

1 Einleitung

In der Pflegepraxis habe ich die Erfahrung gemacht, dass Anzeichen, welche auf das mögliche Vorhandensein einer Depression¹ hindeuten, bei primär somatisch behandelten Patienten² spät oder nicht erkannt werden. Frauen³ die ich pflegte, äußerten während der Behandlung Anzeichen, die auf eine Depression hinweisen können. Darüber hinaus ist bekannt, dass Patienten, die aufgrund somatischer Krankheit Pflege erhalten, signifikant unter der Komorbidität Depression leiden (vgl. 1). Diese Versorgungslücke wird in der vorliegenden Arbeit aufgegriffen und näher untersucht. Um pflegerische Unterstützung zu initiieren, muss eine Depression zuerst einmal erkannt werden. Daher beschäftigt sich diese Bachelor-Arbeit mit der Frage, was Pflegenden, welche in einem somatischen Setting tätig sind, über das Erleben einer Depression wissen sollten, um Anzeichen einer möglichen Depression erkennen und ihr entgegenwirken zu können.

Unipolare Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen in Deutschland, wobei Frauen eine doppelt so hohe Prävalenz aufweisen wie Männer (vgl. 2). Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt bei 32 Jahren (vgl. 2). Aufgrund dessen wird die Bearbeitung des Themas in der vorliegenden Arbeit auf Frauen im mittleren Alter eingegrenzt.

Mögliche Anzeichen einer Depression finden sich in Veränderungen, die der Patient bei sich selbst und in Bezug auf seine Umwelt erlebt (z. B. chronisches Gefühl von Leere oder sozialer Rückzug). Anzeichen einer Depression lassen sich dementsprechend zunächst allein in dem Erleben des Patienten erkennen. Dies setzt Sensibilität der Pflegenden voraus, insbesondere gegenüber Patienten in somatisch orientierten Versorgungsbereichen der Gesundheitsversorgung.

Die vorliegende Arbeit richtet sich an Pflegenden, welche in ihrem Arbeitsalltag primär Patienten mit physischer Erkrankung betreuen, und an alle, die ein tieferes Verständnis davon erlangen wollen, wie Frauen das erleben, was wir Depression nennen.

Im ersten Kapitel geht es darum, die gesellschaftliche Bedeutung des Themas herauszuarbeiten, indem die „epidemiologische Situation der Depression“ in Deutschland

¹ Wenn im Text von Depressionen die Rede ist, sind immer unipolare Depressionen gemeint. Zur Vereinfachung des Verständnisses wird jedoch auf die spezifizierte Ausführung verzichtet.

² Um den Lesefluss im Folgenden zu vereinfachen, wurde die männliche Form gewählt. Das Wort Patienten inkludiert auch Patientinnen. Genderspezifische Aussagen sind als solche gekennzeichnet.

³ Die vorliegende Arbeit befasst sich mit Frauen mittleren Alters.

dargelegt wird. Im nächsten Punkt wird exemplarisch beschrieben, wie unipolare Depressionen von den betroffenen Menschen selbst erlebt werden. Aussagen von Frauen, die ich gepflegt habe, werden durch eine Literaturrecherche ergänzt, um Aufschluss darüber zu geben, wie sich die Depressionen im individuellen Erleben zeigen können. Diese Ausführungen lehnen sich in ihrer Gliederung an die ICD⁴-Klassifikation an und werden ergänzt um eigene in der Praxis gesammelte Erfahrungen, die auf das Vorhandensein von Depressionen hindeuten können. Aus den gewonnenen Erkenntnissen wird schließlich eine Idee über das Erleben abgeleitet, die Pflegenden dazu dienen kann, sich für das Thema Depression bei Frauen mittleren Alters zu sensibilisieren. Handlungsempfehlungen sollen den Pflegenden vor dem Hintergrund der Arbeit Möglichkeiten zur Unterstützung der Frauen aufzeigen. Ein Ausblick rundet die Arbeit ab und zeigt Ideen auf, wie eine weitere Betrachtung des Themas stattfinden könnte.

2 Epidemiologie

Seit Jahrtausenden berichten Menschen über Veränderungen im Erleben, die heute „Depression“ genannt werden. Hippokrates (geboren ca. 460 v. Chr.) sprach im Rahmen seiner „Säftelehre“ über den „schwarzgalligen“ Melancholiker (vgl. 3). Erst in den 1990er Jahren wurde damit begonnen, Daten nach wissenschaftlichen Kriterien zum Thema Depression zu erheben (vgl. 4). Heute haben Stimmungsbezeichnungen wie „depressiv“ Einzug in die deutsche Alltagssprache gehalten (z. B. „Ich fühle mich heute deprimiert“, „er ist deprimiert ...“).

