



Stille wirkt auf Depression oft wie geistige Luft, die aufatmen lässt

3. Der Patient kann durch die vorgeschlagenen Massnahmen Erfolge, Verstärkungen und Ablenkung erfahren.
4. Der Patient lernt, sich die erzielten Veränderungen selber zuschreiben.

Abbau erlernter Hilflosigkeit

Seligmann schlägt ein Interventionsmodell zum Abbau der «erlernten Hilflosigkeit» (siehe Teil I in Heft 11/94) und den Aufbau von Überzeugungen vor, die die Umwelt beeinflussen können. Dazu empfiehlt er Planung, gestufte Aufgaben, Selbstsicherheitstraining und den Erwerb sozialer Fähigkeiten. Die Tendenz des Depressiven, sich dauernd als Ursache für Misserfolg zu sehen, soll dabei besonders beachtet werden [2/103].

Zeiss' und Seligmans Ansätze orientieren sich stark am aktiven Tun und können je nach Prozess des Patienten einseitig sein. Patienten erleben dann das Milieu der Klinik beispielsweise als «widersprüchlich» oder «zu anstrengend» – so die depressive Patientin Frau Z. [21]. Die vielen unterschiedlichen Betreuenden, unter anderem bei den diversen Aktivitäten, empfand sie eher unangenehm als «Puzzle» [21]. Hell fordert demgegenüber nicht nur Aktivierung, sondern eine ausbalanciertere Therapie, nämlich «die zeitge-

rechte Verbindung von aktivem Eingreifen und geduldigem Zuwarten» [7/250]. Frau Z. wünscht sich übrigens in einem für sie idealen Milieu nur eine Bezugsperson – ein weiteres Argument für die Bezugspflege (Primary Nursing, Heft 2/92 und 11/94).

Verhaltenstherapeutische Ansätze versuchen, Depressive wieder auf Trab zu bringen, aber im Grunde genommen passiert wenig Heilsames ohne die empathische Zuwendung durch Betreuende. Die Grundlage einer helfenden Beziehung ist und bleibt was die humanistische Psychologie schon immer gesagt hat: Echtheit und Ehrlichkeit, warmherziges Akzeptieren und einfühlerndes Verständnis. Nur damit kann Vertrauen entstehen und die Beziehung therapeutisch werden.

Eingehen auf unterdrückte Gefühlswelt

«Je schwerer die depressive Erstarrung ist, desto mehr ist der Kranke darauf angewiesen, dass die Kontaktaufnahme durch andere erfolgt. Er selbst ist in seiner Beziehungsfähigkeit stark eingeschränkt» [7/248] weiss Daniel Hell aus Erfahrung. Wichtig ist geduldiges und einfühlsames Eingehen auf die oft unterdrückte Gefühlswelt depressiver Menschen [7/249]. Die oben zitierte manisch-depressive Patientin (Frau Z.)

antwortete auf die Frage, was ihr half: «Leute, die nett zu mir waren, aus welchem Grund auch immer, Menschen, die mich nahmen, wie ich bin, seien es Freunde oder Psychiatrieschwestern» [21].

Depression ist im 1. Teil der Serie (Nr. 11/94) unter anderem als «blockierte Trauer» erkannt worden. Deshalb ist es für Betreuende wichtig, Verluste im Leben von Depressiven zu erkennen. Verena Kast beschreibt vier Phasen der Trauerarbeit [12/5]:

1. Schock, Nicht-wahrhaben-Wollen des Verlustes
2. Aufbrechende Emotionen
3. Suchen und sich trennen
4. Neuer Selbst- und Weltbezug

Depression: Im Trauerprozess steckenbleiben

Depression heisst «Hängenbleiben im Trauerprozess» (Liliane Juchli, [6/34]) und kann in mehreren der obgenannten Phasen geschehen, insbesondere im Schock. Trauer und Depression sind nicht dieselben psychischen Zustände. Trauer wie Unglück sind vorübergehende Zustände, Depression dauert und bedeutet Stagnation, Erstarrung, eventuell sogar Tod durch Suizid. Im Unglück kann der Mensch trauern und in eben diesem Trauern