

Frau Z. äussert auch Kritik an ihren Pflegenden. Aus verständlichen Gründen: Schwierig ist für sie besonders, dass diese die Krankheit und die Auswirkungen von Antidepressiva nicht selbst kennen: «Mir fehlt der wirkliche Erfahrungsaustausch. Und zum Teil wird furchtbares Zeug verschrieben!» Auch der grosse Altersunterschied zu jüngeren Pflegenden behindert das gegenseitige Verständnis. Grundsätzlich findet sie aber doch: «Was die Pflegenden können, das machen sie gut.»

## Schwierige Beziehungen

Pflegende geraten, ob sie es wollen oder nicht, mit ihren depressiven Patienten in eine Beziehungsdynamik. Rita Gilgen schildert dies anhand eines Beispiels: «Frau Z. machte mich zu Beginn sehr unsicher, indem sie mich abwertete. Ich spürte ihre Macht und begann auch an Fähigkeiten zu zweifeln, deren ich mir sonst sicher bin. Schlussendlich sprach ich dies bei der Patientin an. Jetzt haben wir eine gute Beziehung, und wir können uns gegenseitig sagen, wie wir uns gerade fühlen. Ich kann ihr heute auch mehr Sicherheit vermitteln.»

Angehörige und Pflegende spüren im Kontakt mit dem Depressiven, dass sie «nicht an ihn herankommen», dass sie «den anderen nicht erreichen». Sie möchten ihn «am liebsten aufrütteln». Nach einem Gespräch mit Depressiven ist oft eine beängstigende Leere spürbar.

Mit Übertragungen von negativen Gefühlen muss sich auch Daniel Hell, der ärztliche Leiter der Psychiatrischen Uniklinik Burghölzli in Zürich, herumschlagen: «Ich fühlte für Momente mein Interesse schwinden und ertappte mich dabei, dass ich nicht mehr wusste, was eben gesprochen worden war. Andere Male konnte mich eine kreisende Unruhe beschleichen, die mit dem Gefühl der Sinnlosigkeit meines Tuns einherging» [7/67].

## Die Gefühle übertragen sich

Der Zürcher Psychologe Alfred Leder schildert die Übertragung von negativen Gefühlen so: «Die atmosphärische Ausstrahlung des Melancholikers, seine Art und Weise, in Beziehung zu tre-

ten, und der Inhalt seiner Klagen bewirkt bei nicht wenigen gesunden Personen vorübergehend ebenfalls Zustände der Gefühlsleere, des Selbstunwerts, der Interesselosigkeit und der Willenshemmung» [7/68]. Die undurchsichtige Situation versetzt Gesprächspartner oft in Alarmbereitschaft. Die Auswirkungen widersprüchlicher Botschaften zeigen sich in der Entwicklung der pflegerisch-therapeutischen Beziehung:

«Anfangs zeigte sich Frau Z. mir gegenüber übermässig gefühlsbetont und verletzlich», erzählt Brigitte Neururer. «Sie suchte verzweifelt nach Halt und Sicherheit. Sie hatte die

Fähigkeit verloren, eine Beziehung entstehen zu lassen, auf der sich ein Vertrauensverhältnis aufbaut, das solche Gefühle zu tragen vermag. Frau Z. wurde früher oft zurückgewiesen und dabei verletzt. Dies führte zu negativen Prägungen, die es für Frau Z. immer schwieriger machten, Beziehungen einzugehen.» Aufgrund dieser Problematik entstand das Pflegeziel, gemeinsam mit der Patientin vom «alles oder nichts» wegzukommen und mit ihr eine «dosierte Beziehungsfähigkeit» zu entwickeln. Dabei geht es auch darum, Frau Z. zu zeigen, dass Abgrenzung nicht Einsamkeit bedeuten muss.

## Hinweise zur Beziehungsgestaltung

Liliane Juchli gibt folgende Gesprächs- und Verhaltenshinweise, die für Angehörige und Pflegende gleichermaßen hilfreich sein können [6/64f.]:

- Zuhören heisst, das Leiden des andern anzuerkennen. Tun Sie die Krankheit nicht ab, indem Sie etwa sagen, «es ist ja alles halb so schlimm».
- Abwarten, aushalten, mitgehen, nicht als passives «Ich kann ja sowieso nichts tun», sondern als klare verlässliche Haltung.
- Vor allem aber hilft, keine Angst vor dem Kranken und seiner Krankheit zu haben und die Hoffnung, dass Heilung möglich ist (bis zu zwei Drittel der Depressionen können gemildert oder geheilt werden).
- Die Strukturierung des Tages liebevoll, aber bestimmt lenken: Aufstehen, Toilette machen, Spaziergänge, Übernahme von kleinen Aufgaben.
- Denken Sie daran: Die unabdingbaren Grundlagen einer erfolgreichen Beziehung sind das Vertrauen und eine Beziehung, auf die sich der Patient verlassen kann [6/69].

Daniel Hell ergänzt aus seiner Erfahrung (vgl. [23]):

- Es ist oft besser, Beschwerden und Klagen von Depressiven unkommentiert nochmals zusammenzufassen, als sie irgendwie zu interpretieren oder gar zu relativieren. Die momentanen Leistungseinbussen können und sollen dem Patienten nicht ausgedeutet werden. Es geht vielmehr darum, von den depressiven Blockaden auszugehen und herauszuarbeiten, was trotzdem noch möglich ist, ob es etwa noch unerprobte Bewältigungsmöglichkeiten gibt.
- In der Praxis bewährt es sich, vorerst von den körperlichen Symptomen (wie Schlafstörungen, Appetitverlust, Gedächtniseinbussen usw.) auszugehen und erst allmählich auf das schwerer in Worte zu fassende innere Erleben zu sprechen zu kommen.
- Bevor jemand ambulant weiterbehandelt wird, muss eine akute Suizidalität ausgeschlossen werden.
- Informationen helfen dem Patienten. Sie zeigen, dass er an einer Krankheit leidet, die eine günstige Prognose hat.
- Durch ein entlastendes Gespräch mit Angehörigen kann manchmal äusserer Druck auf den Depressiven vermindert werden.
- Menschen, die einen persönlichen Verlust – beispielsweise eines Partners – erlitten haben, kann der normale Ablauf eines Trauerprozesses erklärt werden (vgl. 5/95).
- Mit motivierten Patienten in der Rekonvaleszenzzeit können die depressogenen Risiken der Lebensgestaltung (vgl. 11/94) herausgefunden und neue, gesündere Verhaltensweisen erarbeitet werden.