeitet. Seine Frau war Buchhändlerin bis sie EU-Rente erhielt. Sie leidet an einer Krebserkrankung und seit den Kriegstraumata, die sie als Kind erlebt hat, unter Klaustrophobie.

Herr B. erlebte die erste Phase der Depression seiner Partnerin, die er miterlebt hat, als sehr beängstigend und verstörend. „Ja, das war anfangs doch ’n kleiner Schock für mich.“ Er beschreibt sich als robusten Menschen, der nicht unter Krankheiten zu leiden hatte. Daher überraschte und belastete ihn die Krankheit seiner Frau seiner Meinung nach mehr als möglicherweise jemanden, der selbst Kontakt mit medizinischen oder psychischen Problemen hatte. Herr B. resümiert: „Die Hauptlast trägt eigentlich der Partner“. Er glaubt, an seine eigenen Grenzen gestoßen zu sein. „Es gibt auch ’ne Zeit, wo es den Partner, mal ganz simpel ausgedrückt, *nervlich sehr stark belastet*.“ Auch die Ungewissheit, ob akute Phasen wiederkommen, ist ein Belastungsfaktor. „Man weiß nie, ob es wiederkommt.“

In der *Auseinandersetzung mit der Erkrankung* haben ihm die Gespräche mit dem behandelnden Arzt und die Teilnahme an regelmäßigen Gruppengesprächen sehr geholfen. Auch eine Art „Menschenkenntnis“, die er durch seinen Beruf erworben hatte, hat ihm geholfen, mit der veränderten Situation umzugehen. Als zentral sieht er das Verständnis für die Situation des Partners und die Reflexion eigenen Handelns an, die ihm besonders in der Gruppenarbeit mit Angehörigen, Ärzten und medizinischem Personal in der Klinik möglich wurde.

Herr B. sieht die Ursachen der Krankheit als ungeklärt und daher auch *kein „Patentrezept“ für den Umgang* und die Behandlung. Der Betroffene kann (und muss) soweit als möglich gegen seine Erkrankung ankämpfen. Es gibt aber Zeiten, in denen die Erkrankung ihm keinen Spielraum mehr lässt und ihn völlig im Griff hat. In diesen Phasen dürfe man dem Erkrankten auch keine Vorwürfe machen, denn die Erkrankung führe dazu, „dass da gar nicht so nachgedacht wird“. Das Selbstbewusstsein ist in Krisenzeiten wie „verschüttet“, aber schließlich immer noch vorhanden. Daher muss man den Erkrankten, wo nur möglich in seinem Selbstbewusstsein unterstützen, ihn nicht bevormunden oder Dinge abnehmen. Man darf jedoch auch in akuten Zeiten nicht allem nachgeben, denn dann würde man den Partner auch nicht mehr ernst nehmen. Die *Stärkung des Selbstbewusstseins* ist v.a. dadurch möglich, dass man an die Interessen des Partners anknüpft, mögen sie auch „verschüttet“ sein. Im Falle seiner Frau sind dies Bücher, Theater und Kunst, die beide Partner interessieren. Es kann aber auch sein, dass der Partner zurückstecken muss in seinen eigenen Interessen und Meinungen. „Man muss viel Verständnis haben, viel Entgegenkommen, viel Bereitschaft auch, manches Persönliche zurückzustecken, sonst regt man ja den Partner erneut auf.“ In jedem Fall muss der Partner versuchen, „das Selbstbewusstsein dahingehend zu stärken, dass sie sich nicht verkriecht, sondern dass man in die Öffentlichkeit geht“. Hierbei sind auch Rückschläge in Kauf zu nehmen. z.B. wenn ein Urlaub frühzeitig abgebrochen werden muss. „So was passiert, aber man muss eben Erlebnisbereiche aufbauen und das Selbstbewusstsein wieder wecken.“

Die Zusammenarbeit mit dem Arzt ist für Herr B. sehr wichtig für eine erfolgreiche Bewältigung der Situation, keinesfalls sollte der Partner gegen die ärztlichen Entscheidungen handeln oder „seinem Angehörigen etwas anderes versuchen einzureden“. Das „*Miteinander mit dem Arzt*“ ist durch die multiprofessionelle Gruppenarbeit in der Klinik, die langjährige kontinuierliche Begleitung ehemaliger Patienten in diesem Gruppenkontext und den frühzeitigen und selbstverständlichen Einbezug der nächsten Angehörigen in die Behandlung begünstigt worden.

Herr B. hat die Beobachtung in den Gruppengesprächen und langjährigen Bekanntschaften mit ehemaligen Mitpatienten und deren Partnern gemacht, dass die *Beziehung zentral für die Genesung* ist. „Überall dort, wo die Partnerschaft stimmt, ist die Krankheit zu besiegen.“ Er ist ausgesprochen solidarisch und verständnisvoll seiner Frau gegenüber, bewundert ihren Willen, gegen die Krankheit anzukämpfen, der aber in akuten Phasen unterliegt. „Die ganzen Jahre hat meine Frau gegen ihre Krankheit angekämpft. Aber es gibt eben Momente, wo der Mensch gar nicht gegen seine Krankheit kämpfen kann, weil sie ihn derart im Griff hat.“ Wie seine Frau den neu aufgetretenen Tumor und die bevorstehende Operation bewältigt, bestätigt ihn in der Wahrnehmung ihrer Stärke, die nur zeitweilig „verschüttet“ ist und behutsam mithilfe des Partners wiedergewonnen werden muss. Die Versicherung der Solidarität mit dem Partner sieht er auch als sehr wichtig für eine Verbesserung des Leidens des Partners an. Er war in akuten Zeiten bemüht, neben der eigenen Berufstätigkeit, seine Frau täglich im Krankenhaus zu besuchen. Er hat sie dann zu Spaziergängen mitgenommen oder in den Garten gefahren. So oft wie möglich aus dem Krankenhausmilieu herauszukommen, ist für Herrn B. auch eine wichtige Umgangsform in der akuten Zeit gewesen.

Darüber hinaus sieht Herr B. ein *unterstützendes und interessiertes soziales Umfeld* als sehr förderlich für die Genesung des Partners an. Obwohl die Möglichkeiten der Familienangehörigen, die nicht im Haushalt mit dem Erkrankten leben, begrenzt sind, ist ihre Unterstützung in Form von Anrufen und Nachfragen nicht zu unterschätzen. Die Hauptlast jedoch tragen diejenigen, die direkt mit dem Betroffenen wohnen, also der Partner und Kinder, sofern sie noch im Hause leben. Es sei wichtig, dass die Familie die Krankheit akzeptiert und den Betroffenen nicht ausgrenzt.

### **Fallanalyse 019 „Also ich hab mich da och anstecken lassen – da muss ich erst mal wieder zu mir finden“**

Frau P. ist 39 Jahre alt und Laborantin. Sie arbeitet mit einer anteiligem Arbeitszeit von 70% im Labor. Ihr Mann, 41 Jahre alt, ist gelernter Elektronikfacharbeiter und arbeitet auf Montage teilweise als Bauleiter. Das Paar ist seit 1981 verheiratet und hat eine 11jährige Tochter. Die psychischen Probleme ihres Mannes sind aus Sicht von Frau P. erstmalig vor vier Jahren aufgetreten.

Die *Auseinandersetzung mit der Krankheit* verlief für Frau P. in mehreren Phasen. Die Symptome (teilweise Lähmungserscheinungen auf der linken Körperseite) seien in Russland, als ihr Mann dort auf Montage war, zum ersten Mal aufgetreten. Eine dortige Ärztin habe schon gesagt, dass sei der Kopf. Hier habe aber ein Arzt die Diagnose Multiple Sklerose gestellt, ihr Mann habe am darauffolgenden Tag eine Reportage dazu im Fernsehen gesehen. Er sei dann fest davon überzeugt gewesen, unheilbar krank zu sein und sei noch tiefer in düstere Stimmung verfallen. Sie habe ihm nicht ausreden können, dass das womöglich nicht stimmt. Da aber keine organischen Ursachen der Symptome gefunden wurden, wurde ihr Mann wegen psychosomatischer Beschwerden zur Kur geschickt. Ein Therapeut dort habe die Beschwerden auf einen Verkehrsunfall zurückgeführt. Ihrem Mann sei es dann besser gegangen, bis der

„Druck und die Leistungsanforderungen“ auf seiner Arbeit wieder zu den Problemen geführt haben. Seitdem treten die Probleme „über die ganzen Jahre mal mehr mal weniger“ auf. Zuerst habe sie bei den körperlichen Symptomen an einen Herzinfarkt gedacht, da sie die Symptome von ihrem Vater kannte. Die Probleme seien für sie nicht erkennbar gewesen („... dass er mir sagte, hier, ich hab wieder die Probleme, dann halt bissel verschlossen wurde und das Gesicht sich so zusammenzog wie so zu so 'ner Wolke, mehr war für mich nicht erkennbar“). Frau P. meint, sie werde sich damit abfinden müssen, dass das immer wieder auftritt. Sie frage sich, ob man das richtig heilen kann. So lange werde sie „akzeptieren, dass er immer mal so in sich geht“.

Frau P ist besorgt, dass sie ihrem Mann keine gute Unterstützung geben könne, wenn seine Stimmungen auf sie abfärbten. *Schulgefühle und Selbstvorwürfe* werden deutlich. Sie wünsche sich eher ein „Sonnenscheingemüt“. Ihre eigene Zurückgezogenheit habe ihren Mann auch belastet und das Bemuttern, welches er scheinbar einforderte in akuten Zeiten, liege ihr nicht. Das es „immer wiederkommt“, belastet Frau P. besonders. Die Symptome habe sie auf sich bezogen und sich gefragt, „was hast 'n jetzt wieder falsch gemacht, falsch gesagt oder falsch geguckt“. Frau P. funktioniere, habe aber keine Kraft mehr für Lebenslust und Freude. Zwischenzeitlich habe sie Yoga gemacht, die Lehrerin habe aber nun aufgehört.

Im Interview imponiert Sprachlosigkeit. Frau P. spricht sehr leise und mit scheinbar großer Kraftanstrengung. Sie erzähle nicht so gern und andere würden sicher besser erzählen können als sie. Sie meint, ihr Mann und sie haben schon immer wenig miteinander gesprochen („Er hatte seine Arbeit und hat dann Musik gehört“). Auch sie sei nicht der Typ, der viel erzähle. Sie habe nicht gewusst, dass die „*Sprachlosigkeit*“ in ihrer Ehe etwas mit der Depression zu tun haben könnte. In der Krankheit sei diese Sprachlosigkeit aber „ganz hart eben dann“ geworden. Sie habe keinen „Zugriff“ mehr zu ihrem Mann gehabt, der sehr verschlossen und abweisend war. Sie habe dann „kaum noch gesprochen“, ihrem Mann nur zugehört. Auf ihre Probleme wurde aber nicht eingegangen („hat er mir aber nicht zugehört, stand auf oder griff zur Fernbedienung“). Sie habe dann „gar nix mehr gesagt“, auch „des lieben Friedens willens“. Bilanzierend meint sie, sie habe dabei ihre eigenen Interessen und Wünsche „irgendwie ad acta geworfen“ und müsse nun wieder zu sich finden, um sich mehr einbringen und durchsetzen zu können. Daher ist ihr das Gespräch mit ihrem Mann am wichtigsten, „dass man wieder miteinander redet“, das sei auch „gesünder, als immer alles in sich reinzufressen“. Parallel zur Depressionsbehandlung ihres Mannes wird demnach eine Beziehungsveränderung zugunsten des Wohlbefindens und der Gesundheit beider Partner angestrebt.

Hervorzuheben im *Umgang mit der Krankheit*, ist der Wunsch, die 11jährige Tochter völlig aus dem Geschehen herauszuhalten. Sie wisse nichts von der Krankheit. Herr P. habe sich während der Krankheitsphase zwar „nicht sehr um sie gekümmert“, sei aber nach der tagesklinischen Behandlung wieder in die „Familie integriert“.

#### **Fallanalyse 024 „So 'ne Krankheit ist 'ne Wahnsinnsbelastung“**

Frau L. ist 31 Jahre alt. Sie arbeitet 30 Stunden in der Woche als Erzieherin. Ihr Mann, 35 Jahre alt, ist Versicherungskaufmann. Beide sind seit 1987 verheiratet und haben eine 11jährige Tochter und einen nun fast 2jährigen Sohn. Die psychischen Probleme ihres Mannes sind aus Sicht von Frau L. vor zwei Jahren erstmals aufgetreten.



Die *Auseinandersetzung mit der Erkrankung* ist stark sozialwissenschaftlich-psychologisch geprägt und bezieht interne als auch externe Faktoren mit ein. Frau L. gibt an, dass ihr Mann die Ungewissheit durch das Bauvorhaben und das ungeplante zweite Kind nicht ertragen habe. Dieser aktuelle Anlass habe auf der Grundlage seiner Lebensgeschichte (Geschwisterproblematik, übertriebener Ehrgeiz) zu verstärkter Sorge und depressiver Symptomatik (Schlafstörungen, Suizidgedanken) geführt.

Ihr *Umgang mit der Erkrankung* ist entsprechend ihres Krankheitsmodells fordernd-unterstützend. In Analogie zum Alkoholiker müsse ihr Mann etwas selber dazu beitragen, „clean zu werden“. Frau L. versucht, ihren Mann zu aktivieren (neue Lebensinhalte suchen, Sport), ignoriert sein Selbstmitleid und lehnt Mitleid für ihn ab. Sie fordert von den Ärzten klare Auskünfte (z.B. endgültige Dauer der Arbeitsunfähigkeit, die immer wieder verlängert wird) und möchte, dass ihr Mann eher Handwerkszeug zur Konfliktbewältigung denn Medikamente bekommt. Sie fürchtet, er ruhe sich auf seinen Medikamenten aus.

Ihr Umgang mit der Erkrankung ist jedoch von *Zweifeln und Unsicherheiten* geprägt. Sie habe überlegt, zur behandelnden Ärztin ihre Mannes zu gehen, um ihre Hilflosigkeit in den Griff zu bekommen. Zudem hatte sie die Erfahrung gemacht, dass ihr Mann dem Rat der Ärztin eher folge als ihrem eigenen (Beispiel Sport). Die permanente Ablehnung von Angeboten und Vorschlägen durch ihren Mann löse bei ihr *Resignation und Hilflosigkeit* aus. „Was du sagst, ist eigentlich sinnlos.“ Sie frage sich auch, ob ihre Entscheidungen „aus dem Bauch heraus“ richtig sind oder ob sie womöglich langfristig eine Verschlechterung bewirken. Am stärksten habe sie besonders in der Anfangszeit der Erkrankung das Bedürfnis ihres Mannes belastet, immer in ihrer Nähe zu sein und sie überall hin zu begleiten bzw. seinerseits begleitet zu werden. In der Zeit dachte sie, sie habe ein „drittes Kind“.

*Mehrfachbelastungen* durch Kindererziehung, Haushalt, Beruf und erkrankten Partner werden deutlich. Besonders zur Zeit ihres Erziehungsurlaubs war sie „den ganzen Tag beschäftigt mit irgendjemand“ und habe wenig Spielraum für sich selbst gehabt. Den Freiraum nehme sie sich nun aktiv, fahre einkaufen oder Sorge für angenehme Dinge. Gespräche mit dem Vorgesetzten ihres Mannes, der einmal Psychologie unterrichtet hat, haben ihr auch sehr geholfen, die Krankheit zu verstehen. Zudem schildert sie sich als robuste, selbständige und lebenslustig-spontane Persönlichkeit.

Sie bemüht sich darum, dass die Krankheit den *Familienalltag* nicht dominiert. Konfliktgespräche werden nicht vor den Kindern geführt, sie lache auch mal mit den Kindern und unterbreche schnell krankheitsbezogene Sorgengespräche. Dennoch schildert sie eine Vielzahl von Situationen, die für ein belastetes Familienleben stehen. Ihr Mann verhalte sich teilweise ungerecht der Tochter gegenüber (überzogener Ehrgeiz), so dass sie sich in Auseinandersetzungen schützend vor die Kinder stelle. Sie selbst vertrage die erlebten Ungerechtigkeiten besser und konkreter offener als früher. Die Behandlung ihres Mannes habe ihn darin bestärkt, seinen Neigungen und Interessen stärker nachzugehen. Sie erlebe dies jedoch als Egoismus und fühle sich noch stärker mit den familiären Pflichten allein gelassen als früher. „Ich krieg das nicht in Griff, zu sagen, o.k. sei egoistisch und ich weiß nicht, wo mir der Kopf steht.“ Für ihre eigenen Sorgen habe sie keinen Ansprechpartner mehr, im Gegenteil es wird ihr ein Vorwurf gemacht, wenn sie mal nicht „die Laune aufrecht erhalte“.

In der Familie ist die *Erkrankung sehr tabuisiert*. Ihre Eltern wissen nichts über die Erkrankung und meinen, es sei die gleichzeitig bei ihrem Mann bestehende chronische Knieverletzung an der langen Arbeitsunfähigkeit schuld. Daher könne sie auch nicht mit ihren Eltern über diese Probleme sprechen. Ihre Schwester sei zwar seit 15 Jahren in der Psychiatrie tätig, habe aber von der Krankheit bislang nichts bemerkt. Erschwerend komme hinzu, dass die Krankheit für Außenstehende nicht nachvollziehbar sei und

es kein Allheilmittel gebe wie bei Kopfschmerzen (Tablette) oder einem Beinbruch (Gips). Die Heilung wird generell in Frage gestellt und eher als ein Lernen des Umgangs und Lebens mit der Depression definiert. Seine Eltern wissen um die Depression, machten sich aber gegenseitig Vorwürfe, Mitschuld an ihrem Entstehen zu haben. Der Vater frage immer nach dem Befinden und werfe dem Sohn die lange Arbeitsunfähigkeit als arbeitsscheu vor. Die 11jährige Tochter soll nichts von der psychiatrischen Behandlung wissen, vor ihr erkläre er die Probleme (Schwächegefühl, Antriebslosigkeit etc.) mit Herzproblemen. Jedoch habe sie die Tochter eingeweiht, damit sie die teils ungerechten Angriffe besser verstehe und nicht ihrerseits depressiv wird. *Die Tabuisierung und daraus resultierende Geheimhaltung und Verstrickung erlebt Frau L. als „Wahnsinnsbelastung“. Sie erschwert die Kommunikation zwischen den Familienmitgliedern und isoliert Frau L. in ihren Sorgen und Nöten.* Frau L. stand im Gegensatz zu ihrem Mann der Befragung sehr offen gegenüber. Sie ist sehr gesprächsbereit (überdurchschnittliche Dauer des Interviews) und schildert ihre Situation genau und reflektiert. Dies hängt damit zusammen, dass sie bereits in ihrer Ausbildung als Erzieherin großes Interesse an Psychologie hatte und dies auch studieren wollte. Sie schildert, dass sie aufgrund der großen Tabus in der Familie keinen Gesprächspartner für ihre Sicht der Dinge habe.

#### **Fallanalyse 034 „Für mich ist eben das Leben anders, alles ruhig geworden“**

Frau Z. ist 57 Jahre alt und war als Teilkonstrukteurin ausgebildet, bevor sie eine Umschulung zur Bauzeichnerin machte. Als Bauzeichnerin arbeitete sie zuletzt, bevor sie vor kurzem nach Projektabschluss arbeitslos wurde. Ihr Mann ist 60 Jahre alt und war als Ingenieur, teilweise auf Montage als Montageleiter tätig. Seit Mitte der 80er Jahre ist er erwerbsunfähig. Beide sind seit 1965 verheiratet und haben eine 31jährige Tochter und einen 27jährigen Sohn. Die psychischen Probleme des Ehemannes sind vor ca. vier Monaten erstmalig aufgetreten und werden seit ca. zwei Monaten behandelt.

Frau Z. schildert eine Vielzahl von Symptomen ihres Mannes (Bewegungsunruhe, Verfolgungsgefühle, Grübeln, Schlaflosigkeit, Schuldwahn, sozialer Rückzug etc.), die sie nicht mehr mit tragen konnte. Als sie sich Sorgen machte, ob ihr Mann sich etwas antun könnte, bittet sie ihn, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Da die Symptome und vor allem der Schuldwahn schwer nachzuvollziehen sind und daher als krankhaft definiert werden können, wird relativ schnell die Zuständigkeit eines professionellen Helfers deutlich. Das Verhalten wurde als so abwegig und krank erlebt, dass Frau Z. außer Frage die *Hilfe eines Arztes oder einer Ärztin als „einzige Hoffnung“* ansah. Die Gespräche mit ihrem Vater haben den Weg zur Behandlung gebahnt. Der erste Versuch bei der Hausärztin blieb jedoch ohne Konsequenzen (Aufschieben und erneute Terminvergabe). Zu dem behandelnden Arzt ist Frau Z. dann mitgegangen, hatte für ihn die Vorfälle notiert und bestärkt ihren Mann immer wieder darin, dem Arzt alles frei mitzuteilen und sich helfen zu lassen. Ihr *Krankheitsmodell* ist medizinisch geprägt. Sie führt die Symptome auf körperliche Ursachen zurück, auf die dann die „Hauptstufe, das Seelische“ folgte.

In ihrem *Zusammenleben* habe sich vieles verändert, teils durch beider Arbeitslosigkeit, teils durch die Erkrankung. Zunächst beeindruckte Frau Z. die Passivität ihres Mannes, der entgegen seines sonstigen lebenslustigen und streitbaren Charakters zurückgezogen und fügsam wurde. Sie erlebte erstmals, dass ihr Mann sie brauche. Dies definiert zunächst ihre Rolle als Unterstützerin ihres Mannes und führt dazu, dass sie die eigene Situation vollkommen in den Hintergrund drängt. Ihre eigene Arbeitslosigkeit und der Tod ihres Vaters sind Themen, denen sie sich noch nicht zuwenden konnte. Eine traditionelle Rollenverteilung wird angedeutet, die sich in der Erzählung über das Autofahren widerspiegelt. Frau Z. übt mit der

Tochter wieder das Autofahren, nachdem sie sich in der Beziehung früher immer von ihrem Mann fahren ließ. Somit ist die Erkrankung auch eine Chance, festgefügte Rollenmuster aufzubrechen und Aufgabenbereiche neu zu definieren. Für Frau Z. bedeutet dies, dass sie zu mehr Selbständigkeit findet.

Besonders hilfreich in der *Auseinandersetzung mit der Erkrankung* sieht sie die soziale Unterstützung an, die sie in Form von Informationen (Vater, Tochter) und Zuspruch (Schwägerin, Tante, Arbeitskollegin) bekommen hat. In dieser Hinsicht gibt es auch bezüglich der Erkrankung *kein Tabu*. Nur möchte Frau Z. die Kinder nicht mit ihren eigenen Sorgen belasten. Bis zur eindeutigen Klärung durch ihren Vater fiel es ihr sehr schwer die Symptome zu deuten und sie suchte zunächst nach Begründungen für den Schuldwahn ihres Mannes in der Realität. Dies gibt sie dann auch als wichtigen Copingmechanismus an, der ihr innerlich wieder Sicherheit gegeben habe.

*Als besonders belastend erlebte sie die Anspannung*, auf ihren Mann aufzupassen, auf ihn einzureden, die Schuldideen zu prüfen und lange nicht einordnen zu können. Sie habe dabei Schlafstörungen entwickelt. Im Zuge der Klinikeinweisung ihres Mannes ist es zu massiven Schuldgefühlen und einem Gefühl der Leere ähnlich dem des „Ausgebrannt-Seins“ gekommen. Erst nach der Einweisung ist ihr bewusst geworden, unter welchem großem *Druck* sie gestanden hatte. Sie kann sich nun ihrer eigenen Situation und *Mehrfachbelastung* stärker zuwenden, die eine erneute enorme Anpassungsleistung fordert. Die Trauer über den Tod des Vaters, die Belastungen durch die Pflege der an Demenz erkrankten Mutter, der Verlust des Arbeitsplatzes und des sozialen Netzes, in das sie eingebunden war, sowie die Erkenntnis als 57jährige auf dem Arbeitsmarkt nicht mehr Fuß fassen zu können, rufen zum Ende des Gesprächs Gefühle der Traurigkeit und Einsamkeit in ihr hervor.

### **Fallanalyse 038 „Wie bei jeder andern Krankheit auch“ – aber wie lange?**

Frau D. ist 40 Jahre alt und Lehrerin. Ihr Mann ist 42 Jahre alt und hat zuletzt als Lagerleiter gearbeitet, nachdem seine Laufbahn als Offizier wendebedingt beendet war. Beide sind seit 1985 verheiratet und haben einen 19jährigen Sohn und eine 12jährige Tochter. Die psychischen Probleme des Mannes sind vor vier Jahren erstmalig aufgetreten.

Frau D. vertritt in der *Auseinandersetzung mit der Erkrankung* ein organmedizinisches Krankheitsmodell. Diese Krankheit sei wie jede andere auch. Veränderungen seien durch den Krankenhausaufenthalt und die lange Arbeitsunfähigkeit des Mannes entstanden. Bis zu dem Punkt, als ihr Mann nicht mehr arbeiten gehen konnte, habe sie das „gar nicht so zur Kenntnis genommen“. Im Alltagstrott seien das „einfach Dinge, über die man hinwegsieht“ oder als „Schlecht-drauf-sein“ abtut. Anfangs habe sie gedacht: „vier Wochen oder acht Wochen, dann ist wieder gut“. Was sie am meisten beschäftigt ist, „wie und wann es wieder weggeht“. Es sei 'ne Krankheit, wo du nicht sagen kannst, nimmst noch drei Wochen Tabletten und dann wird's schon irgendwie gehen.“ Während des fast halbjährigen Krankenhausaufenthaltes habe ihr niemand gesagt, „... dass man das also behandeln kann“. Jeder Arzt habe etwas anderes gesagt und andere Tabletten verschrieben. Sie meint, dass mit Tabletten ohnehin nur „die Symptome im Griff zu halten“ sind. Sie ist erleichtert („unsere große Hoffnung“), dass der jetzige Arzt von 50 und mehr Einzeltherapiestunden gesprochen hat, denn „dann soll es wohl geheilt sein“ [Anmerk.: Es wurde eine psychoanalytische Einzeltherapie begonnen nach Vermittlung durch die Klinik].

Entsprechend des medizinisch geprägten Krankheitsmodells wird im *Umgang mit der Erkrankung* mit Schonung und Rücksichtnahme reagiert. Die zuvor gültige Arbeitsteilung ist aufgehoben. Frau D. ist für alles allein zuständig. Die Bankgeschäfte bespricht sie mit ihrem Mann im Krankenhaus. Die Tochter bringt sie zum Fußballtraining. Sie versucht, in der Beziehung Auseinandersetzungen zu umgehen („Dinge, die vielleicht Reibungspunkte geboten hätten, die hab ich ganz einfach beiseite gelassen“) und auch eventuellen Konfrontationen mit den Kindern zuvorzukommen („gleich abgefangen sozusagen“). Insgesamt soll eine *Atmosphäre der Ruhe* geschaffen werden. Die Kinder, die manchmal laut sind, werden gedämpft, das Radio leise gedreht. Wenn Herr D. sich zurückgezogen hat zum Lesen oder Schlafen, wurde von der gesamten Familie versucht, „dass es eben leise war in der Wohnung“. Das habe Frau D. „manchmal auch nicht richtig gefallen“. Aber, meint sie, „wenn ich krank bin, erwarte ich ja auch, dass man Rücksicht nimmt“ und führt das Beispiel ihrer Halsoperation an.

Die gravierendsten *Auswirkungen der Erkrankung* sieht Frau D. im *sozialen Bereich*, wo die Kontakte noch weniger geworden sind, als sie ohnehin schon waren. Zu ihrer Freundin und deren Mann käme ihr Mann dann „mal notgedrungen mit“. Allerdings sei es schon immer so gewesen, dass sie „der nach außen gehende Typ“ war. Sie habe aber im Laufe der Erkrankung fast alles, was außerhalb der Wohnung war (z.B. einkaufen), mit der Tochter unternommen. Auch der *finanzielle Bereich* bereitet ihr aufgrund der langen Arbeitsunfähigkeit ihres Mannes Sorgen, denn „irgendwann kommt der Punkt, wo’s dann mal finanziell enger werden könnte“. Der Betrieb, in dem ihr Mann Lagerleiter war, hat kurz nach seiner Krankschreibung geschlossen. Ein Ende der Arbeitsunfähigkeit ist demnach der Beginn der Arbeitslosigkeit oder einer neuen Arbeit. Einstweilen wurde ein Garten gekauft, um die Leere abzufangen und ihrem Mann ein Betätigungsfeld zu geben.

### **Fallanalyse 039 „Nischt hilft“ – Suche nach geeigneter Behandlung**

Herr F. ist 60 Jahre alt und pensioniert. Er hat zuletzt als Polizist gearbeitet und ist jetzt noch geringfügig im Wachschatz beschäftigt. Frau F. ist 61 Jahre alt und hat zuletzt als Sekretärin gearbeitet, fand aber nach 1989 keine Arbeit mehr. Sie versuchte dann und zum Zeitpunkt des Gesprächs als Geschäftsberaterin Geld hinzu zu verdienen. Beide sind seit 1957 verheiratet und haben zwei Söhne im Alter von 38 und 28 Jahren und eine Tochter im Alter von 32 Jahren. Die psychischen Probleme der Frau sind in ihrer Jugend und vor acht Jahren schon einmal aufgetreten und bestehen aktuell erneut seit ca. einem Jahr in behandlungsbedürftigem Ausmaß.

Der Prozess der *Auseinandersetzung mit der Krankheit* verlief für Herrn F. in mehreren Stufen. Zuerst dachte er, „was von allein kommt, geht auch wieder von allein“. Dann wurde die Analogie zu organischen Leiden gezogen, zumal seine Frau vorrangig körperliche Beschwerden hat. Die ärztlicherseits angegebene „nervliche Belastung“ ist für ihn nicht nachvollziehbar, da sie als Rentner keine Sorgen hätten. Eher könne er sich „tiefere Wurzeln“, wie die Arbeitslosigkeit seiner Frau nach der Wende mit den regelmäßigen Gängen zum Arbeitsamt („die ganzen Jahre“) vorstellen. Herr F. zeichnet ein Bild der Krankheit, in dem seine Frau aus unerklärlichen Gründen von der Depression wie von einem Bazillus befallen ist. Frau F. hingegen deutet immer wieder familiäre Probleme an, sie habe zu wenig Kontakt zu ihren Kindern, keine Freunde, fühle sich abseits und ohne Aufgabe, habe kein Hobby und keine Interessen, da sie zu weit weg von irgendwelchen Angeboten in der Stadt wohne.

Im Rahmen seines organmedizinisch geprägten subjektiven Krankheitsmodells entwickelt Herr F. auch *Behandlungsvorstellungen*. Die Forschung sei jedoch noch nicht soweit, die Symptome durch ein geeignetes Mittel binnen kurzer Zeit vollständig zu beseitigen. Zur idealen Behandlung zählt für ihn, dass ein kranker Mensch Ruhe brauche, die auch räumlich in einer entsprechenden Einrichtung hergestellt werden müsste. Zwei Behandlungsversuche sieht er als gescheitert an, zunächst das Krankenhaus, welches sie erst umgehen wollten. Seine Frau konnte sich mit einer Klinikeinweisung schlecht abfinden und wollte lieber in eine Tagesklinik. Diese war aber, weil an einer Hauptstraße gelegen und mit zu vielen Patienten belegt, zu laut. Die Suche nach der geeigneten Behandlung scheint ihn nahezu zu quälen. Er wirft mehrere Bücher auf den Tisch, die sie schon gekauft hätten, meint aber, dass darin wohl „nur leichte Fälle beschrieben sind“. Das letzte Buch habe er aus der Apothekezeitung bestellt, in der Ratgeber zu allen möglichen Krankheiten erwähnt sind. Sein Fazit „Nischt hilft“. Im Gespräch mit der Frau stellt auch sie sich als besonders schwieriger Fall dar und zeigt weitere Bücher zum positiven Denken. Beide versuchen sehr gesundheitsbewusst zu leben und nehmen eine Reihe Nahrungsergänzungsmittel ein.

Herr F. wirkt sehr *hilflos und nahezu verzweifelt* über die Sorge, wie seiner Frau zu helfen ist. Das Interview ist dominiert vom Erleben der gesamten Situation als „Stresssituation“ und Belastung („vollkommen 'ne Belastung“). Herr F. fühlt sich belastet durch seine eigene Gesundheit (Herzoperation), durch die Nebentätigkeit im Wachdienst, die Last des gesamten Haushaltes („waschen, aufwaschen, Essen machen“) und die Krankenhausbesuche als zusätzliche Verpflichtung sowie dadurch, das Leiden seiner Frau hilflos mitanzusehen und miterleben zu müssen. Er wünscht sich so schnell wie möglich eine Besserung. „Man wartet jeden Tag, dass es besser wird.“ Auf die Frage nach Ergänzungen zum Thema, meint er: „Was soll ich sagen zu dem Thema, finden Sie was, dass sie so schnell wie möglich gesund wird.“

#### **Fallanalyse 045 „... dass wir hier aufgrund der Krankheit meiner Frau sehr isoliert leben“**

Herr H., 64 Jahre alt, war bis zu seiner Pensionierung in der Entwicklung elektronischer Geräte tätig. Seine Frau, 63 Jahre, war gelernte Textilfacharbeiterin und zuletzt als Laborgehilfin beschäftigt. Beide sind seit 39 Jahren verheiratet und in Altersrente. Das Paar hat keine Kinder. Herr H. erhofft sich Beratung und Hilfe bezüglich einer Therapie für seine Frau, die seit ca. 10 Jahren in psychiatrischer Behandlung ist. Durch jahrelange Einnahme von Beruhigungsmitteln wurde sie abhängig. Zum Zeitpunkt des Interviews wird Frau H. stationär behandelt.

Herr H. drängt darauf, das Gespräch so schnell wie möglich zu führen, da er sich zusätzliche Informationen bezüglich der Therapie seiner Frau erhofft. Er glaubt sie in der stationären psychiatrischen *Behandlung* nicht gut aufgehoben und sucht nach alternativen Möglichkeiten. Da seine Frau jahrelang ambulant mit geringen Dosen Beruhigungsmitteln behandelt wurde, hat sich eine Abhängigkeit entwickelt, die die Behandlung der aktuellen depressiven Symptomatik erschwert. „Sie ist ja nicht in kurzer Zeit geheilt worden, vor 'nem halben Jahr oder 'ne Jahr, es schleppt sich ja schon Jahre hin und hat sich dadurch verstärkt.“ Herr H. sieht die Erkrankung vorrangig als Ausdruck der hormonellen und körperlichen Umstellung in den Wechseljahren und bezeichnet die Depression als chronisch und organisch. Es ist für ihn ein „rein körperliches, von innen kommendes Krankheitsbild“. Die weithin unklaren Ursachen führen zu *Stigmatisierungsbefürchtungen*. „Viele Außenstehende denken, es sind hier familiäre Probleme. ... Manchmal treten eben solche Erscheinungen auf durch Scheidung, durch Geldnot

oder durch Kinder, die nicht parieren oder irgendwas.“ Herr H. kann sich die Beschwerden seiner Frau durch keine äußeren Ereignisse oder Einflüsse erklären.

Die Unsicherheiten bezüglich der Verursachung der Erkrankung führen zu *Selbstzweifeln und Schuldgefühlen*. „Man sucht ja immer bei sich dann selbst und sagt hier, was machst du denn falsch oder was ist denn, aber ich kann da nichts erkennen.“ Herr H. empfindet die Erkrankung seiner Frau als unverdiente Bestrafung, da sie einen angenehmen, aktiven gemeinsamen Lebensabend verhindert. Das Gefühl, gestraft zu sein, entsteht für Herrn H. aus dem Fazit, ein pflichtschuldiges, einwandfreies und opferreiches Leben geführt zu haben, das solch ein Ende nicht verdient hat. „Und trotzdem hab ich 'ne kranke Frau. ... Ich seh es manchmal sogar wie 'ne Strafe an. Die haben wir nicht verdient, will ich mal sagen, weil wir akkurate Menschen gewesen sind, immer arbeitsam.“

Der *Verlust* von Reisen, Ausflügen, Spaziergängen, gemeinsamen Einkaufs- oder Stadtbummeln oder Besuchen bei Bekannten und Freunden wird als besonders schmerzhaft erlebt. „Eine Woche in Österreich und eine Woche in Bayern, das war bis jetzt in den 10 Jahren alles. ... Die Vereinigung hat uns im Prinzip bis jetzt wenig genützt, was die Sehenswürdigkeiten betrifft. Ja, und ich gucke mir gerne was an, das vermisse ich eben stark.“ Besonders belastend ist die Angstsymptomatik der Ehefrau, die dazu führt, dass sie zum Teil das Haus gar nicht mehr oder nur in Begleitung verlässt. „In ein Warenhaus, wo notwendige Kleidungsstücke dann mal gekauft werden müssten oder irgendwas hier, das war auch schon kaum möglich. Den Hauptbahnhof, den schönen Bahnhof hat meine Frau noch nie gesehen. Dort hat sie sich bis heute noch nicht hingetraut.“ Durch den langen Krankheitsprozess ist Herr H. entmutigt und glaubt kaum noch an eine Veränderung der Situation. „Und das vielleicht auf eine Wiederherstellung im früheren Sinne gar nicht mehr zu hoffen ist und das deprimiert mich am meisten, dass da eben hier die Hoffnung ... auch sehr geschwunden ist.“ Im Extrem sieht Herr H., „dass eben die Lust am Leben dadurch auch etwas geschmälert ist“.

Herr H. versucht, sich mit den begrenzten Möglichkeiten abzufinden, sich einzurichten und kleine Fortschritte zu sehen. „[Sie] hat aber, muss ich sagen, trotzdem nach wie vor immer versucht, ihren Haushalt zu machen.“ Die *Partnerschaft* ist von klarer, traditioneller Rollenverteilung geprägt und wird aufgrund der hohen moralischen Verpflichtung in ihrem Bestand nicht angezweifelt. Da beide allein sind und keine Kinder haben, fühlen sie sich aufeinander angewiesen. Die traditionelle Verbundenheit wird dadurch verstärkt, dass beide in Nachbarorten aufgewachsen sind, im Haus der Familie des Mannes mit seiner Mutter zusammenlebten und einen sehr kleinen eigenen Freundes- und Bekanntenkreis haben. Da beide abgelegen wohnen mit schlechter Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel, wird die Verbindung zur Stadt und zum „öffentlichen Leben“ durch Herrn H. als Autofahrer hergestellt. Er versucht, seine Frau mit kleinen Spaziergängen oder Radfahren aus dem engen häuslichen Kreis herauszuführen. Dann, so hofft er, würde sie auch weitere Strecken mit ihm und in Zukunft vielleicht auch die eine oder andere Reise schaffen können.