Epidemiologische Daten belegen, dass alle psychiatrischen Störungen, aber insbesondere Depressionen, in den letzten Jahren an Bedeutung zugenommen haben. Dies lässt sich an vermehrter Prävalenz und Inzidenz ablesen (vgl. 5).

In dem Bundes-Gesundheitssurvey von 1998, der aktuellsten zzt. zugänglichen Quelle, litten nach der 4-Wochen Prävalenz 7,8 % der Frauen und 4,8 % der Männer innerhalb des letzten Monats an einer unipolaren depressiven Episode (vgl. 6).⁵ Es wird vermutet, dass die höhere Prävalenz bei Frauen auf postnatale Depressionen zurückzuführen ist.

⁴ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.

⁵ Trotz intensiver Bemühungen waren aktuellere Daten zur Prävalenz und Inzidenz in Deutschland nicht auffindbar.

Depressionen haben meist einen episodischen Charakter (vgl. 7). Nach einer Episode der Niedergeschlagenheit folgt ein Intervall, in dem Beschwerden deutlich reduziert oder gar nicht vorhanden sind. Danach folgt erneut eine Episode, in der der Patient Veränderungen erlebt, die auf die Depression zurückgeführt werden können. Es ist wahrscheinlich, dass innerhalb eines Jahres mehrere Episoden auftreten (vgl. 7). Bleibt die Depression unerkannt, dauert eine Episode ca. drei Monate (vgl. 7). Die Rezidivrate, weitere Episoden zu erleben, liegt bei 80 % (vgl. 8). Angaben über die Chronizität⁶ von Depressionen schwanken zwischen 15 % und 30 % (vgl. 8). Jacobi behauptete 2004, dass unipolare Depressionen in den alten Bundesländern häufiger auftreten als in den neuen (vgl. 9).

Die eindeutig wachsende gesellschaftliche Bedeutung der Depression wurde bereits vor 15 Jahren durch die umfangreiche Studie „The Global Burden Of Disease“ deutlich (vgl. 10). Ihr Autor, C. Murray, nahm an, dass die Erkrankung „unipolare Depression“ gravierende Einschränkungen im Leben der Erkrankten verursacht. Diese Einschränkungen führen zu einer deutlichen Verminderung der Lebensqualität. Die Prognose für die Zukunft ist heute noch genauso Besorgnis erregend wie vor 15 Jahren. In seinem Ausblick auf das Jahr 2020 sind laut C. Murray unipolare Depressionen nach ischämischen Herzerkrankungen der Hauptgrund für Lebenseinschränkungen. Aus den durch Depressionen verursachten Einschränkungen im täglichen Leben entsteht ein Leidensdruck für die Patienten. C. Murray geht in seiner Argumentation so weit, dass durch die erfahrenen Einschränkungen aufgrund der unipolaren Depressionen dem Menschen Lebensjahre verloren gehen, welche Menschen, die nicht an Depressionen leiden, uneingeschränkt nutzen können (vgl. 10). Die Dringlichkeit einer optimierten, früh indizierten und effizienten Unterstützung bei Depressionen liegt, laut C. Murray, auf der Hand.

Auch die Auswirkungen der Depression auf das Individuum geben Aufschluss über die gesellschaftliche Bedeutung des Themas Depression. Eine schwere Begleiterscheinung ist z. B. die Suizidalität⁷. Laut Lönnquist sterben global gesehen 15 % aller Menschen, welche an einer unipolaren Depression leiden, an einem Suizid (vgl. 11). Die Daten zeigen, dass 40–70 % aller Suizide das Resultat einer Depression sind (vgl. 11). Geht man von knapp 11.000 Suiziden in Deutschland aus, die im Jahre 2004 erfasst wurden (vgl. 12), so

⁶ Chronisch bedeutet in diesem Kontext, dass Beschwerden über mehr als zwei Jahre andauern (ebd.).

⁷ Begriffsdefinition siehe Kapitel 3.10.

errechnen sich 440 bis 770 Tote durch Suizid auf Grund einer Depression.

