

Fallbeispiel – Depression. Sich wertlos, traurig und leer zu fühlen...

Die 41-jährige Beate Friese saß mit ihrem Ehemann beim Hausarzt. Der Mann hatte um den Termin gebeten. Als der Arzt fragte, was denn die Beschwerden seien, erzählte Matthias Friese von den Problemen seiner Frau. Sie käme seit Wochen nicht mehr richtig auf die Beine, weil sie sich schon morgens krank und schwach fühle. Sie habe starke Schmerzen im Unterleib, berichtete er, aber die ganzen Untersuchungen beim Frauenarzt hätten nichts ergeben. Dieser habe davon gesprochen, dass seine Frau organisch gesund sei und dass es vielleicht ein psychisches Problem gäbe. Zum Psychiater wollte sie aber nicht gehen. Deshalb seien sie heute da und hätten gerne seinen Rat. Werner Friese versorge seither morgens die beiden 12 und 14 Jahre alten Töchter, die noch zur Schule gingen.

Temperamentvoll und ein wenig beschreibt er die Krankheit seiner Frau, auf die er sich jedoch keinen Reim machen

konnte. Beate Friese selbst saß neben ihm und schaute stumm ins Leere. Als der Arzt sie ansprach, um von ihr eine Schilderung der Beschwerden zu bekommen, fiel es ihr schwer zu antworten. Bei den ersten Versuchen kam stets ihr Mann zu Hilfe. Erst nachdem der Arzt ihn aufgefordert hatte, seine Frau alleine antworten zu lassen, schilderte sie zögerlich, dass sie schon an den kleinsten Aufgaben im Haushalt verzweifle, weil ihr alles unendlich schwer falle. Als er sie nach ihrer Stimmung befragte, überlegte sie sehr lange, bevor sie dann nur „leer“ antwortete. Sie habe gar keine Hoffnung mehr, wisse nicht einmal, worauf sie persönlich hoffen sollte. Dann fiel ihr Mann wieder dazwischen: „Ich bin Kummer gewohnt, Herr Doktor, das können Sie mir glauben. Ich kann das auch noch eine Weile so weitermachen. Die Töchter sind ja auch schon ziemlich selbstständig. Ich mache mir bloß Sorgen um meine Frau. Da muss was passieren.“



REFLEXION

Krankheitsentstehung. Eine Depression kann das einzige Symptom oder Teil eines psychischen Symptomenkomplexes sein. Sie kann aber auch die Folge oder das Symptom einer körperlichen Erkrankung sein. Manchmal ist die Depression die Reaktion auf ein akutes Ereignis, wie etwa den Tod eines geliebten Menschen. Man spricht dann auch von einer reaktiven Depression. Oft scheint sie aber auch aus dem Nichts zu entspringen. Vielfach lassen sich dann aber in der Entwicklung des Patienten Ereignisse, Geschichten und Traumen ermitteln, welche die Depression als eine nach innen gerichtete Aggression zeigen.

Auf organischer Ebene wird die Depression mit einer verringerten Verfügbarkeit von Noradrenalin und/oder Serotonin im Gehirn in Zusammenhang gebracht. Noradrenalin ist in bestimmten Hirnregionen ein Neurotransmitter. Im Zusammenhang mit der Depression scheint hier ein Mangel in den Hirnstammregionen Locus coeruleus und Tegmentum vorzuliegen. Ganz ähnlich verhält es sich mit dem Neurotransmitter Serotonin der Nuclei raphe, die sich ebenfalls in der Hirnstammregion befinden.

Es gibt verschiedene Theorieansätze für die Entstehung psychischer Erkrankungen. Der eine sieht in einer Depression nicht mehr als eine Störung im Neurotransmitterhaushalt, der andere sieht sie als Ergebnis verschiedener seelischer Traumata mit entsprechenden Reaktionen der Psyche. Längst gibt es jedoch genügend Hinweise darauf, dass es sich um zwei Seiten einer Medaille handelt. Können Gefühle und Gedanken den Körper krank machen? Natürlich! Wer lange trauert, wird nachweislich eher krank, wer Angst hat oder sich aufregt, dessen Herz schlägt schneller, wer zu viel lacht, kann Schmerzen in der Bauchmuskulatur bekommen. Kann der Körper die Psyche krank machen? Selbstverständlich! Eine Kortison-Behandlung kann eine Depression auslösen, ein rechtsseitiger Schlaganfall führt nicht selten zu Persönlichkeitsveränderungen. Schließlich zeigt auch das Ansprechen vieler Depressionen auf Medikamente oder auch die Wirkung alkoholischer Getränke und anderer Drogen auf das Gehirn, dass die Psyche und das Gehirn untrennbar miteinander verwoben sind.