#### **Fallanalyse 046   „Ich sage, ich liebe dich so, wie du bist“**

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 weitere vier Kinder. Frau Q. erzählt kurz von ihrem

Behandlungsweg, nachdem ihr Mann nicht angeben konnte, seit wann sie die Probleme habe und in Behandlung ist. Begonnen habe es 1996 mit großen Schmerzen und Bewegungseinschränkungen beider Arme, daraufhin sei sie depressiv geworden. Die immer wieder erhöhte Dosis von Schmerzmitteln hat zu einer Abhängigkeit geführt. Nach einem Suizidversuch ist sie in psychiatrische Behandlung gekommen.

Herr Q. thematisiert v.a. die *Partnerschaft* und die Auswirkungen der Erkrankung auf die gemeinsame Lebensgestaltung. Vordergründig sind hierbei *sexuelle Probleme*, die Herr Q. schildert. „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 das bedingt, eben durch die Krankheit wahrscheinlich das och 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 empfinde sich seine Frau durch die Gewichtszunahme wenig attraktiv und 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.“

Die *gemeinsame Lebensgestaltung* ist von einer Reihe von Einschränkungen geprägt. Waren beide aktiv im Angelsport, hat nun nur noch Herr Q. den Angelschein (auch aus finanziellen Gründen) und seine Frau begleitet ihn ab und an. Herr Q. versucht, sich den Stimmungen seiner Frau anzupassen und richtet seine eigenen Unternehmungen danach ein. Auch ist die familiäre Atmosphäre nicht so unbeschwert wie Herr Q. sie gern gestalten würde. „Sind manchmal Kleinigkeiten, sie stört das, meine Frau, dass ich manchmal so laut rede ... oder wenn ich manchmal, ich bin manchmal ein bisschen albern so mit den Kindern und so, ... dass der Partner das manchmal nicht versteht durch ihre Krankheit bedingt.“

Der *Umgang mit der Erkrankung* ist dahingehend erschwert, dass beide Partner wenig über aktuelle Befindlichkeiten sprechen können. „Ich sage: ‚Na, Du kannst doch sagen, wenn irgend etwas ist. .... Sie sagt: ‚Ich kann das nicht, ich kann da nicht so rum lamentieren, wenn’s mir nicht gut geht.‘ Aber dann weiß ja der andere Partner da nicht, was, was es ist.“ Herr Q. versucht daher, möglichen Konflikten auszuweichen und bereits im Vorfeld die aktuelle Lage zu spüren. „Aber ich muss eben da bei vielem ein bisschen Rücksicht nehmen. ... Wenn ein Mensch gesund ist, da kann man mal was sagen und bei so einem kranken Menschen ist es ja nun so, dass man jedes Wort überlegen muss.“ Er möchte seine Frau auch nicht zu gemeinsamen Unternehmungen zwingen oder überreden, und hat daher „seinen Tag“ eingerichtet, an dem er Ausflüge macht (Garten, Angeln). Er fragt jedoch seine Frau immer, ob sie ihn begleiten möchte und nimmt das Handy mit, um für den Notfall für sie erreichbar zu sein. Wenn die Situation für ihn nicht eindeutig einschätzbar ist, verzichtet er auf seine Interessen und bleibt zu Hause.

Die *Erkrankung* ist für Herrn Q. wenig verständlich, der Beginn oder Auslöser sowie die Behandlung sind für ihn rätselhaft. „Jetzt war ’n wir schon unten am Bodensee, da ging’s ihr recht gut, ... also wie normal, wollen wir mal sagen. ... Hier gibt’s keine, woll ’n wir sagen mal, Probleme, wenn’s, wie manche, die haben Arbeitsprobleme, keenen Job und so, das ist ja bei uns nicht, wir sind beide Rentner, ... die Wohnung ist in Ordnung, ... ja, und das hat mir der Doktor och gesagt, dass kann man nicht sagen, wo das herkommt.“

Am stärksten belastet Herrn Q. die Antriebslosigkeit seiner Frau und dass es zu einem erneuten Suizidversuch kommt. Er fand die Partnerin, die eine Überdosis Tabletten genommen hatte. Auffallend in der Schilderung des erlebten Suizidversuches ist die normalisierende Wortwahl. „Ja mich beschäftigt am meisten, dass, dass sie wieder in so ein tiefes Loch fällt, wie es schon mal war, mit Rettungswagen und so. Da hat sie sich mit den Tabletten vergriffen gehabt.“

**Fallanalyse 054** „Ich wollte ’nen Handbuch, wie ich mit meinem Mann umgehen muss“

Frau S. ist 32 Jahre alt und Versicherungskauffrau. Ihr Mann ist 33 Jahre alt und Elektriker. Beide sind seit acht Jahren verheiratet und haben einen 8jährigen Sohn. Die psychischen Probleme des Ehemannes sind bereits vor dem Beginn der Partnerschaft vor 12 Jahren erstmalig aufgetreten, als Herr S. bei der Armee war.

Zentrales Thema der Erzählung sind die Auswirkungen der Depression auf die Beziehung und die *Frage, ob es einen Zusammenhang zwischen Merkmalen der Beziehung und der Entwicklung der Depression gibt*. Frau S. sieht sich mit einer unerwarteten Realität konfrontiert, in der sie die beschützende und dominante Partnerin ist. Diese Dominanz zieht sich durch die Beziehungsgeschichte. Frau S. hat z.B. die gesamte Hochzeitsvorbereitung allein übernommen, und ihren Mann dann „nur noch mitgenommen“, wie sie es beschreibt. Später verschafft sie ihm bei Schwierigkeiten eine neue Arbeitsstelle, nimmt ihm viel ab. Dennoch ist sie unsicher, ob die Beziehung sie in der jetzigen Form zufrieden stellt; „... dass man am Anfang von der Ehe immer ’nen Mann will, der groß und stark und kräftig ist und alles beisammen hält und dann hat man so ’nen Häufchen Unglück, in Anführungsstricheln, liegen und hat eben die ganze Verantwortung.“

Sie fragt sich, ob es einen Zusammenhang zwischen der Rollenverteilung in der Ehe und den Schwierigkeiten ihres Mannes gibt. Dieser führt als *Ursache der Erkrankung* Arbeitsprobleme an. Frau S. hingegen glaubt, dass diese sekundär sind. „Ich weiß nicht, ob ich es, ob es vielleicht doch die Beziehung ist und nicht die Arbeit. Und ich sage mir immer, wenn er zu Hause die Hosen anhat, und wenn er zu Hause der Mann im Haus ist, da setzt er sich auch auf Arbeit durch.“ Erst die Erkrankung ihres Mannes hat einen Reflexionsprozess über das Zusammenleben und die Beziehung in Gang gesetzt. „Obwohl die gut läuft, die Beziehung, also, wenn er nicht krank wäre, würde ich mir da gar keine Gedanken drüber machen.“

Frau S. wünscht sich, dass ihr Mann streitbarer und fordernder ihr gegenüber auftreten würde. „Früher habe ich das ja immer als gut empfunden, dass wir uns nicht streiten, aber manchmal bin ich mir da nicht so sicher, weil es kann nicht sein.“ Sie ist zunehmend verärgert über die *ungleiche Rollenverteilung*. Auf der einen Seite fordere ihr Mann die Dinge, die sie als sein Recht versteht, nicht ein. Dazu gehören eine aktive Gestaltung des Familienlebens, wie die Mitbestimmung von Essenszeiten und Unternehmungen. Auf der anderen Seite ist ihr Mann kompromisslos und engstirnig in Bereichen, in denen sie sich mehr Entgegenkommen von ihm wünscht. So untersagt er ihr den Wunsch, einen Hund anzuschaffen, weil dies seine Eltern als Hausbesitzer nicht wollen. Sie fühlt sich von ihrem Mann in wichtigen Lebensentscheidungen, z.B. bei einem Arbeitsplatzwechsel nicht unterstützt, wenn nicht gar gebremst. Er sieht dann v.a. potentielle Probleme. Im Gegensatz zu ihrem Mann beschreibt sich Frau S. als spontan und optimistisch. Sie hat gern selbst die Fäden in der Hand. „Ich bin eben eher so ein positiver Mensch. ... Na klar, red ich mir da einiges schön, da bin ich auch manchmal dann unrealistisch, aber da geh t’s mir besser.“

Was die *Partnerschaft* angeht, interpretiert Frau S. die passive Haltung ihres Mannes zunehmend als Gleichgültigkeit ihr gegenüber. „In einer Partnerschaft ist es ja immer ein Geben und Nehmen. Mein Mann, der gibt nichts und der nimmt nichts und denkt, damit ist er mit mir quitt. ... Manchmal denk ich, es ist Dir wurscht, wer hier sitzt, ob ich das bin oder ’ne andere.“ Sie definiert eine Beziehung als Raum, in dem beide Partner Grenzen austesten. Wenn keine Grenzen bestehen, dann entsteht Langeweile. Frau S. ist sich unsicher, ob das Zurückhaltende, das Abwartende ihres Mannes zu seinem „Charakter“ gehört



oder ob es durch die Krankheit bedingt ist. „Das kann ich eben nicht so richtig auseinanderhalten, was kommt von der Krankheit und was ist er selber.“

Die Depression hat *Auswirkungen auf den Alltag der Familie*. „Es ist überall so ein negativer Touch mit dabei und das überschattet das alles.“ In akuten Krankheitszeiten ist ihr Mann in einer Art eigener und fremder Welt, zu der es für andere keinen Zutritt gibt. „Da lag er eben hier, nicht rasiert, nicht geduscht. Da gab es keine Welt mehr draußen und da war eben das Rollo runter gelassen und wurde nur noch gewartet, bis die Medikamente anschlagen.“ Frau S. hat die Erfahrung gemacht, dass sie in akuten Zeiten wenig Einfluss auf den Zustand ihres Mannes nehmen kann. „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 wie 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.“

Frau S. war zunächst völlig hilflos und überfordert, mit dieser Situation umzugehen. Sie suchte Hilfe und Rat bei ihren Eltern. Hier wurde sie jedoch abwechselnd bemitleidet und bewundert, wie sie die Situation aushält und meistert. Solche Gespräche haben dann Ärger auf ihren Mann erzeugt, der sie in diese Lage gebracht hat, aber letztlich *keine Hilfe* dargestellt. Einmal suchte sie die Ärztin des Mannes auf, bei der sie ebenfalls keine Hilfe bekam. „Ich wär eben nicht seine Mutter und was ich hier überhaupt zu suchen hab und ich sollte mich lieber mit der Beziehung mit meinem Vater ins Reine kommen und sollte da 'ne Behandlung machen, dass ich diesen Vaterkomplex los werde. Also, dass war nicht, was ich mir vorgestellt hatte. Ich wollte 'nen Handbuch, wie ich mit meinem Mann umgehen muss.“ Frau S. würde mit ihrem Mann gern eine gemeinsame Behandlung absolvieren, da sie lernen möchte, ihn zu unterstützen. Sie lehnt eine Paartherapie ab, da sie die Beziehung als gut einschätzt. Sie möchte eine Anlaufstelle, um ihr eigenes Verhalten zu überprüfen und ggf. zu korrigieren und mit ihrem Mann gemeinsam einen Weg aus der Depression zu finden.

Frau S. macht sich *Sorgen*, die Entwicklung oder Gesundheit ihres Mannes zu behindern oder an seiner Krankheit beteiligt zu sein. „Das Private beschäftigt mich doch am meisten, ob es doch was mit mir zu tun hat.“ Der Beziehung gegenüber ist Frau S. *ambivalent*. Einerseits schätzt sie ihren Mann als sensiblen Menschen „mit Herz“. Andererseits fragt sie sich, ob sie die Form der Beziehung leben möchte, die sie derzeit lebt. „Nur, dass ich mir nie so sicher bin, ob ich das möchte oder ob ich es nicht möchte, das Leben, was ich jetzt führe.“

### **Fallanalyse 055** „Da hat das ganze Leben was damit zu tun“

Frau G. ist 48 Jahre alt und war bis 1996 als Sachbearbeiterin tätig. Nach ihrer Entlassung versuchte sie, sich kurzzeitig als Beraterin im Kosmetikbereich selbständig zu machen, gab dies aber Ende 1997 auf. Ende 1998 machte sie eine Umschulung im EDV-Bereich und den IHK-Abschluss, ist aber seitdem wieder arbeitslos. Ihr Mann ist 52 Jahre alt und arbeitet im Straßenbau. Beide sind seit 1974 verheiratet und haben eine 22jährige Tochter. Frau G. gibt an, dass die psychischen Probleme ihres Mannes, die sie mit „Depression und viel Existenzangst“ beschreibt, im Zuge der Wende 1989 erstmalig aufgetreten seien, aber erst seit 1997 behandelt würden. Jedoch haben beide in den 80er Jahren sowohl separat eine tagesklinische psychotherapeutische Behandlung [Anmerk.: psychoanalytisch orientiert] durchlaufen als auch eine gemeinsame Eheberatung in Anspruch genommen, um die anhaltenden Beziehungsprobleme zu klären.

Als *Krankheitsursache* wird das Modell ihres Mannes (Existenzangst, Arbeit) dem ihrigen (Beziehung, Kommunikationsprobleme) entgegengesetzt. Für sie dominiert ein psychologisches Krankheitsmodell mit der Konsequenz, das Leben neu ordnen zu wollen. „Was wir selber schon rausgefunden haben an den Ursachen, das ist soweit hergeholt, mein Gott, das fängt eigentlich schon bei uns mit der Heirat an.“ Die Art des Zusammenlebens und die anhaltenden Beziehungs- und Kommunikationsschwierigkeiten sind für Frau G. zentral in der Entwicklung der depressiven Erkrankung ihres Mannes. Im Laufe der Jahre habe sich einiges „angestaut“, weil beide keine guten Gesprächspartner waren.

Frau G. stellt die *Beziehung* als distanziert und lieblos dar. „Wir haben nebeneinander her gelebt die ganzen Jahre. ... Er ist ein alter Junggeselle fast geblieben bis heute. Und ich such mir dann auch meinen Weg. ... weil wir eben nicht reden konnten, ich dann keine Antwort mehr gekriegt hab auf meine Fragen, dann hab ich gar nicht mehr gefragt, dann hab ich's auf meine Art und Weise alles geregelt.“ Seit der Geburt der Tochter habe es eine Art Rollenkehr in der Partnerschaft gegeben. Der Mann, der zuvor alles geregelt hatte, wird aus der Koalition von Tochter und Partnerin ausgeschlossen. Frau G. schildert sich nun als den aktiven Part, der Veränderungen seitens des Partners fordert. Die Partnerschaft wird von Frau G. als Beziehung „wie Bruder und Schwester“ beschrieben mit teils aggressivem teils friedlichem Zusammenleben bei fehlender Intimität und Nähe. Der Suizidversuch des Partners wird als besonders aggressiver und destruktiver Angriff verstanden. In die Existenzsorgen ihres Mannes sei Frau G. nicht eingeweiht gewesen, gemeinsame Lösungsversuche wurden nicht gesucht. Demnach steht der Suizidversuch ihres Mannes für sie als besonders deutliches Symptom der Entfremdung in einer für sie gescheiterten Beziehung, in der beide Partner nichts mehr voneinander wissen.

Der *Umgang mit der Krankheit* ist von einer Art des Abwehrens und der Distanzierung gekennzeichnet (Trennungsgedanken, Distanz durch tagesklinische Behandlung, zeitlich begrenzter Auszug). „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“. Frau G. fordert, dass der erkrankte Ehepartner an sich arbeitet. Ihr Umgang mit der depressiven Erkrankung des Partners ist von Vorwürfen, Schuldzuweisungen und Kritik bis hin zum völligen Kommunikationsabbruch geprägt. Daher müsse in ihren Augen die Kommunikation zwischen ihnen generell geändert werden (fordernder, streitbarer, offener), was auch einen Lernprozess von ihr abfordert. Ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse seien in den Hintergrund getreten, sie müsse sie wieder definieren: „... dass ich dann eben och ma mehr widerspreche, ... ich weiß jetzt manchmal selber nich, was ich will. ... [Wir haben] nie gestritten früher, immer alles ‚Jaja‘, dis bin ich och leid, dis is kein Leben“.

Als besonders belastend im *Zusammenleben* empfindet Frau G. die Sprachlosigkeit, teilweise wurde wochenlang nicht miteinander gesprochen. Auch hat sie das Gefühl, gegen die negative Weltsicht ihres Mannes „dagegenreden“ zu müssen. „Ich hab eben nur noch gehört, mir geht's schlecht, und das kann man dann och mal nich mehr hören.“ Es strengt sie an, dass er nicht darauf eingehe, „gar keine Meinung zu irgend etwas“ habe und kein Gesprächspartner mehr für sie sei. Frau G. beschreibt die *familiäre Atmosphäre* als angespannt und verkrampft, was Auswirkungen auch auf Freunde, Bekannte und weitere Familienangehörige habe. „Wenn Besuch da ist, da sind wir gute Schauspieler, da wird auch gelacht, da wird Musik gemacht, aber das fällt dann alles wieder zusammen. Dadurch haben wir auch sehr wenig Freunde, weil jeder für sich verkrampft ist.“

Die Auswirkungen der Kommunikationsprobleme auf ihr *eigenes Befinden* sind für Frau G. so zentral, dass sie sich selbst wiederholt in psychotherapeutische Behandlung begeben habe. Sie schildert Symptome einer Depression und einer Agoraphobie. Der Suizidversuch des Partners und die andauernden

Beziehungsprobleme führten zu einer starken seelischen Belastung. „Das uns das doch e ganz schönen Schock verpaßt hat ...[Die] Tochter und ich waren 14 Tage lang nicht ansprechbar.“

**Fallanalyse 056** „Das is ja nun doch nich so, wie’s mal war, wie früher, so lebenslustig und alles“

Herr S., 53 Jahre, ist Heizungsmonteur und arbeitet bereits seit Jahren auf Montage, so dass er nur an den Wochenenden zu Hause ist. Seine Frau, 50 Jahre, arbeitete als Schaltanlagenmonteurin, bevor sie arbeitslos wurde. Zuletzt war sie als Familienbetreuerin in einer ABM beschäftigt. Beide sind seit 1968 verheiratet und haben eine 30jährige Tochter und einen 19jährigen Sohn. Die Krankheit der Frau hat ca. 1996 begonnen, eine tagesklinische Behandlung hat es erstmalig 1999 gegeben.

Herr S. schildert die Situation zunächst als unproblematisch. Er versuche gemeinsam mit dem Sohn, der Frau Dinge abzunehmen und Aufregungen zu vermeiden. Dabei sehe er sich schnell an den Grenzen seiner Möglichkeiten, da er nur am Wochenende zu Hause ist und als Außenstehender auch wenig Einblick in die Krankheit habe. Im *Umgang mit der Krankheit* ist er ratlos. Er fragt sich, wie er helfen könne, möchte auch nichts falsch machen. Er erzählt, er habe seiner Frau schon Handarbeitsmaterial, Aquarellstifte und Fensterbilder zum Selbermachen gekauft, um sie zu beschäftigen. Früher habe sie gern Näharbeiten gemacht.

In der *Auseinandersetzung mit der Krankheit* dominiert Ratlosigkeit und ein deutliches Defizit an Informationen. Der Begriff Depression oder depressiv fällt während des Gespräches nicht. Herr S. betont mehrmals, das sei eine Krankheit, die verstehe ja niemand und Freunde und Verwandte hätten sich da auch zurückgezogen. Er führt das Beispiel eines Armbruches an, bei dem man etwas sehe und wisse, „was los ist“. Herr S. bemerkt, dass die Krankheit möglicherweise im Zusammenhang damit stehe, dass die Tochter vor fünf Jahren mit den Eltern „brach“. Sie wohne jedoch unweit entfernt. Den Enkel haben sie seitdem nicht gesehen, ein Geschenk an ihn sei ungeöffnet mit dem Vermerk „Annahme verweigert“ zurückgeschickt worden. Herr S. beschreibt die Krankheit seiner Frau in den Worten, sie sei „nervlich angegriffen“.

Die Krankheit habe die *Beziehung* zunächst nicht beeinträchtigt, Herr S. beschreibt ein gutes Verhältnis. Seine Frau übernehme immer noch die Aufgaben, die sie seit eh und je machte, wie die Regelung behördlicher Angelegenheiten und die Verwaltung der Finanzen. Herr S. schildert sich als den „ruhenden Pol“ der Beziehung, der Dinge gelassener und optimistischer nehmen könne als seine Frau, die „auf Biegen und Brechen“ eine Klärung herbeiführen wolle. Nach der Interviewaufnahme diskutieren beide ihren Interessenkonflikt, dass Frau S. gern wegziehen möchte, Herr S. jedoch das Haus nicht aufgeben will, an dem er viel selber gebaut hat. Frau S. nimmt das zum Anlass, mehrere Entscheidungen Revue passieren zu lassen, die ihr Mann aus ihrer Sicht letztlich bestimmt habe (zweites Kind, Hausbau).

Am auffallendsten ist für Herrn S., dass seine Frau die Lebensfreude und Lebenslust verloren hat. Im Gegensatz zu früher möchte sie mehr zu Hause bleiben, sich nahezu verkriechen. Er erlebt diesen *sozialen Rückzug* jedoch nicht als belastend, da er selbst auch gern zu Hause bleibt. Dies hängt einmal damit zusammen, dass er in der Woche durch die Montagetätigkeit viel unterwegs ist und am Wochenende Ruhe braucht. Auch findet er immer wieder Dinge, die es am Haus zu bauen und zu verändern gibt, so dass er auch gut beschäftigt ist, wenn er zu Hause bleibt. Der Verlust der Lebenslust im alltäglichen Umgang belaste ihn jedoch schon, wenn er Vergleiche zu früher zieht.

An *zusätzlichen Belastungen* gibt Herr S. die derzeitige *Arbeitsmarktsituation* an und die Angst vor einem Arbeitsplatzverlust. Er würde seiner Frau gern tagtäglich zur Seite stehen, ist aber aufgrund der Arbeitsmarktlage gezwungen, die Montagetätigkeit aufrecht zu erhalten. In letzter Zeit habe es viele Entlassungen gegeben und die Ungewissheit habe ihn sehr belastet, ob er darunter sein werde oder nicht.

### **Fallanalyse 060 „Praktisch auf einen Schlag hat sich mein Leben verändert“**

Herr H. ist 49 Jahre alt und Stahlbetonbauer. Seit einem Jahr ist er arbeitslos. Seine Frau (50 Jahre) ist Fremdsprachenlehrerin, hat aber nur noch bis Ende des laufenden Jahres einen Arbeitsvertrag. Die Ehe besteht seit 1976. Die Frau hatte psychische Probleme bereits während des Studiums (vorrangig leistungsbezogene Ängste), bevor Herr H. sie kennenlernte. Die erste Behandlung erfolgte nach seinen Angaben 1981. Die Krankheit ist Herrn H. nicht bekannt, er meint es sei eine „Nervenkrankheit“, „etwas mit der Psyche“.

Zentrales Thema ist für Herrn H. die Auseinandersetzung mit der eigenen Arbeitslosigkeit, die für ihn auch *Auseinandersetzung mit der Erkrankung* seiner Frau bedeutet. Die Erkrankung seiner Frau sieht er im Zusammenhang mit Existenzangst und –sorgen, die auf der Grundlage ihrer eigenen Leistungsansprüche und Überforderungen durch den Arbeitsverlust des Mannes aktuell geschürt wurden. „Irgendwo, hat sich meine Frau zuviel Gedanken gemacht, ... das muss se irgendwie vererbt ham, von ihrer Urgroßmutter. Die macht sich och alle Gedanken. ... Sie hat sich praktisch für mich geschämt, dass ich arbeitslos geworden bin.“ Zudem hatte auch die Ehefrau einen befristeten Arbeitsvertrag und somit eine begrenzte berufliche Zukunft. Herr H. sieht hier ein komplexes Wechselspiel zwischen eigener Biographie und sozialen / gesellschaftlichen Umständen, was zu einer Normalisierung der Krankheit führt. „Die Krankheit, ... die kann jeden zustoßen, ob das jung oder alt is oder, wie kann ma sachn, das is, das is wahrscheinlich e langwiericher Prozeß, der ... schon bei vielen schon drinne sitzt, unbewußt.“ Das Leistungsdenken der Frau hatte schon vor der Ehe bestanden und aufgrund von Überforderungsgefühlen zu Beschwerden, Behandlungen und letztlich zum Abbruch einer von ihr angestrebten Forschungslaufbahn geführt.

Das Zusammenleben ist von *finanziellen Sorgen und Zukunftsängsten* geprägt. Die Arbeitsbelastung der Ehefrau ging zu Lasten des Familienlebens und letztendlich auch zu Lasten ihrer eigenen Gesundheit. „In der letzten Zeit [wurde sie] sehr, e bisschen sehr verschlossen in sich, [hat] sich zu sehr in de Arbeit neingekniert, praktisch zwee Stelln angenommen, ... nich irgendwie off unsre Familie irgendwie so e bisschen Rücksicht genom.“ Herr H. sieht seine Möglichkeiten zum Familieneinkommen beizutragen, begrenzt, da ein möglicher Verdienst mit dem Arbeitslosengeld verrechnet werde und damit keinen Mehrverdienst für die Familie bedeutet. Auch führt die derzeitige Krise der Bauwirtschaft zu wenig Hoffnung auf eine erneute Anstellung.

Zentrales Thema ist daher auch die Erzählung mehrerer Episoden und Erfahrungen mit den zuständigen Behörden, v.a. mit dem Arbeitsamt. Die teilweise entwürdigende Behandlung dort belaste Herrn H. zusätzlich und führt zu Gefühlen von Wertlosigkeit und Hoffnungslosigkeit. „Uns will keiner ham in dem Alter ab 40.“ In der Folge verspürt Herr H. zunehmend *Traurigkeit, Deprimiertheit und Ausweglosigkeit*. „Und dann kommt noch dazu, dass Depressionen dabei komm.“ Herr H. kämpft gegen den sozialen Abstieg an. Er macht die Hausarbeit, ist für die Kinder da, geht viel spazieren und bricht konsequent mit Bekannten, die durch Alkohol noch weiter abrutschen. „Ich kenne da viele Beispiele, die lassen sich dann

runterhängen, unrasiert, ... dreckig an der Bierbüchse, wo se hängn, das mach ich nich.“ Das Ankämpfen gegen den Abstieg und die eigene Depression ist gekennzeichnet durch Worte wie zusammenreißen, wegschieben, beruhigen und daher eher der Strategie des emotionsorientierten Bewältigens denn des problemorientierten zuzuordnen. Dabei spielt sowohl für ihn als auch für seine Frau eine Tendenz zum Erleichterungstrinken eine Rolle. „Ich habe zum Beispiel nicht gewusst, das se heimlich getrunken hat.“

Der *Umgang mit der Erkrankung* seiner Frau ist auch ein Ankämpfen gegen eigene depressive Entwicklungen. Er versucht, die gemeinsame Zeit mit seiner Frau aktiv zu gestalten und zu planen z.B. durch Tagesausflüge, Zoobesuche, Urlaubspläne. Insgesamt wird der Versuch deutlich, auch unter schweren Bedingungen und Unsicherheiten, mit Hilfe der gesamten Familie eine Lebens- und Zukunftsorientierung zu behalten bzw. wiederzuerlangen.

Die *Behandlung* seiner Frau erlebt Herr H. zum Teil auch als Abwertung seiner eigenen Person. Er sei erst nach eigenen Nachforschungen bei der Polizei informiert worden, dass seine Frau nach einem Suizidversuch in die psychiatrische Klinik eingewiesen worden ist. Auch habe er ein Gespräch mit der Ärztin als wenig hilfreich empfunden. „Ich bin praktisch och e bisschen gekränkt in der Richtung, de wo dann de Ärztin mir sacht, ... mit paar paar knappen Worten sacht sie zu mir: ‚Na ihre Frau hatte zwee komma null Promille drinne.‘ ... Ich sache: ‚Na was hat se nu eigentlich?‘ ‚Na is Selbstmordversuch‘ ... Ich sache: ‚Das reicht mir nich ganz.‘ Und seitdem ham wir nicht groß irgendwie, darüber gesprochen.“ Er ist dann selbst aktiv geworden, hat an Gruppengesprächen in der Klinik teilgenommen und seine Frau vor allem für die angefertigten Handarbeiten immer wieder bekräftigt. Kritik an der Behandlung bzw. Bedenken werden eher indirekt geäußert. „Die will am Sonntachahmd meistens gar ni mehr zurück, ... weil das langsam ihr alles zuviel wird und sie hat das Gefühl, der Therapeut ... geht ni mehr auf jeden Einzelnen so ein, ... wie’s sein müsste.“

### **Fallanalyse 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 Meßgeräte-reparatur tätig. Seine Frau ist 64 Jahre alt und gelernte Krankenschwester. Sie hat ihren Beruf nach der Geburt der Tochter aufgegeben. Beide Partner sind seit 39 Jahren miteinander verheiratet und haben eine jetzt 37jährige Tochter. Frau A. wurde 1975 erstmalig wegen psychischer Probleme behandelt. Sie leidet zusätzlich 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 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, das 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.“

Herr A. sieht als Ursache der Probleme die *unzureichende Behandlung* seiner Frau an. Er meint, sie müsste eine intensive stationäre Therapie machen und auch er müsste mehr einbezogen werden in die Therapie. Frau A. wird seit Jahren ambulant psychiatrisch behandelt. Eine begleitende Beratung auch im Hinblick auf den familiären Umgang mit der Krebserkrankung gab es nie. „Die Schwere des Problems wird nicht in dieser Dimension gesehen, wie sich vielleicht das wirklich darstellt. Es wird nicht so für voll genommen.“ Das Umfeld wird nicht einbezogen. Als Herr A. einmal die Ärztin aufsuchte, wurde er darin bestätigt, dass seine Frau eine stationäre Psychotherapie machen sollte. Dem stimmt sie aber nicht zu. So verharren die Bemühungen in einem Zustand gegenseitiger Änderungsforderungen; Frau A. soll eine intensive Therapie machen und an sich arbeiten, um sich zu ändern. Gleichzeitig fordert sie von ihrem Mann: „Du musst dich ändern, das ist so im Grunde das Wesentliche.“

Herr A. ist *hoffnungslos und demoralisiert*. Er verhält sich passiv, resigniert, lässt die Dinge laufen. Obwohl er gern eine größere Reise machen würde, wie viele Bekannte mal nach Griechenland oder Norwegen, bestimmt die Ehefrau die nahegelegenen Urlaubsziele, da sie in größeren Reisen potentielle Probleme sieht. Herr A. fühlt sich mit seinen Problemen isoliert, er hat keinen Gesprächspartner für seine Situation. „Es ist mein persönlicher Eindruck, dass das Umfeld also von uns beiden, es wahrscheinlich kaum richtig verstehen kann, die Probleme oder die Schwere der Probleme oder wie man's nun formulieren will, und es ist natürlich schwierig, wenn man niemanden weiter hat zum Reden.“

**Fallanalyse 067** „Sie [die Ärzte] haben's mit zwei zu tun“

Herr G. ist 59 Jahre alt und arbeitet in der universitären Lehre und Forschung. Frau G. ist 57 Jahre alt und Mitarbeiterin in einem Archiv. Beide sind seit 1960 verheiratet und haben eine 32jährige Tochter. Frau G. erlebt die dritte Phase einer rezidivierenden depressiven Störung. Die erste Episode trat vor drei Jahren auf.

In der *Auseinandersetzung mit der Erkrankung* dominiert das Ringen um das Verständnis der Umstände, die zu der Erkrankung geführt haben könnten. Herr G. präsentiert ein komplexes Bedingungsgefüge bestehend aus der Berufsbiographie der Ehefrau, die sich durch ihre aktuelle Arbeit unterfordert fühlt, die „gesamte Umbruchsituation“ des gesellschaftlichen Wandels nach 1989 und die gesundheitliche Vorbelastung der Ehefrau sowie die Auswirkungen seiner Arbeitsbelastung auf das Familienleben („Wochenendpendeln“). Als erste Informationsquellen über die Erkrankung werden Schriften von Jaspers und Freud genannt sowie die Gespräche mit einem befreundeten Psychiater. Jedoch empfand Herr G. eine Vielzahl der Informationen als zu theoretisch und für sein Anliegen unbrauchbar: „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“. Am hilfreichsten waren für ihn Veröffentlichungen von Faust, die für ihn auch Aufschluss in der Frage der Abgrenzung der Vergesslichkeit seiner Frau von der Alzheimer-Demenz brachten. Als zusätzliches Hindernis in der Auseinandersetzung mit der Erkrankung sieht Herr G. die *Vorurteile und Unkenntnis* durch die Allgemeinheit an. „Über diese Krankheit spricht ja niemand, das ist ja das Problem, ... ich kann mir nie vorstellen, dass jemand am Stammtisch sagt: ‚Also ich geh, ich sag's jetzt mal drastisch, in die Klapper, ... meine Frau ist da drinne.‘ Also jeder will sich ja verbergen, ... soll ja gar keiner merken in extremen Fällen.“

Demzufolge plädiert Herr G. ausführlich und eindringlich dafür, die Angehörigen und das nächste Umfeld des Patienten in die *Behandlung* einzubeziehen. „Da ist es dringend notwendig, ... im modernen Sinne Aufklärung zu betreiben, und Leuten zu sagen, worum handelt sich's hier, was ist das für 'ne 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.“ Für solcherart Informationen müssten aus Sicht von Herrn G. Gesprächskreise oder eine ähnliche Institution eingerichtet werden, die auch aus der Selbsthilfe entstehen könnte. 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 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.“ Darüber hinaus wird die Ansicht vertreten, dass der Einbezug der Angehörigen im Gegensatz zu körperlichen Erkrankungen für psychische Probleme in noch stärkerem Maße „einen großen Teil des Heilerfolges mitbestimmt“. Eine einseitige pharmakologische Behandlung lehnt er ab: „Der Mensch ist ja schließlich keine Maschine“.

Der Einbezug der Familie und v.a. des Partners des Kranken wird auch deshalb als besonders wichtig erachtet, weil die Angehörigen *hilflos* den depressiven Symptomen gegenüber seien. „Zunächst waren wir erstmal geschockt, ... ich wusste ja sozusagen bei meinem Leibe keinen Rat, ... wenn Sie also mit völlig unrealen Dingen konfrontiert werden, wo Sie sagen, als Nicht-Kranker, also das ist doch völlig Unsinn, aber derjenige, für den ist es kein Unsinn, sondern für den ist es sein Sinn, den er jetzt hat. ... Das ist ja doch 'ne ernstzunehmende Krankheit.“ Als besonders schwierig erwies sich die Kommunikation zwischen den Partnern, die wie durch eine „Glaswand“ erlebt wurde.

Auch empfand Herr G. seine Tätigkeit, die Fahrten, Krankenhausbesuche und seine eigene gesundheitliche Lage als sehr belastend. „*Ungeheure, Last und Belastung ... so schnell hintereinander kann das wahrscheinlich ein Organismus gar nicht verkraften.*“ Demzufolge beschäftigt ihn am meisten, dass eine solche Belastung so schnell nicht wiederkommen möge. „Da muss ich sagen, ist man natürlich schon sehr betroffen davon, und sagt also, um Gottes willen, hoffentlich nicht schon wieder ab Dezember, Januar, dass da das Spiel schon wieder von vorne losgeht.“

### **Fallanalyse 071    „Es gibt dann eben Grenzen, wo man eben das Verständnis dann nicht mehr hat“**

Herr R. ist 43 Jahre alt und für eine Versicherung tätig. Seine Frau, 41 Jahre alt, ist Erzieherin. Beide sind seit 24 Jahren miteinander verheiratet und haben eine 21jährige Tochter. Vor sieben Jahren sind die psychischen Probleme der Ehefrau erstmalig aufgetreten, die sich im Laufe der Zeit verschlimmerten und zu zunehmend längeren stationären Aufenthalten führten.

Herr R. ist durch den langjährigen Verlauf der Depression seiner Frau sehr belastet. Das anfängliche *Mitleid* für die Situation seiner Frau ist einer *Wut und Aggression* gewichen, die ihn selbst überrascht. Besonders zornig macht ihn die Apathie, die fehlende Initiative seiner Frau, ihre Passivität und seine Hilflosigkeit demgegenüber. „Das macht mich dann auch manchmal wutig, sogar aggressiv, ... dass manchmal in mir 'ne Wut aufkommt, aus 'ner gewissen Hilflosigkeit heraus vielleicht der ganzen Situation gegenüber.“ Herr R. ist sich unsicher, ob er seiner Frau gegenüber ungerecht ist, wenn er von ihr mehr Initiative im Umgang mit der Erkrankung fordert.