Im Jahre 2000 zeigten im Modellprojekt „Nürnberger Bündnis gegen Depressionen“ gewonnene Daten, dass ca. 60 % aller Suizidversuche von Frauen begangen wurden (vgl. 13).

Depressionen treten häufig in Zusammenhang mit anderen Krankheiten auf. „Andere Krankheiten“ können sowohl somatische Erkrankungen als auch psychische Störungen sein. Diese sog. Komorbiditäten treten häufig bei Depressionen auf. Zudem sind Depressionen selbst häufig Komorbiditäten. Eine Erklärung zur Entstehung von Depressionen können somatische Erkrankungen⁸ sein. Depressionen können aber auch auftreten, wenn Menschen eine längere Zeitspanne Belastungen ausgesetzt sind, die sie nicht kompensieren können.⁹ Es ist bekannt, dass reaktive Depressionen besonders häufig durch somatische, chronische Krankheiten begünstigt werden, wie z. B. durch Diabetes Mellitus oder koronare Herzkrankheiten. Eine somatische Komorbidität kann ein Grund dafür sein, dass viele Patienten, insbesondere Frauen, über vordergründig sichtbare, somatische Beschwerden berichten und der direkte Zusammenhang mit einer Depression zunächst nicht hergestellt werden kann (vgl. 14). Die eigentliche Depression bleibt dadurch unbemerkt. Es ist auch möglich, dass erst eine Depression vorhanden ist und diese weitere Krankheiten bzw. Störungen bedingt. Die häufigste Komorbidität in Folge einer Depression stellt die Angststörung dar (vgl. 14). Neben den Angststörungen gelten z. B. Abhängigkeiten¹⁰ als besonders häufige Komorbiditäten (ebd.).

3 Definition und Erleben der unipolaren Depression

In diesem Kapitel wird vorgestellt, was unter einer unipolaren Depression zu verstehen ist. Anschließend soll dargestellt werden, was das „Erleben der Depression“ impliziert und warum dieser Begriff gewählt wurde.

Im Weiteren soll an einem Praxisbeispiel ersichtlich werden, wie eine Frau mittleren Alters ihr Erleben der Depression beschreibt. Die (auch in den folgenden Kapiteln stattfindenden) Beschreibungen über das Erleben von Frauen, die ich in der Praxis pflegte, werden vor dem Hintergrund eines Klassifikationssystems abgebildet. Erkenntnisse der Theorie, in der

⁸ Z. B. Erkrankungen in Zusammenhang mit der Schilddrüse. Die genauen Ursachen und Entstehungsmodelle von Depressionen werden aufgrund der Kürze der Arbeit nicht betrachtet.

⁹ Sog. reaktive Depressionen.

¹⁰ Von stoffgebundenen und nicht stoffgebundenen Substanzen.

jedoch Bestandteile des Erlebens bisher nur schemenhaft in Form von Symptomen beschrieben werden, ergänzen die Betrachtung des individuellen Erlebens bei Frauen. Ergänzende Beobachtungen aus der Praxis werden in das gewählte Klassifikationssystem eingeordnet und zusätzlich zu den vorhandenen Kapiteln des Klassifikationssystems eigenständig aufgeführt (vgl. Kapitel 3.10 bis 3.13), sodass ein vielschichtiges Abbild dessen entstehen kann, was Frauen mittleren Alters erleben, wenn sie an einer Depression leiden.

Die Bezeichnung Depression ist auf das lateinische Wort „deprimere“ zurückzuführen. Es kann übersetzt werden mit „niederdrücken“, „herunterdrücken“ oder „erniedrigen“ (vgl. 15).

Die vorliegende Arbeit stützt sich auf die Definitionen und Charakterisierungen der ICD. Depressive Störungen sind unter dem Absatz F32 sowie F33 zu finden. Depressive Episoden sind unter dem Absatz F32 gelistet: „Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen erfahren eine Beeinträchtigung. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten somatischen Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust oder Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen“ (16).

Treten mehrere Episoden auf, wird dies im ICD unter F33 „rezidivierende depressive Störung“ angeführt. „Hierbei handelt es sich um eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden (F32) charakterisiert ist. In der Anamnese finden sich dabei keine unabhängigen Episoden mit gehobener Stimmung und vermehrtem Antrieb (Manie) (...)“ (ebd.).¹¹

¹¹ Depressionen werden zu den affektiven Störungen gezählt.