Morgens nicht aufstehen zu können, ist ein typisches Beispiel für die Antriebsschwäche bei einer depressiven Erkrankung. Beate schaffte es weder, ihren Pflichten nachzukommen, noch hatte sie Interesse an den Dingen, die ihr früher Spaß machten. Auch die Bewegungen waren schwerfällig, kraft- und schwunglos, die Mimik leidend oder starr.

Die Mischung aus negativem Selbstbild, negativen Zukunftserwartungen und negativem Weltbild ist typisch für die depressive Grundstimmung. Der Patient wird beherrscht von einer Empfindung der Gefühllosigkeit, einer inneren Leere und tiefen Traurigkeit über die er aber nicht weinen kann. Es gibt Gefühle extremer Vereinsamung, großer Schuld, völliger Wertlosigkeit und des totalen Versagens. Durch diese Gefühlslage kommen auch körperliche Symptome hinzu: fehlender Appetit, Ein- und Durchschlafstörungen, sexuelle Lustlosigkeit, aber auch Obstipation, Druck- und Engegefühle in Hals, Kopf und Brust.

Wie kann geholfen werden? Die medikamentösen Ansätze der Depressionsbehandlung verfolgen alle das gleiche Ziel: eine Erhöhung der Konzentrationen von Noradrenalin und Serotonin im synaptischen Spalt zwischen zwei Nervenzellen. Dies kann erreicht werden durch:

- Hemmung der Wiederaufnahme der Neurotransmitter,
- Hemmung des Abbaus der Neurotransmitter,
- Steigerung der Freisetzung der Neurotransmitter.

Lithium-Salze sind ebenfalls in der Depressionsbehandlung weit verbreitet, doch eignen sie sich besser zur Rezidivprophylaxe. Ihr Wirkmechanismus ist nicht ganz geklärt. Wahrscheinlich beeinflussen sie in günstiger Weise die intrazelluläre Signalübertragung.

Psychotherapeutische Verfahren sind besonders bei neurotischer Konflikt- und Erlebnisverarbeitung sinnvoll. In den Gesprächen sollen die möglicherweise auslösenden Faktoren in der Entwicklung erkannt und bearbeitet werden. Eine zentrale Rolle spielt hier die Vorstellung von der Depression als eine nach innen gerichtete Aggression. Nicht selten zeigen Patienten gerade dann Aggressionen, wenn sie etwa zu ergotherapeutischen Angeboten motiviert werden sollen. Dieser nach außen gerichtete Ärger, evtl gegen das Pflegepersonal, kann durchaus als richtiger Schritt und Erfolg angesehen werden.

Bei der Lichttherapie mit mindestens 2000 Lux macht man sich den Zusammenhang von Licht und Stimmung zunutze. Manche Patienten bekommen wegen der kurzen und lichtarmen Tage in den Wintermonaten eine Depression. Licht hemmt den Umbau von Serotonin zu Melatonin. Durch Lichttherapie wird bewirkt, dass die Serotoninkonzentration nicht abnimmt.

Ein weiterer Ansatz, bei dem in einer Studie über 50 % der Depressionspatienten geholfen werden konnte, ist die Wachtherapie. Hier ist der Patient 40 Stunden ohne Schlaf. Auch kurze Schlafphasen können den Behandlungserfolg zunichte machen. Die Wirkungsweise ist nicht ganz gesichert. Entweder wird die Ausschüttung eines noch nicht bekannten Schlafhormons verhindert, das Depressionen fördern kann, es könnte aber auch die bei der Depression üblicherweise gestörte Tagesrhythmik durchbrochen werden. Leider ist das gute Behandlungsergebnis nicht von Dauer.