Im Laufe der Zeit hat sich der *Umgang mit der Erkrankung* von einem Verständnis der Situation hin zu mehr Forderungen an seine Frau gewandelt. „Anfangs wusste ich sicherlich auch nicht damit umzugehen, war da sehr behutsam, hab immer gefragt, na, wie kann ich dir helfen und was kann ich tun. Heute ist es eigentlich 'ne Situation nach 'm siebten Jahr, wo ich sage, ... dieses Mitleid, was ich anfangs ihr entgegengebracht hab, ist eigentlich nicht mehr vorhanden, geh eigentlich, wie, wenn es ihr nor mal geht, mit ihr um.“ Herr R. fordert von seiner Frau mehr Eigeninitiative und Engagement, möchte, dass sie gegen die Depression ankämpft und sich ihr nicht „hingibt“. „Also ich denke, man muss immer kämpfen, auch in verschiedenen Situationen des Lebens, also beruflich, wie auch vielleicht mit 'ner Krankheit.“ Er hat eine klare Strategie, mit den Problemen umzugehen. Dazu gehört erstens eine weitere psychologische Betreuung seiner Frau, zweitens, dass sie sich mit Leuten trifft, die ähnliche Probleme haben und drittens, dass sie sich eine Art „Schutzmechanismus“ antrainiert, in Zukunft mit den Problemen umzugehen. „Da muss sie jetzt dran arbeiten. Das ist eigentlich, was ich von ihr verlange.“

Herr R. ist als Mitglied einer Ehe- und Familienberatungsstelle gut informiert über die Erkrankung und musste sich bereits ausführlich damit auseinandersetzen. Er hat ein komplexes *Ursachenmodell* für die Entstehung der Depression, welches Raum für eigene Einflussnahme lässt. Er führt Persönlichkeitsmerkmale, Vererbung und die momentane Situation an. Dazu zählt der Auszug der Tochter, was eine zentrale familiäre Veränderung bedingt. „Das ist 'n großes Problem, das also die Tochter nicht das ist und ich durch meine Tätigkeit och selten zu Hause bin, och abends nicht und da ist natürlich meine Frau 'n große Zeitspanne auf sich allein gestellt und das ist och 'n großes Problem für sie, diese Zeit, diese Freizeit sinnvoll auszufüllen.“ Hinzu kommt, dass Frau R. keine Hobbies hat, wenig Außenkontakte und dass sie in den Augen ihres Mannes mehr Anerkennung braucht bei einem generell geringeren Selbstwertgefühl. Ihre freie Zeit hat sie vorrangig mit Hausarbeit ausgefüllt, „'ne Arbeit, die



nun nicht gerade aufbaut.“ Hier muss sie im Verständnis ihres Mannes, die Lücke ausfüllen mit neu zu entdeckenden Interessen, Fähigkeiten und Freundschaften.

Herr R. resümiert die Beziehung zu seiner Frau und die *Auswirkungen der Erkrankung auf den partnerschaftlichen Alltag*. Besonders auffällig sind Einschränkungen in der partnerschaftlichen Kommunikation. „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.“ Herr R. erlebt einen Verlust an partnerschaftlicher Unterstützung und partnerschaftlichem Austausch. „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.“ Seine Reaktion auf diese Situation ist zunächst Flucht. „Es ging ja sogar soweit, dass man versucht, nicht so schnell wie möglich nach Hause zu kommen, um dieser Konfrontation zu entgehen.“ Diese Flucht kann im Extrem soweit reichen, dass ein Fortbestand der Partnerschaft in Frage gestellt wird. „Sicherlich hab ich mir auch schon die Frage gestellt, inwieweit ich so mal diese Situation ertragen will oder, ich sach mal, wie lange halte ich diese Partnerschaft aus?“ Einer Trennung steht jedoch die lange Beziehungsgeschichte entgegen.

Zugleich bietet die Situation die Möglichkeit, die Beziehung und die *Rollenverteilung* in der Partnerschaft zu reflektieren und ggf. zu korrigieren. Herr R. resümiert, dass er den dominanten Part in der Beziehung hatte, indem er seiner Frau vieles abgenommen und die Dinge geregelt hat. Dies sieht er nun nicht mehr so positiv, weil er meint, damit unbewusst das Selbstvertrauen seiner Frau zu untergraben. Vielmehr möchte er jetzt nachfragen, sie unterstützen oder ihr einen Anstoß geben, selbst aktiv zu werden. „Eigeninitiative, das ist 'n ganz wichtiger Punkt.“

Herrn R. beschäftigt vor allem der Verlauf der Depression. „Es macht natürlich irgendwo *Angst* ..., man weiß nicht, ich sag mal, wo das mal hinführen soll.“ Langfristig sieht er auch seine eigene Berufsfähigkeit und das finanzielle Überleben der Familie gefährdet. Die *Ungewissheit* bezüglich der Zukunft macht Herrn R. besonders vor dem Hintergrund der letzten Jahre zu schaffen, in denen sich eine kontinuierliche Verschlechterung, messbar an längeren stationären Aufenthalten, abzeichnete. Herr R. sieht *seine eigenen Lebenspläne bedroht* und fragt sich, ob er eine Entscheidung treffen muss. „Ich mein, das kann ja auch nicht ein Dauerzustand in meinem Leben sein. ... Es gibt dann eben Grenzen, wo man das Verständnis dann nicht mehr hat. ... 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.“ Herr R. bemerkt, dass er sich bereits durch seine Frau verändert hat. Er beschreibt sich als lebensfrohen, lustigen Menschen, dem *Stimmungstiefs* früher fremd waren. „Heute kenn ich's selber auch an mir. ... Das wirkt sich dann auf mich auch aus.“

### **Fallanalyse 072 „Ich hab selbst's Instrumentarium nicht, um mit diesem Konflikt fertig zu werden“**

Herr T. ist 47 Jahre alt und promovierter Physiker. Er hatte wissenschaftlich gearbeitet. Im Zuge der wendebedingten Umstrukturierungen verließ er Forschung und Lehre und gründete eine Firma in der Computerbranche, deren Geschäftsführer er seitdem ist. Seine Frau ist ebenfalls 47 Jahre alt und hat zuletzt als Sachbearbeiterin gearbeitet. Nach der Wende hat sie keine Arbeit mehr finden können, derzeit erhält sie Erwerbsunfähigkeitsrente. Beide sind seit 1968 verheiratet und haben einen 21jährigen Sohn

und eine 18jährige Tochter. Die psychischen Probleme der Ehefrau traten aus Sicht von Herrn T. erstmalig 1996 auf. 1997 unternahm Frau T. einen Suizidversuch, wurde dann fünf Wochen stationär behandelt. Wenige Wochen später unternahm Frau T. einen zweiten Suizidversuch. Sie wurde insgesamt mit Unterbrechungen von Mai 1997 bis Juni 1998 sechsmal stationär in verschiedenen Kliniken behandelt, wobei es zu einem dritten Suizidversuch kam. In der Zeit von Dezember 1998 bis Mai 1999 erfolgten drei weitere stationäre Behandlungen und ein weiterer Suizidversuch.

Im Mittelpunkt des Interviews stehen die Schwierigkeiten des partnerschaftlichen Umgangs miteinander und die Auswirkungen „des depressiven Verhaltens“ der Ehefrau auf die Beziehung. Herr T. stellt die Beziehung in Frage, seine Frau sei seit der Erkrankung nicht mehr der Partner für ihn, „wie man ihn in einer normalen Ehe eigentlich braucht“. Beide haben sich auseinandergeliebt, der Interessenkonflikt sei „so tief wie noch nie in ihrer Beziehung“. Im Zusammenleben herrschen „Sprachlosigkeit“, zunehmender Rückzug in bezug auf die anderen Familienmitglieder, Kommunikationsprobleme, das Sexualleben ist in den Hintergrund getreten. Beide finden (trotz Paartherapie) keinen Weg zueinander bzw. gemeinsam aus dem Konflikt heraus. Herr T. wirft seiner Frau Inaktivität vor, sie lehne alle seine Vorschläge und Bemühungen ab, nehme an seiner Firmentätigkeit keinen Anteil mehr, im Gegenteil, sie war gleich zu Beginn dagegen. Er wirft ihr vor, sich seit dem Auszug der Kinder nicht weiterentwickelt zu haben, stehen geblieben zu sein, keine Interessen oder Freundschaften gepflegt zu haben und ihm die Verantwortung für ihre Lebens- und Freizeitgestaltung zu übertragen. Sie wirft ihm vor, dass seit seiner Firmengründung noch weniger Zeit für das Familienleben bleibe.

Er stellt die Beziehung als sehr traditionell dar mit klarer Rollenverteilung. Sie war die „rührige Familienmutter“, er für das Umfeld und die „Außenpolitik“ zuständig, wobei er sich schon immer in seine Arbeit zurückgezogen habe. Die Eheschließung wird als Befreiung der Ehefrau aus einem bedrückenden Familienklima (Trinkerfamilie) beschrieben. In der eigenen Beziehungsgeschichte ist das Thema Scheidung einmal seinerseits offen ausgetragen worden, als er sich einer anderen Partnerin zugewandt hatte. Seitdem ist das Thema latent vorhanden, wird verstärkt von der Frau thematisiert, von ihm jedoch bagatellisiert.

Sein *Krankheitsmodell* ist sehr differenziert und komplex, es wird von Brüchen und dem Wegbrechen vorheriger Muster gesprochen. Soziale Bedingungen (Familienorientierung der Ehefrau, Arbeitslosigkeit, familiäre Umbruchsituation durch Auszug der Kinder, Umzüge etc.) werden in Beziehung zu personalen (Familiengeschichte der Ehefrau, Pessimismus) und somatischen (Bandscheibenvorfall, psychosomatische Beschwerden, Operation eines Gehirntumors) gesetzt.

Im Umgang mit der Erkrankung wirkt Herr T. *resigniert und an der Grenze seiner Belastbarkeit*. Er wisse nicht mehr, wie er mit den depressiven Symptomen seiner Frau umgehen soll, die nach seiner Meinung eine Konfliktlösung behindern. Weder er noch seine Frau haben „ein Instrumentarium“, um das Problem zu bewältigen. Herr T. bilanziert: „Was tust du, bist du hart oder streng, bist du weich oder gütig, verzeihst du alles, schluckst du alles weg, lässt du alles an dir abprallen, verarbeitest es, nimmst es nicht als persönlichen Angriff, das ist eben die Schwierigkeit“. Herr T. reagiert zunehmend mit depressiver Symptomatik (Schlaflosigkeit, Früherwachen, Grübeln, Anhedonie). Er berichtet eine Panikattacke in den letzten sechs Monaten. Er meint, er wisse, dass er seine Gesundheit vernachlässige und sich derzeit in einem Tal befinde. Er habe aber auch keine Zeit, Routineuntersuchungen oder Behandlungen in Anspruch zu nehmen. Durch die Teilnahme an der Studie erhofft er sich vorrangig Entlastung durch das Gespräch. Im Familien- und Kollegenkreis erschöpften sich die Gespräche nach einer kurzen Erkundigung nach dem Befinden der Frau.

Momentan ist auch seine Ressource – Firmentätigkeit – aufgrund der schwankenden Auftragslage und der Kurzarbeit der Mitarbeiter in Gefahr, was ihn zusätzlich belastet. Hinzu kommen in diesem Zusammenhang *finanzielle Sorgen*.

**Fallanalyse 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 eher 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 auch erbliche Faktoren, da der leiblichen Mutter der Frau ähnliche Symptome nachgesagt wurden. (Anmerk.: Frau S. wuchs bei einer 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 („das [es] noch gar nicht so viele geeignete Mittel gibt“) oder als Sache weniger Experten. Er zieht 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 *Partnerschaft und das gegenseitige Verhältnis* leiden folglich stark unter den auftretenden Spannungen. „Was mich da belastet, dass in solchen Phasen eben dann Dinge auftauchen ..., da geht es von einem zum anderen und ehe man sich versieht, ist man wo ganz anders, da werden oft Dinge vorgeworfen, die nicht so gewesen sind. Das sind Dinge, die mich belasten.“ Auch erschwert eine gewisse „Starrköpfigkeit“ seiner Frau („Sie gehört nun nicht zu den Menschen, die sich entschuldigen können“) die Beilegung von Unstimmigkeiten oder Streitigkeiten. Die partnerschaftliche Atmosphäre ist sehr gereizt. „Das geht eben los beim Aufwachen schon mit einer miesepetrigen Laune und das erste ist schon irgendwie ein Vorwurf oder irgendwas ... Aber bei irgend so einer bestimmten Stelle mit fortschreitender Tagesstunde, dann passiert es dann irgendwann, dass ich ausraste, also ich kann mich nicht bloß immer beherrschen.“ Partnerschaftliche Spannungen werden auch hinsichtlich *unterschiedlicher Interessen der Partner* deutlich. Frau S. bringt dem Hobby ihres Mannes kein Verständnis entgegen und er arbeitet nun vorwiegend während ihrer Arbeitszeiten oder nachts daran. Aber bei der Feier seines 60. Geburtstages habe er sich durchgesetzt. Seit Jahren hatte es kein Familienfest gegeben, aber nun wolle er sich nicht länger von seiner Frau „einlullen“ lassen. Er habe einen Unterhalter bestellt und richtig gefeiert, das hat seiner Frau dann auch gefallen, obwohl sie anfangs dagegen war.

Die Anspannungen führen für Herrn S. zu einer Reihe von *Beeinträchtigungen und Störungen in seinem eigenen Wohlbefinden*. „Wo man selber verzweifeln kann, wenn man Dinge vorgeworfen kriegt, ... die echt nicht sind, wo man sich ärgert drüber, maßlos ärgert, weil es ja nicht stimmt ... Ist fürchterlich belastend und ... da kann man manchmal schon selbst bald leicht verrückt werden dabei.“ Besonders bei direkten oder häufiger indirekten Suizidankündigungen seiner Ehefrau fragt er sich. „Wer leidet denn nun mehr hier ... oder verkraftet man das ewig?“ Er ertrage die Vorwürfe und Anschuldigungen seiner Frau nur, weil er ein „Gemüt wie ein Fleischerhund“ habe und viel ertragen könne. Er beschreibt sich als lebenslustigen, „tanzfreudigen“ Mann. Auch versucht er, neben der Schwierigkeiten, die intakten und guten Aspekte der Partnerin und der Partnerschaft wahrzunehmen. „Es gibt ja auch viele, viele tausend positive Eigenschaften.“

Dem permanenten Druck sucht Herr S. durch *Distanzierung* zu entkommen. Wenn Streitgespräche zu eskalieren drohen, entzieht er sich der Situation. „Wenn ich so was merke, neuerdings, ich hau dann ab.“ Andererseits betont er, dass er nicht allen Dingen ausweiche und seiner Frau in diesen Vorwurfsgesprächen auch widerspreche. „Vielleicht widerspreche ich manchmal gar zu viel.“ Herr S. sieht sich somit bestimmten Verhaltensweisen seiner Frau (Vorwürfe, Suizidankündigungen, Negativismus) nahezu ausgeliefert und hilflos gegenüber. „Ich hab gesagt: ‚Denk doch mal drüber nach, wie man das Problem lösen kann, und nicht, wie es nicht funktionieren kann.‘“ Daher hofft Herr S., dass sich die Situation so schnell wie möglich wieder normalisiert. Diesbezüglich ist er allerdings unsicher, da unklar ist, inwieweit die Verhaltensweisen seiner Frau Krankheits- oder parallele „Charaktersache“ sind. 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.

### **Fallanalyse 079 „Es kann einen Rückschlag auch geben, aber man muss es erst einmal positiv sehen“**

Frau B., 62 Jahre alt, war Kindergärtnerin. Herr B., 60 Jahre alt, war zuletzt als wissenschaftlicher Mitarbeiter tätig. Beide sind Rentner. Sie sind seit 37 Jahren miteinander verheiratet und haben einen 35jährigen Sohn. Die psychischen Probleme des Ehemannes sind schon Ende der 50er Jahre aufgetreten, bevor Frau B. ihren Mann kennen gelernt hat. Seit 1968 sind die Probleme verstärkt aufgetreten und im Laufe der Zeit ist Herr B. in mehreren Einrichtungen in Behandlung gewesen. Beide meinen, die Diagnose sei ihnen bekannt, der Oberbegriff sei Neurosen und die Frau ergänzt, „irgend etwas mit dem Nervensystem“.

Frau B. thematisiert ausführlich ihren *Umgang mit der Erkrankung* und die *Ressourcen*, die ihr dabei geholfen haben. Besonders ihre eigene Berufstätigkeit als Kindergärtnerin war für sie wichtig, Abstand zu nehmen und abzuschalten von den Problemen zu Hause. „Er war dann zu Hause, und ich war dann auf Arbeit, und da ist das ein bisschen aufgelockerter gewesen.“ Frau B. beschreibt sich als lustigen, fröhlichen Menschen und sie meint, es ist ihr dadurch besser gelungen als vielleicht anderen Partnern, mit den Problemen umzugehen. Neben einer optimistischen Grundhaltung betont sie die Geduld, die der Partner aufbringen muss. „Geduld muss man mitbringen und ein bisschen auch Ausdauer. Ich meine, von heute auf morgen geht es nicht, das hat Jahre gedauert.“ Ihren eigenen Durchhaltewillen sieht sie im Zusammenhang mit ihrer eigenen Erziehung in einer Großfamilie. „Da ging es zu Hause schon etwas anders zu, wir wurden nicht verwöhnt. .... Wir waren auf uns gestellt.“ Diese Erfahrung habe sie die Ausdauer und die Härte auch gegen sich selbst gelehrt. Vergleichbares forderte sie nun auch von ihrem

Mann. Dieser schätzt im Nachhinein ein, dass neben Liebe und Fürsorge auch eine gewisse Konsequenz vom Partner wichtig ist, auch wenn der Patient dies zunächst als schmerzhaft erlebt. „Ne gewisse Härte muss also auch mit ins Spiel kommen.“ Entscheidend für den Erfolg sehen beide die richtige und kontinuierliche Behandlung an, die Herr B. v.a. in der zuletzt betreuenden Ärztin gefunden hat.

Frau B. sieht als Zeichen der Heilung bzw. Besserung der Situation ihres Mannes ein *verbessertes Zusammensein* an. „Die Erkrankung ist jetzt schon so gut wie ... geheilt oder nicht geheilt, aber es ist nicht das, wie es gewesen ist, denn jetzt ... kommen wir gut miteinander also aus.“ Die Spannungen untereinander sind weniger geworden, seitdem beide die anliegenden Aufgaben und Interessen miteinander absprechen und sich stärker mitteilen. „Jetzt geht’s miteinander. .... Jetzt wird das abgesprochen früh, er macht das, und ich mach das, es geht wunderbar.“ Neben den gemeinsamen Absprachen und Tagesplanungen fällt ein ausgefülltes Programm für beide Partner mit einer Reihe fester Termine und Verpflichtungen auf (regelmäßig Sport, Besuche / Betreuung von Familienangehörigen). Seit dem Auszug der Schwiegermutter aus der gemeinsamen Wohnung in ein Pflegeheim kann das Paar mit dem Bezug einer neuen Wohnung und einem ersten gemeinsamen Urlaub nach langer Zeit wieder zu seiner Zweisamkeit zurückfinden bzw. diese für sich neu gestalten.

Frau B. sieht in der engen Beziehung zwischen ihrem Mann und dessen Mutter eine der *Ursachen für die Erkrankung* ihres Mannes. „Meine Schwiegermutter dann immer die Hand ja drauf hat, ... dass sie nur den Sohn hatte, aber es wirkt sich später aus.“ Besonders nach dem Verlust des Mannes wurde der Sohn zu stark von der Mutter eingenommen und verwöhnt. Als Folge sieht Frau B. eine besondere Wehleidigkeit ihres Mannes an, in der sie ihn in keiner Weise unterstützt. „Es hat sich verbessert, dass er eben dann nicht so, so wehleidig ist. .... Jeder hat mal was.“ Diese Normalisierung führt Frau B. auch in ihrer Auseinandersetzung mit der sozialen Umwelt fort. Obwohl sie einen erheblichen Verlust an Beziehungen und Freundschaften im Zuge der Erkrankung ihres Mannes feststellt, meint sie, das gebe es eben überall, dass sich bestimmte Menschen dann zurückziehen. „Es gibt eben welche, die dann abgesprungen sind. ... Das gibt es auch, das gibt es überall, das ist klar.“

Obwohl Frau B. insgesamt einen erfolgreichen Umgang mit der Erkrankung konstatiert, bedeutete dies auch für sie eine *Kraftanstrengung*. „Es fällt einem manchmal schwer .... Hab ich manchmal gedacht, na ja, gibst du auf oder gibst du nicht auf.“ Dass sie sich als lebenslustigen Gegenpol zu ihrem Mann versteht, habe ihr besonders geholfen, die Situation zu meistern. „Dadurch ist das sicher auch gegangen. Ich meine, wenn man selber so ein bisschen labil ist, würde das sicher anders ausgesehen haben.“ Dennoch schätzt Frau B. die gesamte Situation als nervenaufreibend ein. „Nervenaufreibend ist es schon. Ich meine, wenn man immer nach Hause kommt oder irgend was, und dann immer bloß Gejammer hört, das ist schon schwierig.“ Im Bekanntenkreis konnte sie auf keine Unterstützung bauen zu dieser Zeit, da die *Vorurteile der Erkrankung gegenüber* zu groß sind. „Mit Freunden, Bekannten kann man sich nicht unterhalten, die haben wirklich kein Verständnis für so was, gar nicht. ... Damit muss man auch fertig werden, das ist schon schwierig.“

#### **Fallanalyse 080** „... dass ich immer noch nicht genug Anbindung an diese Problematik habe“

Herr D., 45 Jahre, ist Diplomchemiker und z.Z. als Projektleiter tätig. Seine Frau, 45 Jahre, ist ebenfalls Diplomchemikerin. Sie war zuletzt als Technologin tätig, bevor sie arbeitslos wurde. Seit einem Motorradunfall zu Beginn der Ehe ist Frau D. unterschenkelamputiert und erhält Unfallrente. In der

Nachwendezeit sind die psychischen Probleme verstärkt aufgetreten, die seit vier Jahren behandelt werden. Beide sind seit 25 Jahren verheiratet und haben zwei Töchter im Alter von 19 und 25 Jahren.

Herr D. beginnt zunächst von den *Auswirkungen des Unfalls* zu erzählen, der die gesamte gemeinsame Lebensplanung berührte. Dabei unterscheidet Herr D. zwischen den Veränderungen für sich und denen für seine Frau. „Die Veränderungen für mich persönlich waren eigentlich gleich Null, ... weil für mich feststand, dass ich vor diesem Ereignis eine Entscheidung getroffen hatte, die ich eigentlich nicht revidieren wollte.“ Beide Partner versuchen, die Behinderung der Ehefrau zu akzeptieren und Normalität wiederherzustellen. „Wo ich das fast unterdrückt habe, überhaupt zu registrieren und wahrzunehmen, dass meine Frau behindert ist. Das hab ich also einfach unterdrückt und habe alles so gemacht, als würde ich’s machen, als würden ganz normale Menschen, denen überhaupt nichts fehlt, miteinander umgehen und miteinander halt ihr Leben bestreiten.“ Die Entscheidung für ein zweites Kind und der Bau eines Eigenheim wurden bewusst im Interesse beider Partner getroffen und wie Herr D. meint, „durchgezogen“.

Diese Wortwahl (das Leben bestreiten, durchziehen, einrichten, unterdrücken) steht für eine Härte und Selbstkontrolle, die auch im Interview spürbar, aber mit der Dauer des Gespräches weniger wird. Je länger Herr D. über seine Situation reflektiert, um so mehr zeigt sich seine Ernüchterung, Desillusionierung und Bodenständigkeit dem Leben und der Partnerschaft gegenüber. Herr D. resümiert im Verlaufe des Interviews, dass er viele „Abstriche“ machen musste, die ihm zum damaligen Zeitpunkt nicht bewusst waren „Abstriche in der Richtung, dass man seine persönlichen Interessen nicht unbedingt durchsetzen kann. Man muss halt auf den Partner, den man gewählt hat und zu dem man steht, Rücksicht nehmen. ... Man muss auch, das hab ich auch getan, Dinge im Leben einfach so einrichten, dass beide damit zurechtkommen“. Herr D. spürt dabei eine zunehmende *Verletzlichkeit, Dünnhäutigkeit und Betroffenheit*, die für ihn über das erträgliche und mitteilbare Maß hinausgeht. Als Selbstschutz zeigt er ein betont forsches bis teilweise aggressives Auftreten anderen und sich selbst gegenüber. „Das kommt dahin, dass man, um sich selbst zu schützen, weil man so dünnhäutig ist, halt nur nach außen hin ziemlich aggressiv ist. Und ich bin so aggressiv Leuten gegenüber, die es eigentlich gar nicht verdient haben, sag ich mal. Und da bin ich ein bisschen betroffen, so einfach ist das, um da vielleicht mal die Seele da auszukippen.“

Erleichterung sucht Herr D. in exzessivem Arbeiten, verbunden mit vielen Reisetätigkeiten, was ebenso wie das Aus-dem-Weg-gehen in dem großen Haus als Möglichkeit der Distanzierung vom Partner betrachtet werden kann. „Und dann, muss man einfach sagen, ein bisschen Abstand voneinander, das können wir. Wir sind nicht auf einer Zweiraumwohnung, [wo wir] auf engstem Raum miteinander umgehen müssen. Also ich kann da schon auf’s Feld rennen und dort mal meinen Unwillen an irgendwelchen anderen Sachen auslassen.“ Die innere Anspannung, die gereizte partnerschaftliche Atmosphäre, der hohe berufliche Einsatz bei wenig Entspannung und Ausgleich müssen insgesamt als Risiken für seine seelische und körperliche Gesundheit angesehen werden. Herr D. leidet seit einiger Zeit an Tinnitus und meint, er müsse eigentlich auch Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen, für die er aber keine Zeit hat.

Die *Beziehung zu seiner Frau* beschreibt Herr D. als „einvernehmliches Übereinkommen“ und fügt zum Ende des Gespräches nachdenklich hinzu: „Wir haben uns eingerichtet, wir haben uns einfach eingerichtet“. In dieser Wortwahl scheint kein Platz für große Gesten und Emotionen. Im Gegenteil, Herr D. lässt mehrfach im Gespräch anklingen, dass er seinem jetzigen Leben ein glücklicheres geopfert hat. „Wenn ich damals ’ne andere Entscheidung getroffen hätte, wenn ich das mal so weiterspinne, dann hätte ich heute garantiert ’ne andere Frau.“ Herr D. beschreibt die partnerschaftliche Kommunikation als eine Aneinanderreihung von Vorwürfen, Missverständnissen, Gereiztheiten, Verletzungen. Dies verhindert

letzten Endes für ihn jede Form einer Einflussnahme auf das Befinden seiner Frau oder eines angemessenen Umgangs miteinander. „Wenn ich es mal ganz krass darstellen darf, wenn einer durch die Gegend läuft mit zweischneidigen Messern in der Hand und um sich sticht, da kann man nicht ran ... und wegen mir in die Arme nehmen und sagen, komm, jetzt machen wir mal. Das geht nicht, weil man dabei selbst zu stark verletzt wird.“ Die Streitigkeiten laufen nach ähnlichem Muster ab und sind für Herrn D. nur in ihrer Schärfe und Gewichtung durch die Krankheit beeinflusst. „Wir haben das auch früher schon analysiert, warum haben wir uns jetzt eigentlich gestritten über irgendwas. Das war doch bloß, weil der Stift jetzt hier schräg gelegen ist, und ich sage, der muss gerade liegen, ja, solche Nichtigkeiten ... gab es früher schon und heute auch. Bloß heute ist es halt manchmal in einem anderen Umfeld zu sehen oder andersherum, meine Frau legt es auf eine andere Waagschale, nach dem Motto ‚Ich bin ja aus dem Beruf geflogen, ich habe die Unfähigkeit nachgesagt bekommen und Du tust nur das, um das noch zu vertiefen.‘“ Die Beziehung ist belastet durch die Arbeitsmarktsituation und die begrenzten Möglichkeiten für die Ehefrau, in ihren Fähigkeiten und ihrem Selbstwert bestätigt zu werden.

Herr D. sieht die Verstärkung der depressiven Symptome seiner Frau als *Folge des gesellschaftlichen Wandels* und der veränderten Arbeitsmarktsituation. „Der psychische Knick, der kam mit der Wende ganz deutlich. Da haben wir dort diese Veränderung im Gesellschaftssystem unterschiedlich verkraftet.“ Die Firma, in der die Frau gearbeitet hatte, wurde „zusammengeschrumpft“ und da sie sich von den erhöhten Leistungserwartungen überfordert gefühlt hatte, schied sie aus. „Wir haben dann entschieden, o.k., ich mach meinen Job ... Ich verdiene das Geld, was wir gemeinsam brauchen.“ Herr D. ist sich bewusst, dass seine Frau, die den gleichen Studienabschluss wie er hat, benachteiligt ist. Da er aber dar auf ebenso wenig Einfluss nehmen kann, wie den Unfall ungeschehen machen, richtet er sich in einer bedrückenden Klarheit und Unausweichlichkeit in den Umständen ein. „Wir gehen als gestandene Leute miteinander um. Ja, wir versuchen das auch, ich sag mal, kameradschaftlich zu machen, jedenfalls von meiner Seite.“

### **Fallanalyse 082 „Also wie’s jetzt ist, damit kann man leben“**

Frau M. ist 58 Jahre alt und z.Z. arbeitslos. Sie hat zuletzt als Geflügelzüchterin gearbeitet. Ihr Mann, ebenfalls 58 Jahre alt, ist Polizist. Beide sind seit 1962 verheiratet und haben eine 34jährige Tochter und zwei Söhne im Alter von 29 und 31 Jahren. Die psychischen Probleme des Partners, die Frau M. als Depression beschreibt, werden seit drei Jahren medikamentös behandelt.

Zentrales Thema ist für Frau M. die *Auseinandersetzung mit der Erkrankung*. Zum einen beobachtet sie Veränderungen an ihrem Mann, z.B. aggressiveres Autofahren, Angstzustände vor beruflichen Anforderungen, erhebliche Stimmungsschwankungen sowie gereizte oder apathische Stimmung, wenn er sich mit der Tagespolitik (Nachrichtensendungen) beschäftigt. Andererseits ordnet sie diese Veränderungen als „Charaktersache“ ein bzw. als Folge des beruflichen Abstiegs ihres Mannes, den sie als ungerecht empfindet. Ihr Mann war als Polizist versetzt worden und muss nun, verglichen mit seinen früheren Aufgaben, unterfordernde Arbeiten ausführen. Diese Situation habe sich „von Jahr zu Jahr gesteigert“, so dass es vor drei Jahren zu einem behandlungsbedürftigen Zustand kam. Allerdings erscheint ihr dies fraglich, da sie einen engeren Krankheitsbegriff hat. „Ma merkt ihm ja nischt an, er is eigentlich so ganz normal.“

Da Frau M. die Krankhaftigkeit der beobachteten und berichteten Beschwerden ihres Mannes anzweifelt, ist sie auch der medizinischen Einordnung und *Behandlung* gegenüber skeptisch. „Ich weiß och nich, ...

wie man das manchmal hört, dass jemand eben richtig seelisch krank is, könnt ich eigentlich nich sachn, ... 's, is auch irgendwo e bissel ... Charaktersache mit, denk ich ... und ob das nu wirklich so schlimm is bei ihm, dass kann ich eigentlich nich ... sachn. .... Ich sach mir bloß immer, ... der Nervenarzt müsst es ja eigentlich wissen.“ Ihre Skepsis wird verstärkt durch unzureichende Information seitens der behandelnden Ärzte, so dass die einseitig pharmakologische Behandlung bei Frau M. Misstrauen und Ängste auslöst. „Un er [Anmerk.: der Arzt] verschreibt ... mitunter sehr starke Medikamente. .... Kinder sachn och, er müsste vielleicht ma 'ne Therapie machen, ja aber, bis jetzt is uns so was überhaupt nich angeboten worden, also, ich hätte och ganz gerne mich mal mit dem behandelnden Arzt unterhalten, aber da war irgendwie ... gar nichts, ja das vermiss ich eigentlich.“ Dieses *Informationsdefizit* führt dazu, dass Frau M. unsicher ist, welche Symptome sie der Krankheit, dem momentanen Befindens ihres Mannes oder der Behandlung zuordnen muss. „Ich kann mir eben eigentlich von seiner Erkrankung ... gar kein richtiges Bild machen. 'S einzige, was mir auffällt, dass er erhebliche Stimmungsschwankungen hat. ... Ich kann aber nich sagen, ob das mit der Tabletteneinnahme zusammenhängt, oder ob das zum Krankheitsbild gehört.“

Die Unsicherheiten in der Einordnung des miterlebten Symptomverhaltens führen zu Unsicherheiten im *Umgang mit der Erkrankung*. „Wenn's jetzt wirklich 'ne Krankheit is, so wie's dargestellt wird, da muss ich ganz ehrlich sachn, ich kann mit der Krankheit nich umgehn, ich weiß nich, wie ich mein Mann nehm soll, ... ich weiß nich, wie ich ihm helfen könnte.“ Frau M. versucht, den normalen und gewohnten Alltag so gut wie möglich aufrechtzuerhalten. Das verstärkte Eingehen auf ihren Mann hat zum Teil zur Folge, dass sie das Wohlergehen ihres Mannes vor ihre eigene Situation stellt. „Ich bin eigentlich jetzt schon einige Jahre arbeitslos, ... ich hab mich nun damit abgefunden, un jetzt bin ich froh, dass ich zu Hause bin. Wenn mein Mann nach Hause käme, un es wäre niemand da, dann wär das noch viel schlimmer. ... Das dauert schon 'ne ganze Weile, bis ma sich damit abfindet, aber, jetzt, is es schon gut so. Ich geh ihm da auch nich irgendwie auf 'n Geist, ... ich jammre deswegen nich rum.“

Die *Beziehung* ist von Fürsorglichkeit und Verzicht auf ihrer Seite gekennzeichnet. „Dann kommt er eben frustriert nach Hause, ... lädt das zu Hause ab. Irgendwo muss er ja, ne. Ich meen, ich spiel da schon en Prellbock, ... obwohl mir das och manchmal reicht, weil's ja eigentlich immer wieder dasselbe is.“ Die Beeinträchtigungen der Gesundheit ihres Mannes sieht sie als Verlust für die Beziehung und die gemeinsame Zukunft an vor allem im Hinblick auf ihre gemeinsame Freizeit und Aktivität. „Mich belastet, ... dass mein Mann halt eben doch nich mehr so fit is, wie ma sich das vorstellt.“ Insgesamt vermittelt sie ein Bild des sich bescheiden fügenden Verzichts. Es sei gut „damit“ zu leben, wenn es eben nicht schlimmer werde.

### **Fallanalyse 083 „Momentan ist es für mich nur wie 'ne Wohngemeinschaft“**

Frau C., 29 Jahre alt und geschieden, ist ausgebildete Dachdeckergehilfin. Sie ist zum Zeitpunkt des Interviews im Erziehungsjahr und erhält staatliche Beihilfen zum Lebensunterhalt. Ihr Lebenspartner, 36 Jahre alt, arbeitet seit einem halben Jahr im Tiefbau. Mit ihm hat sie einen 2jährigen Sohn. Aus erster Ehe hat sie einen 10jährigen Sohn und eine 9jährige Tochter. Frau C. ist aufgrund eines Vergewaltigungstraumas in psychotherapeutischer Behandlung. Der zunehmende Alkoholkonsum ihres Partners ist mit Stimmungsschwankungen und verbaler Gewalt ihr gegenüber verbunden. Erst deutliche Trennungswünsche ihrerseits und der drohende Verlust seines Arbeitsplatzes führten zur ambulanten psychiatrischen Behandlung des Mannes.



Die *Beziehung und ihre Zukunft* sind für Frau C. zentrale Themen ihrer Erzählung. Die Veränderungen, die sie an ihrem Partner bemerkt, beeinträchtigen die familiäre Harmonie. Frau C. fragt sich, ob ihr derzeitiges Zusammenleben überhaupt noch etwas mit einer Familie zu tun hat und beschreibt es eher als Wohngemeinschaft. Der erhöhte Alkoholkonsum ihres Partners und die damit verbundenen verbalen Aggressionen ihr gegenüber haben ihr Vertrauen in die Partnerschaft zerstört. Angst ist der zentrale Ausdruck für ihr eigenes Befinden. Sie hat Angst, ihr Partner könne gewalttätig ihr oder den Kindern gegenüber werden; Angst vor ihren eigenen Emotionen; aber auch Angst um den Partner, der ohne sie in einer schwierigen finanziellen Situation wäre. Frau C. sieht die gemeinsame Zukunft gefährdet, ist sich aber unsicher, Entscheidungen zu treffen. Sie macht eine Besserung der Lage davon abhängig, inwiefern ihr Partner die Einsicht gewinnt, dass er eine Therapie und Hilfe braucht. Er muss in ihren Augen mit seiner Vergangenheit und seinen Kindheitsverletzungen abschließen und sich von seiner zu engen Bindung zur Mutter lösen, bevor er ein Partner für sie und ein Vater für seinen Sohn sein kann. Letzteres zieht sie in Zweifel: „Ein richtiger Vater ist er nicht“. Sie bezweifelt, dass ihr Partner Verantwortung übernehmen kann und sieht die Last der Versorgung und Organisation der Familie allein bei sich. „Er ist auf eine Art ein Junge, ein kleiner Junge. ... Wenn er was sieht, das muss er haben, während ich hier vielleicht irgendwo kämpfe, irgendwie, dass wir über die Runden kommen.“ Sein Hobby sind Bastelarbeiten an einer Modelleisenbahn, deren Zusatzteile einen Teil des geringen Budgets der Familie beanspruchen. Frau C. lebt mit dem Existenzminimum und muss extrem sparsam haushalten. Diese Situation, ihre eigene Geschichte und die Spannungen in der Beziehung führen zu einem Gefühl von Überforderung und Ausweglosigkeit. „Manchmal möchte ich wegrennen, alles hinter mir lassen, alle Türen zu machen.“

Frau C. erlebt v.a. den *Verlust von Intimität und Zärtlichkeit* in ihrer Partnerschaft als schmerzhaft. Die Vergewaltigung überschattet ihre Beziehung. Dazu war es gekommen, als ihr Partner sie wegen eines Streites nicht wie gewohnt abgeholt hatte und sie nachts mit dem Fahrrad durch einen Park gefahren ist. Neben den Problemen, das Erlebte selbst zu verarbeiten, macht sie sich Gedanken um ihren Partner und dessen Schuldgefühle. Beide hatten sich zum damaligen Zeitpunkt erst seit fünf Monaten gekannt, so dass sie auf keine stabile und tragfähige Partnerschaft aufbauen konnten, um das Erlebte gemeinsam zu verarbeiten. „Es war 'ne harte Barriere für ihn und für mich auch.“ Auch sieht sie die Probleme darin begründet, dass er zu schnell vergessen hat und wenig sensibel für das Thema ist. Dies äußert sich z.B. darin, dass er anzüglich bedruckte T-Shirts trägt, Gewaltszenen gegen Frauen im Fernsehen nicht wegschaltet und ihre Gefühle bagatellisiert. Trennungsversuche hat Frau C. bisher vorwiegend aus Mitleid mit dem Partner immer wieder abgebrochen. Sie sieht aber das Zusammensein als Hindernis für ihre eigene Entwicklung und als Belastung an. „Ich hab's ihm versucht zu erklären. Ich sage: ‚Du bist 'ne fette Hummel, die sich am Strohalm festhält.‘ Ich sage: ‚Ich geh' selber unter‘“.