Wenn Menschen eine Depression erleben, sind es zunächst ausschließlich sie selbst, die feststellen, dass sich ihre Gefühle, ihr Verhalten und die Art, wie sie die Welt empfinden, verändern. Ich spreche deshalb in der vorliegenden Arbeit vom „Erleben“. Der Ausdruck soll beschreiben, wie vielfältig die unipolare Depression vom einzelnen Individuum empfunden, erfahren bzw. gefühlt wird. Erleben ist subjektiv, kann aber von Beobachtern wahrgenommen werden, beispielsweise durch Äußerungen des Patienten. Dies bedeutet für die Pflege, dass die Beobachtung der Patienten wichtig ist. Pflegende können, sofern sie dafür sensibilisiert sind, Veränderungen im Erleben der Patienten wahrnehmen. Obwohl in der ICD-Diagnose von „typischen“ Veränderungen die Rede ist, wissen Pflegende, dass Auswirkungen von Erkrankungen individuell zum Tragen kommen (vgl. 17). In der herangezogenen Literatur beschränkt sich Wissen über das individuelle Erleben meist auf Wissen über Symptome der Depression. Individuelle Ausprägungen dessen, was die Symptome bei betroffenen Frauen bewirken, sind nicht oder nur spärlich bekannt.¹² Dieses Wissen erscheint allerdings relevant für die Pflege zu sein, wie am nachfolgenden Beispiel gezeigt werden kann.

Auch wenn das Erleben einer Depression unterschiedlich wahrgenommen wird, scheint es, dass alle Patienten die Veränderung im Erleben negativ werten. „Etwas“, was Patienten schlecht greifen können, oder „alles“ verändert sich zum Schlechten, beschrieben mir Frauen, die ich in einem somatischen Setting pflegte. Wie individuell das Erleben des Vorhandenseins der Depression sein kann, soll das folgende Beispiel verdeutlichen. In einem praktischen Einsatz lernte ich eine Patientin¹³ kennen, die aufgrund somatischer Beschwerden ins Krankenhaus kam. Sie beschrieb dieses *„etwas, was sich zum Schlechten verändert hatte“* sehr eindrucksvoll.

Frau H.¹⁴ stellte sich zur stationären Aufnahme vor. Ihre Haltung war leicht gebückt und sie blickte auf den Boden, während sie ging. *„Hallo, (...) ich soll ein neues Knie bekommen. Der Arzt sagte, dass ich mein Gelenk mit den Jahren verschlissen habe.“* Ich antwortete: *„Na, da haben Sie aber einen netten Arzt, wenn er Ihnen das so erklärt. (...) Wenn Sie möchten, begleite ich Sie (...)“*. Frau H. beäugte mich, blickte mir jedoch nicht in die Augen und nickte letztendlich. Als wir die Station verließen, sagte sie: *„Wissen Sie, es ist mir egal, was der Arzt sagt ...“* Nach Klärung suchend, fragte ich: *„Was meinen Sie*

¹² Individuelles Erleben wird in Lehrbüchern nicht thematisiert (z. B. vgl. 27, 32).

¹³ Die Patientin war zu diesem Zeitpunkt 52 Jahre alt.

¹⁴ Der Name dieser Patientin sowie die Namen aller nachfolgend Zitierten wurden verändert.

damit?“ Frau H. schüttelte den Kopf und wischte die Frage mit einer Handbewegung weg. Ich sagte nach kurzer Pause. *„Frau H., ich habe den Eindruck, dass es Ihnen gerade nicht gut geht ...“* Frau H. blickte mich zum ersten Mal direkt an und sagte mit zitternder Stimme und Tränen in den Augen: *„Meine Freundinnen sagen, ich sei verrückt, aber es ist nicht das Alter, was mein Gelenk kaputt macht. Ich glaube, ich habe Krebs, auch wenn die Ärzte nichts finden können.“* Nachdem sie dies zügig ausgesprochen hatte, blickte sie wieder zu Boden und weinte geräuschlos. Ich sagte: *„Verstehe ich Sie richtig, dass Sie glauben, ein Tumor habe Ihr Gelenk geschädigt?“* Frau H. nickte und fügte an: *„Vergessen Sie's, es ist kein Tumor. Das weiß ich ja auch. Man findet ja auch nichts ... Aber es fühlt sich so an wie einer ... Bestimmt denken Sie, ich sei verrückt. Vergessen Sie bitte, was ich gesagt habe.“* Ich erwiderte: *„Ich verstehe nicht ganz, was Sie meinen. (...) Können Sie mir genauer beschreiben, was Sie fühlen?“* Frau H. schüttelte den Kopf und sagte: *„Vergessen Sie's.“* Zunächst schwieg ich. *„Vergessen fällt mir schwer“*, sagte ich nach einer kurzen Pause. Frau H. fuhr fort: *„Mir auch, aber Sie wissen ja nicht, wie das ist. Es fühlt sich an, als würde ein Krebsgeschwür in mir sein und mich Tag für Tag immer weiter auffressen. Seit Monaten! Ich kann nicht mehr, es raubt mir alle Kraft. Es wird immer schlimmer, verstehen Sie, jeden Tag. Ich kann nicht mehr.“*