Was tut die Pflege bei Depression? Die Pflege der Patienten erfordert vor allem einen bestimmten Umgang, Einfühlungsvermögen und ein Verständnis für das Wesen der Depression. So ist etwa flüchtiges Zusprechen von Trost falsch, da es dem Patienten nur zeigt, dass das Verständnis nicht da ist. Auch motivierende Aufforderungen wie „reiben Sie sich doch mal zusammen“ oder „Sie müssen einfach positiv denken“ belegen das Unverständnis, denn gerade damit haben die depressiven Menschen Schwierigkeiten. Es wäre so, als forderte man einen Gelähmten auf, einfach zu gehen.

Fallbeispiel – Depression. Sich wertlos, traurig und leer zu fühlen...

Während der Anfangsphase einer medikamentösen Behandlung muss der Patient häufig kontrolliert und streng beobachtet werden, denn während sich die Stimmungsaufhellung durch Antidepressiva erst nach etwa 3-wöchiger Behandlung einstellt, leidet der Patient u. U. bereits unter den Nebenwirkungen und erfährt gleichzeitig bereits eine Antriebssteigerung. Dies kann dann der entscheidende Anstoß sein, das Suizidvorhaben doch noch in die Tat umzusetzen,

Unerfahrene Pflegende geraten nach einer Phase des Mitleids nicht selten an einen Punkt der Frustration, in der Hilflosigkeit und Wut gegenüber dem Patienten entstehen können, da alles gute Zureden nichts hilft. Wichtig ist es, sich diese Muster bewusst zu machen, um die Gefühle nicht unbewusst am Patienten auszulassen. Eine sinnvolle Hilfe, die den Umgang mit dem Patienten erleichtert, erhalten Pflegende bei Supervisionen.

Behutsam kann mit aktivierenden Maßnahmen begonnen werden, wobei dem Patienten stets genügend Rückzugsmöglichkeiten bleiben sollten. Kreislauftraining und Atemübungen haben einen belebenden und antidepressiven Effekt. Bei Arbeiten und Therapien in der Gruppe können Patienten dann erfahren, dass sie mehr können, als sie von sich gedacht hatten. Allerdings ist hier viel Geduld erforderlich. Der oft gestörte Tag- und Nacht-Rhythmus kann von einer guten Strukturierung des Tagesablaufs profitieren.

Die Antriebsstörung und auch die Lebensmüdigkeit können zur Vernachlässigung der Körperpflege und der Essgewohnheiten führen. Eine führende und aktivierende Begleitung alltäglicher Verrichtungen ist

dann wichtig, ohne dass dem Patienten alles abgenommen werden soll. Auch Sondenernährung kann in der akuten Phase erforderlich werden. Die Nebenwirkungen der Psychopharmaka können sehr belastend sein. Umso wichtiger ist es, dass der Patient die Wirkungen und Nebenwirkungen gut versteht und die Notwendigkeit der regelmäßigen Einnahme einsieht. Das Vertrauen zu den Pflegenden und zu den Ärzten muss so sein, dass sich der Patient auch von zu Hause aus stets traut, Hilfe zu holen und nicht eigenmächtig die Dosierungen herauf- oder herabsetzt. Merke. Die Aufforderung, sich zusammenzureißen kann bei einer Depression nicht helfen, weil gerade das Unvermögen dazu ein wesentlicher Teil der Krankheit ist. Es wäre so, als fordere man einen Blinden auf, endlich zu sehen.

Fall: *Beate Frieses Zustand hat sich zwar nach 8 Wochen erheblich gebessert und sie kann die Klinik verlassen, doch wird ihr dringend zu einer ambulanten Weiterbetreuung geraten. Diese Nachsorge muss gleichzeitig als Vorsorge gegenüber einer neuerlichen Erkrankung angesehen werden. Dazu gehört auch, dass bereits in der Klinik eine Tagesstruktur aufgebaut wurde, die sie jetzt auf die häusliche Umgebung übertragen kann.*

Herr Friese wünschte sich nichts mehr, als dass seine Frau wieder ganz die alte würde und war zwischenzeitlich selbst sehr verzweifelt. Er hatte erkennen müssen, dass durch seine Unterstützung, indem er ihr z. B. viele Arbeiten abgenommen hatte, sie eher noch tiefer in die Depression verfiel. Die Psychologen rieten ihm in eine sog. Angehörigengruppe zu gehen.