Frau C. ist seit dem Vergewaltigungstrauma in *psychotherapeutischer Behandlung*. Sie hatte zuvor schon versucht, eine Therapie zu beginnen, hätte aber eine lange Wartezeit in Kauf nehmen müssen. „Ich brauch die Hilfe jetzt und nicht in einem Vierteljahr. ... Irgendwo da fühlt man sich alleingelassen.“ Sie kritisiert, dass der Zugang zu einer Therapie so schwierig ist. Dass sie später sofort an einen Therapeuten verwiesen wird, ist für sie ein Zeichen, dass es im Notfall schnellere Wege zur Behandlung gibt. Vorurteile und Ängste einer Therapie gegenüber können zusätzlich die Schwelle erhöhen, Hilfe aufzusuchen. Diese Erfahrung macht sie mit ihrem Partner, der sich zunächst über ihre Behandlung lustig machte und eine eigene Therapie ablehnte. „Er sagt immer, er hat keine Meise und er ist nicht verrückt.“ Frau C. beschreibt sich als depressiv und an Angststörungen leidend. Die Symptome sind jedoch nicht eindeutig zuordenbar und in ihrer Schwere und Dauer sehr variabel. Dies ist mit den Theorien der Psychotraumatologie gut vereinbar. In einem Kuraufenthalt hat sie wieder mehr Zutrauen zu sich selbst

und zu ihren Entscheidungen gefunden, um auch Kraft für eine Trennung zu haben. Ihr eigenes Befinden macht sie abhängig vom weiteren Verlauf ihrer Beziehung.

#### **Fallanalyse 084** „Dis fiel alles über ihm zusammen und über mir im Prinzip auch“

Frau B. ist 58 Jahre alt. Sie war bis zu ihrer Entlassung im grafischen Gewerbe tätig. Ihr Mann ist 60 Jahre alt und bezieht Altersrente. Er war zuletzt mit der Verwaltung des Hauses beschäftigt, welches er geerbt hat. Beide sind seit 36 Jahren verheiratet und haben einen 35jährigen Sohn und eine 31jährige Tochter. Die psychischen Probleme des Mannes, die Frau B. als Depression beschreibt, sind vor drei Jahren aufgetreten und werden seitdem behandelt.

Frau B. berichtet ausführlich über die *Ursachen und Umstände*, die zur Erkrankung ihres Mannes geführt haben. Sie sieht eine Überforderung ihres Mannes durch das Erbe eines Wohnhauses und die damit verbundenen Verpflichtungen als krankheitsauslösend an. Überforderungen entstanden aus Verhandlungen für die Erbengemeinschaft mit der Treuhand, Demontage von Maschinen und Auflösung des zum Erbe gehörenden Betriebes mit Entlassung der Mitarbeiter, Sanierung der „maroden Immobilie“ mit Übernahme der Bauleitung sowie finanzielle Belastungen durch Abrisskosten. Eine Prüfung der Finanzbehörde führte dann zur Aufdeckung gravierender Fehler. „Das hing alles in der Luft, ... dass wir also finanziell wirklich dann so runter gewesen wären, dass das Haus dann an die Bank gefallen wäre und dass wir vielleicht unsre ganzen Antiquitäten hätten verkaufen müssen und uns 'ne winzige Wohnung mieten könnten.“ Diese Situation wird besonders bedrohlich erlebt vor dem Hintergrund, dass Fam. B. einen sehr hohen Lebensstandard hatte („immer in 150qm und größeren Wohnungen gelebt“) und Herrn B. „immer alles geglückt war in seinem Leben“. Daher sieht Frau B. das Haus als Belastung für ihren Mann und bemerkt, dass es ihm auf Reisen und mit zunehmender Entfernung vom belastenden Milieu besser geht. Sie fragt sich daher, ob eine räumliche Veränderung auch eine langfristige Besserung bringen würde. Dies sieht sie jedoch kritisch u.a. aufgrund des aktuellen Überangebotes auf dem Immobilienmarkt. „Wenn wir in der Lage wären, das Haus abzustoßen ... und würden woanders hinziehen, ob das da besser wird, ich weiß es nicht.“

Der *Umgang mit der Erkrankung* ist zunächst von der Suche nach einer geeigneten Behandlung und von der Entlastung des Partners geprägt, der den vielfachen Anforderungen aufgrund der Symptome nicht mehr nachkommen konnte. Nach ca. einem Jahr erfolgloser ambulanter medikamentöser Behandlung wird eine Überweisung in die Tagesklinik vorgenommen. „Er [Anmerk.: der Arzt] hat ihn im Prinzip nur noch mit Medikamenten versorgt, er hat nicht mehr mit ihm Gespräche geführt und nichts, er hat praktisch die Depression nur auf unsre finanzielle Lage zurückgeführt.“ Ähnlich hatte auch Frau B. gedacht, „wenn dieser Druck von ihm weg ist, dann fängt er sich wieder, aber er fing sich nicht wieder.“

Den Partner zu entlasten bedeutete für Frau B. eine *zusätzliche Belastung* für sich selbst. „In der Zeit musste ich also praktisch den Bau hier übernehmen, musste ... den Umzug organisieren, da war er überhaupt nicht in der Lage, mir auch nur 'n bisschen zu helfen. Das hab ich also alles alleine bewerkstelligt.“

Die Erkrankung hat neben der Übernahme der Aufgaben für Frau B. auch eine Reihe von Einschränkungen für das *Familienleben* mit sich gebracht. Sie konnte sich ihren eigenen Interessen, wie z.B. der Möbelrestauration nicht mehr widmen und musste sich in völlig neue Gebiete einarbeiten.

Darüber hinaus werden Einschränkungen sozialer Aktivitäten und gemeinsamer Unternehmungen deutlich. „Wir sind also zwei Jahre überhaupt nicht aus ’n Haus gekommen. ... Es war ihm alles zuviel. Er hat alles abgeblockt.“ Die Partnerschaft wird als stark verändert erlebt. „Er war vor dieser Depression der Optimist von uns beiden, ... und so mit einmal kehrte sich das total um.“ Versuche von Frau B. ihrem Mann gegenüber „superoptimistisch zu sein“, bringen allerdings wenig. „Er registriert es zwar, aber er kann sich da nicht so richtig mitfreuen. ... Ich kann das nicht auf ihn projizieren, ’s funktioniert nicht.“

Die gesamte Situation und die teilweise erfolglosen Bemühungen, ihrem Mann zu helfen, werden von Frau B. als Belastung erlebt, die auch *Auswirkungen auf ihr Befinden* hatte. Sie thematisiert Angst vor Selbstmordgedanken ihres Mannes, aber auch vor Rückfällen oder chronischen Verläufen. „Was mich belastet ist, dass ich manchmal so denke, ob er überhaupt da wieder rauskommt, das belastet mich. ... Das ist für ihn ’ne ganz schlimme Situation, dass er immer so ... unter diesen Ängsten leidet und ich kann ihm die Angst nicht nehmen.“ Die Hilflosigkeit, die Frau B. erlebt, entmutigt sie in ihren Bemühungen. „Das ist das, was mich eben so 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‘.“

#### **Fallanalyse 085   „Eine gewisse Ruhelosigkeit in einem selber“**

Herr W. ist 38 Jahre alt. Er ist Beamter bei der Polizei und arbeitet im Schichtdienst. Seine Frau ist 37 Jahre alt und war zuletzt als Sachbearbeiterin tätig. Beide sind seit 16 Jahren verheiratet und haben eine 15jährige Tochter. Die psychischen Probleme der Ehefrau, die Herr W. als Depression beschreibt, sind erstmalig im Frühjahr 1999 aufgetreten und werden seitdem behandelt.

Herr W. betont zunächst, dass sich für ihn „im Großen“ nichts geändert hat und die Krankheit auch für die Familie keine großen Veränderungen mit sich brachte. „Wir leben genauso wie vorher, och mit der Krankheit.“ Das mag zum einen daran liegen, dass Herr W. eine sehr gute partnerschaftliche *Beziehung* beschreibt, welche eine offene Diskussion von Problemen jederzeit zulässt. Zum anderen verfügt er über ein umfangreiches Wissen und über Erfahrungen mit dem Thema Depression. „Meine Schwester hat erst kurz vorher das selbe Problem gehabt, ... so dass ich die Symptome och kannte.“ Zudem fühlt sich die Familie gut sozial unterstützt und kann offen mit den Problemen umgehen. Darüber hinaus gibt Herr W. an, durch seinen Beruf Krisenmanagement und den Umgang mit depressiven Menschen gewohnt zu sein.

Dies verstärkt jedoch andererseits die *Anspannung*, die er seit der Erkrankung seiner Frau empfindet, da er die schlimmsten Auswirkungen dieser Krankheit kennt. Zum Beispiel muss er in seinem Beruf die Todesnachricht nach einem Suizid den Angehörigen überbringen. Daher versucht er zwischen seinen beruflichen Erfahrungen und der Gefahr der Erkrankung für die Familie zu unterscheiden. Dafür wendet er verschiedene *Wege der Normalisierung* an. Er vergleicht die Symptome seiner Frau mit eigenen Erfahrungen. „Ich unterlieg ja auch Stimmungen, ... ich hab och mein schlechten Tag.“ Er versucht, die psychiatrische Behandlung zu normalisieren. „Sie kommt aus der Klapper, ... das ist och, es ist normal eigentlich. Sie spricht doch selber immer von der Klapper, ... das ... hat sich bei uns so eingebürgert, ... es ist kein Problem also. Mit der Krankheit gab’s eigentlich noch nie Probleme, dass wir sie nicht verstanden haben oder so.“ Andererseits nimmt er Veränderungen an sich wahr. „Es wird dann vielleicht keene

Normalität sein, sondern ... eene gewisse Ruhelosigkeit in einem selber, ... Anspannung ist immer da, ja.“ Diese Anspannung teilt er seiner Frau nicht mit und versucht, sie nicht zu zeigen.

Statt dessen versucht Herr W., im Verborgenen die familiären Abläufe unter Kontrolle zu halten und seiner Frau ihre eigenen Grenzen aufzuzeigen bzw. auf Ruhephasen zu bestehen. „Zu Hause haben wir eigentlich alles im Griff, ... wenn sie nich mehr kann, dann legt se sich in 's Bett und da ist gut. Da ist Feierabend. Das hat sich eigentlich och schon so eingespielt.“ Sein *Umgang mit der Erkrankung* ist von Rücksichtnahme und einem Gefühl des Aufpassen-müssen gekennzeichnet. „In der Hinsicht was geändert, dass ich mehr aufpasse, wie es ihr gesundheitlich geht. Jede Äußerung von ihr, ... was die Krankheit betrifft, ... ich merke bei ihr sofort, ... wenn se 'n schlechten Tag hat ... und dann nehme ich doch schon etwas mehr Rücksicht wie früher vielleicht.“

### **Fallanalyse 092** „Aber wie geht's weiter“

Frau K., 48 Jahre alt, ist Lehrerin. Ihr Mann, 57 Jahre, war zuletzt als Sprachlehrer beschäftigt. Zum Zeitpunkt des Gespräches ist er arbeitslos. Beide sind seit 26 Jahren verheiratet und haben einen 24jährigen Sohn und eine 21jährige Tochter. Die psychischen Probleme sind zum ersten Mal vor zwei Jahren aufgetreten und wurden zunächst pharmakologisch durch den Hausarzt behandelt. Frau K. spricht von schwerer Depression, die zum Zeitpunkt des Interviews stationär behandelt wurde.

Frau K. beschreibt detailliert den *Verlauf der Krankheit bei ihrem Mann und wie sie diesen erlebt hat*. „Ich hab diese Krankheit eigentlich in Phasen erlebt, ohne, dass ich zu Beginn, es als Krankheit angesehen hätte.“ Zunächst erlebt ihr Mann Angstzustände vor bestehenden Unterrichtsterminen und ist außerstande, seine Tätigkeit fortzusetzen. Frau K. beschreibt dies als „Zusammenbruch“, der zunächst beim Hausarzt mit Beruhigungstabletten behandelt wird. Da keine Besserung eintritt, wird ein Psychiater aufgesucht, der ein anderes Medikament und eine begleitende 14tägige „Gesprächstherapie“ verordnet. Herr K. nimmt seine Arbeit wieder auf, muss sie aber nach drei Tagen wegen der gleichen Symptome abbrechen. Die „Gesprächstherapie“ wird nun wöchentlich angesetzt. Da keine Besserung eintritt, beginnt Herr K. eine tagesklinische Behandlung. Anschließend übernimmt er nach einem Urlaub im Sommer zwei Kurse erfolgreich, leidet aber mit Beginn des Herbstes erneut an den Beschwerden und ist nicht arbeitsfähig. Unterdessen war die behandelnde Psychiaterin in Rente gegangen. Herr K. meint nun, die Symptome mit (medikamentöser) Unterstützung der Hausärztin (vorrangig Schlafmittel) selbst in den Griff zu bekommen. Frau K. macht sich zunehmend Sorgen um ihren Mann und drängt ihn zu einer Untersuchung beim Internisten, nachdem Herzbeschwerden aufgetreten sind. Diverse Spezialuntersuchungen bleiben ohne Befund. Unterdessen bemerkt Frau K. eine Einsilbigkeit und Schweigsamkeit bei ihrem Mann, die sie verunsichert und extrem beunruhigt: „Es war dann jedenfalls derart akut, dass ich von einem Tag auf den anderen hier gesagt hab, also wenn wir jetzt nicht einen Arzt aufsuchen, ...,ich schaffe das nicht mehr hier. Ja, ich ging früh aus dem Haus, mein Mann war zu Hause und bei mir [war] dann irgendwo die Angst, wo ich gedacht habe, was ist, wenn du heute Mittag nach Hause kommst.“

Die *Suche nach einem Ansprechpartner und geeigneter Behandlung* gestaltet sich für Frau K. schwierig. Bei dem nächstgelegenen Arzt bestehen monatelange Wartezeiten. In den gelben Seiten wählt Frau K. dann nach dem Titel eine praktizierende Psychiaterin aus. Ein Termin kann sehr schnell vereinbart werden. „Das war die erste, die gesagt hat, das sind ganz schwere Depressionen und damit war

angesprochen, was hier vorliegt. ... Mein Mann war drei Wochen krank geschrieben nach diesem ersten Besuch, hatte dann wieder einen Termin. Ja, im Prinzip wurde das Rezept erneuert, das war's, was dort stattfand.“ Frau K. drängt dann bei der Ärztin auf ein gemeinsames Gespräch und darauf, dass irgend etwas passieren müsse. „Nachmittags [sind wir] bei der Ärztin gewesen. Da passierte gar nichts, das war im Prinzip eine Beruhigung ... und ganz einfach der Hinweis, das müssen sie selber schaffen.“ Da die Situation sich daraufhin nicht verändert, übernimmt Frau K. erneut die Initiative. An einem Wochenende erreicht sie über die Auskunft eine diensthabende Ärztin, die zunächst eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik versucht, wo die Stationen allerdings belegt sind. Daraufhin ruft Frau K. selbst in der Klinik an, wo sie in einem ausführlichen Gespräch beruhigt wird und eine stationäre Aufnahme nach Überweisung durch den Hausarzt am nächsten Tag erfolgen soll. Frau K. alarmiert dann ihre Kinder, dass sie in der elterlichen Wohnung sein können und den Vater zur Hausärztin und anschließend in die Klinik begleiten. „Ich hab gesagt, das wird nichts mehr und wir müssen ... einen Punkt setzen und du wolltest und jetzt machen wir das auch.“ Die stationäre Behandlung erlebt Frau K. als sehr positiv. Sie fühlt sich stets einbezogen und informiert und ist beeindruckt darüber, wie individuell die Therapie gestaltet wird. „[Es war] beruhigend zu wissen, der ist ja gut aufgehoben. ... Ich wusste also auch, welche Schritte geplant sind ... und insofern hat mir das wirklich geholfen.“

Die lange Unsicherheit bezüglich der Behandlung und die Ereignisse bis zur Einweisung haben Frau K. sehr belastet. „Zumindest in dieser Zeit, ich hab Angst gehabt. Am Anfang hab ich gedacht, wie schaffst du das, wie schaffst du das.“ Nach der Klinikeinweisung ihres Mannes fühlt sich Frau K. zunächst erleichtert, kann auch wieder schlafen. Sie war zuvor sehr unruhig, hatte ihren Mann beobachtet und gehorcht, ob er schläft. Diese *Anspannung und Suche nach möglichen Anzeichen* wird als kräftezehrend erlebt. Da Frau K. ihren Mann als wenig gesprächig kannte, fällt es ihr schwer, die zunehmende Einsilbigkeit als Krankheitszeichen zu erkennen. „Das war ja so das, was mir die Sache auch schwer gemacht hat. Ich konnte also ganz normal mit meinem Mann sprechen. Es war allerdings wenig, was rüber kam. ... Ja, es war ja früher nicht all zu viel anders. ... Der Typ war er nie.“ Der Rückzug ihres Mannes und seine Passivität lösen in ihr jedoch verstärkt Misstrauen, Verärgerung und Wut aus. „Das war eine Einsilbigkeit, sag ich mal, wo ich streckenweise sogar wütend innerlich war, wo ich gedacht habe, mein Gott noch mal, kein bisschen macht er mit.“ Dies führt in der Folge zu Resignation und Ratlosigkeit hinsichtlich der eigenen Möglichkeiten, die Situation zu beeinflussen. „Dass ich ja manchmal Phasen hatte, wo ich nicht mehr wusste, wie ... ja und ich mir immer gedacht habe, also, ja gut, wenn der Wille nicht da ist, zwingen kannst du niemanden.“ Die professionelle Hilfe wird von Frau K. daher als Erleichterung erlebt. Um so stärker ist ihre Angst vor dem Ende der Behandlung und der Zeit danach. „Ich bin im Moment in dem Zwiespalt auf der einen Seite die Freude, das deutet sich wohl an, das zunächst der stationäre Aufenthalt zu Ende geht. Aber wie geht's weiter, ... welche Möglichkeiten gibt's, zumindest bei Bedarf, Einrichtungen aufzusuchen. ... Also ich weiß noch nicht konkret, wie das weiter geht, wo ich mich ganz einfach überfordert sehe, wenn ich arbeiten gehe. Ich kann hier nicht jede Stunde anrufen.“

Als besonders hilfreich in der Auseinandersetzung mit der Krankheit sieht Frau K. einen *offenen und tabulosen Umgang damit* in ihrer Familie, ihrem Freundes- und Kollegenkreis und der daraus entstehenden Unterstützung durch das Umfeld an. „Ich muss Ihnen wirklich dazu sagen, weil ich in der ganzen Zeit ... keine Probleme damit hatte, dass ich mich ja über dieses Thema, oder dass ich eigentlich genügend Leute hatte, ich als Person, genügend Leute hatte, mit denen ich mich darüber austauschen konnte, oder wo ich zumindest mal erzählen konnte.“

Frau K. schildert *Veränderungen in ihrer Partnerschaft und ihrem Zusammenleben*. War ihr Mann nie der Erzählende im Gegensatz zu ihr, so berichtete er nach der tagesklinischen Behandlung stärker von sich

und von Tagesereignissen. Durch die Behandlung mit Schlafmitteln erlebte Frau K. ihren Mann als so stark sediert, dass er oft Stunden in einer Art Schlummerzustand vor dem Fernseher verbrachte. Ging er früher gern einkaufen, ließ dieses Interesse nach und machte einer Angst vor Menschenmengen und der Öffentlichkeit Platz. In der Folge ging er nicht mehr oder nur ungern hinaus. Diese Veränderungen und die Tatsache, ihren Mann krank zu erleben, sieht Frau K. als Gegensatz zu ihrem bisherigen Leben. „Mein Mann ist eigentlich, so lange ich ihn kenne, ein Typ gewesen, der für seine Arbeit auch gelebt hat, ... wo ich manchmal gedacht hab, wie schafft er das rein von der Zeit, ja von der Psyche auch, von der physischen Belastung. ... Ansonsten ist er nie krank gewesen.“

### **Fallanalyse 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 v.a. 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 ringsrum, an Belastungen wegnehmen mussten.“ Diese Haltung wird zunehmend aufgegeben und macht einer *gezielten Beanspruchung* Platz. Die Idee dabei ist, dass, die Partnerin nicht zum Grübeln kommt, wenn sie permanent beschäftigt ist. Daher wird versucht, ihr wohl dosiert Aufgaben zu verschaffen 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 Camping-Platz im Wald. Das wird als 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. „... so 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, der 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 dennoch unkontrollierbare 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 Situation 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 Betriebes 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.

### **Fallanalyse 112   „Diese Meinung, diese Einstellungsfrage, diese Kämpfe“**

Herr D. ist 46 Jahre alt, arbeitet als Monteur und ist nur am Wochenende zu Hause. Seine Frau, 41 Jahre alt, arbeitet z.Z. als Kassiererin in Teilzeit. Beide sind seit 15 Jahren verheiratet, haben eine 15jährige und eine 20jährige Tochter. Als Beginn der psychischen Probleme seiner Frau definiert Herr D. den Zeitpunkt der Eheschließung. Partnerschaftliche Probleme haben den Alltag seither beeinträchtigt. Familie D. ist

1989 über die Prager Botschaft nach Westdeutschland geflohen, nach fünf Jahren aber wieder nach L. gekommen. Seit diesem Zeitpunkt ist Frau D. in psychologischer Behandlung.

In die *Auseinandersetzung mit der Erkrankung* bezieht Herr D. eine Reihe von Faktoren mit ein. Er sieht einen engen Zusammenhang zwischen den Symptomen seiner Frau und der belasteten Ehe, die beide führen. Es fällt Herrn D. daher schwer, zwischen Krankheit und Merkmalen der Partner zu unterscheiden. „Ich kann da gar nicht mehr so richtig sagen, wann es los ging. ... Es gibt ja Probleme in der Ehe und ... krankheitlich bedingte Sachen wahrscheinlich, ... könnte schon, seitdem wir uns kennen gelernt haben, gewesen sein.“ Herr D. beschreibt eine Reihe von Eigenschaften seiner Frau, die er als problematisch erlebt: Engstirnigkeit, Beharren auf der eigenen Meinung, Rechthaberei, wenig Verständnis für die Motive der Mitmenschen, schnelles Aburteilen anderer, strenge Regeln in der Erziehung der Kinder und im eigenen Leben, nicht abschalten können, Eifersucht, „Putzfimmel“, zwanghafter Ordnungssinn, überzogene Ansprüche („nichts recht machen können“), Grübelei, Denken in gut-schlecht, schwarz-weiß, richtig-falsch. Insgesamt erlebt er eine Diskrepanz zwischen der Lebenshaltung seiner Frau und seiner eigenen. „Ihre Einstellung ist dann eben alte Ordnung, die alten deutschen Tugenden müssen da hervorgekramt werden, und dann ist man ein guter Mensch. Und ich seh das ... lockerer. Ich hab nicht das gut und böse denken und meine Frau, die denkt in schlecht oder gut und dazwischen ist kein Platz für irgendwas.“ Herr D. ist sich nicht sicher, ob diese Eigenschaften seiner Frau krankheitsbedingt sind und veränderbar oder ob sie Abbild der normalen Unterschiedlichkeit von Menschen sind.

Die *Behandlung* seiner Frau ist für Herrn D. kein zentrales Thema der Erzählung. Er führt sie als „lobenswerten“ Versuch der Ehefrau an, sich um alternative Lebensweisen zu bemühen und an sich zu arbeiten. „Das muss ich ihr auch hoch anrechnen, sie arbeitet ja an sich. Ich krieg das ja auch oft gar nicht mit.“

Die *Ursachen der beschriebenen Probleme* sieht Herr D. in der Ursprungsfamilie der Ehefrau begründet. Sie hat in seinen Augen zu wenig „Lebenslust“ vermittelt bekommen, ist in einem engen Kreis mit engen Regeln und einer ausgesprochenen Leistungsorientierung aufgewachsen. Dies bedauert er sehr und nimmt es im Gegensatz zu seinem eigenen Lebenslauf wahr. „Sie musste von klein auf arbeiten und musste viel machen und das prägt sich ja dann [ein]. Also, ihr Kopf ist nicht frei, sie kann nicht phantasieren.“

Herr D. erlebt den *familiären Alltag* als belastet. Er sieht die Unterschiedlichkeit beider Partner zunehmend als unlösbar an. „Man trifft sich nicht in der Mitte“. Folglich bestimmen Streitigkeiten und Meinungsverschiedenheiten den Alltag. „Wir streiten uns im Prinzip über kleine Alltagssachen, würde ich sagen. ... Wir haben keine großen Probleme, also finanziell sind wir gut ausgestattet, wir versuchen auch, mit der Freizeit halbwegs was anzustellen, aber der ganze kleine Alltag ...“. Herr D. erlebt den Alltag zusätzlich erschwert, da er nur am Wochenende zu Hause ist und daher die Familienorganisation seiner Frau überlassen muss. Er sieht dies kritisch, da er in zentralen Fragen der Kindererziehung nicht mit ihr übereinstimmt. Da niemand seiner Frau die Dinge gut genug macht, werden die anderen Familienmitglieder aus den familiären Tätigkeiten ausgegrenzt. An der Hausarbeit beteiligt auch er sich nicht mehr, da er die Dinge ohnehin „nicht richtig genug“ macht. Er sieht dieses Klima jedoch als hinderlich für die Entwicklung der Kinder an. „Wenn man immer hört, Du kannst das nicht, Du kannst das nicht, kann man das nicht und irgendwann glaubt man das und dann kann man sich nicht so entfalten im Leben.“ Die familiäre Atmosphäre ist angespannt, der Umgangston gereizt. „Ich versuche eine kleine Familie aufzubauen, hab ich mein Leben lang versucht, 'ne Familie, die irgendwie zusammenhält und ... aber auch wirklich zusammengehört und unser ganzer Umgangston in der Familie ist etwas schroff. Es fehlt allgemein das Verständnis. Man kann sagen, was man will, aber man trifft auf Unverständnis.“



Herr D. sieht die *Beziehung* ambivalent. Einerseits ist die Partnerschaft sehr schwierig, so dass Gedanken an Alternativen aufkommen. Aber, „es wird nie das Ideale geben.“ Andererseits hat die Partnerschaft eine Probe bestanden und sich bewährt, als das Paar 1989 den Schritt ins Ungewisse gewagt hatte. Und es gibt Ausnahmen und positive Seiten. „Wenn sie locker drauf ist, dann haben wir auch keine Probleme, dann hört sie mir auch vielleicht besser zu.“ Herr D. glaubt, dass seine Frau aufgrund ihrer Lebensgeschichte möglicherweise selbst unter den angegebenen Schwierigkeiten „leidet“ und sie es häufig „nicht so meint“. Er schätzt sehr, dass sie selbst an sich arbeitet in der Behandlung. Zentrale Schwierigkeit in der Beziehung ist die Kommunikation. „Wir kriegen keinen Dialog zusammen.“ Im Gegenteil, ein Gespräch wird als sehr kraftzehrend und zermürbend erlebt. „Sie hat nur ihren Horizont, ihren Willen und Denkweise und dann kommt erst mal immer ein stures nein und dann nach einer Stunde Streit oder Diskussion, dann hat man das geschafft, aber das ist ja so schwer.“ Zusätzlich erlebt er das permanente Nachfragen seiner Frau, z.B. in für ihn unbedeutenden Kleidungsfragen als zermürbend. Herr D. sieht einen Einfluss der Behandlung auf die Kommunikation. „Wir reden auch schon mehr über die Krankheit, das geht mir auch jetzt mehr ins Bewusstsein rein. ... Aber aus dem Alltag ist es nicht raus zu denken.“ Herr D. vermisst die Partnerin, mit der er Diskussionen über Lebensanschauungen führen kann, „Philosophieren mal übers Leben“, da stattdessen die Krankheit die Kommunikation bestimmt. „Ich hab auch keine Lust, [über] immer nur Krankheiten, Tabletten, und alles das zu reden. Das könnte bei uns ein Tagesthema sein.“

Die Vorstellungen beider Partner bezüglich eines gemeinsamen Lebensentwurfs sind ungeklärt. Herr D. sieht daher seine Handlungsmöglichkeiten begrenzt, eine für seine Frau und ihn zufriedenstellendere Lebensgestaltung zu finden. „Ich sage, erzähl mir doch mal von Dir, wie stellst Du Dir eine Familie vor, wie stellst Du Dir das vor, wie müsste das alles ablaufen, wie ist es und da kriege ich keine Antwort.“ Er fühlt sich an einer Grenze, sich in die Situation seiner Frau hineinzusetzen und seine eigenen Wünsche wie bisher weitgehend zu übergehen. „Ich hab bloß versucht, Verständnis immer zu haben. Ich hab auch viel zurückgesteckt im Freundeskreis.“ Er hatte immer wieder gehofft, man könnte von den Problemen wegziehen, ganz neu und anderswo anfangen, sich etwas gemeinsam aufbauen. Diese Strategie hat sich jedoch als erfolglos erwiesen. „Man dachte, es ändert sich was. ... Aber nichts, [die] Problematik ist weiterhin da, vielleicht sogar noch schlimmer.“

Herr D. ist zunehmend *resigniert, passiv, demoralisiert*. Er versteht die Reaktionen seiner Frau nicht, kann sie in „sachlichen Gesprächen“ auch nicht klären. „Ich krieg dann immer Antworten, die dann so für mich deprimierend sind, wo ich sage, es hat keinen Sinn ... Und da resigniert man vielleicht auch, und da lässt man alles so bisschen baumeln.“ Andererseits lösen die Gespräche in ihm Gefühle von *Wut und Ärger* aus. „Das ist eben dann die Emotion, man kommt nicht mit seiner Logik und mit seiner klaren Aussage weiter, man rennt da gegen eine Wand. Man denkt, man kriegt 'ne unsachliche Antwort, und das bringt mich auf die Palme. ... Ich möchte 'ne Antwort kriegen, wo ich nachdenken kann, die ich nachvollziehen kann.“ Herr D. bezeichnet sich als jemanden, der grübelt und eher nachdenklich dem Leben gegenüber ist. „Ich bin eigentlich ein Mensch, der grübelt, der Zeit braucht, um was zu machen. Ich beleuchte alle s von allen Situationen.“ Aber er mache auch gern mal einen Spaß und versuche in seiner Arbeit seine Mitarbeiter zu motivieren. Der berufliche Erfolg verhilft ihm zu einem Ausgleich und einer Anerkennung seiner Person. Zusätzlich wird die Montagearbeit zu einer Möglichkeit, Abstand zu gewinnen. „Vielleicht ist es gut, dass ich dann wenigstens mal abschalten kann.“ Die Familie hat ihre Erholungsfunktion in Abgrenzung zur Arbeit eingebüßt. „Da geht das ganze Affentheater weiter. ... Wir leben von Problemen zur Zeit, wo ich keine Probleme eigentlich sehe.“ Und: „Ich würde mich gern mal spannungsfrei unterhalten.“ Herr D. arbeitet viel im Garten und beim Hausbau, was er neben dem Beruf als Ressource beschreibt. Die Ambivalenz der Situation gegenüber zieht sich durch alle Lebensbereiche. „Ich könnte, sagen wir mal, so 'ne Ankreuzfrage, sind sie glücklich oder unglücklich, ... ich wüsste nicht mal, was ich

anhaken sollte, um ehrlich zu sein. ... Ich bin auch nicht unglücklich, ich lebe bloß in einer Situation, wo ich sage, die könnte besser sein.“

**Fallanalyse 115** „Man ängstigt sich nicht nur um den Partner, man ängstigt sich auch um die Zukunft“

Frau W., 56 Jahre alt, arbeitet als Selbständige in einem Immobilienbüro. Ihr Mann, 59 Jahre, war zuletzt als Bauleiter und im Vertrieb von Baumaterialien tätig. Beide sind seit 33 Jahren verheiratet und haben einen 30jährigen Sohn und eine 27jährige Tochter. Die psychischen Probleme des Ehepartners, die Frau W. als Depression beschreibt, sind bereits vor 15 Jahren erstmalig aufgetreten. Als zusätzliche Belastung wird die psychische Erkrankung der Tochter angegeben, die zum Zeitpunkt des Interviews ebenso wie der Vater in stationärer psychiatrischer Behandlung ist.

Frau W. spricht ihr *eigenes Befinden* in der Situation deutlich an. Sie schildert Ängste, v.a. Zukunftsängste und Existenzängste, die sich zunächst vorrangig auf einen antizipierten Arbeitsplatzverlust ihres Mannes 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.“ Die Erkrankung ihres Mannes trifft Frau W. somit dort, wo sie besonders verletzlich ist und führt zu einer dauerhaften Verschlimmerung ihrer eigenen Ängste. Sie hat aber auch Angst um ihren Mann, da er Suizidgedanken ihr gegenüber geäußert hatte. „Das ist ja ganz einfach, gegen irgendeinen Pfeiler zu fahren.“ Sie befürchtet, entsprechende Alarmsignale zu übersehen oder falsch zu deuten. Frau W. vergleicht 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, aber am Ende erschöpft zusammenbrechen wird. Ein derartiger Zusammenbruch kann momentan nur durch die permanente Pflichterfüllung und den Durchhaltewillen aufgehalten werden. „Aber irgendwann braucht der Körper auch mal wieder Ruhe.“ Frau W. fühlt sich durch die Last der Verantwortung und die Kumulation von Verpflichtungen überfordert. In der Konsequenz sucht sie eine Nervenärztin auf, die ihr „etwas verschreibt“. Frau W. sind eigene depressive Zustände bekannt, an denen sie nach einer schweren Krankheit litt. Dies führt einerseits dazu, dass sie besorgt ist, in der aktuellen Situation erneut derart zu reagieren. „Mein Mann ist in ein schwarzes Loch gefallen und ich beinahe hinterher.“

Andererseits führt ihre eigene Erfahrung zu einer gewissen Resignation im *Umgang mit dem Erkrankten*. Sie weiß aus eigener Erfahrung, wie schwierig der Kontakt und die Kommunikation miteinander werden kann. „Man weiß nie die rechten Antworten. Depressive Leute wollen ja eigentlich auch keine Antworten. Die brauchen nur einen Zuhörer, und deswegen ist das alles sehr schwierig für mich.“ Zunächst kümmert sich Frau W. verstärkt um ihren Mann, fährt täglich in die Klinik, als er dort stationär ist. Sie begleitet ihn täglich zur Therapie und holt ihn von dort wieder ab, als er Tagespatient wird. Ihr Mann wird dann aber angeraten, ihren Mann nicht „zu bemuttern“. Als ihr Mann nach Hause kommt, ist der permanente Kontakt zu ihm ungewohnt und zunächst belastend für sie. Ihr Mann arbeitete, bevor er krank wurde, zum Teil 10 bis 14 Stunden am Tag, so dass sie nur wenig Zeit miteinander verbrachten. „Also für mich ist das neu, einen Mann zu haben, der nie da war und plötzlich ist er da. ... Ich bin ja froh, dass ich ihn habe, aber einfach ist das nicht.“ Die Distanz der Partner wird von Frau W. auch darin verdeutlicht, dass ihr Mann wenig über sich mitteilt. „Mein Mann ist wahnsinnig verschlossen. Also wir sind 33 Jahre verheiratet und

trotz alledem sagt er mir eigentlich so gut wie nichts.“ Frau W. deutet zusätzliche Schwierigkeiten an, indem sie ihren Mann als cholerisch und „nicht ganz einfach zu nehmen“ charakterisiert.

Das Paar versucht, die ungewohnte räumliche Nähe durch *bewusste Distanzierung* wieder zu durchbrechen. „Man kann sich zurückziehen. Also, es kann sich jeder in einen Bereich zurückziehen, sonst wäre es möglicherweise schon zu einer Katastrophe gekommen.“ Als großer Vorteil wird das eigene Haus erlebt, welches Rückzugsräume ermöglicht. Frau W. möchte Auseinandersetzungen vermeiden und versucht daher, die behandelnde Ärztin des Mannes zur Vermittlung zu gewinnen. Diese soll ihrem Mann Druck machen, damit er selbst wieder aktiver an der Besserung seines Zustandes arbeitet. Frau W. fühlt sich der Situation gegenüber machtlos und hilflos. „Aber man steht da etwas machtlos da, das ist ein großes Problem. Da ist man in einer solchen Stresssituation, mit der man kaum umgehen kann.“

Zusätzlich ist die Stresssituation verschärft durch die *psychische Erkrankung der Tochter* und die damit verbundenen Probleme. Ihre Tochter leidet ebenfalls an einer Depression, die sich in der Folge einer Psychotherapie massiv verschlimmert hatte und zu einem nunmehr langwierigen stationären Behandlungsweg führte. „Darin liegt meines Erachtens auch eine gewisse Gefahr in diesen Therapiegruppen. ... Da kam am Ende raus, so hab ich das verstanden, dass mein Mann sie missbraucht hat. Und da hab ich dann gesagt: ‚Weißt Du, in der Regel wissen das die Mütter.‘ Ich glaub das nicht, dass das Mütter nicht wissen. Das kann nicht sein. Denn irgendwas ist da nicht richtig in der Familie.“ Frau W. sieht sich außerstande, sich mit der von der Tochter aufgeworfenen Thematik auseinander zu setzen und lehnt eine aktive Auseinandersetzung zunächst ab. „Das sind Dinge, die muss ich verdrängen. Ich kann das nicht so annehmen, dass ich Schuld bin an der Krankheit meiner Tochter.“ Es geht über ihre Kraft, so dass sie jegliche aktive Herangehensweise an das Thema ablehnt. Der Gedanke ist zu schrecklich, um ihn überhaupt zu denken. Er wird daher als Psychotherapieeffekt gewertet. Die momentane Situation wäre in ihren Augen auch für andere Menschen unerträglich belastend und käme einer Zerreißprobe gleich. „Also, da muss man schon sehr starke Nerven haben, um dem gewachsen zu sein.“

Diese Thematik sieht Frau W. auch als einen auslösenden Faktor für die Erkrankung ihres Mannes an. „Das kann ja sein, dass meinen Mann das auch mit in die Krankheit gerissen hat.“ Frau W. vermutet als *Krankheitsursache* eine genetische Komponente, da auch ihre Tochter erkrankt ist. Zusätzlich sieht sie beruflichen Druck als auslösend an, da ihr Mann schon einmal vor 15 Jahren unter beruflichem Entscheidungsdruck eine depressive Phase erlebte.

