

Die 41-jährige Johanna D.* sitzt mit ihrem Ehemann beim Hausarzt. Ihr Mann hat um den Termin gebeten.

Als der Arzt fragt, was denn die Beschwerden seien, erzählt Matthias D. 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 wolle sie aber nicht gehen. Deshalb seien sie heute da und hätten gerne seinen Rat. Julius D. versorge seither morgens die beiden 12 und 14 Jahre alten Töchter.

Johanna D. selbst sitzt neben ihm und schaut stumm ins Leere. Als der Arzt sie anspricht, um von ihr eine Schilderung der

Beschwerden zu bekommen, fällt es ihr schwer zu antworten. Bei den ersten Versuchen kommt stets ihr Mann zu Hilfe. Erst nachdem der Arzt ihn auffordert, seine Frau alleine antworten zu lassen, schildert sie zögerlich, dass sie schon an den kleinsten Aufgaben im Haushalt verzweifle, weil ihr alles unendlich schwer falle. Als er sie nach ihrer Stimmung befragt, überlegt sie sehr lange, bevor sie dann nur „leer“ antwortet. Sie habe gar keine Hoffnung mehr, wisse nicht einmal, worauf sie persönlich hoffen sollte. Dann fällt 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.“

**Fallbeispiel fiktiv, Namen frei erfunden*



REFLEXION

Krankheitsentstehung. Eine Depression ist eine psychische Störung bzw. Erkrankung. Zu den Ursachen zählen sowohl biologische als auch psychologische Einflüsse. 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, welche aber nicht mit einer normalen Trauerphase verwechselt werden darf. Oft scheint eine Depression aber auch aus dem Nichts zu entspringen. Vielfach lassen sich dann aber im Leben des Patienten Ereignisse und Traumen ermitteln, welche die Depression als eine nach innen gerichtete Aggression verursacht haben könnten.

Auf organischer Ebene wird die Depression mit einer verringerten Verfügbarkeit von Noradrenalin und/oder Serotonin im Gehirn in Zusammenhang gebracht. Noradrenalin ist ein in bestimmten Hirnregionen vorkommender Neurotransmitter. Bei einer Depression scheint ein Noradrenalin-Mangel in den Hirnstammregionen Locus coeruleus und Tegmentum vorzuliegen. Auch kann es an dem Neurotransmitter Serotonin mangeln, der innerhalb des ZNS v.a. in den Nuclei raphe vorkommt, die sich ebenfalls in der Hirnstammregion befinden.

Es gibt verschiedene Theorien zur Entstehung psychischer Erkrankungen. Der eine sieht in einer Depression nicht mehr als eine Störung im Neurotransmitterhaushalt, der andere sieht sie als Ergebnis verschiedener seelischer Traumen mit entsprechenden Reaktionen der Psyche. 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 Antriebschwäche bei einer depressiven Erkrankung. Betroffene schaffen es oft weder, ihren Pflichten nachzukommen, noch haben sie Interesse an den Dingen, die ihnen früher Spaß gemacht haben. Auch die Bewegungen sind 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 sowie 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 2 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 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. Weitere therapeutische Ansätze sind die Elektrotherapie und die Sporttherapie. Sie sind im Empfehlungsgrad mit der Licht- und Wachtherapie vergleichbar.

Was tut die Pflege bei Depression? Die Pflege der Patienten erfordert vor allem 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 „reißen 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. Aspekte der psychiatrischen Pflege sind von großer Bedeutung, darunter der Aufbau tragfähiger Beziehungen, das schaffende stützende Tagesstrukturen, das Anwenden spezieller Gesprächstechniken und das Erkennen von und Handeln bei Krisensituationen. Während der Anfangsphase einer medikamentösen Behandlung muss der Patient genau 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, ein Suizidvorhaben in die Tat umzusetzen, Unerfahrene Pflegenden 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 Pflegenden 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-Nacht-Rhythmus kann durch einen gut strukturierten Tagesablauf verbessert werden.

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, der Einsatz muss aber (u.a. von ärztlicher und psychologischer Seite) streng abgewogen 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: Johanna D.s 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 Verschlechterung angesehen werden. Dazu gehört auch, dass bereits in der Klinik eine Tagesstruktur aufgebaut wurde, die sie jetzt auf die häusliche Umgebung übertragen kann.

Herr D. wünscht sich nichts mehr, als dass seine Frau wieder ganz die alte wird und ist zwischenzeitlich selbst sehr verzweifelt. Er hat erkannt, dass sie durch seine Unterstützung, indem er ihr z.B. viele Arbeiten abgenommen hat, eher noch tiefer in die Depression verfallen ist. Die Psychologen raten ihm, in eine sog. Angehörigengruppe zu gehen.