Ihre Schilderung der Erkrankung und ihrer Auswirkungen ist von Metaphern getragen wie Hereinreißen, Abstürzen, Stürzen, in ein schwarzes Loch fallen. Sie implizieren damit eine Bodenlosigkeit und einen Kontrollverlust, dessen Ausmaß von Frau W. zum momentanen Zeitpunkt noch nicht absehbar ist. Ihre Hoffnung ist der Gedanke, dass diese Situation wieder vergehen wird. „Es bleibt nichts, wie es ist.“ Frau W. versucht, diesem Strudel an Emotionen und Ereignissen durch Ablenkung und Flucht zu entkommen. „Ich flüchte mich manchmal in ein Nachbarschaftsgespräch, das bringt mir schon was. Ich hab in der Nachbarschaft angenommen, ein paar Hunde auszuführen. ... Ich muss mich auch ablenken.“

**Fallanalyse 122 „Man ist eben immer wieder neu überrascht, dass es eben immer wieder eintritt“**

Herr O., 60 Jahre alt, ist Diplomingenieur. Seine Frau, 52 Jahre, ist Zahnärztin in eigener Praxis. Beide sind seit 24 Jahren verheiratet und haben einen Sohn im Alter von 24 Jahren. 1990 sind die psychischen Probleme lt. Herrn O. zum ersten Mal aufgetreten. Als Diagnose gibt Herr O. „manische Depression“ an, die seit neun Jahren mit jährlichen Schüben anhält.

Herr O. ist durch die offene Interviewsituation sehr verunsichert. Er wirkt im Gespräch sehr überlegt. Das stete, fast jährliche Wiederauftreten der Erkrankungssymptome erlebt Herr O. als *Kontrollverlust*. „Man ist eben immer wieder neu überrascht, dass es eben immer wieder eintritt, wo man hofft, es kommt nicht wieder. Das ist ein Problem, vor dem man ja jedes Jahr immer wieder davor steht und hilflos im Prinzip daneben steht.“ Er fragt sich, inwieweit die Familie einen Einfluss auf das Befinden und das negative Denken seiner Frau haben kann. „Man gibt sich Mühe, das aus ihrem Denken herauszubringen, aber es fällt in solchen akuten Phasen, fällt einem das sehr schwer.“

Die Erfahrung, dass die depressiven Phasen auch unter der medikamentösen *Behandlung* auftreten, verstärkt einerseits das Erleben von Hilflosigkeit und Ratlosigkeit. Andererseits wird aus diesem Grunde nach alternativen oder zusätzlichen Behandlungswegen gesucht. Hierbei stößt Herr O. jedoch immer wieder auf Unverständnis bei seiner Frau, die in seinen Augen „dem ärztlichen Rat unterlegen [ist], dass man da nun keine Möglichkeiten hat, sie mal auf 'n anderen Weg zu bringen.“ Im anschließenden Gespräch mit beiden Partnern, beschreibt Frau O. das Dilemma, das sie empfindet. In akuten Phasen helfe nur eine entsprechende Medikation. Wenn es ihr dann besser ginge, brauche sie aber auch keine Psychotherapie mehr. Sie ist daher (trotz oder vielleicht sogar wegen ihrer eigenen medizinischen Ausbildung) sehr skeptisch einer Psychotherapie gegenüber. Auf der anderen Seite belastet sie die Erfahrung, trotz der Medikamente depressive Phasen zu durchleiden. Sie beruhigte sich bislang mit der Analogie, dass auch ein Diabetiker ständig Tabletten nehmen müsse. Da die Medikamente aber keine Garantie für eine langfristige Besserung bedeuten, wird sie misstrauisch der angekündigten, erneuten Medikamentenumstellung gegenüber.

Herr O. empfindet die Erkrankung und deren Phasenverlauf als *Belastung für das Familienleben und das partnerschaftliche Miteinander*. Planungen und Urlaube sind seit Jahren nicht möglich. In akuten Zeiten vernachlässigt Frau O. die familiären Angelegenheiten, ist z.B. nicht mehr in der Lage, Einkäufe zu erledigen. Die familiären Abläufe, „das, was sonst sich in der Familie abspielt“, werden als gestört erlebt. Das negative Denken, der Pessimismus und das Kreisen um Probleme in akuten Phasen verursachen auch Anspannungen bei den anderen Familienmitgliedern. „Die Depression leitet sich praktisch über auf die übrigen Familienmitglieder“.

Zunächst nahm Herr O. an, dass die depressive Symptomatik Folge der Wechseljahre ist. Nachdem die Symptome aber seit neun Jahren auftreten, erscheint ihm dies zu lange, um als einzige Ursache zu gelten. Neben den hormonellen Veränderungen sieht Herr O. die Belastungen seiner Frau im Beruf, wenn nicht als auslösende, als symptomverstärkende Faktoren an. Er fragt sich, wie lange sie die Belastungen der Selbständigkeit und der Verantwortung in ihrem Beruf noch tragen kann. Verbunden damit befürchtet er *finanzielle Probleme*, wenn seine Frau den Beruf aufgeben müsste. „Wenn sie eingeschränkt, teilweise eingeschränkt arbeiten muss, diese Befürchtungen bestehen ja auch bei ihr, dass dann ... die finanziellen Aussichten dann immer ungünstiger werden, die sie hat, in ihrem Beruf überhaupt Geld zu verdienen, damit sie die Familie noch ernähren kann.“ Da beide nicht mehr viel Zeit bis zum Rentenalter haben, sind auch ihre Möglichkeiten zeitlich begrenzt, sich die finanziellen Voraussetzungen für einen gesicherten

Lebensabend zu schaffen. Frau O. befürchtet darüber hinaus, Patienten zu verlieren, auch wenn sie weiter arbeiten könnte. Sie weiß, dass sie weniger leistungsfähig ist, häufig Termine auch kurzfristig absagen oder verschieben muss und dies über kurz oder lang den Patienten nicht mehr zumuten kann. Aus einem Verantwortungsgefühl heraus befürchtet Frau O. daher, den Beruf aufgeben zu müssen.

### Fallanalyse 123 „Ich hab immer eine harmonische Familie sein wollen“

Herr S. ist 60 Jahre alt. Er arbeitet im grafischen Gewerbe. Seine Frau ist 52 Jahre alt und gelernte Setzerin. Beide sind seit 1971 verheiratet und haben einen 32jährigen Sohn. Die psychischen Probleme der Ehefrau sind in der Umbruchsituation 1989 erstmals aufgetreten. Wann eine Behandlung einsetzte, kann ebenso wie die Diagnose von Herrn S. nicht angegeben werden.

Zentrales Thema ist für Herrn S. die *Beziehung* zu seiner Frau und die Veränderungen in der Familie. Diese sind einerseits durch die Erkrankung eingetreten, andererseits werden sie als Vorläufer bzw. verursachender Faktor eingestuft. Es bleibt daher unklar, welche Charakterisierungen Herr S. auf die Erkrankung zurückführt und welche für ihn die Person seiner Frau betreffen. Er schildert sie als Persönlichkeit mit hohen Leistungsansprüchen bis zum Perfektionismus. „Sie is en Typ, was se anfängt das, will se, perfekt machen un wirklich perfekt, teilweise überperfekt, und daran scheitert se ebend im Alltach leider sehr oft.“ Auch übernehme sie viele Dinge und Verantwortungen, die sie besser abgeben könnte (Bsp. Wäschewaschen für den erwachsenen Sohn). Als „Motor der Familie“ hatte sie alles organisiert, wobei sie häufig ohne Absprachen oder Hilfe agierte (Bsp. Wohnungsdekoration). Herr S. schildert seine Frau als rigide und vernichtend in ihrem Urteil über andere Menschen. „Se kann da also ganz verletzend sein, so irgendjemand aus ’n Stegreif charakterisiern, so emotional obwohls gar nich stimmt, ... un da is se och nich davon abzubring.“

Die Erkrankung verstärkte diese vorhandenen Merkmale und brachte familiäre Veränderungen mit sich. „Jetzt kommt noch dazu, ... dass se sehr aufbrausend sein kann.“ Diese Atmosphäre strahlt aus Sicht von Herrn S. auf alle anderen Familienmitglieder aus und belastet ihn sehr. Er fragt sich daher, ob eine harmonische Familie noch realisierbar ist. Zudem ist die Familie durch eine wechselvolle Geschichte belastet. „Vieles hat sich im Laufe der Jahre angesammelt, angefangen von ihrer Familie ..., was sie da erlebt hat und was wir dann zusammen durchgestanden ham“. (Bsp. politische Differenzen in der Herkunftsfamilie der Ehefrau, wendebedingte Brüche in den Biographien der einzelnen Familienmitglieder). Dies sieht er neben den Persönlichkeitseigenschaften, einer gesundheitlichen Vorbelastung seiner Frau sowie aktuellen Problemen in der Arbeit bis hin zum Mobbing als *Krankheitsursache* an.

Die Erkrankungsphase beschreibt Herr S. als schlimme Erfahrung. Der Rückzug der Ehefrau, ihre Passivität und Überlegungen einer Frühberentung empfand Herr S. als belastend. Die im Verlauf der Erkrankung verstärkte aufbrausende Art seiner Frau belastet das *Familienleben* und führt zu Spannungen in der Partnerschaft. Zudem versucht die Ehefrau die Dinge wie bisher allein und ohne Hilfe zu schaffen und sich bewusst von den anderen Familienmitgliedern und deren Ansprüchen abzugrenzen. Die Partner werden sich zunehmend fremder, so dass dauernde Spannungen bestehen. Herr S. schildert den Umgang seiner Frau mit der Katze („Narrenfreiheit“), die zum „Ersatz für vieles“ werde. Er hingegen fühlt sich von vielen Entscheidungen ausgeschlossen und wünscht sich generell mehr Austausch in der Partnerschaft. „Das man sich bisschen mehr in der Mitte trifft. Seine eigenen Erfahrungen haben ihn die

Notwendigkeit von Kompromissen gelehrt. Diese Fähigkeit wünscht er sich auch von seiner Frau im Sinne eines harmonischeren Zusammenlebens. Obwohl er Anzeichen einer Besserung des Befindens seiner Frau sieht (Arbeitsfähigkeit, Aktivität), bezweifelt er eine grundsätzliche Änderung des Umgangs in der Paarbeziehung und in der Familie.

#### **Fallanalyse 124 „Da mach ich ihr Mut, aber manchmal versagt mir auch der Mut.“**

Herr W. ist 69 Jahre alt und gelernter Bäcker. Er hatte dann allerdings 35 Jahre lang in einer großen Gießerei gearbeitet. Seine Frau ist 68 Jahre alt. Beide sind Altersrentner. Sie sind seit 47 Jahren verheiratet und haben zwei gemeinsame Söhne, die heute 36 und 39 Jahre alt sind. Frau W. habe die psychischen Probleme, die ihr Mann als schwere Depression beschreibt, bereits seit über 30 Jahren.

Herr W. resümiert: „*unser ganzer Lebensabschnitt hat sich verändert*“. Dies liegt zum einen daran, dass seine Frau seit ca. einem  $\frac{3}{4}$  Jahr in wiederholter stationärer Behandlung aufgrund zusätzlicher internistischer und neurochirurgischer Eingriffe ist. Die Partner entfremdeten sich zunehmend. „Wir haben uns auch ... auseinander gelebt.“ Herr W. beklagt vor allem den Verlust des gemeinsamen Alltags. „Wenn ich sage hier: ‚Frühstückste heute mit? Nein, ich komme bisschen später.‘ Hab ich ... gesagt: ‚Soll ich Dir mit Kaffee machen? Nein.‘ Da hab ich gleich gesagt: ‚Aha, da weiß ich, ... da muss ich alleine frühstücken.‘ Eine Vereinsamung sieht Herr W. nicht nur in der langen Trennung vom Partner durch die Klinikaufenthalte, sondern auch durch das Rückzugsverhalten und die eingeschränkte Belastbarkeit seiner Frau, so dass u.a. keine längeren Gespräche möglich sind. „S wird ihr ... zuviel, ... lasse [ich] sie wieder in Ruhe, da ... muss ich wieder alles in mich hineinfressen.“ Auch der regelmäßige Urlaub zweimal im Jahr mit befreundeten Familien kann nicht mehr gemeinsam erlebt werden.

Diese Situation wird von Herrn W. als *Belastung* bewertet, die *Folgen für seine eigene Gesundheit* hat. „Es hat mich auch fertig gemacht. ...[Ich] musst ja selber kochen und das alles hier, alles, die Wohnung, alles in ... Ordnung halten, das und das, zehrt auch an [den] Nerven.“ Seine nervliche Anspannung wird vor allem deutlich an aggressiven Ausbrüchen, wenn er sich keinen Rat mehr weiß, seine Frau z.B. zum Aufstehen zu bewegen. Besonders unter Alkoholeinfluss kann es dann zu einer Eskalation unkontrollierten Verhaltens kommen, die zur Gefahr für beide Partner werden kann [Beispielsituation psychiatrischer Notfall]. „Ich wusste nicht mehr weiter und ... ich musste jemand anrufen. Da war ich bei, bei der Feuerwehr gelandet. ... Ich sag: ‚Ich brauch mal jemand, ehe ich hier ganz durchdreh.‘“ Das Fehlen eines geeigneten Ansprechpartners führt dann zu einer psychiatrischen Aufnahme beider Partner in unterschiedlichen Einrichtungen, um die Situation zu entspannen. Langfristig sind die Probleme jedoch ungelöst und für Herrn W. zunehmend ausweglos. „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.‘“ Herr W. ist in psychiatrischer Behandlung. Eine Anbindung an eine Suchtberatungsstelle nach der stationären Aufnahme bleibt erfolglos, da der Alkoholkonsum von Herrn W. als nicht exzessiv eingestuft worden war. Nichtsdestotrotz möchte er dafür sorgen, „dass so was nicht wieder vorkommt“.

Sein *Umgang mit der Erkrankung* ist von Resignation und Hilflosigkeit gekennzeichnet. Dennoch gibt es Ausnahmen und Erklärungsversuche. „Nun wollen wir eben sehn, ... dass wir uns wieder zusammenraufen. ... [Es] dauert eben alles seine Zeit.“ Gemeinsame Aktivitäten wie Kochen oder Spaziergänge im nahen Park werden von Herrn W. zur Motivierung seiner Partnerin genutzt. „Da lob ich

sie.“ Dennoch erlebt er überwiegend Misserfolge („Ich krieg sie jetzt auch fast keinen Früh aus'm Bett raus, ich frühstücke alleine.“) sowie Hilf- und Ratlosigkeit hinsichtlich der Erkrankung: „Ich weiß auch nicht, wie ich ihr helfen kann“.

*Entlastung* erlebt Herr W. v.a. *durch das Gespräch*. „Jetzt, das beruhigt mich auch hier, wenn ich hier mich so bisschen aussprechen kann.“ Deshalb geht er auch regelmäßig Sonntags zum Stammtisch, würde gern gemeinsam mit seiner Frau dort hingehen. „Die sagen immer: ‚Bring se doch mit‘. Ich sache: ‚Ich kann se doch nicht mitbringen, ... wenn sie nicht will.‘“

Herr W. setzt in seinem *Krankheitsmodell* die Erkrankung seiner Frau in Beziehung zu ihrer Biographie und einer Reihe demütigender Erlebnisse. Auch meint er, dass man im Alter die früheren Erlebnisse aufarbeitet und psychische Probleme als Reaktion darauf entwickeln kann. „Ihre Mutter hat sich 's Leben genommen, wo sie fünf Jahre war und je älter jemand wird, wahrscheinlich überlegt man sich die Jugend auch mehr, also sie hat keine schöne Jugend gehabt. ... Sie durfte ja schon sehr zeitig in Westen fahren. ... Was die Andern nicht wollten, das kriegte sie, ... und 's hat immer in sich hineingefressen hier, sie hat mir 's ja auch nicht, nicht viel gesagt.“

#### **Fallanalyse 125 „Es ist jedesmal ein bisschen verschieden auch“**

Frau M., 61 Jahre alt, ist gelernte Krankenschwester und arbeitet 30 Stunden in der Woche als Arzhelferin in einer Praxis. Ihr Mann, 63 Jahre alt, ist Ingenieur und hat bis 1990 im Chemieanlagenbau gearbeitet, z.T. auch auf Montage. Dann erhielt er Erwerbsunfähigkeits- und inzwischen Altersrente. Beide sind seit 1957 verheiratet und haben einen 29jährigen Sohn, die Tochter ist im Alter von 30 Jahren durch Suizid verstorben. Herr M. erlebt zum Zeitpunkt der Befragung den vierten Schub einer rezidivierenden depressiven Störung.

Im Gespräch dominiert die Darstellung der *Krankheit und Behandlung*. Die erste depressive Phase verbunden mit einem Suizidversuch mit Tabletten hat Herr M. Anfang der 70er Jahre erlebt. In der stationären Behandlung hat ihr Mann, ohne, dass sie oder er hinreichend informiert wurden, zusätzlich zu den Medikamenten EKT erhalten. Im Anschluss wurde eine langfristige Lithiumtherapie vereinbart. Der zweite Schub nach ca. 10 Jahren konnte ambulant behandelt werden. Frau M. sieht diesen in engem Zusammenhang damit, dass ihr Mann die Lithiumtherapie, wenn auch in Absprache mit dem ambulant behandelnden Arzt, unterbrochen hatte. Der dritte Schub, Ende der 80er / Anfang der 90er Jahre stand in enger Verbindung zum Suizid der Tochter, als diese selbst in psychiatrischer Behandlung war. Herr M. unternahm in der Klinik Anfang der 90er Jahre einen erneuten Suizidversuch mit Tabletten, erhielt im Anschluss an die stationäre Behandlung Erwerbsunfähigkeitsrente. Die aktuelle Symptomatik hat ihr Mann zunächst durch Ablenkung (Arbeiten auf dem Grundstück, Urlaubsreise) versucht, in den Griff zu bekommen. Die Angst- und Unruhezustände haben sich aber zunehmend verschlimmert, so dass eine stationäre Aufnahme zwingend wurde. Derzeit sieht Frau M. eine leicht euphorische Auslenkung in der Stimmung ihres Mannes, die sie als „Aufgepulvertsein“ beschreibt und die ihr Sorgen bereitet.

Frau M. hat sich durch ihren medizinischen Beruf, die depressive Erkrankung ihres Mannes, ihrer Tochter und ihres Sohnes intensiv *mit der Krankheit auseinandersetzen* müssen. Der Sohn ist im Zuge der Veränderungen durch die Wende (Bruch in der Berufsbiographie, Umzüge) in eine Krise geraten, die eine stationäre Behandlung notwendig machte. Frau M. sieht eine genetische Belastung seitens der Familie

ihres Mannes als Grund, dass sich die Krankheit durch die gesamte Familie zieht und gibt als Diagnose ihres Mannes „endogene Depression“ an. Die Angst vor Rückfällen und Suizidversuchen bestimmt das Bild, dass sich Frau M. im Laufe der Jahre von der Erkrankung machte. Sie grenzt Krankheitsepisoden klar von der „gesunden“ Zeit ab, in der ihr Mann wieder „der Alte“, d.h. wie vor der Phase ist.

Ihr *Umgang mit der Erkrankung* ist vom medizinischen Denken und der pharmakologischen Behandlung geprägt. Die EKT-Behandlung Anfang der 70er Jahre stellt sie in Frage, eine generelle medikamentöse Einstellung im stationären Setting befürwortet sie. Insgesamt vertraut sie auf die Wirkung der richtigen Medikamente in der richtigen Dosierung und Einnahmedauer. So warnte sie ihren Mann trotz Nebenwirkungen, das Lithium abzusetzen. Das Auftreten von Nebenwirkungen der Medikamente bei einer stationären Neueinstellung wird nicht in Frage gestellt, sondern erklärt vielmehr die stationäre Behandlung. Die Regulierung des Schlafes über Schlaftabletten wird zunächst begrüßt. Es ergibt sich das Bild einer einseitig pharmakologischen Behandlung, wobei ein Klinikaufenthalt kein Garant für eine „sichere“ Behandlung ist. Grenzen der medizinischen Versorgung sieht Frau M. beim Thema Suizid, da sie die Erfahrung machte, dass sich ihre Tochter während der psychiatrischen Behandlung das Leben nahm und auch ihr Mann in der Klinik einen Suizidversuch unternahm. Insgesamt bleibt für Frau M. die Frage bestehen, welche Behandlung angemessen und wirkungsvoll ist. Sie hat zunächst bei einer Verschlechterung der Situation ihres Mannes mit verstärkter Zuwendung reagiert (Unterbrechung der Arbeit) und versucht, ihn abzulenken und zu motivieren (z.B. Spazierengehen). Die Symptomverschlimmerung hat dann jedoch professionelle Hilfe nötig gemacht, die Frau M. dankbar annahm, „ehe wieder was passiert“. Auch sieht sie ihre eigenen Möglichkeiten begrenzt, die Beschwerden ihres Mannes zu beeinflussen. Sie weiß aus Erfahrung, wie wenig Einfluss Zuspruch und Ratschläge von Außenstehenden auf ihr eigenes Befinden und ihre Schuldgefühle seit dem Suizid ihrer Tochter haben.

Schuldgefühle und die Angst vor einem erneuten Suizid in der Familie bestimmen *ihre eigene Situation und ihr Befinden*. In akuten Zeiten ihres Mannes, ist auch sie nicht arbeitsfähig. Eine eigene Behandlung oder Beratung bezüglich der Verarbeitung des Suizids der Tochter hat sie nicht in Anspruch genommen, sie nimmt aber 1–3x im Monat Beruhigungsmittel ein.

### **Fallanalyse 128    „Es gibt da eigentlich keine Probleme, damit umzugehen“**

Frau K., 21 Jahre alt, hat einen Hauptschulabschluß (9.Klasse) und eine Lehre zur Hauswirtschafterin gemacht, aber noch nicht in dem Beruf gearbeitet. Sie hat im Anschluss eine Umschulung zur Altenpflegerin begonnen. Da sie zur praktischen Prüfung nicht zugelassen wurde, wiederholt sie zum Zeitpunkt des Interviews die bisherige einjährige Ausbildung. Seit zwei Jahren besteht die Beziehung zu dem 38jährigen Herrn L., der als Straßenreiniger arbeitet. 1999 sind die psychischen Probleme des Mannes zum ersten Mal aufgetreten, die Frau K. als „Depression“ beschreibt. Ihr Partner ist ambulant und zuletzt tagesklinisch behandelt worden.

Zentrales Thema im Interview ist die *Darstellung der Beziehung*. Dabei wird betont, dass die Erkrankung keinen Einfluss auf die Beziehung hatte und sich beide noch so wie zu Beginn lieben („Wie wir uns am Anfang auch geliebt haben“). Die Beziehung wird als stabil erlebt („Lieben tun wir uns schon ziemlich lange.“) und ihre Kontinuität an erste Stelle gesetzt („Wolln wa zusammenbleim, egal was passiert.“). Frau K. drückt ihre Wertschätzung ihrem Partner gegenüber aus. Ihre Beziehung ist von gegenseitiger Rücksichtnahme und Verständnis geprägt Er kriege seine „Streicheleinheiten“, sie richte sich danach,



„wie er droff is“, er übernehme auch Haushaltspflichten und unterstütze sie. Auch befürwortet ihr Partner ihre Ausbildung, so dass er in wichtige sie betreffende Entscheidungen einbezogen ist. Es gebe zwar „Höhen und Tiefen“ in der Partnerschaft, aber keine Probleme. Als Indiz dafür wird (auch vom Partner) angeführt, dass beide in einer Ein-Zimmer-Wohnung seit zwei Jahren zusammenleben.

Die *Auseinandersetzung mit der Krankheit* beschreibt Frau K. als problemlos. Sie hat sich durch ihre Arbeit im Heim und ihre Ausbildung zur Altenpflegerin mit diesem Thema auseinandergesetzt. Daher hat sie sowohl praktische Erfahrungen („Ich seh’s bei den alten Leuten im Heim“) als auch theoretische Kenntnisse („... weil wir se och durchgenomm ham bei uns in der Ausbildung, was das is; Depression und sowas“). Auch das Gespräch mit der behandelnden Ärztin ihres Partners schätzt Frau K. als hilfreich ein.

Sowohl die sichere und von Frau K. als harmonisch erlebte Beziehung als auch ihre von ihr als ausreichend und umfangreich eingeschätzten Kenntnisse über die Erkrankung führen zu einem für Frau K. unproblematischen *Umgang mit der Erkrankung*. Sie richte sich nach ihrem Partner und gebe ihm, was er brauche. „Halt und Unterstützung und Liebe und Zärtlichkeit, das, was er brauch also, ’s gibt keene Probleme“. Sie nehme die Dinge so, wie sie sind. Wenn ihr Partner ein Tief hat, lässt sie ihn in Ruhe („Dann lass ich ’n meistens, da liecht er meistens in seiner Ecke hier und guckt er Fernsehen oder hört seine Musik, macht de Ogen zu und duselt so vor sich hin.“). Sie komme insgesamt gut zurecht. Auch erlebt Frau K. ihre Ausbildung und Arbeit als hilfreich, um auf andere Gedanken zu kommen oder genauer über die Dinge nachzudenken, die sie beschäftigen.

Der *Beziehungsalltag* ist von Ruhe und Ausgeglichenheit geprägt, nach der Arbeit wird oft geschlafen, ferngesehen oder Musik gehört. Manchmal nimmt Frau K. dann noch einmal ihren Hefter zur Hand, wobei ihr Freund sie beim Lernen unterstützt. Hin und wieder gehen beide mit Freunden Dart spielen, auch in der Wohnung ist ein Dart-Spiel angebracht. Am Wochenende sind beide häufig bei den Eltern von Herrn L., mit denen sie gemeinsam essen. Der Alltag wirkt insgesamt unkompliziert und wenig anspruchsvoll.

*Belastungen* im Zusammenhang mit der Erkrankung werden von Frau K. nicht angegeben, der Begriff wird eher abgelehnt. Allerdings belastet sie ihre Ausbildung, die sie wiederholen muss sowie das frühe Aufstehen und der lange Fahrtweg zur Ausbildungsstätte. Auch hat sie Angst, dass ihr Partner die Arbeit verliert und dann finanzielle Belastungen auftreten. „Weil doch die Arbeit doch e bissel auf ’n Spiel steht.“

### **Fallanalyse 131 „... dass man praktisch, na irgendwie doch auch näher zusammengerückt ist“**

Frau S. ist 39 Jahre alt und arbeitet als Erzieherin 35 Stunden in der Woche. Ihr Mann ist 43 Jahre und Angestellter. Frau S. ist mit ihrem Mann seit 22 Jahren zusammen. Beide haben eine 15jährige und eine 18jährige Tochter. Frau S. gibt „Depression“ als Diagnose ihres Mannes an. Die Probleme sind 1986 schon einmal aufgetreten und damals kurzzeitig behandelt worden. Seit fünf Jahren ist ihr Mann im Anschluss an einen Klinikaufenthalt wieder in kontinuierlicher ambulanter Behandlung.

Die *Auseinandersetzung mit der Erkrankung* empfindet Frau S. als sehr schwer, da viele Fragen nicht beantwortet werden können. Unklar bleiben Ursachen, Dauer der Erkrankung und das Ansprechen auf die Behandlung. „Man hat zwar Gespräche geführt jetzt auch mit dem Arzt. ... Ja aber im Prinzip, konnten die

eben auch nicht viel sagen, weil, bei so was weiß man ja eigentlich nie, wie lange es dauert, sprechen die Medikamente gleich an. Also, es ist schon sehr schwer, so was dann einzuschätzen. Bei 'ner normalen Krankheit, da weiß man, wenn man sich was gebrochen hat ... oder so, da weiß man, in sechs Wochen hat sich das erledigt.“ Frau S. glaubt, dass es besonders wichtig ist, frühzeitig Anzeichen der Krankheit zu erkennen und zu behandeln. Dies sieht sie für das soziale Umfeld als schwierig an und wünscht sich hierzu mehr Informationen.

Frau S. hat die Erfahrung gemacht, dass viele Außenstehende, aber auch Familienmitglieder unsicher sind, wie sie mit dem Erkrankten umgehen sollen. Berührungsängste können durch fehlende oder falsche Informationen entstehen. Nicht nur Vorurteile können dazu führen, dass der Kranke gemieden wird. Auch Ängste und Unsicherheiten und der Wunsch, keine Fehler zu machen, können den Umgang erschweren. Frau S. sieht es daher als notwendig an, die Öffentlichkeit stärker als bisher aufzuklären über Depressionen, ihre Ursachen und Behandlung. Diese Aufklärung sollte auch Informationen zum Umgang mit dem Erkrankten beinhalten. „Das ist schon schwer für Außenstehende, weil man ja über solche Krankheiten auch sehr wenig weiß eigentlich. Also ich finde, es müsste da mehr Aufklärung oder vielleicht auch mal Tipps [geben], wie man eben überhaupt auf so jemanden zugeht oder reagiert, um dem eben zu helfen.“ Unklarheiten bezüglich der Ursachen können zu *Vorurteilen gegenüber dem Erkrankten* führen. „Viele machen ja eigentlich auch Witze über solche Krankheiten, weil die dann denken, ja hier, durchgeknallt oder was.“ Die Unsicherheiten und Ängste können im Extremfall zu Kontaktabbrüchen führen oder die Kommunikation miteinander sehr beeinträchtigen. „Da haben wir eben die Erfahrung gemacht, dass viele sich dann zurückgezogen haben, auch von der Familie, 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.“ Besonders schwierig ist es für Kinder, die Erlebnisse und familiären Veränderungen einzuordnen. „Für die Kinder war es schwer. Die waren noch in einem Alter, wo das sicher schwer ist. Die wussten ja gleich gar nicht eigentlich, was los ist und wo das eben herkommt und wieso sich jemand eben so verändert.“

Die Erkrankung erfordert viel mehr Austausch und Gespräche, als dies möglicherweise vorher in den Beziehungen der Fall war. Sie hat die Partnerschaft von Frau S. insofern verändert, dass beide Partner stärker als früher über ihre Befindlichkeiten sprechen. Dies erlebt Frau S. als Gewinn für ihre Beziehung. „Durch die ganze Sache haben wir eben 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, dass man praktisch, na irgendwie doch auch näher zusammen gerückt ist durch die ganze Sache.“ Da auch Frau S. mit Pessimismus und Rückzug auf Probleme reagiert, empfindet sie diese Veränderung als eine Art gegenseitiger Hilfe. Eine größere Offenheit und Nähe ermöglicht auch ihr einen besseren Umgang mit Problemen im Alltag.

In der akuten Krankheitsphase fühlte sich Frau S. überfordert und hilflos, v.a. durch die Angst vor einem Selbstmord ihres Mannes. „Ich muss ehrlich sagen, ich hatte auch mal eine Zeit, da wäre ich am liebsten ausgerissen. Also irgendwie denkt man dann, es geht nicht weiter, ja, es ist zu viel. Man ist dann einfach irgendwie überfordert.“ Der Mangel an konkreten Umgangsregeln oder Handlungshinweisen verstärkt das *Überforderungsgefühl*. „Wenn ich mich so zurückerinnere, war das eigentlich 'ne sehr schwere Zeit, weil im Prinzip niemand wusste, wie man damit umgeht, wie man eigentlich reagieren soll, nicht nur von meiner Seite her, sondern eigentlich die gesamte Familie.“ Besonders wichtig und hilfreich empfindet Frau S., dass man v.a. in dieser Zeit Menschen hat, mit denen man darüber reden kann. Entlastende Gespräche, „wo man selber bloß mal einfach drüber redet“, haben ihr sehr geholfen.

Frau S. gibt eine *Vielzahl körperlicher Beschwerden*, vor allem Verspannungen im Rücken und Halsbereich an. Sie nimmt dagegen sehr starke Schmerzmittel ein, ist häufig nicht arbeitsfähig und hat einen Kuraufenthalt beantragt. Aufgrund der Schmerzen hat sie selbst eine depressive Symptomatik entwickelt, die jedoch unbehandelt ist.

### **Fallanalyse 133** „Ich merke, dass von Woche zu Woche mich das mehr belastet“

Frau P. ist 68 Jahre alt. Sie lebt seit 1985 in zweiter Ehe mit ihrem acht Jahre jüngeren Mann, nachdem ihr erster Mann verstorben war. Frau P. war bis zu ihrer Rente Straßenbahnfahrerin. Kinder habe sie keine bekommen können. Ihr Mann ist Kraftfahrer. Die psychischen Probleme des Mannes, die sie als Depression beschreibt, sind zuerst im Februar 1999 aufgetreten.

Frau P. schildert sich als *belastet und am Ende ihrer Kraft*. Sie leidet zunehmend unter körperlichen Beschwerden, Unkonzentriertheit, Schlafstörungen Stimmungsschwankungen und Aggressivität. „Es ist ... nur e Druck auf mich, ... ich habe ... keine Ruhe. Ich bin innerlich auch so aufgekratzt, was selbst mein Johanniskraut nicht mehr schafft, dass ich zur Ruhe komme. ... Ich merke, ... dass von Woche zu Woche ... mich das mehr belastet.“ Der Druck und die Ausweglosigkeit führten zu aggressiven Ausbrüchen ihrerseits („Lampe zerschmissen“) und sie wisse sich keinen Rat, wer ihr helfen könne. „Die [Ärztin] war der Meinung, dass ich in die Tagesklinik muss. Ich sage, ... ich bin doch kein Fall für die Tagesklinik, ... ich hör mir dort andern ihren Mist an, wo ich selber zu Hause ... genug anderes habe.“ Frau P. lehnt eine eigene Behandlung ab, da sie die Probleme hinsichtlich des Zusammenlebens nicht lösen könnte. Auch will sie ihren Mann nicht den ganzen Tag alleine lassen: „Dann hab ich och Angst, dass er irgend einen Blödsinn macht“. Frau P. entwickelte eine Reihe körperlicher Beschwerden; eine hartnäckige Bronchitis, Probleme mit der Schilddrüse und sie steht kurz vor einer Augenoperation wegen des grauen Stars, so dass sie immer wieder in ärztlicher Behandlung ist. Für die psychischen Symptome lehnt sie eine Behandlung ab, obwohl sie die Belastungen betont. „Ich möchte am liebsten mal an den Hautzinger schreiben. ... Wo ich das [Anmerk.: Fernsehbericht] gesehen habe, das war sehr ... interessant. Und die haben nun über die Angehörigen mitgesprochen, dass die Angehörigen mitunter mehr belastet wären als wie der Kranke.“ Die Gartenarbeit vermittelt Frau P. Ruhe und Abstand zu dem bedrückenden Familienklima. „Ich bin dann auch innerlich so ruhig, wenn ich im Garten bin, weil ich nicht unter Druck gesetzt werde.“

Die *Behandlung* ihres Mannes sieht Frau P. sehr kritisch, ist zunächst auch der Befragung gegenüber misstrauisch und ablehnend. Erst nach einem längeren Telefongespräch erlaubt sie einen Hausbesuch, lässt aber eine Teilnahme an der Untersuchung weiterhin offen. Beim ersten Termin verweigert sie die Bandaufnahme, ist dann aber beim zweiten Gesprächskontakt (Klinisches Interview nach positivem Screening) dazu bereit. Frau P. fühlt sich durch die Ärzte im Stich und mit falscher Hoffnung allein gelassen. „Die [Anmerk.: Ärzte] waren froh, dass se 'n los waren auf deutsch gesagt jetzt mal, und jetzt, sehen se zu, wie se mit 'n klar komm. Das ist mein Gefühl.“ Auch erlebte Frau P. den Kontakt zu den behandelnden Ärzten als wenig hilfreich und oftmals schwierig. „Die ist ja so unnahbar, ... bis sie mal an die rankommen, selbst telefonisch.“ Die Weiterbehandlung seit Klinikentlassung sieht Frau P. als unzureichend an. Eine erneute stationäre Behandlung sei die einzige Alternative in ihren Augen. Es gibt aber derzeit kein freies Bett, auch kann sie ihren Mann nicht zu einer erneuten Klinikaufnahme bewegen.

Der *Familienalltag* ist durch die Symptome des Mannes beeinträchtigt. Frau P. vergleicht ihre Situation mit der in einem Altersheim, in dem nichts mehr passiert. „Ich wollte nun dies Jahr mal wegfahren, ... es wäre so schön, wir brauchten uns ins Auto setzen, wir haben keine Probleme, ... wir könnten die Türe zuschließen und abhauen.“ Stattdessen beschränken sich die Ausflüge auf den Garten. Die starken Schwankungen im Befinden ihres Mannes machten langfristige Pläne unmöglich. „Vorige Woche war er ja mit mir och im Garten gewesen und hat mit gemäht und gemacht, und nächsten Tag lag er wieder 'n ganzen Tag im Bette, ist nicht aufgestanden, hat och nicht gegessen.“ Diese Unvorhersehbarkeit belastet Frau P. besonders, da sie keine Möglichkeit sieht, die Situation zu beeinflussen.

Die Kommunikation in der *Partnerschaft* sowie die intime Beziehung der Partner wird als belastet und gestört wahrgenommen. „Wenn ich dann nicht sage, willst nicht mal rauskommen und deine Tabletten nehmen, passiert nichts. ... Abends verschwindet er ohne Gute Nacht. Am früh steht er off ohne Guten Morgen, ... bissel Liebe, das fehlt doch und wenn er bloß mal, een streichelt oder was, ... also das macht mich verrückt. ...Er läuft neben mir her wie ein fremder Mensch, ... geht an mir vorbei, ohne mich mal anzugucken.“ Frau P. beschreibt das Verhalten ihres Mannes in abschätziger Weise als „Theater“, das dann weitergehe. Die Situation während ihrer eigenen Erkrankung (Bronchitis) beschreibt sie in den Worten: „Da war meine Schwester da, die hat's Essen gemacht, ich konnte gar nicht raus aus 'm Bett, ... na der nun noch dazu“. Ihr Mann wird ihr zunehmend zur zusätzlichen Belastung. Wenn sie Hilfe braucht, ist ihr Mann keine Unterstützung für sie. Zu ihrer Operation begleitete sie ihr Bruder, als sie selbst krank war, kochte die Schwester. Soziale Ereignisse, z.B. Klassentreffen nimmt sie ohne ihren Mann wahr: „Ist er natürlich och wieder nicht mit“. Sie nehme auch das Rauchen ihres Mannes nach 4-jähriger Abstinenz in Kauf, wenn eine Änderung in Sicht wäre. Da sich das Interesse ihres Mannes jedoch auf „Tabletten, Rauchen und Bier“ beschränkt, ist auch eine gemeinsame Freizeitgestaltung nicht mehr gegeben. Die Erkrankung wird demnach als Hindernis für die gemeinsame Lebensgestaltung erlebt. Frau P. erlebt sich an das Haus wie an ein Altersheim und an den Mann wie an eine Last gebunden, die persönliche Schritte behindert. Eigene Wünsche und Bedürfnisse müssen zurückgestellt werden. „Ich hätte ja schon längst wieder einen kleinen Hund, aber ich getrau mir das nicht.“ In der Folge sieht sich Frau P. an den Grenzen der Solidarität mit ihrem Mann. „Wenn ich wüsste wohin, würde ich abhauen.“

Zudem ist Frau P. durch die *Übernahme zusätzlicher Verpflichtungen* gefordert. „Ich mache ja nu alles, ich bin früh schon unterwegs, ... ich gehe einholen, ... heute wieder die Sparkasse erledigt, ... mit der Mutter hab ich zu tun, ... er hat ja 'n Betreuerausweis ... und da hab ich jetzt mal 's Vormundschaftsgericht angerufen, wenn er nicht mehr kann, dann bekomme ich den Betreuerausweis.“ Die Erkrankung hat demzufolge weitreichende Folgen für das familiäre Gefüge und die Rollenverteilung innerhalb der Familie.

#### **Fallanalyse 134** „... dass irgendwas in dem sein Körper noch drin ist, was sie nicht finden“

Frau O. ist 56 Jahre alt. Sie ist mit ihrem Mann seit 34 Jahren verheiratet. Beide haben eine 33jährige Tochter. Frau O. arbeitet als Sekretärin. Herr O., 59 Jahre alt, ist gelernter Werkzeugschleifer. Zuletzt war er als Hausmeister beschäftigt. Herr O. erhält seit einer Lungenoperation 1985 Erwerbsunfähigkeitsrente [damals Invalidenrente]. Er hat aber eine Werkstatt zu seiner Verfügung, in der er immer noch für sich und die Familie kleinere Arbeiten ausführt. Frau O. gibt an, dass seit der Lungenoperation die Probleme bestehen und ihr Mann schon seit 10–15 Jahren über Sensibilitätsstörungen in den Händen klagt. Psychische Probleme spielten hingegen keine Rolle, wobei die Diagnose weiterhin unklar ist. Ihr Mann

war auf anraten der Tochter zu einer Infusionsbehandlung in die Klinik gegangen. Frau O. glaubt, dass eine körperliche Ursache für die Probleme vorliegt, die man noch nicht gefunden hat.

Frau O. sieht die Beschwerden ihres Mannes als direkte Folge seiner Arbeit und der damit verbundenen einseitigen körperlichen Belastung. Als Werkzeugschleifer hat er zumeist nach vorn gebeugt gearbeitet, so dass es zu Haltungsschäden gekommen ist. Seit einigen Jahren leidet Herr O. an Sensibilitätsstörungen in den Händen, die Frau O. ebenfalls auf die Überbeanspruchung bestimmter Muskeln oder Nerven zurückführt. „Durch die Haltung, würde ich sagen, hat sich das auf die Wirbelsäule gelegt und so, es ist nicht irgendwie ein nervliches Leiden bei ihm.“ Sie stellt klar, dass ihr Mann nur durch einen Zufall in die psychiatrische Klinik kam. Die Tochter arbeitet dort und hatte zu einem stationären Aufenthalt geraten, um alle nötigen Untersuchungen durchführen zu lassen. Zusätzlich wurde eine Infusionsbehandlung vereinbart, die stationär erfolgen sollte. „Da hat er die Infusion gekriegt jeden Tag und die kriegt er ja jetzt auch noch zu Hause in Tablettenform oder in Kapselform.“ Für Frau O. liegen in keiner Weise Beschwerden vor, die psychiatrisch einzuordnen sind.

Auf der anderen Seite beschreibt sie ihren Mann als „missmutig“ und „verbittert“, nachdem er im Gegensatz zu ihr keine Chancen mehr auf dem Arbeitsmarkt hat. Er ist oft gereizter Stimmung, besonders wenn er politische Sendungen oder aktuelle Zeitungsberichte liest. Frau O. bezeichnet sich selbst dann als „seine Entladung“. Während sie arbeitet, verfolgt er die Tagespolitik im Fernsehen und erwartet sie dann in gereizter Stimmung, um ihr zu berichten. Ihre Gelassenheit kann aber gegen diese Gereiztheit ihres Mannes nichts ausrichten. Seine Stimmungslage ist sehr wechselhaft. „Es sind da Tage, da geht's ihm gut. Und es sind Tage wieder, wo ich dann nur sage, mein Gott, also, aber was willstest machen.“ Sie sieht wenig Möglichkeiten, auf die Stimmungen ihres Mannes Einfluss zu nehmen.

Ein weiterer Faktor, der zu der gereizten oder gedrückten Stimmung ihres Mannes beiträgt, ist in ihren Augen das Alleinsein. „Wir haben auch niemanden. Freunde haben wir uns auch abgeschafft ... und er ist eben nun viel alleine.“ Frau O. spricht viele Enttäuschungen in ihrem Leben an. So wurde ihr u.a. das Studium und ihrem Mann lange Zeit die Selbständigkeit verwehrt. Sie haben ihr Leben zu großen Teilen in den Zwängen des DDR-Systems gelebt. Erst 1985 erhielt Herr O. den Gewerbeschein als Werkzeugschleifer. Nach der Wende blieben aber die Aufträge bald aus und das Gewerbe musste 1993 aufgelöst werden. Seitdem ist er arbeitslos. Da beide in eine neue Eigentumswohnung zogen, hatten sie keinen Platz mehr für die Werkzeuge und Schleifmaschinen. In einem leerstehenden Bauernhaus konnte Herr O. sich eine Werkstatt zu privaten Zwecken einrichten, in der er heute ab und an Dinge für den privaten Haushalt bearbeitet.

Frau O. beschreibt ihren Mann als „Praktiker“, von deren handwerklichen Fähigkeiten und Interessen die Familie profitierte. Sie meinte, sie hat nie einen Handwerker in der Wohnung gebraucht. Ihre *Beziehung* resümiert sie illusionslos. „Ich nehm ihn so, wie er ist.“ Wenn sie jünger wäre, würde sie vielleicht überlegen, einen anderen Mann zu suchen und mit ihm noch etwas vom Leben haben. Ihre jetzige Beziehung erlebt sie in ihrer Stabilität als befriedigend. „Wenn man so viele Jahre dann zusammen ist, dann sagt man, Hauptsache, man ist dann noch zusammen. So war es, muss ich sagen, möchte ich keinen anderen haben. So als Mann war er schon nicht verkehrt.“ Ihre Beziehung oder ihr Beziehungsalltag haben sich durch die Beschwerden ihres Mannes nicht verändert. „Gar nichts hat sich verändert.“

Frau O. sieht die medizinischen *Behandlungen* ihres Mannes als langwierig und schwierig an. Sie hat schon mehrfach die Erfahrung gemacht, dass Fehldiagnosen gestellt und Falschbehandlungen eingeleitet worden sind. Erst vor kurzem musste sich ihr Mann wegen eines Bruches einer Notoperation unterziehen. Wegen unklarer Unterbauchbeschwerden war er aber schon mehrfach in den letzten drei Jahren in

Behandlung gewesen und es war keine entsprechende Diagnose gestellt worden. Einmal war ihr Mann auf eine Operation vorbereitet worden, die dann am Ende abgesagt wurde. „Da haben die [Anmerk.: Ärzte] dem wahrlich acht Tage lang nur Selterwasser gegeben. Da hat der zehn Pfund da unten abgenommen, und dann hat sich Herr Professor ans Bette gestellt und hat gesagt: ‚Es wird wohl wieder auf dasselbe hinauslaufen, Herr O., das sind nervliche Sachen in ihrem Körper. Sie müssen ruhiger werden.‘“ Frau O. misstraut der aktuellen Behandlung und ist überzeugt, dass die wirkliche Ursache für die Beschwerden ihres Mannes nicht gefunden ist. Sie möchte gern alternative Behandlungen und Diagnosemethoden nutzen, z.B. eine Haar-Analyse oder chinesische Medizin. In die herkömmlichen Verfahren hat sie kein Vertrauen mehr. Die unklare Ursache verunsichert Frau O. besonders. „Eigentlich beschäftigt mich, dass sie [Anmerk.: die Ärzte] nicht so richtig auf 'n Punkt kommen, um zu sagen, das und das ist ihre Krankheit.“

#### **Fallanalyse 144** „Das geht eigentlich weiter wie immer, da ist überhaupt kein Unterschied“

Herr H. ist 65 Jahre alt. Er hat Malerei studiert, ist seit 1960 selbständiger Grafikerdesigner. Frau H. ist 59 Jahre alt und Floristin. Sie ist arbeitslos. Beide sind seit 39 Jahren zusammen. Das Paar hat drei Töchter im Alter von 34, 36 und 39 Jahren und eine Reihe von Enkelkindern.

Herr H. resümiert, dass die *Erkrankung Teil ihres gemeinsamen Lebens* geworden ist. „Sie hat ihre Frühjahrs- und Herbstkrisen und meist hält sich das im Rahmen und diesmal ist es eben bisschen weiter gegangen, weil sie ziemlich erschöpft war. ... Sonst ist das allgemein, dass das im Jahr diese Schwankungen gibt ... und das pegelt sich dann wieder ein. Dann ist das wieder in Ordnung.“ Er verzeichnet für sich eine Art Gewöhnung, da seine Frau schon in jungen Jahren erkrankte. Meist bemerkt er, wenn eine Phase auftritt. Diesmal war er allerdings auf einer Dienstreise, als seine Frau einen Suizidversuch unternahm. Die Tochter fand die Mutter, als sie zufällig vorbeikam.

Herr H. sieht die *Ursachen der Erkrankung* zum Teil in den unglücklichen Umständen, die seine Frau an einer für sie befriedigenden Tätigkeit hindern. Sie hat zwar den Gewerbeschein als Floristin bekommen. Sie wohnen aber zu abgelegen, so dass sie das Geschäft mangels Kundschaft bald aufgeben mussten. Die Ladenmiete in der Stadt können beide nicht aufbringen, zumal die Einkünfte auch sehr unsicher wären. Herr H. bedauert, dass seine Frau nach ihrem Arbeitsplatzverlust keine Möglichkeit mehr auf dem Arbeitsmarkt hatte. Er sieht dies als allgemeines, gesellschaftliches Problem an, welches viele Menschen betrifft. „Das haben ja auch viele, die arbeitslos werden, die alt werden. Sie denken, die Kinder sind aus dem Haus, dass sie sich ein bisschen wie nutzlos vorkommen, dann kapitulieren.“ Herr H. ordnet die Probleme seiner Frau in einen größeren Kontext ein, der die Situation normalisiert. „Ihr Hauptproblem ist eben, dass sie sich eben alt fühlt jetzt und im Prinzip wie nicht mehr gebraucht und nirgends mehr richtig Fuß fassen kann. Man kann heute in dem Alter nicht mehr ein Geschäft anfangen oder irgendwas machen. Das geht nicht mehr, sie wird demnächst ja auch sechzig. ... Sie hat sich eigentlich nun fast damit abgefunden, dass da kaum noch was zu machen ist.“ Frau H. ihrerseits hatte bei einem Gespräch sehr bedauert, dass sie es versäumt hat, eine Erwerbsunfähigkeitsrente zu beantragen. Die ganzen Jahre hatte sie dadurch kein eigenes Einkommen und auch ihr Mann verdient nur sehr unregelmäßig Geld.

Herr H. sieht seine Hauptbelastung in seiner *beruflichen Anspannung*, die mit viel Ärger und Unsicherheiten verbunden ist. Als selbständiger Grafikerdesigner ist er nicht nur von den Aufträgen und der Zahlungsmoral der Firmen abhängig. Er muss auch mit den neuesten Programmen arbeiten können. Die

schnellen Änderungen im Bereich der Softwareentwicklung erschweren ihm das Arbeiten sehr. Er sieht sich somit einem ungeheuren Druck ausgesetzt, überhaupt Aufträge zu bekommen. „Heutzutage ist das ja so, dass die Firmen auf nichts Rücksicht nehmen. ... Wenn sie einmal sagen, ne, das kann ich nicht oder ich schaff das nicht bis dahin, dann sind sie raus.“ Die Versorgung im Alter sieht Herr H. als nicht gesichert an, deshalb zwingt er sich, weiterzuarbeiten.

Diese berufliche Situation hat auch Auswirkungen auf das *Familienleben und das partnerschaftliche Miteinander* und somit indirekt auf die Erkrankung seiner Frau. Herr H. hat die Erfahrung gemacht, dass er seiner Frau helfen kann, wenn er die Dinge mit ihr gemeinsam erledigt. Er hat aber nicht die Zeit oder die Kraft, ihr bei allem zur Seite zu stehen. „Ich habe ja auch nicht die Zeit dann, dass wir immer alles gemeinsam machen können, dass ich dann im Haushalt mithelfe. Ich bin halt der einzige, der hier den Haushalt aufrecht erhält finanziell.“ Herr H. macht die Erfahrung, dass es seiner Frau besser geht, wenn er z.B. Hausarbeit mit ihr zusammen erledigt. Durch seine hohe Arbeitsbelastung kommt seine Frau in seinen Augen zu kurz. Er sieht aber keine Möglichkeit, das zu ändern, da er für das Familieneinkommen sorgen muss. Seine Frau brauchte ohnehin immer mehr Menschen um sich als er, der alleine konzentriert arbeiten muss. In dieser Hinsicht sind ihre Bedürfnisse sehr verschieden von seinen.

Insgesamt sieht er es als hilfreich im *Umgang mit der Erkrankung* an, wenn auch seine Frau eine Beschäftigung hat, die sie ausfüllt. Da dies beruflich nicht mehr realisiert werden kann, beschränken sich die Aufgaben auf das Haus und den Garten. „Jetzt hat sie sich eigentlich ganz gut gefangen, meine Frau. Zur Zeit haben wir viel Bauerei im Haus. ... Im Sommer macht sie viel im Garten. Wie haben ein großes Grundstück hier. Mit Blumen arbeitet sie sowieso gern.“ Auch der Hund wurde im Hinblick darauf angeschafft, dass seine Frau eine Aufgabe hat und somit weniger Sinn- und Nutzlosigkeit fühlt. Zur Zeit besucht sie einen Keramikkurs. Im Ergebnis möchte sie dann den Garten umgestalten und evtl. einen Teich anlegen.

Herr H. sieht, dass er an der *Grenze seiner Leistungsfähigkeit* arbeitet. Er befürchtet, dass diese Überlastung gesundheitliche Folgen haben wird. „Ich arbeite ja, wenn es terminmäßig ist, bis nachts um zwei, um drei. In dem Alter hält man das ja auch nicht mehr so ohne weiteres durch.“ Zu einem Ausgleich, wie der Malerei, kommt er kaum mehr. Das bedauert er sehr.

#### **Fallanalyse 145 „Ich hab jetzt Zeit, da stehen wir das gemeinsam durch“**

Herr G. ist 60 Jahre alt und Altersrentner. Zuletzt hat er bei der Bahn gearbeitet. Seine Partnerin ist 56 Jahre alt und erhält aus erster Ehe Witwenrente. Im Zuge der Wende wurde Frau J. arbeitslos, nachdem sie 10 Jahre lang im Chemiehandel gearbeitet hatte. Der erste Mann von Frau J. verstarb nach acht Jahren Ehe durch Suizid. Zwei Jahre später heiratete Frau J. erneut. Ihr Partner hatte ein Alkoholproblem, so dass die Ehe nach vier Jahren geschieden wurde. Aus dieser Ehe hat Frau J. einen Sohn. Herr G. ist Witwer, er hat eine jetzt 40jährige Tochter. Für beide ist es eine Lebensgemeinschaft, die sie seit nunmehr fast 10 Jahren führen. Vor ca. 20 Jahren sind die psychischen Probleme von Frau J. erstmalig aufgetreten, als ihr erster Mann durch Suizid verstarb. Seitdem ist Frau J. in Behandlung. Herr G. gibt an, die Diagnose ist ihm bekannt. Er nennt sie „Neurose“.

Für Herrn G. bietet die Frage nach Veränderungen durch die Erkrankung zunächst wenig Anknüpfungspunkte, zu erzählen. Prinzipiell hat sich für ihn nichts verändert. Er hat seine

Lebenspartnerin mit den Krisen kennen gelernt und will ihr nun helfen, diese durchzustehen. Herr G. meint, die psychischen Probleme haben ihre Ursache in der schwierigen Lebensgeschichte seiner Partnerin. „Das habe ich aber gewusst. ... Und da haben wir gedacht, dass wir es heilen können, so im Zusammenleben. Aber es ist eben nichts geworden.“ Er dachte zunächst, dass er mit seiner Partnerin die Dinge ohne professionelle Hilfe klären kann und sieht diese Bemühungen als gescheitert an. Herr H. hatte die Vorstellung, dass sein Verständnis und Bemühen um die Partnerin die alten Wunden heilen könnten. (*Partnerschaft als Therapie*). Da er nun Rentner geworden ist, hat er auch mehr Zeit, für seine Partnerin da zu sein. „Ich hab jetzt Zeit. Ich bin in Rente seit April und da stehen wir das gemeinsam durch.“

Herr G. ist allerdings ratlos, wie er seiner Partnerin beistehen kann. „Wenn sie irgendwie trösten wollen, da eingreifen, da wird's bloß noch schlimmer. ... Da sitzt man hilflos daneben und kann gar nichts machen.“ Er hofft, dass die stationäre Therapie eine Besserung bringen wird. Er glaubt dennoch, dass seine Ruhe und Ausgeglichenheit auch Auswirkungen auf seine Partnerin haben werden. Er stellt sich als den Ruhepol dar, der an ihrer Seite aushält und zu ihr steht. Er betont die Stabilität der *Beziehung* und lehnt alle anderen alternativen Handlungsmöglichkeiten ab. „Es nützt ja nichts. Deswegen kann ich sie ja nicht verstoßen. Was will ich denn machen? Ich kann doch nun nicht, wenn sie jetzt zu Hause ist, ihr Vorwürfe machen. ... Deswegen kann man sich doch nicht streiten. Man muss immer das Beste draus machen.“ Herr G. möchte nicht zulassen, dass die psychischen Probleme Einfluss auf das Miteinander haben. Er sieht sich als denjenigen an, der seiner Frau die Zuversicht und Gelassenheit vermitteln muss. Eine Ablehnung der Beziehung käme für ihn einer Verstoßung gleich. Er scheint hierbei bemüht, die jetzige Beziehung von den anderen schmerzhaften Beziehungen der Frau abzugrenzen und sich bewusst als Beschützer zu präsentieren. Gleichzeitig bekommt die väterlich-beruhigende Art einen bagatellisierenden Unterton. Die Probleme scheinen es nicht wert, über sie zu streiten. Dies verhindert eine aktive Auseinandersetzung mit den Gedanken und Gefühlen der Ehefrau, die als unverständlich und krankhaft und teils unveränderbar bewertet werden. Die Ursachen für aktuelle Krisen werden in der wechselvollen Lebensgeschichte begründet wahrgenommen, die nicht mehr zu ändern ist. Verstoßen impliziert auch eine Bedürftigkeit der Partnerin, die bei einer Trennung hilflos diesen Krisensituationen ausgeliefert wäre. Die Wahrnehmung impliziert eine Position des starken Helfers / Beschützers vs. kranken Hilfsbedürftigen. In dieser Konstruktion werden eigene Verluste oder Einschränkungen in der Beziehung nicht wahrgenommen oder abgelehnt. „Da belastet mich eigentlich nichts, kann ich nicht sagen, dass mich da irgendwie was belastet. ... Da stehen wir das gemeinsam durch, da belastet mich eigentlich nichts.“ Die Beziehung wird als ein Bündnis beider Partner gegen die depressiven Krisen erlebt.

#### **Fallanalyse 146    „Die viele Arbeit, manchmal, da wächst einem das über 'n Kopf“**

Herr C. ist 66 Jahre, seine Frau 69 Jahre alt. Die Partner sind seit 1957 verheiratet, habe drei Söhne im Alter von 40, 39 und 33 Jahren. Frau C. hat eine Lehre zur Buchbinderin gemacht, aber nach der Geburt des ersten Sohnes 1959 nicht mehr gearbeitet. Seit 1970 hat sie ein Herzleiden, ist mehrfach operiert worden. Aus diesem Grund erhielt sie ab 1980 Erwerbsunfähigkeitsrente (damals Invalidenrente). Herr C. hat zuletzt als Dreher gearbeitet. Die psychischen Probleme der Ehefrau sind erstmalig 1999 aufgetreten. Frau C. war damals sechs Wochen in stationärer Behandlung und dann nach einer Unterbrechung nochmals fast vier Monate im Krankenhaus. Sie klagt über organische Beschwerden, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Schlafstörungen. Frau C. glaubt, die zwei schweren Operationen vor drei Jahren, die



sie innerhalb einer Woche hatte, haben ihrem Körper alle Kraft genommen. Die aktuelle Diagnose kann Herr C. nicht angeben. Er spricht von Nervenleiden.

Herr C. schildert sich als *sehr belastet*. Neben der Betreuung seiner erkrankten Ehefrau, die körperlich sehr geschwächt ist, muss er den gesamten Haushalt erledigen (Einkäufe, Wäschewaschen, Saubermachen, Essenkochen). Dies fällt ihm besonders schwer, da er selbst altersbedingt und aufgrund mehrerer Krankheiten (u.a. hatte er ebenfalls eine Herzoperation) eingeschränkt ist. „Die viele Arbeit ... manchmal da wächst einem das über 'n Kopf, nicht, muss ja alles gemacht werden, was früher meine Frau gemacht hat. Das muss ich, ob Wäsche waschen, Kochen, und alles mögliche, was eben anfällt, nicht, muss ich alles machen. Ja, nun ist man ja auch nicht mehr der Jüngste, die Kraft lässt ja auch alles nach, bin bloß immer froh, dass ich noch so einigermaßen laufen kann.“ Die Koordination eigener Arztbesuche und Besorgungen mit dem Befinden seiner Frau und den Anforderungen der Versorgung der Familie sieht Herr C. als enorme Anstrengung, ja als Überforderung an. „Ich muss mich manchmal nach dem Mittagessen hinlegen. Also, da bin ich fertig. Manchmal da schlafe ich auch zwei Stunden fest.“ Besonders in akuten Zeiten, als seine Frau im Krankenhaus war, war auch noch der Weg in die Klinik zu bewältigen, was Herrn C. zusätzlich belastet hatte.

Die depressive Erkrankung, die Herr C. als „Nervenleiden“ beschreibt, ist für ihn unverständlich. Die depressiven Symptome werden durch den schlechten Allgemeinzustand und die körperlichen Krankheiten seiner Frau nahezu verdeckt. Das *Krankheitsmodell* von Herrn C. ist traditionell medizinisch geprägt, d.h. die Verantwortung für Diagnose und Therapie obliegt dem Arzt, Selbsthilfe wird nicht thematisiert. Statt dessen werden alle Arztkontakte minutiös dokumentiert, wobei Herr C. großes Vertrauen in die Anweisungen des Arztes hat. Der Arzt gehört förmlich zur Familie, wird häufig angerufen, um sich zu beruhigen oder bezüglich Medikamente oder Symptome nachzufragen. Herr C. bedauert, dass dem medizinischen Handeln im Falle seiner Frau Grenzen gesetzt sind. Er befürchtet, dass es zu keiner Verbesserung mehr kommen wird und hofft, dass keine Verschlechterung des Zustandes eintritt. Er leidet unter der nächtlichen Inkontinenz und daraus resultierenden Unruhe seiner Frau, sowie den anfallenden Arbeiten wie Waschen, Bettenbeziehen etc. Die permanente Unterbrechung seines Schlafes führt zu Einschränkungen seiner Leistungsfähigkeit am Tage und mindert sein Wohlbefinden und seine Stimmung.

*Unterstützung und Bewältigungsressourcen* erfährt Herr C. durch die Kinder. „Das ist sicher das Gute. Wir haben einen sehr guten Kontakt. Und das ist sicher die Hauptsache, wenn alles stimmt in der Familie“. Die Einkäufe oder weitere Wege erledigt Herr C. zusammen mit seinem Bruder, der ihn dann mit dem Auto fährt. Auch die Betreuung durch die Hausärztin sieht Herr C. als sehr positiv an. Herr C. versucht bewusst, Auszeiten zu nehmen aus dem beständigen Tun des Tages und Erholungszeiten für sich zu schaffen. „Abend setz ich mich dann auch zu ihr hin, guck ich Fernsehen. Da schalt ich auch mal ab und das ist auch gut für mich.“

Herr und Frau C. leben eine *traditionelle Partnerschaft* mit auffälliger Dominanz des Mannes und Unterordnung der Frau. Die Sprachstörungen seiner Frau erschweren die partnerschaftliche Kommunikation und führen dazu, dass Herr C. häufig für seine Frau spricht oder sie bei ihren Versuchen, sich zu äußern, unterbricht. Frau C. wirkt neben ihrem Mann nahezu zerbrechlich. Sie fühlt sich schuldig, dass sie ihren traditionellen Verpflichtungen als Hausfrau nicht gerecht wird und diese Arbeiten nun ihrem Mann „anlastet“. Mehrmals betont sie, wie sehr sie hoffe, dass es ihr bald besser gehen wird, um ihren Mann wieder zu entlasten.

**Fallanalyse 150** „Ich verstehe nicht, dass das nicht erkannt wird“

Frau E., 55 Jahre alt, arbeitet als Sekretärin. Herr E., 55 Jahre alt, ist Heizungsmonteur und oft auf Montage. Beide sind seit 32 Jahren verheiratet und haben einen 32jährigen Sohn. Die psychischen Probleme des Mannes sind im Frühjahr 1999 zum ersten Mal aufgetreten und wurden in kurzen Abständen zweimal stationär behandelt. Frau E. gibt als Diagnose „Depression“ an.

Die depressive Symptomatik ihres Mannes traf Frau E. sehr überraschend und unvorbereitet und wurde zuerst als Folge von Überforderung gedeutet. Zunächst wurden Schlafstörungen und ein „Zusammenbruch“ auf der Baustelle als Stresssymptome gewertet und eine umfangreiche Untersuchung wg. des Verdacht auf einen Herzinfarkt eingeleitet. Da es keine organischen Anzeichen gab, wurde Herr E. mit dem Hinweis auf eine Deregulierung des vegetativen Nervensystems entlassen. „Ich habe aber auch gedacht ... ein, zwei Wochen vielleicht mal Medikamente nehmen, wie man vielleicht 'ne Grippe oder wie man vielleicht ein Magenproblem so ... heilen kann, dass man vielleicht, wenn man bissel Medikamente und Ruhe hat und, was weiß ich, hier frische Luft, spazieren gehen und so, dass es dann auch mal wieder besser werden muss und das war aber bei ihm nicht der Fall.“ Die Hausärztin überwies Herrn E. nach zwei Wochen zur Nervenärztin. Dort verschlimmerte sich die Situation weiter. Hausärztin und Nervenärztin hatten den Rat gegeben, Herr E. müsse lernen, in den Tag hinein zu leben. Herr E. war hingegen durch die Krankschreibung allein und inaktiv zu Hause, was die Familie versuchte, mit Anrufen auszugleichen. „Wenn der andere Ehepartner berufstätig ist, ist es ja vorgezeichnet, dass dann hier so ein bisschen Leerraum ist, wo man mit sich nichts anfangen kann, wenn man krank ist.“ Da Herr E. dissimuliert, begleitet Frau E. ihn zu den Arztterminen und schildert ihre Wahrnehmung und die Verschlechterung der Symptome. Herr E. seinerseits drängt darauf, gesund geschrieben zu werden, was ihm auch gewährt wird. Kurz darauf unternimmt er einen Suizidversuch, irrt eine Nacht lang durch die Straßen. „Das war für ihn die Zuflucht gewesen und da sag ich mir, ich versteh das nicht, dass das nicht erkannt wird.“ Die *Behandlung sieht Frau E. sehr kritisch* „Da bist Du nun beim Arzt in Behandlung, jetzt beim Spezialarzt, und der erkennt das nicht.“ Herr E. kann mit der Diagnose „Depression“ nichts anfangen. Er glaubt, die Krankenkasse werde das gezahlte Krankengeld zurückverlangen, weil das keine Krankheit ist. Die erste stationäre Aufnahme kann ihn davon nicht abbringen. Im Gegenteil, er glaubt, Mitpatienten sind Polizisten, die ihn überwachen und seine „Simulation“ der Krankenkasse melden werden. Zusätzlich entwickelte er im Vorfeld der Aufnahme einen Verarmungswahn. Nach einer kurzen Entlassungszeit kommt es zu einer zweiten stationären Aufnahme in einer anderen Klinik. Kurz nach der Entlassung aus dieser Behandlung findet das Gespräch mit Frau E. statt.

Die *Auseinandersetzung mit der Erkrankung* bedeutet für Frau E. einen Lernprozess, in dem eigene Annahmen, Vorurteile, aber auch Unwissenheit korrigiert werden müssen. „Aber, dass das so eine richtige Krankheit ist und dass das einen Menschen so fix und fertig machen kann, davon hat man als Laie überhaupt keine Ahnung. ... Als dann hier nach langer Zeit gesagt [worden ist], dass es Depressionen sind, also [da] bin ich wie aus allen Wolken gefallen. ... Da hab ich mir das dann erst mal erklären lassen, was überhaupt Depressionen sind.“ Die Fehlreaktionen der zuerst behandelnden Ärzte und die fehlende Krankheitseinsicht ihres Mannes haben diesen Prozess behindert. Da keine Vorerfahrungen mit psychischen Krankheiten in der Familie oder dem Freundes- und Bekanntenkreis vorlagen, was das professionelle Unterstützungssystem zunächst die erste Anlaufstelle für Information und Hilfe. Frau E. macht den beteiligten Institutionen Vorwürfe, sie nicht nur unzureichend aufgeklärt sondern auch ihren Mann nicht angemessen behandelt zu haben. „Ich als Betroffene, ich hab keinerlei irgendwie, keinerlei Hilfe gehabt.“ Besonders die Einweisung ihres Mannes erlebte Frau E. als dramatisch. In dieser Situation

habe niemand ihr Hilfe oder ein Gespräch angeboten, obwohl sie sich selbst in einer Art Schockzustand befand.

Der Selbstmordversuch ihres Mannes hat Frau E. *schockiert*. „Das kam für mich, obwohl wir in einer Wohnung leben, obwohl wir, also, wir sind zweiunddreißig Jahre verheiratet, obwohl man denkt, dass man den anderen Partner in und auswendig kennt, dass man ihn bestens kennt, kam für mich sehr, sehr überraschend.“ Aktuell kann ihr Mann besser akzeptieren, dass er an Depression erkrankt ist, meint aber weiterhin, wieder gesund zu sein. Frau E. bezweifelt dies und hat Angst, einen erneuten Rückfall mitzerleben. Sie beschreibt ihren Mann als fröhlichen, unterhaltsamen Menschen vor der Erkrankung, was aber noch nicht wieder so sei. Diese Veränderung erlebt sie als „Einschnitt“ und Anzeichen, dass eine vollständige Heilung noch nicht erreicht ist.

Der *Umgang mit der Erkrankung* ist von einer ausgeprägten Solidarität mit ihrem Mann gekennzeichnet und dem Bemühen, seine Situation zu verstehen. „Er hat eben die Verantwortung, die er eben für sich und für die Familie, ja letztendlich auch bisschen für mich mit hat, das hat er eben aufgeben wollen und hat sich eben hier, die Flucht nach vorn, eben hier eben, dass er sich das Leben nehmen wollte.“ Frau E. spricht nun viel mit ihrem Mann über diese Situation, „um mit ihm das aufzuarbeiten.“

Zwischen den beiden Krankenhausaufenthalten wird Herrn E. gekündigt, was die *finanzielle Situation* der Familie verschlechtert. Da Frau E. die Arbeit und den Ehrgeiz ihres Mannes auch als krankheitsauslösend ansieht, wiegt der finanzielle Verlust nicht so schwer, wenn er doch der Gesundheit dient.

### **Fallanalyse 157 „Kein normales Zusammenleben mehr“**

Herr B. ist 40 Jahre alt und aus den alten Bundesländern nach L. gezogen. Er arbeitet als Bankkaufmann. Seine Frau, 29 Jahre alt, arbeitet in Teilzeit als Bankkauffrau. Beide sind seit acht Jahren verheiratet und haben eine zweijährige Tochter. Die psychischen Probleme der Ehefrau sind vor vier Jahren erstmalig aufgetreten und wurden damals tagesklinisch behandelt. Vor einem Jahr gab es eine erneute depressive Phase, die ebenfalls tagesklinisch behandelt wurde.

Herr B. berichtet sehr kurz über *Veränderungen im Zusammenleben*. In seiner Erzählweise wird eine Distanz deutlich als bewerte er die Funktionsfähigkeit seiner Frau. So habe sie sich früher gelassen und gut um das Kind gekümmert, im Laufe der Erkrankung sei sie aber zunehmend gereizter gewesen. Sie habe ihre Arbeit immer geschafft und keinen Anlass zu den Selbstzweifeln gehabt, die sich dann im Zuge der Erkrankung einstellten. Auch war es für seine Frau „von heute auf morgen nicht mehr möglich, mit den Dingen umzugehen“, Probleme wurden „aufgebauscht“ und stundenlang diskutiert, ohne Problemlösungen zu sehen.

Die aufgetretenen Symptomen fallen für Herrn B. aus einem logisch-rationalen Muster heraus und bedürfen anderer Erklärungen, die er jedoch nicht ausführt. Ein kranker Mensch verändere sich halt und das Zusammenleben sei dann eben kein normales mehr. So bleiben die von ihm erlebten Belastungen eher vage und auf den Zustand seiner Frau beschränkt, den er ausführlicher darstellt. In diesem Zusammenhang berichtet Herr B. *kein explizites Krankheitsmodell*, in dem ausführlicher seine Annahmen über Ursachen und Auftreten der Symptome beleuchtet werden.

Über sein *eigenes Erleben* berichtet Herr B. eher indirekt, wenig konkret oder ausführlich. Er äußert mehrmals große Erleichterung darüber, dass sich die Situation wieder normalisiere. Es normalisiert sich nicht alles, aber es verändere sich in die Richtung. Herr B. möchte über die negativen Dinge aus der Vergangenheit nicht mehr nachdenken.

### **Fallanalyse 158    „Die Seele ist halt auch mit krank, man hat eben nie einen Gesprächspartner“**

Frau W. ist 48 Jahre alt. Sie arbeitet nach einer Umschulung als Verkäuferin. Ihr Mann, 51 Jahre alt, arbeitet als Haustechniker. Beide sind seit 1971 verheiratet und haben einen 27jährigen Sohn. Vor 13 Jahren sind die psychischen Probleme des Ehemannes erstmalig aufgetreten, aber lange nicht erkannt und behandelt worden. Aufgrund eines Panikanfalls war Herr W. in ein Krankenhaus aufgenommen worden. Da die Untersuchungen ohne Befund blieben, wurde er der Simulation verdächtigt, was beide heute noch sehr belastet. Von 1993 bis 1996 erhielt Herr W. in ambulanter psychiatrischer Behandlung regelmäßig Imap und Rudotel (Spritzen), was Frau W. als wenig hilfreich ansieht: „Der ist ja durch alle Höllen gegangen. Der war ja bei Ärzten, die haben ihn halb tot gespritzt.“ Im Mai 1997 begab Herr W. sich aufgrund einer suizidalen Krise erstmalig in stationäre psychiatrische Behandlung. Frau W. beschreibt die Probleme ihres Mannes als „Depression“. Sie meint aber, es könnte auch eine Form männlicher Wechseljahre sein.

Frau W. empfand das Alleinsein mit den Problemen und die Schwierigkeiten, in der Situation Verständnis zu erfahren, als besonders belastend. *Sie hat sowohl in der eigenen Familie und im Arbeitsumfeld als auch im medizinischen Kontext nicht die Hilfe erfahren, die sie v.a. in der akuten Situation gebraucht hätte.* Die eigene Familie stand und steht psychischen Problemen skeptisch, wenn nicht gar völlig verständnislos gegenüber. „Ich kann das weder meiner Mutti erzählen, weil es niemand kennt. ... Ja, wenn ich 'n Arm gebrochen habe oder ein Bein amputiert oder, wie unser Vati querschnittsgelähmt ist, das siehst du, was der hat und man sieht die Schmerzen, aber wenn an den Menschen körperlich alles fit ist, die sagen alle, der spinnt ja, und da sagt man lieber gar nichts.“ Auch Freunde oder Freundinnen weihte Frau W. nicht ein, aus Angst, für verrückt gehalten zu werden.

Der Druck der Leistungsgesellschaft und die Unverbindlichkeit in Beziehungen erschwert oder verhindert ein Verständnis für die Situation der Partner. So wurde Frau W. eine Woche Krankenschreibung, um bei ihrem Mann zu sein, nicht anerkannt und sie war Anfeindungen und Vorwürfen der Drückebergerei 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.“ Im Gegensatz dazu fühlte sich Frau W. durch eine junge Kollegin unterstützt, bei der sie sich aussprechen konnte. „Die konnte mir damit helfen, indem ich's sagen konnte. Die kann nicht sagen, mach 's so oder so. Aber, es ist schon gut, wenn man das sagen kann.“

Von den behandelnden Ärzten fühlte sich Frau W. wenig einbezogen, auf ihre Situation wurde kaum eingegangen. „Mit seinem behandelnden Arzt komm ich nie in Kontakt. Die andere Ärztin, die er vorher hatte, da bin ich einmal mitgewesen. Sie hatte das auch gestattet und da sagte sie mir aber, sie kann mich nicht beraten oder behandeln. Ihr Patient ist er und alles andere geht nicht. Da müsste ich mir eben auch einen Arzt suchen. ... Ja, da muss man doch einen Ansprechpartner haben. Ich denke, das ist doch gera de

sein behandelnder Arzt, denn, der könnte mir doch sagen, was eventuell noch auftreten kann oder was sich einstellen kann oder auch nicht oder wie ich mich verhalten muss.“

Die mangelnde Unterstützung empfand Frau W. als besonders belastend. Sie erlebte die Erkrankung ihres Mannes als *Einschnitt in das bisherige partnerschaftliche Zusammenleben*, was auch die Kommunikation zwischen beiden Partnern erschwerte. „Er war auch sehr empfindlich. Ich konnte auch nicht mehr mit ihm so reden, der ging immer gleich hoch.“ Frau W. erlebte einen Verlust an sozialer Unterstützung in ihrer Beziehung. „Mein Mann war früher mein Pluspol. Wenn ich Stress hatte, oder mir war irgendwas, dann war ich eigentlich schnell auf der Palme und ich brauchte den bloß anfassen, dann merkte ich richtig, wie die Ruhe zurückkam und das ist heute nicht mehr so.“ Im Zusammenhang mit Kommunikationsproblemen werden auch sexuelle Probleme angesprochen. Der zunehmende soziale Rückzug des Mannes wurde von Frau W. besonders schwerwiegend wahrgenommen, da sie sich als sehr lebenslustigen Menschen, der andere um sich braucht, beschreibt. Spontane Besucher waren nicht mehr willkommen, gemeinsame Unternehmungen auf ein Minimum beschränkt. Frau W. beschreibt die zunehmende Einengung, eine Art Abschottung und Konzentration auf „diese eigene Welt“, die zu einer Krise der Beziehung führte. Herr W. riss ihre Hausarbeiten und Hobbys an sich, so dass sie sich plötzlich in einer „verrückten Welt“ fand, in der die vertrauten partnerschaftlichen Rollen auf den Kopf gestellt wurden. Herr W. versuchte, seiner Frau alles recht zu machen und übernahm Hausarbeiten, die sie als ihre Zuständigkeiten definiert hatte. Das verletzte Frau W., ließ sie sich überflüssig fühlen. „Der sollte wieder von mir aus in den Keller gehen und seine Arbeiten da unten machen, aber nicht mir noch meine Arbeit wegnehmen.“ Der Konflikt führte zu einer *Trennungskrise*. „Da habe ich gesagt, weißt Du, wir machen das so, ich lass alles, was hier drin steht, ich lass Dir alles. Ich nehme bloß meine n Kater und gehe.“ Beide Partner waren über diese Wendung schockiert und versuchten durch intensive Gespräche, wieder zueinander zu finden. „Wir haben darüber lange gesprochen, Nächte da draußen gesessen. Es hat sich vieles dadurch geändert, es war vielleicht ganz gut, dass es so gekommen ist.“ Das Paar kann auf eine lange, intakte und von anderen bewunderte Beziehungsgeschichte zurückblicken. „Wir waren immer das Paar, wenn Sie verstehen, was ich meine. Wir sind nie getrennt gewesen.“ Die Definition von Rollen in der Partnerschaft, die kurzzeitig in Frage gestellt war, musste demnach im Verlauf der Erkrankung neu und von beiden bewusst verhandelt werden.

Frau W. hatte besonders in der akuten Krankheitszeit weder ausreichend Unterstützung und Ansprechpartner außerhalb der Ehe, noch konnte sie ihrem Mann gegenüber offen über ihre Belastungen sprechen. Dies führte zu einem Belastungserleben mit *Konsequenzen für die eigene Gesundheit und das seelische 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.“ Frau W. entwickelte im Verlauf eine Panikstörung mit mehrmaligen Panikanfällen und einem Vermeidungsverhalten, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Der Arzt vermutete einen Zusammenhang zu den Wechseljahren, Frau W. beschreibt jedoch 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.“

**Fallanalyse 165** „Da half eben nur gut zureden immer, das wird schon wieder“

Frau S. ist 53 Jahre alt und gelernte Elektrikerin, derzeit im Rahmen einer ABM beschäftigt. Herr S. ist 58 Jahre alt, ebenfalls gelernter Elektriker. Er ist arbeitslos und erhält Arbeitslosenhilfe. Beide sind seit 32 Jahren miteinander verheiratet und haben zwei Söhne im Alter von 29 und 31 Jahren. Die psychischen Probleme des Ehemannes, v.a. Angstsymptome sind vor 17 Jahren im Zusammenhang mit einem Bandscheibenvorfall erstmalig aufgetreten.

Frau S. berichtet von den zumeist körperlichen Beschwerden, den hypochondrischen Befürchtungen und vielfältigen Ängsten ihres Mannes. Aufgrund seines damaligen Bandscheibenvorfalles beobachtet er seinen Körper auf Krankheitsanzeichen hin und produziert somit die Spirale der Angsentwicklung. Frau S. *Umgang mit den Ängsten ihres Mannes* ist von Ruhe, Geduld und Gelassenheit geprägt. Sie rät ihm dann: „Halt Dich nicht so lange dran fest, das ist nun mal so und je länger Du darüber nachdenkst, um so länger dauert es, bis es wieder vorbei ist. Du musst dich ablenken und nicht immer daran denken.“ Sie redet ihrem Mann dann gut zu, dass die Beschwerden wieder vergehen werden und versucht ihn abzulenken. Hierbei stößt sie an Grenzen. „Das ist auch eine gewisse Angst vor Krankheiten, und das war eben auch schwierig, das ihm auszureden.“ Neben hypochondrischen Ängsten bestanden Panik und agoraphobische Symptome. „Das Angstgefühl war oft, dass er sich gar nicht rausgetraut hat, weil er denkt immer, er bricht irgendwie zusammen.“ Frau S. reagierte auf diese Angstgefühle gelassen. „Na, das macht doch nichts. Ob du nun hier zusammenbrichst oder draußen, dich findet schon jemand dort.“ Sie versucht, die Ängste ihres Mannes zu relativieren und sieht körperliche Beschwerden als Ausdruck dieser Angst. „Das starke Schwitzen, was noch da ist, muss doch auch irgendwo mit der Angst zu tun haben.“

In dem *Erkrankungsmodell* von Frau S. wird die Erkrankung als Folge der damaligen Reaktionen der Ärzte auf einen Bandscheibenvorfall verstanden. Der Vorfall wurde spät erkannt und die Klagen von Herrn S. wurden lange als unbegründet abgewertet. Die Ängste, dass irgendeine Körperreaktion falsch gedeutet oder übersehen werden könnte, resultieren in den Augen von Frau S. aus diesen Erfahrungen. Diese Kopplung ist nicht mit dem Willen steuerbar und kann nur durch bewusstes Ablenken unterbrochen werden. „Es kommt ja dann, will mal sagen, ohne dass er es will.“ Dies kommt einem Freispruch des Partners gleich, der einen unterstützenden Umgang ermöglicht.

Eine medikamentöse *Behandlung* lehnte Herr S. zuerst ab. Aus Ungeduld hat er immer wieder die Medikation abgebrochen und wollte es alleine schaffen. Ein stationärer Aufenthalt wurde abgelehnt, da eine zu hohe Medikamentendosis befürchtet wurde. „Ich finde, dass man da zu schnell, zu viel kriegt und dass man da eingestellt wird und erst mal rumläuft wie Falschgeld.“ Daher wurde die ambulante Behandlung gewählt, die als erfolgreich angesehen wird. „Es ist besser geworden auf jeden Fall, seit er jetzt die Tabletten immer nimmt. ... Er hat schon mehr Interesse für andere Sachen wieder.“

Frau S. spricht zögerlich von *Einschränkungen im familiären Alltag und in der Beziehungsrealität des Paares*. Besonders die gedämpfte Stimmung und wenig gemeinsame Unternehmungen werden als Verlust wahrgenommen. „Stimmungsmäßig war es halt nicht so, wie man sich das vorgestellt hat oder wie es früher war.“ Die Ungewissheit, Termine oder Verabredungen einhalten zu können, wurde als belastend erlebt. „Also, wenn wir eingeladen wurden und erst ja, alles okay, machen wir, und wenn es soweit war, ging es eben nicht mehr, ist man halt zu Hause geblieben. Ich hab das halt nicht so vorgehalten oder so, na ja, manchmal vielleicht, dass man gesagt hat, das ist immer, wenn was ist, geht es dir schlecht.“ Frau S. hofft, dass diese Einschränkungen mit der Zeit überwunden werden, „dass man mal wieder ein bisschen mehr unternehmen kann, dass er nicht immer nein sagt.“ Sie beschreibt sich als sehr gedulden,

optimistischen Menschen und unterstreicht die Stabilität der Beziehung. Sie resümiert, dass sie ihren Partner immer sehr unterstützt hat und meint, man könne eben nicht zu viel erwarten in einem halben Jahr, wenn man bedenkt, dass die Probleme schon seit ca. 10 Jahren bestehen „Also da habe ich schon genügende Geduld aufgebracht ... Jetzt reicht mir 's oder so, würde ich nicht sagen.“

### **Fallanalyse 166** „Wenn er das besser in Griff kriegt, verlieren wir auch die Angst“

Frau M. ist 55 Jahre alt. Sie hatte im Tagebau gearbeitet, erhält aufgrund von chronischen Rückenbeschwerden EU-Rente. Ihr Mann ist 57 Jahre alt und erhält ebenfalls EU-Rente. Beide sind seit 31 Jahren verheiratet. Die psychischen Probleme des Mannes traten vor drei Jahren erstmalig auf, seit einem Jahr werden sie behandelt. Als Diagnose gibt Frau M. „Lungenemphysem und daraus resultierend eine Angstpsychose“ an. (Diagnose des Arztes: mittlere depressive Episode mit somatischem Syndrom).

Das Gespräch wird mit ihr und der 30jährigen Tochter gemeinsam geführt. Die *Belastungslagen und die Interpretationen der beiden Familienmitglieder unterscheiden sich* voneinander. Während die Mutter den Mann als krank und hilfsbedürftig akzeptiert und ihre Rolle als „Pflegerin“ bis zur Aufopferung ausfüllt, zweifelt die Tochter den Krankheitsstatus des Vaters an. Sie fordert persönliche Veränderungen von ihm und sieht die Probleme in der Persönlichkeit des Vaters begründet. Daraus resultieren eine Reihe von innerfamiliären Konflikten, die soweit gehen, dass die Tochter mit Zustimmung der Mutter feststellt: „Die Familie ... ist nicht mehr zu retten.“

Die *familiäre Situation wird als verändert und dominiert durch die Erkrankung* des Mannes erlebt. „Na praktisch hatte sich für uns alles verändert. Er hat von heute auf morgen, hat der alles abgegeben. ... Er hat also die letzte Zeit nur noch im Sessel gesessen, seine Tabletten sortiert, bisschen Fernsehen geguckt und uns auf Trab gehalten.“ Das „Auf-Trab-Halten“ bezieht sich auf die Panikanfälle des Mannes, die er im Zusammenhang mit dem Lungenemphysem entwickelt hat. Er besteht dann auf sofortiger Hilfe, mehrmals in der Woche (in extremen Fällen mehrmals täglich) wird der Notarzt gerufen. Der Mann ist in lungenärztlicher Behandlung, die keine weiteren organischen Befunde für die Anfälle ausmachen kann. Psychologische Erklärungsansätze für Panik wurden der Familie nicht angeboten, so dass sie permanent um eine *Auseinandersetzung ringt, ob der Mann böseartig, d.h. absichtlich so ragiert oder, ob dies Teil der Krankheit ist*. Es gibt Argumente und Gegenargumente für beide Positionen. Die Partnerin erklärt immer wieder: „Er macht das doch nicht mit Absicht“, meint aber auch, dass ihr Mann ein Mensch ist, „der sich sehr gehen lässt“. Er steigere sich in die Anfälle hinein, verkrampfe und mache damit alles schlimmer. Sie steht den Panikanfällen hilflos gegenüber und hat kein schlüssiges Modell für deren Auftreten: „Ich weiß, das ist die Krankheit. Und, dass er schwer krank ist, das weiß ich, das akzeptieren wie auch ... Aber, es kann nicht sein, wenn die Lungenärztin sagt: ‚Das Röntgenbild sieht gut aus.‘ ... Um so mehr die sagt, dass sie zufrieden ist, um so schlimmer ist es zu Hause, um so mehr fühlt er sich krank. ... Da seh ich keinen Zusammenhang.“ Folglich glaubt Frau M., dass etwas übersehen worden ist und die Probleme organisch bedingt sind.

Im Gegensatz dazu kämpft die Tochter mit dem Erklärungsmodell, dass die Probleme ihres Vaters von dessen Persönlichkeit verursacht werden. In ihren Augen müsse er härter gegen sich selbst sein, denn er rede sich die Atemnot ein. Auch war ihr Vater früher anders. Alles in allem glaubt sie, dass er und die Mutter mit den Problemen falsch umgehen. Besonders das „Auf-Trab-Halten“ sieht sie als kontraproduktiv an. Sie glaubt, dass die Mutter mit ihrer aufopferungsvollen Haltung falsch reagiert und

dem Vater zuviel abnimmt. Einige Situationen führt sie an, die ihre Wahrnehmung stützen. So ließ ihr Vater mit seinen Symptomen ihren Geburtstag „platzen“, hatte aber noch genug Energie und Atem, sich über die geladenen Gäste zu erregen. „Im Oktober hatte ich Geburtstag. ... An dem Tag ist der Notarzt früh gekommen. Er [Anmerk. der Vater] hat mir nicht mal zum Geburtstag gratuliert. ... Dann kam noch der Cousin, ... der hatte nun noch 'n Handy in der Hosentasche, und da hatte der Vater gleich angeschnauzt: ‚Willst 'n mit 'n Handy, willst wohl angeben‘. Ich meine, er hat keine Luft zum Atmen, macht aber so und ich durfte keinen Geburtstag feiern.“ Das Verhältnis zwischen Vater und Tochter ist angespannt.

*Andere Familienmitglieder und Nachbarn zeigen Unverständnis der Situation gegenüber.* Das laute, gequälte Ausatmen des Mannes und die permanente Angst vor Panikanfällen führten dazu, dass soziale Situationen zunehmend vermieden werden. Die Familie sagt Feiern u.ä. ab, da der Mann als Zumutung für alle anderen Gäste erlebt wird. Generell werden Kontakte eingeschränkt, da die Familie so stark um ihre eigenen Probleme kreist, dass andere Themen als banal empfunden werden. „So gewöhnliche Dinge, das kann man gar nicht mehr ... sich mit anhören.“ Die Nachbarschaft bemerkt die Belastungssituation und fragt nach, warum z.B. die Mutter so schlecht aussehe. Diese Nachfragen werden als zusätzliche Belastung wahrgenommen, sind sie doch ein Indiz dafür, dass die Probleme nicht verborgen werden können. Viele Reaktionen werden als Phrasen erlebt (z.B. „Kopf hoch, das wird schon wieder.“), auf die dann ebenso phrasenhaft reagiert wird: „Da haben wir gesagt, das ist das Wetter, aber Wetter ist ja immer.“

Die Familie erfährt *keine Unterstützung und ist nicht informiert* worden über die Zusammenhänge der Panikanfälle. Die Familie und das Unterstützungssystem in Person der Hausärztin und der Lungenärztin und der jeweiligen Notärzte sind in einem Kreislauf von Reaktionen gefangen, die den destruktiven Zustand stabilisieren. Die Haus- und die Lungenärztin reden gut zu, dass es keinen Grund für die Anfälle gibt. Es gebe schlimmere Fälle. Beide kommen regelmäßig zu Hausbesuchen, können jederzeit gerufen werden. Zur Sicherheit hat Herr M. ein Sauerstoffgerät bekommen, dass er übermäßig häufig in Atzipation von Anfällen einsetzt. Die Anfälle ereignen sich vor allem nachts und in den frühen Morgenstunden, wenn die Arztpraxis nicht offen ist. Herr M. besteht dann darauf, dass seine Frau den Notarzt ruft. Es kommt teilweise zu mehrmaligen Notarzteinsätzen an einem Tag. Der Notarzt spritzt hochdosiert Beruhigungsmittel und rät, am darauffolgenden Tag die Hausärztin anzurufen. Die meint dann, so eine Dosis würde sie nie geben, das würde sie sich nicht trauen. Ab und an bekommt Herr M. Infusionen, die die Atmung unterstützen sollen. „Das können sie auch nicht immer machen, weil es ans Herz geht.“ Frau M. sieht die Möglichkeiten der Ärzte ausgeschöpft. Sie versucht, Notarzteinsätze zu reduzieren, weiß aber nicht, wie sie darüber entscheiden soll. Sie fühlt sich überfordert und reagiert zunehmend gereizt und verärgert auf ihren Mann: „Ich sage: ‚Mensch, das ist doch kein Pizzadienst.‘“ Die Hausärztin hat die Verantwortung an sie abgegeben: „Die sagt dann immer zu mir, wenn ich sie anrufe: ‚Sie müssen das selber entscheiden, ob sie warten können [bis die Praxis öffnet].‘ [Interviewerin: Damit geht es Ihnen auch nicht besser.] Nein, gar nicht, weil ... ich bin kein Arzt.“ Frau M. ist zunehmend zwischen den unterschiedlichen Anweisungen aufgerieben. Ein Notarzt sagt: „Wir sollen sie rufen, dafür sind sie ja da.“ Ein anderer lehnt dies ab. „Der Notarzt sagt, ich soll nicht hingehen, wenn er [Anmerk. der Mann] ruft.“ Im Zuge dieses Kreislaufs ist es zu einer Aufnahme des Mannes in eine psychiatrische Klinik gekommen.

Die widersprüchlichen Aussagen bezüglich der Veränderbarkeit des Zustandes halten jedoch an. Der behandelnde Arzt der Tochter meint, dass die psychiatrische Therapie nichts bringen wird, da es um die (unveränderliche) Persönlichkeit des Vaters ginge. Im Gegensatz bewerten Haus- und Lungenärztin die zusätzliche Therapie als gut. Die positiven Effekte der psychiatrischen Behandlung werden von Frau M.



von kurzer Dauer erlebt: „Das erste Wochenende, wie er nach Hause kam, war das wunderbar. Da hatte er aber eine, irgendwelche Beruhigungstabletten gekriegt. ... Da war er wie früher.“ Aufgrund des Suchtpotentials wurden die Tabletten abgesetzt. „Nun geht das wieder von vorne los.“ Die Panikanfälle sind in der Klinik nicht aufgetreten, so dass Frau M. meint, dass die Behandlung gut ist und helfen wird. Die Familienmitglieder sind verunsichert aufgrund der widersprüchlichen Bewertungen der Ärzte: „Wem soll man glauben? Wem?“

Sowohl die Mutter als auch die Tochter sind an der *Grenze ihrer Belastbarkeit*. Die Tochter ist in nervenärztlicher Behandlung, erhält Psychopharmaka. „Ich muss ja selber Medikamente nehmen, um überhaupt darüber weg zu kommen.“ Eigentlich möchte sie ausziehen, meint aber, den „Absprung“ verpasst zu haben. Da alle Ersparnisse für den Hausbau aufgebraucht wurden, fühlt sie sich verpflichtet, in dem Drei-Generationen-Haushalt auszuharren. Sie ist wütend und resigniert über die Situation. „Die Wut, die wird immer größer gegen den Vater.“ Die Wut richtet sich zunehmend gegen die Mutter, die zu nachgiebig ist und ihre eigene Gesundheit aufs Spiel setzt: „Ich hatte immer ’n gutes Verhältnis zu meiner Mutter, aber in letzter Zeit komm ich nicht mehr so richtig mit ihr klar, weil ich mir sage, sie macht sich kaputt.“ Die Tochter erlebt sich als ausgebrannt und leer. „Ich bin fertig. Ich bin mit mir und der Umwelt fertig. ... Ich will nur noch meine Ruhe.“ Abstand herzustellen, sieht sie als einzige Möglichkeit, mit den Problemen umzugehen: „Ich bin 14 Stunden auf Arbeit, mehr kann ich nicht machen.“

Die Mutter erlebt sich als *hilflos und am Ende ihrer Kraft*. „Mir tut das auch leid ... möchte ihm auch gerne helfen, aber ich kann’s ja nicht. [Interviewerin: Sie fühlen sich da richtig hilflos jetzt.] Vollkommen, vollkommen hilflos.“ Sie versucht, in den akuten Situationen ihrem Mann gut zu zureden, kann es ihm aber nicht recht machen. Der Anruf beim Notdienst kommt dann einer Kapitulation gleich. Frau M. fühlt sich zwischen den einzelnen Erwartungen aufgerieben. Die Tochter fordert, sie soll härter sein, den Mann nicht bemitleiden, ihm nicht soviel abnehmen und mehr fordern. Der Mann fordert, dass sie sofort auf seine Wünsche reagieren soll (z.B. ihm das Fenster öffnen, den Arzt rufen, die Tabletten bringen etc.). Dem fühlt sie sich verpflichtet, denn „man kann die Hilfe nicht versagen.“ Die Schwiegermutter unterstützt ihren Sohn und fordert von der Schwiegertochter noch mehr Engagement für ihn. „Wenn er nun mal sagt: ‚Ich will ’ne Schnitte haben.‘ Die [Anmerk. Schwiegermutter] sagt dann zu mir: ‚Du mußt die schneiden.‘ Ich meine, er ist ja nicht körperbehindert.“ Die Ärzte versichern ihr, dass eigentlich alles in Ordnung ist. Frau M. fühlt sich allein gelassen und überfordert: „Na ja, das alles so, das wird mir dann alles irgendwie zuviel.“

Am schlimmsten erleben sowohl Mutter als auch Tochter die Angst des Mannes vor einem Anfall, die sich auf sie überträgt. „Wir haben ja immer Angst ... bei jedem Husten.“ Sie glauben, dass sich die Situation bessern könnte, wenn der Mann selbst besser mit den Symptomen umzugehen lernt. Frau M. hofft auf die Behandlung und eine Art Ablenkung. „Da sage ich mir auch, es kommt der Frühling. Da kann er auch ein bisschen in den Garten gehen.“ Sie meint, sie müßten gemeinsam ein Arrangement finden, um zusammenzuleben. „Wir müssen schon sehen, dass wir mit dem Vati irgendwie klarkommen. Ich meine, er gehört ja zu uns.“ Im Gegensatz dazu ist die Tochter resigniert und ohne Hoffnung. „Ich habe keine Hoffnung, da kommt auch nichts mehr. ... Wir dürfen nicht fordern. Wir dürfen nur bemitleiden.“ Sie sieht die Beziehung zwischen Vater und Mutter als zu eingespielt und kontraproduktiv an und meint zur Mutter: „Du bist nicht der Mensch, der sagt: ‚So, jetzt stellst Du Dich mal in die Küche.‘ ... Wenn er sagt: ‚Ne, ich hab heut Bauchschmerzen.‘ Na, da bleibt er sitzen. ‚Mein Guter, ich mach das.‘ So bist Du. Und das ist falsch.“

**Fallanalyse 173** „Und ich dann praktisch die ganze Zeit für ihn mit gesorgt hab ...“

Frau T. ist 29 Jahre alt und seit drei Jahren mit ihrem 31jährigen Partner zusammen, der aus dem arabischen Raum stammt. Frau T. ist z.Z. arbeitslos, hat zuletzt als Dolmetscherin gearbeitet und möchte sich in nächster Zeit in diesem Beruf selbständig machen. Ihr Mann arbeitet als Koch. Die psychischen Probleme des Mannes bestehen im Zusammenhang mit der Flucht und dem Exil seit zwei Jahren, werden seit 1999 behandelt.

Zentrales Thema ist für Frau T. die *Auseinandersetzung mit der Erkrankung und die Suche nach einer geeigneten Behandlungsform*. Zunächst traten bei ihrem Mann verstärkt körperliche Beschwerden wie Kopfschmerzen und starke Schmerzen auf verbunden mit Befürchtungen, eine ernsthafte körperliche Krankheit wie z.B. Krebs zu haben. Zudem traten Angstzustände auf, er konnte nicht mehr arbeiten und wollte nicht allein zu Hause sein. Frau T. führt diese Beschwerden auf die allgemeine Situation ihres Mannes und das Leben im Exil bzw. die vergangenen Erfahrungen zurück: „dass bei jedem dritten oder vierten ... im Exil ... dass die da irgendwelche ... psychischen Probleme haben und ... in der orientalischen Kultur [diese] eher über körperliche Symptome äußern als das bei uns der Fall ist.“ Für ihren Mann war diese Erklärung jedoch nicht akzeptabel. Einerseits glaubte er nicht an die Latenz der Symptomatik nach dem Erlebten. Andererseits gestand er sich keine Krankheit zu, da er das Land verlassen konnte und es ihm daher folglich besser als den dort Gebliebenern gehen müsste. „Da war natürlich das Geschrei ... groß, ... was das soll und so, ... und ich hab’s am Anfang ja selber och nicht geglaubt, dass das was Psychisches is. ... Also ich hab auch gesacht, er soll’s nich nehm [Anmerk.: die antidepressive Medikation].“ Als *Krankheitsursache* sieht Frau T. die Folgen der Traumatisierung und Entwurzelung ihres Mannes an.

Um die Probleme angemessen behandeln zu können, wurde ein Arzt oder eine Ärztin gesucht, der oder die auch die kulturellen Besonderheiten berücksichtigen kann. Eine stationäre Einweisung wurde, obwohl bereits ein Überweisungsschein ausgestellt war, umgangen, da die Psychiatrie als *stigmatisierend* erlebt wurde. „Psychiatrie, ... das schreckt ja natürlich och ab, ... da denkt ma also, wenn hier einmal die Tür zugeht, dann geht se nich mehr auf. ... Bei ihm zu Hause ... gibt’s so ’ne geschlossnen Sachen oder so, gibt’s da überhaupt nich. Da bleiben die Leute also in ihrer Familie leben. ... ’S hat ihn dann doch also soweit erschreckt, dass er sofort gesund werden wollte, dieser Anblick da.“

Es wurde zunächst ambulant eine medikamentöse Behandlung begonnen. Dies hat jedoch den Nachteil, dass langfristig unklar ist, welche Erfolge auf die momentanen Medikamentenwirkungen zurückzuführen sind und damit wieder verschwinden, wenn mit der Einnahme aufgehört wird. Es wird auch der Nutzen der psychotherapeutischen *Behandlung* angezweifelt, da die Frage nach eigenen Bewältigungsmustern und –hilfen aus der Betreuung ausgeklammert erscheint. „Also außer so ’n paar Lebenstipps, sag ich mal, also, die ma auch von jedem andern bekommen kann, ... kommt dann ... och nich viel irgendwie ... von der Seite her und is also immer nur wichtig, dass der Mensch irgendwie wieder ... arbeiten gehen kann, ... dann is sozusagen das medizinische Ziel hergestellt.“ Offen bleibt daher für Frau T. die Frage, was sie und ihr Partner tun können, um langfristig die Situation zu stabilisieren.

Frau T. kannte ihren Mann noch aus seiner Heimat und spricht auch seine Sprache. Da sie vor der *Beziehung* lange allein gelebt hatte, war für sie eher durch die Beziehung als durch die Krankheit des Partners eine Umbruchsituation eingetreten. Die Erkrankung veränderte die Beziehung dahingehend, dass die anfängliche Abhängigkeit des Partners von ihr (sprachlich, finanziell) verstärkt wurde. „Und ich dann praktisch die ganze Zeit für ihn mitgesorgt hab. Un also alles, musst ja praktisch alles machen.“ Frau T. empfand diese Zeit als Belastung, da sie selbst zusätzlich eine Reihe von Verpflichtungen hatte. „Zu der

Zeit war ich och viel zu Hause, relativ viel, obwohl ich eigentlich och grade zu der Zeit ganz viel Arbeit hatte, wie das dann immer so is, 's kommt dann alles auf einmal.“ Sie fühlte sich in der Pflicht, für ihren Partner und die Belange der Familie zu sorgen. Für diese Abrufbereitschaft steht auch der Kauf eines Handys, damit sie für den Partner jederzeit erreichbar ist und sie dann sofort „nach Hause kann, wenn irgendwas ist“.

Dieser Anspannungszustand bleibt nicht ohne *Folgen für ihre eigene Gesundheit und ihr Wohlbefinden*. „In dieser ganz schlimmen Phase tritt ja dann im Prinzip so 'n Effekt ein, dass ma sich selber dann krank fühlt, ... weil ma natürlich och als Angehöriger, dann in dem Moment darauf gestoßen wird, das irgendwie die Grenzen ... relativ fließend sind so zwischen sogenanntem Gesundsein und Kranksein. ... Also das Bewusstsein, dass das eigentlich jeden betreffen kann, das wird dann irgendwie stärker. Und dann, da man ja halt immer die Krankheit des Andern mit ausleben muss, um den Andern zu schützen, fühlt man sich dann selbst irgendwann ... total angegriffen irgendwie und ... nich mehr willens irgendwie den ganzen Alltag zu bewältigen.“

Als *Entlastung und Unterstützung* erlebte Frau T. Freunde und Familie, wobei sich besonders das Leben in der Wohngemeinschaft als sehr hilfreich erwies. Die Hausarbeit konnte auch bei zeitlichen Engpässen geteilt werden und es war häufiger jemand mit in der Wohnung, so dass die Angst des Partners vor dem Alleinsein besser aufgefangen werden konnte. Frau T. sieht einen großen Vorteil in dieser Lebensform. „Wenn ich mir vorstelle so jemand lebt alleine, ...[dann] muss ma ja eventuell deswegen irgendwie in 'ne Klinik oder so kommen, weil man niemand zu Hause hat.“

Unter *zusätzlichen Belastungen* werden *finanzielle Sorgen* angegeben. Der Partner unterstützt die Familie zu Hause und kann bei eigener Arbeitsunfähigkeit diesen Verpflichtungen nicht nachkommen. „Er is och der Einzige aus seiner Familie, der hier is, also auch der Einzige, der Geld verdient, ... es wird zwar nich gefordert von der Familie, aber es is schon ... gut, wenn die ab und zu ma einfach bisschen Geld von ihm kriegen, weil die sonst gar nich richtig leben könn dort. ... Das hat die natürlich dann schon belastet, dass er dann plötzlich krank wird und da überhaupt nichts kommt, sozusagen in der Zeit.“ Darüber hinaus ist seine berufliche Perspektive in Deutschland ungewiss, da es schwierig ist, einen Ausbildungsplatz zu bekommen. Zudem ist das Paar mit den *Auswirkungen des Exils* wie Entwurzelung, Heimatlosigkeit und den Folgen der Traumatisierung konfrontiert.

### **Fallanalyse 177** „Ich hoffe ja, dass alles wieder gut geht und seinen Gang geht“

Frau B. ist 57 Jahre alt und arbeitet 30 Stunden. in der Woche als Erzieherin. Ihr Mann ist 58 Jahre alt und arbeitet bei der Bahn. Die psychischen Probleme des Mannes sind im Zusammenhang mit einer Überforderungssituation durch die Umstellung auf Computerarbeit 1999 erstmals aufgetreten und werden seit Beginn 2000 behandelt. Frau und Herr B. sind seit 36 Jahren verheiratet und haben zwei erwachsene Töchter im Alter von 24 und 26 Jahren. Ihr Sohn ist bei einem Unfall ums Leben gekommen.

Im Zentrum des Gespräches steht die *Auseinandersetzung mit der Erkrankung* und ihrer Behandlung, die Einordnung als psychisches Problem erfolgte erst kürzlich. Zunächst wurden eine Reihe von Untersuchungen durchgeführt, um die unklaren Symptome (Kribbeln in Händen und Füßen) abzuklären. Zuerst wurde Diabetes vermutet, dann ein Problem der Wirbelsäule, dann „Lähmungen der Endnerven“ durch Schädigungen aufgrund von Alkohol oder Rauchen. Die widersprüchlichen Aussagen verstärkten

das Grübeln und schließlich auch die Symptome, bis am Ende festgestellt wurde, „es wär eben psychisch bedingt“. Folglich wird von Frau B. nach Auslösern in diesem Bereich gesucht. Sie sieht hier vor allem die Leistungsorientierung ihres Mannes und die beruflichen Veränderungen als mögliche Faktoren an: „Arbeit, Arbeit, Arbeit, ... wenn den seine Arbeit nicht ist, dann bricht's zusammen, so ungefähr“. Auch Belastungssituationen in der Familie (Hausbau der Kinder, Schwangerschaftskomplikationen bei der Tochter) werden als zusätzliche Auslöser beschrieben.

Frau B. beobachtet positive Veränderungen in einer Reduktion von Angstsymptomen durch die Medikamente. Dies bestätigt sie darin, dass die richtige *Behandlung* gefunden ist und nach einer gewissen Zeit abgeschlossen werden kann. „Ich nehm's an, dass dann alles wieder seinen Gang geht“. Zunächst wurde aufgrund der Wartezeit auf eine stationäre Behandlung versucht, die Symptome mit einem Wintersporturlaub abzufangen: „Wir haben ja gedacht, dass das durch den Wintersport besser wird“. Dies gelang jedoch nicht und eine vorzeitige Klinikaufnahme wurde erbeten. „Wir konnten oder wollten [ihn] dann auch nicht mehr alleine lassen“. Die psychiatrische Behandlung ist jedoch mit einer Reihe von Vorurteilen behaftet und wird in der Familie und vom Patienten als stigmatisierend wahrgenommen. „Am Anfang wollt er ja gar keinen Besuch, wie jetzt von den Kindern, dass se ihn ja nicht sehen, er hat hier eigentlich gedacht, er wird hier eingesperrt. ... Er hatte ja solche Heidenangst.“

Frau B. äußert sich wenig zu *Veränderungen in der Partnerschaft oder im Familienleben*, meint nur, „jeder ist besorgt und jeder fragt“. Grund für die wenige Thematisierung langfristiger Veränderungen ist möglicherweise, dass bisher kein langfristiger Krankheitsverlauf vorliegt und die Familie sich am Beginn der Auseinandersetzung mit der Situation befindet: „Na ja wir leiden, die ganze Familie leidet eben mit, seitdem das mit meinem Mann ist“.

Im Vordergrund *eigener Befindlichkeit* steht die Sorge um den Partner und die Ungewissheit hinsichtlich der Zukunft. „Jetzt geht's natürlich mit der Arbeit und so, wie es da weitergeht. ... Das muss man nun jetzt erst mal sehn. Ich hoffe ja, dass alles wieder gut geht und seinen Gang geht.“ Frau B. hatte einen eigenen Kuraufenthalt zurückgestellt aufgrund der Erkrankung ihres Mannes, schätzt sich jedoch selbst gesundheitlich als unterstützungsbedürftig ein.

### **Fallanalyse 180** „Wenn man immer auf der Überholspur fährt, dass es bisschen riskant ist“

Herr B., 45 Jahre alt, ist Immobilienfachwirt und selbständig. Seine Frau, 44 Jahre alt, ist Krankenschwester und hat in der Notaufnahme gearbeitet bis sie vor ca. einem Jahr erkrankte. Beide sind seit 24 Jahren verheiratet und haben zwei Töchter im Alter von 23 und 21 Jahren. Herr B. führt die psychischen Probleme seiner Frau auf Mobbing am Arbeitsplatz zurück und erwägt hierbei eher juristische Schritte denn Behandlungen. Zum Zeitpunkt des Interviews ist Frau B. in tagesklinischer Behandlung.

Zentrales Thema in der Erzählung von Herrn B. ist die *Situation seiner Frau im Zusammenhang mit deren Arbeitssituation*. Frau B. ist Krankenschwester in der Notaufnahme. Herr B. führt die psychische Symptomatik seiner Frau auf die jahrelange Belastung durch den Beruf, ihre eigenen Ansprüche und die schwierige Lage im Kollegenkreis zurück, die er als Mobbing beschreibt. „Die Notaufnahme ist 'n hartes Geschäft, psychisch ist dort Terror. 25 Jahre, sach ich jetzt mal, nur Leid und Elend.“ Hinzu kommt, dass Frau B. ihren Beruf als Berufung verstanden habe und sich über ihre Kräfte dort engagiert hat. Zuletzt sei

es, teils durch die Überforderung, teils durch widersprüchliche Kommunikation bei Dienstübergaben zu Fehlern gekommen. Es kam in der Folge zur fristlosen Kündigung, gegen die Familie B. alle Hebel in Bewegung setzte. Diese Bemühungen nehmen einen großen Teil der Erzählung von Herrn B. ein, da er hierin Auslöser und *Ursache der Erkrankung* sieht. „Auslöser war das, was im Krankenhaus passiert ist, was ziemlich gut zu beweisen ist, dass es Mobbing war.“

Die Geschehnisse haben das *partnerschaftliche Gefüge* und die Kommunikation der Partner miteinander verändert: „... dass über die Problematik jetzt angefangen wird, zu sprechen, denn bisher hat sie das, was im Krankenhaus war, in sich hineingegraben. Ich habe jahrelang ja eigentlich von den ganzen Vorgängen ja nichts gewusst.“ Andererseits sieht Herr B. Grenzen seines Verständnisses und seiner Bereitschaft zuzuhören. „Als Lebenspartner oder Ehemann oder wie auch immer, dann haben Sie dann irgendwann mal so 'n Kopf, sach ich mal, und da wollen Sie 's nicht mehr hören.“

Herr B. charakterisiert seine Frau als „häuslichen Typ“, der kreativ die Wohnung gestaltet und in Konfliktsituationen sich zurückzieht oder die Schlichterrolle einnimmt. Sie habe Schwierigkeiten, Grenzen zu setzen und sei deshalb auch ein leichteres Opfer des Mobbing im Kollegenkreis geworden. Im Zusammenhang mit den Ereignissen am Arbeitsplatz hat sich Frau B. noch mehr zurückgezogen und die Dinge ihrem Mann überlassen. „Da musste ich wieder alles machen ... von der Kindererziehung, die ganzen Jahre ist es auch so gewesen.“ Herr B. erlebt sich als aktiven Part der Beziehung, der bei Schwierigkeiten sofort einspringt und die Dinge für die entsprechenden Personen (Partner, Kinder) regelt. Beispielsweise regelte er die Angelegenheiten mit den Verantwortlichen im Krankenhaus, machte Termine und riet seiner Frau, die Abläufe genau aufzuschreiben.

Herr B. sieht sich einer Reihe von *Belastungen* ausgesetzt, die nicht nur aus der momentanen Situation entstehen. Er fühlt sich verantwortlich, die Dinge zu regeln, ist selbst beruflich sehr unter Druck und hat eine Anzahl von teuren und zeitaufwendigen Hobbies. Neben der Lage seiner Frau, kümmert er sich um die Töchter, die finanziell unterstützt werden, sowie um den Enkelsohn. Er steht im Immobiliengeschäft derzeit in einen „Riesen-Komplex“ mit „Riesen-Streitereien“. Er arbeitet sehr viel. „Bin heute früh um fünf aufgestanden und ich sache mal, fertig vom Ablauf bin ich vielleicht heute 20 Uhr. Das geht jetzt ungefähr schon acht Wochen so intensiv.“ Hinzu kommt die Ungewissheit hinsichtlich der beruflichen Zukunft. Obwohl die Familie wohlsituiert lebt, zwei Weltreisen unternommen hat, die Kinder bei längeren Auslandsaufenthalten unterstützt, die Wohnung luxuriös umgestaltet hat und kostspielige Hobbies pflegt (Segelboot, Wohnwagen), empfindet Herr B. seine Lage als sehr ungewiss: „Ich kann morgen abstürzen.“ In der wenigen Freizeit arbeitet er ein Holzboot auf, um es dann nutzen zu können. „Es ist eigentlich 'ne ständige Dauerbelastung im allgemeinen.“

Herr B. erlebt sich an der *Grenze seiner Belastbarkeit*. „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 halt ich's aus. Natürlich, man muss sich schon überlegen, wenn man immer auf der Überholspur fährt, das 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.“

Herr B. trennt zwischen dem beruflichen Leben und dem privaten häuslichen Bereich. Da der berufliche Bereich bei beiden Partnern von viel Aufregung, Unsicherheit und Stress bestimmt ist, wurde der häusliche Bereich bewusst zur Ruhezone gestaltet. „Hier war's gemütlich und ruhig. ... Wir hatten ja drei Jahre die Wohnung umgebaut.... Wenn ich hierher komme, dann kann ich hier relaxen.“ Dies ist für ihn eine wichtige *Ressource im Umgang mit den Belastungen*.

**Fallanalyse 184    „Das Neurologische kommt wieder ins Lot, aber das Rheuma ist nicht reparabel“**

Herr H., 69 Jahre alt, hat bis zur Pensionierung im Druckgewerbe gearbeitet. Seine Frau, 58 Jahre alt, war zuletzt ebenfalls im Druckgewerbe beschäftigt. Sie ist aufgrund eines chronischen Gelenkrheumas frühzeitig berentet worden. Beide sind seit 37 Jahren miteinander verheiratet und haben drei Söhne im Alter von 31, 33 und 39 Jahren. Die psychischen Probleme der Ehefrau sind vor drei Jahren erstmalig aufgetreten und wurden stationär behandelt.

Herr H. sieht die *Ursache der psychischen Erkrankung* in einer Art Überbeanspruchung und Erschöpfung seiner Frau durch das Rheuma. Sie leidet unter starken Schmerzen, musste häufig lange Behandlungen weit ab von der Familie durchlaufen und sogar einen Sohn zeitweilig in ein Heim geben, als der Ehemann die Situation mit der eigenen Berufstätigkeit und zwei kleinen Kindern nicht mehr aufrecht erhalten konnte. Für Herrn H. ergibt sich das Bild, dass durch die starken Schmerzen seiner Frau auch die Nerven überbeansprucht sind. „Durch das starke Rheuma ist ja das andere erst eingetreten, die nervlichen Sachen.“ Die Schmerzbehandlung ist momentan in einer Sackgasse. Es geschieht immer häufiger, dass Frau H. Medikamente bekommt, die dann aufgrund von Nebenwirkungen oder einer Art „Übersteuerung“ einen Klinikaufenthalt nötig machen, bei dem sie kontrolliert wieder abgesetzt werden. Demnach sieht Herr H. die Möglichkeiten einer rein psychiatrischen Behandlung begrenzt, da sie die Rheumaschmerzen nicht beheben wird. Im Gegenteil, Herr H. erlebt die aktuelle Behandlung eher als ein Hindernis für eine angemessene Schmerzbehandlung, da z.B. ein Morphiumpflaster derzeit nicht eingesetzt werden kann. Er fragt sich deshalb, wie nach allem Auf und Ab des Lebens mit dem Rheuma nun ein Weg gefunden werden kann, die starken Schmerzen abzubauen. „Das Neurologische kommt wieder ins Lot, aber das Rheuma ist nicht reparabel.“

Für Herrn H. traten die depressiven Symptome seiner Frau, vor allem eine erhöhte emotionale Labilität mit Weinerlichkeit, Angst und Unsicherheit, Hoffnungslosigkeit, Resignation und Demoralisierung sehr plötzlich auf. Mit dem Rheuma hatte er zu leben gelernt, aber die psychische Seite ist für ihn sehr überraschend aufgetreten. „Da meine Frau ja nun schon bald 30 Jahre schwer krank ist, da ist man schon auf vieles schon eingestellt, da ist man auch schon an vieles eben auch schon vorbereitet und gewöhnt und trotzdem kommt’s immer wieder überraschend.“ Herr H. *fühlt sich sehr unsicher* einerseits aus eigenen Vorurteilen der Psychiatrie gegenüber. „Kann man sich schlecht rein versetzen. ... Du hast auch mal gedacht, na, das sind die Verrückten, das sacht man so. Man hat keinen Einblick, wer damit nie was zu tun hatte.“ Andererseits fragt er sich, wie eine psychiatrische Behandlung seiner Frau helfen kann. Er sieht auch seine Möglichkeiten zu helfen begrenzt und erlebt die momentane Situation als sehr belastend. „Das steht fest, ich bin auch nicht der Nervenstärkste hier jetzt nach allem.“ Herr H. ist trockener Alkoholiker. Das Miterleben der Schmerzen seiner Frau ist für ihn auch sehr schmerzhaft. Die Schmerzen und die Angst, die Frau H. derzeit erlebt, sind für ihn schwer einsichtig. „Man kann sich da schlecht in den Betroffenen rein versetzen, was überhaupt Schmerzen sind.“

Das Rheuma hat Einfluss auf die *Lebenssituation des Paares*. Es ist im Laufe der Jahre eine fast vollständige Rollenumkehr eingetreten, da Frau H. in vielem auf ihren Mann angewiesen ist, der erklärt: „Man muss alles machen, alles versorgen“. Da Herr H. keinen Führerschein hat, ist seine Frau die einzige, die Autofahren kann. Aufgrund der starken Schmerzen und der Medikamente kann sie dies aber immer seltener tun. Daher ist sie auf Bekannte und Familienmitglieder angewiesen, ein Taxi können sie sich nicht oft leisten. „Sie ist jetzt eingeschränkter, wenn sie keiner fährt. Und bei jedem Weg kann man nun kein Taxi rufen. Das kann man dann finanziell auch nicht packen.“ Die Familie lebt mit schlechter Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel sehr isoliert. Herr H. fährt mit dem Fahrrad in den Garten oder

geht mit dem Hund spazieren, Frau H. ist zumeist in der Wohnung oder auf dem Balkon. Frau H. erlebt starke Trennungsängste, die auch ihren Mann belasten. Er muss daher exakt die angegebene Zeit seiner Rückkehr einhalten, sonst verstärkt er diese Ängste seiner Frau. Die Situation ist aus Sicht der erkrankten Partnerin folgende: „Mein Mann ist in den langen Jahren meiner Krankheit da reingewachsen ins Helfen. 39 Jahre hab ich Rheuma und er hat dadurch auch viel gelernt bei mir und ich war eben so oft weg, das er da immer schon allein sorgen musste, auch für die Kinder. Wir hatten nie Großeltern oder jemanden, gar niemanden, wir waren beide Waisenkinder ... Ich kann nur dankbar sein, dass ich so 'n Mann habe, 's wirklich wahr. ... Jetzt durch die Krankheit leb ich ja mit so vielen Ängsten, da hab ich schon manchmal Angst, dass er mir davonlaufen könnte und es mal irgendwann satt hat.“

Die *Ressourcen und den Umgang mit der Erkrankung* erlebt das Paar zunehmend als begrenzt. „Kann man bloß versuchen, Hilfe zu holen.“ Darüber hinaus wird die Rolle der Familie als ein Aspekt für die Heilung unterstrichen. „Ein gutes Familienleben und eine gute Umgebung tragen ja auch zur Gesundheit bei.“

### **Fallanalyse 189   „Da bin ich ganz froh, dass das wider Erwarten und so schnell geheilt werden konnte“**

Frau H. ist 49 Jahre alt und war Pelznäherin, bevor sie eine Ausbildung zur Postangestellten absolvierte. Seit Verlust ihrer Anstellung im Zuge des Personalabbaus bei der Post hat sie nur einen äußerst geringen Verdienst durch ein paar Stunden Putzen in der Woche. Die Ehe besteht seit 1971 zu ihrem 10 Jahre älteren Mann. Er war ebenfalls Postangestellter und ist seit sieben Jahren arbeitslos. Sie haben eine 28jährige Tochter. Die psychischen Probleme des Ehemannes, die Frau H. als Depression beschreibt, sind im Sommer 1999 erstmalig aufgetreten und wurden seitdem behandelt.

Frau H. macht einen deutlichen Unterschied zwischen dem körperlichen Zustand ihres Mannes und seinem geistig-seelischen Befinden. „Ich meine, so körperlich war er ja dann gesund, ... aber sein geistiger Zustand, ... seine Verfassung hat mir nicht gefallen.“ Das mag daran liegen, dass ihr Mann starke körperliche Symptome und begleitende internistische Komplikationen hatte, die gut von den depressiven Symptomen abzugrenzen waren. In der *Auseinandersetzung mit der Erkrankung* vertraut Frau H. auf die Kompetenz der ärztlichen Behandlung. „Als Laie hat man dann auch nicht so den Einblick, weil man denkt, es ist Schluss, geht nicht weiter. ... Erst hab ich gedacht, Depression, vielleicht kann man das überhaupt nicht mehr heilen oder irgendwie, weil 's so lange war.“ Folglich hat sie in der Hoffnung, dass sich der Zustand ihres Mannes überhaupt wieder bessere, „viel Zeit eingeräumt“. Um so erfreuter ist sie dann über die relativ rasche Besserung des Zustandes ihres Mannes, die sie vor allem der Wirkung der Medikamente zuschreibt. Frau H. spricht in Analogie zu akuten körperlichen Krankheiten von Heilung und resümiert: „'S is unwahrscheinlich, 's ist wieder derselbe, wie er vorher war.“ Sie schränkt jedoch ein, dass die Krankheit „zumindest soviel besser ist, dass man damit leben kann.“

Die Krankheit hat in der Einschätzung von Frau H. zu wenig langfristigen Folgen für den *Beziehungsalltag* und das Zusammenleben geführt. Dies liegt zum einen daran, dass Frau H. eine vollständige Heilung erlebt, die in ihren Augen dem Ausgangszustand gleichkommt. Um jedoch einer erneuten Episode oder einem Rückfall vorzubeugen, wird generell eine ruhigere Lebensführung angestrebt. „Also es läuft alles so wie immer, ... aber es geht nicht so schnell wie vorher, das ist ... klar. Wir müssen das, was ma auch vorham, müssen ma Tage planen, ... wenn irgendwas anliegt, 'ne Arbeit oder 'n Termin oder irgendwas, das wird eben geplant und langsam und mit Ruhe.“ Die Beziehung wird

von Frau H. als stabil geschildert, in der gegenseitige Hilfe und das Füreinandereinstehen selbstverständlich sind. „Da kann ich mich drauf verlassen. Wir sind jetzt 29 Jahre verheiratet.“ Das partnerschaftliche Verhältnis ist von Solidarität mit dem erkrankten Partner geprägt.

Insgesamt erscheint Frau H. *aufopferungsvoll, bescheiden und wenig fordernd*, wenn es um ihre eigenen Bedürfnisse geht. Beispielsweise stellt sie keinen Antrag auf staatliche Unterstützung, auf die sie evtl. Anspruch hätte. Stattdessen macht sie sehr früh am Morgen in einer ärztlichen Praxis sauber, um die wenige Arbeitslosenhilfe ihres Mannes aufzubessern. Beide leben mit dem Existenzminimum, Urlaubsreisen sind seit Jahren für sie nicht finanzierbar. Durch das Wohneigentum der Mutter des Mannes fühlen sie sich relativ abgesichert und fügen sich in ihre Lage. Auch erfüllt Frau H. die Rolle der Pflegerin und Unterstützerin ihres Mannes: „Da hab ich mich schon gefreut, als es hieß, ich kann ihn nach Hause holen [Anmerk.: aus der Klinik].“

Frau H. musste in der akuten Krankheitszeit eine Reihe *zusätzlicher Aufgaben* übernehmen, wie Hausarbeit, Einkaufen und die Versorgung der Schwiegermutter. Darüber hinaus pflegte Frau H. ihren Mann teilweise auch körperlich. „Mußt ich ’n mit waschen, anziehen und füttern, weil das mit Zittern nicht so ging, und Haare kämm, alles, was [das] so eben anbelangt.“ Frau H. bewertet es als Selbstverständlichkeit, einem hilfsbedürftigen Menschen beizustehen und zusätzliche Anstrengungen zu übernehmen, auch wenn ihr dies v.a. von der Schwiegermutter nicht gedankt wurde. Im Vergleich dazu belastete sie die *nervliche Anspannung und Ungewissheit* hinsichtlich der Behandelbarkeit der Depression und ihres Verlaufes. „Na ja, 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.“ Besonders belastend empfand Frau H. ihre eigene Hilflosigkeit angesichts der Krankheit. „Seine Krankheit hat [mich] ... bedrückt, wo ich nicht wusste, geht’s jetzt weiter, oder war’s das jetzt dein Leben. ... Da war ich, da war ich manchmal verzweifelt, ja.“ Die Erkrankung wurde als Bedrohung ihrer eigenen Lebensperspektive und der gemeinsamen Lebensplanung wahrgenommen.

Als hilfreich erlebte Frau H. die *unterstützende Nachbarschaft*. „Die Nachbarn rundrum ham mir dann ... Bücher zum Lesen gegeben und mich abgelenkt.“ Zudem nahmen sie Anteil am Befinden ihres Mannes und erkundigte sich immer wieder nach ihm. Dies erlebte Frau H. als sehr unterstützend, da sie sich einer gewachsenen Gemeinschaft zugehörig fühlte. Auch landschaftlich wird das Wohnumfeld als Ressource erlebt: „Wir wohn ja hier auch schön, wenn man früh die Jalousien hochzieht, ist der Park hier drüben grün.“

### **Fallanalyse 192** „Also für mich ist das schon im Hinterkopf, wird wohl nie weg gehen“

Herr W., 51 Jahre alt, ist Angestellter. Seine Frau, 47 Jahre alt, ist arbeitslos und arbeitete zuletzt als Verkäuferin. Beide sind seit 31 Jahren verheiratet und haben eine 28jährige Tochter. Die psychischen Probleme der Frau sind nach Angaben von Herrn W. bereits zu Beginn der Ehe erstmalig aufgetreten. Herr W. beschreibt eine Depression seiner Frau nach der Geburt der Tochter. Aktuell ist Frau W. nicht in Behandlung und symptomfrei. Den aktuellen Zustand beschreibt Herr W. mit den Worten: „Es ist, wie als wenn nichts gewesen wäre, obwohl man weiß, da war was.“



Herr W. berichtet über einen schleichenden Beginn der Erkrankung, die er zunächst nicht wahrgenommen hat. Auffallend waren das Grübeln und die Schlafstörungen seiner Frau, unter denen auch er litt. „Sie schläft nachts nicht, macht mich unruhig. Ich kann nachts nicht schlafen. Das geht einmal, das geht zweimal, das geht nicht auf Dauer. So, und unter ’m Strich hab ich gesagt: ‚Also entweder ich kriege ’n Therapieplatz oder sie, auf gut deutsch, also, jetzt muss was getan werden.‘“ Der behandelnde Arzt wurde jedoch als wenig hilfreich erlebt. Der Partner war nicht einbezogen in die *Behandlung* und Nachfragen der Patientin wurden „abgewürgt“. „Sie hat ja immer bloss ihre Medikamente verabreicht bekommen so und ‚Wiedersehn‘, wie beim Bäcker, Sie holen ihre Brötchen ab und gehen wieder.“ Aufgrund von Nebenwirkungen der Medikamente und keiner sichtbaren Besserung forderte Herr W. vom Arzt einen „Therapiewechsel“ in Form einer Medikamentenumstellung. Aufgrund der Unzufriedenheit mit der ambulanten Betreuung wurde dann eine stationäre Behandlung erwogen. Eine Tagestherapie wurde von der Ehefrau mit den Worten abgelehnt: „Da muss ich basteln und wieder zurück.“

Das *Krankenhaus* wurde von Herrn W. ebenfalls als wenig geeignet beschrieben. Vier Personen waren in einem Zimmer untergebracht. Herr W. rät, nur zwei Personen, deren Probleme ähnlich sind, zusammenzulegen. Das Haus machte einen baufälligen Eindruck. Die Schränke, in denen Wertsachen verwahrt werden sollen, waren nicht sicher. Es kam immer wieder zu Einbrüchen. Die Klinik übernahm hierfür nicht die Verantwortung und meinte, die Patienten müssten besser auf ihre Dinge Acht geben. „Man hat aber nichts getan, dass diese Verantwortung auch gerechtfertigt ist ... Wenn man irgendwas gesucht hatte, da waren eben die primitiven Schränke, da hatte man eine Tür aufgemacht, da ging die zweite gleich mit auf.“ Teilweise wurden akute Patienten gleich auf dem Flur behandelt, was für Angehörige und Mitpatienten besonders belastend war. „[Ich] kann’s nur so bewerten, dass das Umfeld nicht gepasst hat. Ja, also, die Zimmer, der Besucherraum und eben, dass im Flur Kranke liegen, stöhnen und so weiter und damit einem depressiven Menschen nun nicht förderlich sind.“ Die *räumliche Ausstattung* sieht Herr W. als sehr beschämend und deprimierend an. „Wir bezahlen unsere Pflegesätze, unsere Krankenhaustagesätze und dann muss ich sagen, hier solche Zustände. ... Ich kann’s nur als beschämend bezeichnen.“ Der vorgeschriebene Therapieplan wurde aufgrund seiner Routine und Monotonie von der Ehefrau als nicht förderlich bewertet: „Kannste dann auch faul und blöde werden.“ Insgesamt sieht Herr W. die Umstände der stationären Behandlung als so belastend an, dass er überlegt hatte, „irgendein Schreiben aufzusetzen“ und sich zu beschweren.

Die *stationäre Behandlung* bedeutete für Herrn W. eine *zusätzliche Belastung*. Er erlebte das Krankenhausmilieu als wenig förderlich, was zu Schuldgefühlen und Mitleid seiner Frau gegenüber führte. „Mir tat es am Anfang dann ja leid, wo wir sie drinne hatten.“ Er meint, dass die stationäre Aufnahme auch deshalb nötig wurde, weil er keine ausreichende Betreuung gewährleisten konnte. „Mir ging’s eigentlich darum, dass sie in einer kompletten Betreuung ist, denn ich konnte sie nicht gewährleisten, bin manchmal 10 Stunden außer Haus“. Auch war der Krankenhausaufenthalt mit zusätzlichen Wegen und Aufwand für ihn verbunden.

Herr W. resümiert, dass er als Partner der Patientin *keinerlei Hilfe* hatte. „Es ist schon für die Angehörigen hart, es ist schon hart, man wird ja auch nicht entlastet ... Jetzt kümmert sich sicher der behandelnde Arzt so gut oder so schlecht wie ’s möglich ist, jetzt für die Patientin, aber der Angehörige, dem wird keine Hilfe zuteil, in keiner Form. Ich hab weder eine Vergünstigung im Arbeitsverhältnis, ich hab sonst wie irgendwas gekriegt. Ich hab eigentlich *nur ’ne Belastung*.“ Herr W. beschreibt eigene „Grübelphasen“, die er versucht zu überwinden. „Das steckst Du jetzt weg und morgen ist ein neuer Tag.“ Er beschreibt sich als jemand, „der ein bisschen versucht, die Ellenbogen rauszustrecken“. Dies sieht er im Gegensatz zu seiner Frau, die sich „von ihrer Mentalität schon immer unterbuttern lassen“ hat. Am

meisten beschäftigt ihn, „dass es nicht wieder vorkommt, möglichst nie wieder vorkommt und wenn es denn käme, was musst du anders machen.“

Die Auswirkungen auf den *partnerschaftlichen Alltag* haben sein Wohlbefinden und seine Lebensfreude belastet. „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 Negativismus des Partners kann das Miteinander nachhaltig stören. „Der nimmt ihnen jede Freude ‚Nö, da hab ich 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.“ Herr W. war in der akuten Phase auch unsicher, wie weit seine Frau den Überblick und die Kontrolle über die Alltagsdinge behält. „Da hat ich auch immer Bammel, dass also hier im Hause was passiert.“ Aufgrund seiner intensiven beruflichen Tätigkeit konnte er nicht die Zeit mit seiner Frau verbringen, wie sie es vielleicht brauchte. In der akuten Zeit war die partnerschaftliche Kommunikation gestört. „Für mich war sie früher nicht ansprechbar.“ Aufgrund der Passivität seiner Frau kamen die Vorschläge für gemeinsame Unternehmungen zumeist von ihm. Diese Rollenverteilung hat sich im Verlauf geändert. „Nun schimpfe ich auch manchmal, sage ‚Mensch, nun sag mal, wie, was Du willst.‘“ Er möchte nicht mehr derjenige sein, der etwas „vordikiert“. Auch gelingt es dem Paar stärker als früher, unterschiedliche Interessen und Meinungen auszuhalten und zu verhandeln. Als Beispiel führt Herr W. das Fernsehen an. Wenn es da einmal Streit über das „gemeinsame“ Programm geben sollte, schlägt er einfach vor, jeder solle sehen, was er möchte: „Wir haben ja genug Fernseher hier.“

Frau W. ist arbeitslos, was eine Weile finanziell toleriert werden kann. Auf lange Sicht ist aber ein zweites Einkommen notwendig. „Ich kann im Moment alleine dafür sorgen, aber man will ja auch einen gewissen Lebensstandard.“ Seine Frau telefonierte v.a. in der akuten Zeit ausgiebig, was *finanzielle Mehrbelastungen* mit sich brachte. „Wir haben über 200 Mark Telefonkosten gehabt.“

Die Erfahrungen haben den *Blick für kleine Erfolge* geschärft. „Ich bin ja schon froh, wenn ich früh aufwache und ich höre nicht von ihr ‚Ach, ich hab wieder nicht geschlafen.‘ Man nimmt es bewusster wahr und [freut sich] über jede zufriedene Geste, die sie äußert.“ Herr W. steckt dann lieber zurück, was seine Interessen angeht und versucht, die Interessen der Frau zu stärken und ihr mehr Zutrauen in ihre Entscheidungen zu ermöglichen. „Also ich versuche schon immer wieder, wenn sie an irgendwas Freude hat, dass wir das dann auch umsetzen ... will nicht sagen, mehr, aber doch bewusster das durchleben.“ Herr W. achtet auch verstärkt auf das Befinden seiner Frau, versucht erste Krankheitsanzeichen aufzuspüren, um schneller eingreifen zu können. „Wenn so eine Phase käme, würde ich es sicher nicht mehr wie damals so lange auf sich beruhen lassen.“

### **Fallanalyse 196** „Das sind die Fakten und [da] gibt's eigentlich nicht mehr dazu zu sagen“

Frau H., 49 Jahre alt, ist geschieden und hat einen 27jährigen Sohn. Mit ihrem 60jährigen Lebenspartner ist sie seit 1981 zusammen. Sie ist gelernte Schriftsetzerin, ihr Partner ist Besitzer eines Handwerksbetriebes. Seit 1995 bestehen die psychischen Probleme, deren Behandlung nach ca. sechs Monaten abgeschlossen wurde. In den folgenden fünf Jahren sind dann keine Symptome mehr aufgetreten, so dass beide dieses Thema „abgehakt“ hatten. Ein Rezidiv wurde zunächst dem beruflichen Stress und der Hektik des Alltagsgeschäfts zugeordnet, bevor es als erneuter Krankheitsschub erkannt und behandelt wurde. Als Diagnose gibt Frau H. „endogene Depression“ an.

Frau H. berichtet wenig Details, meint, es sei „alles eben intensiver geworden“, wobei sie vor allem die *berufliche Mehrbelastung* anspricht. Da sie die Tätigkeiten ihres Lebenspartners übernehmen musste, fühle sie sich unter Druck. „Man kann nur froh sein, wenn einem soweit alles gelingt.“ Sie hat die volle Verantwortung für den Betrieb, die Bankgeschäfte und Arbeitsaufträge. Auch ist ihr Tag momentan so ausgefüllt, dass sie keine Freizeit mehr hat und somit wenig Möglichkeiten für einen Ausgleich.

Die *Auseinandersetzung mit der Krankheit* hatte sie prinzipiell „abgehakt“, war bei dem erneuten Auftreten „überrascht“. „Das hatten wir eigentlich abgehakt ... Am Anfang war ich überrascht ... dann musste ma es eben erst mal so hinnehmen, wie es ist und hoffen, dass es schnell vorbei geht, aber es zieht sich eben nun doch sehr lange hin.“ Zunächst erschien es schwierig, die Krankheitssymptome von beruflichem Stress abzugrenzen. Erst als die Arbeitsfähigkeit des Partners gefährdet war durch Konzentrationsprobleme, wurde therapeutische Hilfe aufgesucht. Diese wird in ihren Möglichkeiten von Frau H. angezweifelt, da sie als Ursache der Probleme die Zwänge und den Druck der Selbständigkeit ansieht (Konkurrenz, steigende Preise im Einkauf, schwankende Auftragslage, unsichere Einkünfte etc.).

Im Gespräch imponiert eine *extreme Kontrolliertheit*, die wie ein „Gefühlsverbot“ erscheint. Sie könne nichts machen und nichts erzwingen und müsse eben Geduld haben. „Ich weiß, dass ich Geduld haben muss und ich denke eigentlich nicht allzu sehr darüber nach, weil ich von der Arbeit auch abgelenkt werde. Was soll ich anderes machen. Ich kann nichts erzwingen.“ Im *Umgang mit der Krankheit* erscheint sie resigniert, abwartend und kontrolliert. Sie betont, dass sie eben nicht jammere und es demzufolge auch nicht mehr als die Fakten der Erkrankung zu erzählen gebe.

### **Fallanalyse 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, seien aber erst ab April 2000 behandelt worden.

Das Gespräch wird im Beisein einer der Söhne geführt. Für Frau F. hat sich in ihrer Einschätzung „s ganze Leben geändert“ durch die Erkrankung und die eingetretenen Veränderungen in der Persönlichkeit ihres Mannes. Am stärksten wirkte sich während der akuten Phase der soziale Rückzug und die dauernde berufliche Anspannung ihres Mannes auf die *Familie* aus. Verglichen mit einer geselligen Zeit vor der Erkrankung (z.B. monatliches Bowlen mit Freunden), verbrachte Herr F. immer mehr Zeit im Büro. Darüber hinaus wurde Herr F. der Familie gegenüber noch wortkarger. Dies ändert sich nun nach Abklingen der akuten Phase ins andere Extrem. Frau F. ist demgegenüber skeptisch und sehnt sich etwas mehr die gewohnte Ruhe zurück. Die Söhne „genießen“ die Veränderung des Vaters, „dass er sich jetzt mehr für einen interessiert“. Das von der Depression geprägte Verhalten beeinflusst die familiären Beziehungen.

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 Fehlentscheidungen und Fehlverhalten von ärztlicher Seite. Die Familie konnte Symptomverhalten (wie berufliche Anspannung, Schlafstörungen und körperliche Beschwerden) zunächst nicht einordnen. Einmal verhinderte der Kontext eine angemessene Interpretation, denn der

ständige berufliche Druck mit der Folge des permanenten „Arbeitenmüssens“ wird als Teil der Leistungsgesellschaft akzeptiert. Zum anderen sind 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 bietet eine Behandlung zu Hause an, denn man könne den Mann nicht zwingen, in die Klinik zu gehen. Frau F. muss eine Behandlung zu Hause jedoch ablehnen, weil sie es nicht schaffe und ihre Einflussnahme nach zwei von ihr unbemerkten Suizidversuchen ihres Mannes gering einschätzt. Daher kommt es dann zu einer stationären Aufnahme.

Der *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:

- Kauf eines Handys, um den Mann immer erreichen zu können
- Absprachen mit den Ärzten, was mit dem Mann zu welchem Zeitpunkt bedenkenlos besprochen werden kann
- Gegenprüfen ärztlicher Anordnungen (z.B. Verschreiben von Medikamenten) durch befreundete Medizinstudenten
- tägliche Besuche in der psychiatrischen Klinik
- persönliches Hinbringen und Abholen des Mannes, als er in tagesklinischer Behandlung war
- Verbot, Bier zu trinken oder Auto zu fahren („... und das hat er och begriffen.“)
- Aufschreiben aller Anweisungen / Dinge für den Mann, die dann in der Wohnung verstreut sind

Dies kommt zum Teil einer Entmündigung und abschätzigen Behandlung des Ehepartners gleich. Die durch die Informationsdefizite bedingte Unsicherheit wirkt folglich in den Beziehungsalltag und die *Beziehungsgestaltung* fort. Auffallend ist hierbei, dass in der Partnerschaft bereits vor Beginn der depressiven Episode Tendenzen zu Rückzug und wenig offener Kommunikation erkennbar sind. Frau F. suchte ohne Wissen ihres Mannes nach Indizien (Überweisungen in der Tasche) statt ein offenes Gespräch mit ihm. Dafür bittet sie eher den Sohn um Mithilfe („Da hab ich unsern jüngsten Sohn dann ma angesprochen ....., da is er nu mehr an ihn rangekomm.“). Auch bespricht sie den Umgang mit ihrem Partner zuvor mit den behandelnden Ärzten und erbittet konkrete Handlungsanweisungen (z.B. welches Thema wann angebracht ist). Sie sei beruflich so eingebunden und selten zu Hause gewesen, dass sie die Veränderungen und die Verzweiflung ihres Mannes nicht bemerkt habe. Da auch die Brandverletzungen unbemerkt blieben, ist auch eine sexuelle Entfremdung und wenig Intimität des Paares anzunehmen. Die depressive Episode stellt eingefahrene Beziehungsmuster in Frage und führt zunächst zu dem Versuch mehr seelischer Nähe (z.B. Nachfragen nach dem Befinden, Fürsorgeverhalten). Dies erlebt Frau F. als fremd und ungewohnt und zunächst nicht dem bekannten Wesen ihres Mannes zugehörig. „Ich bin ’n Morgenmuffel ... mir geht mein Mann jeden früh auf die Nerven, mit seiner Offenheit, so war er nie, ... un er is auch so feinfühlig geworden, mein Mann war früher nie feinfühlig oder ich hab ’s nich gemerkt.“

Das *Befinden* von Frau F. ist von Verunsicherung und dem Versuch, wieder Kontrolle zu gewinnen geprägt. Eine zentrale Frage hierbei 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.“ In der akuten Phase litt Frau F. unter Schlafstörungen, bei der Einweisung hatte sie Schuldgefühle. „Hätt ich ihn am liebsten wieder mitgenomm, da hab ich dran gezweifelt, ob das richtig war.“

Als *Krankheitsursache* sieht Frau F. den beruflichen Druck, aber auch den hohen Leistungsanspruch ihres Mannes an. Der Sohn fasst zusammen: „Er war einfach überlastet, das war das Grundproblem. ... Das Problem is aber, er war immer sehr verschlossen, ... hat sich halt nich helfen lassen, er war zu stolz, ... [hat] nur gesacht: ‚Ich muss es schaffen, ich muss es schaffen. Ich muss es schaffen.‘ Und dann is es halt zusammengebrochen.“ Eine entscheidende Veränderung mit Folgen für die Familie ist dann auch, dass der Mann die Berufstätigkeit aufgibt. Dies bereitet der Familie zusätzliche Sorgen, da sie sich fragt, wie die Arbeitslosigkeit verkraftet wird. Im Umgang damit werden neue Beschäftigungen für den Partner gesucht. Arbeiten im Garten wurden ihm überlassen, der noch arbeitslose Sohn unternimmt viel mit ihm, alte Interessen sollen wieder aufgenommen werden. Darüber hinaus stellt diese Situation auch eine *finanzielle Belastung* dar.

Zusätzlich erlebte Frau F. das Verhalten der Arbeitskollegen ihres Mannes als *stigmatisierend*, was eine offene Kommunikation oder einen Wiedereinstieg verhinderte. „Meine Frage war damals: ‚Hätten Se mein 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 niemanden so recht geheuer.“ Auch die psychiatrische Klinik wurde als stigmatisierend empfunden und der Wunsch geäußert, Spezialstationen für Patienten mit ähnlichen Problemen zu schaffen

### **Fallanalyse 198 „Irgendwo gibt’s immer ’n Weg“**

Herr K. ist 51 Jahre alt und gelernter Schiffbauer. Er arbeitet derzeit als Schweißer. Frau K. ist 50 Jahre alt. Sie hat zu DDR-Zeiten im Einzelhandel gearbeitet. Seit der Schließung des Betriebes ist sie arbeitslos, hat aber zwischendurch mehrere Lehrgänge absolviert oder befristete Arbeitsverhältnisse bekommen. Herr K. ist seit 1971 mit seiner Frau verheiratet. Beide haben zwei Töchter im Alter von 20 und 28 Jahren. Seit Anfang des Jahres ist es im Zuge eines Todesfalls in der Familie und eines Arbeitswechsels der Ehefrau zur Depression gekommen. Herr K. gibt an, dass er die Diagnose jedoch nicht kenne und auch nicht in die Behandlung einbezogen war.

Zentrales Thema ist für Herrn K. die *Auseinandersetzung mit der Erkrankung* und die Suche nach plausiblen Erklärungs- und Behandlungsmodellen. Dabei fällt besonders die Abgrenzung zu „normalen“ Krisen und Tiefpunkten schwer, aus denen sich der Mensch selber befreien kann. „Ich versteh’s nich richtig. Ich akzeptier’s, ... aber richtig verstanden hab ich’s, glaub ich nich. ... [Ich hab] immer gesacht: ‚Mensch, Du mußt doch selbst rauskommen jetzt.‘ ... Es ging aber nich bei ihr. ... Ich kann mich nich reinversetzen in dieser Situation, ... dass es überhaupt ’ne Krankheit is, das find ich irgendwie komisch.“ Die Erkrankung der Ehefrau forderte von Herrn K. die Reflektion eigener Vorurteile und die Anerkennung psychischer Störungen als behandlungsbedürftige Zustände. „Wieviel Leute da drinne sind [Anmerk.: in der Psychiatrie], wie viel junge Menschen, ... das hat ma früher eigentlich nich so sehr gehört, ... vor allen Dingen als Betroffener ... kriegt man das eigentlich erst mal richtig mit, was es da alles gibt, und dass es so was überhaupt gibt.“

Offen bleibt hingegen, welche Form der *Behandlung* hilfreich ist und wie diese im Detail aussieht. Herr K. verfolgt hierbei mit Interesse, aber Misstrauen und Erstaunen die Abläufe einer Therapie, v.a. Gruppentherapie, wie seine Frau sie ihm schildert. „Therapiestunden, ... ich hab immer gedacht, da wird dem Menschen nun geholfen, da wird ’n Weg gezeigt. .... Das is ja nich so. ... Die müssen das selbst, die ham ihre Gesprächsrunden, und wenn keiner was sagt, dann sagt eben keiner was. ... Da denk ich immer, jetz müßt doch die Therapeutin eigentlich eingreifen.“ Die Gruppe und die entsprechenden Aufgaben werden als überfordernd erlebt: „Es mußte jeder, der in dieser Gruppe war, jeder selbst was auf de Beine stelln. .... Leute, die schon am Boden sind, ... die kriegen nischt auf die Beine gestellt.“ Demzufolge wird die Therapie in ihren Inhalten in Frage gestellt. Hinzu kommt die Atmosphäre einer psychiatrischen Klinik, die Herr K. als hinderlich für eine erfolgreiche Behandlung ansieht: „Ihr ging’s schon schlecht, ... denn noch solche Leute um sich, ich mein, ... da kann’s noch schlimmer bloß wern.“ Insgesamt ist Herr K. der Behandlung gegenüber skeptisch, die er als aufwühlend, verstörend, überfordernd und zusätzliche Belastung für seine Frau empfindet. Darüber hinaus erlebte er die psychiatrische Klinik als *stigmatisierend*, wobei Informationsdefizite, Vorurteile und Fremdheit der Eindrücke maßgebend waren: „Bei der Einweisung hab ich gedacht, hier bleibste nich, ... Leute dort gesehn, ... auch das Zimmer, ... da hab ich ’n Schreck gekriegt. ... Da wird, wenn man nich verrückt is, da wird man dort verrückt. ... Da hab ich Angst gehabt.“

Im *Umgang mit der Erkrankung* dominieren Aktivität, Unterstützung und Polarisierung von Erfahrungen „Ich hab ... immer gesacht: ... ‚Mach dir doch kein Kopf, ... mach ’s Dir nich so schwer.“ Weil Herr K. seine Frau als gegensätzlich zu sich erlebt, kann er ihre Sorgen und Ängste schwerer verstehen. Herr K. beschreibt sich als unterstützend und sieht keine Veränderungen in der gemeinsamen Lebensführung. Die Erkrankung hat aus seiner Sicht keine *Beziehungsveränderungen* oder Rollenänderungen mit sich gebracht, da im Zuge der Erkrankung seiner Frau keine neuen Aufgaben oder Arbeitsteilungen für ihn auftraten.

Einerseits schätzt Herr K. ein: „Na belastend war die ganze Situation.“ Auch berichtet er von *gesundheitlichen Beeinträchtigungen*: „Nu wurde ich noch krank, erst mit ’m Rücken, und dann ging das mit ’n Herzen los, ... vielleicht war’s zuviel, ich weiß es nich, aber ... Gedanken macht ma sich ja auch.“ Andererseits lehnt er es ab, sich als besonders belasteter Angehöriger zu präsentieren und betont eine optimistische Grundhaltung dem Leben gegenüber. „Wie man immer denkt jetzt, die Angehörigen, die leiden besonders da drunter, also, kann ich eigentlich nich sagen, ... weil mich eigentlich nich so schnell was aus der Bahn werfen kann oder umwerfen kann. ... Irgendwo gibt’s immer ’n Weg.“