Das Beispiel¹⁵ verdeutlicht, dass die Depression von der betroffenen Frau individuell erlebt wird.¹⁶ Frau H. erlebt ihre Depression als Krebsgeschwür, etwas Krankhaftes, Entartetes, was im Inneren ihres Körpers vorhanden ist und ihr Gelenk kaputt macht bzw. ihren Körper schädigt. Frau H. spürt, dass „etwas“ in ihr nicht in Ordnung ist, deutet dies als „Geschwür“ bzw. als „Krebs“. Sie fühlt es als eine schwere somatische Krankheit und assoziiert mit dem, was sie erlebt, keine Depression.¹⁷

Ebenfalls kann anhand des Beispiels gezeigt werden, dass Pflegende jederzeit auf Menschen treffen können, die an einer Depression leiden.

Frau H.'s Sichtweise auf die Depression stellt nur eine von vielen individuellen Möglichkeiten des Erlebens unipolarer Depressionen und ihrer Verarbeitung dar. Menschliche Wahrnehmung, Verhalten, Empfindungen, Veränderungen, Ansichten und

¹⁵ Dieses Zitat sowie alle nachfolgend genannten waren Bestandteile von Gesprächen, welche sich während pflegerischer Interaktion ergaben. Sie wurden nach Beendigung des Gespräches von mir schriftlich festgehalten. Da sie nicht durch eine gezielte Befragung (z. B. in Form eines Interviews) entstanden sind, existieren weder Protokolle noch sonstige Mitschnitte der Gespräche. Deshalb wird z.B. das Fehlen von Interviews gleichzeitig als Limitation der Arbeit gesehen.

¹⁶ Erleben ist also individuell.

¹⁷ Die Diagnose „schwere depressive Episode“ erfolgte während des Krankenhausaufenthaltes. Allen von mir zitierten Frauen wurden im Rahmen ihrer Behandlung die Nebendiagnose F32 oder F33 gestellt.

Schwierigkeiten, wie sie nachfolgend beschrieben werden, können auf das Vorhandensein einer unipolaren Depression hindeuten. Die Gesamtheit dessen, was die Depression (vor dem individuellen Hintergrund) bei betroffenen Frauen ausmacht, alles was sie darstellt und in dem Betroffenen bewirkt, wird in der vorliegenden Arbeit Erleben genannt. Erleben wird in der Literatur nicht thematisiert. Das Wort Erleben existiert in der Literatur nicht. Das Wissen über das, was ich Erleben nenne, beschränkt sich auf Beschreibungen von einzelnen Symptomen (vgl. 15).¹⁸ Durch die Erfahrungen in der Praxis erhielt ich den Eindruck, dass es bestimmte Auffälligkeiten bzw. Gemeinsamkeiten im Erleben bei Frauen mittleren Alters gibt. Fachpflegende, mit denen ich sprach, bestätigten meinen Eindruck. Das Bedrohliche, was Frau H. in sich vermutet, ist eine Möglichkeit, und zudem eine Ähnlichkeit im Erleben betroffener Frauen.¹⁹ Diese möglichen Ähnlichkeiten im Erleben vor den Erfahrungen der Praxis werden nachfolgend anhand des ICD-Schemas zur Diagnostik und Symptombeschreibung unipolarer Depressionen abgebildet.²⁰

In der ICD werden in der Symptombeschreibung einiger Kapitel (z. B. Kapitel 3.5 Schuld und Wertlosigkeit) teilweise unterschiedliche Begrifflichkeiten synonym verwendet. In der Praxis machte ich jedoch die Erfahrung, dass die Symptome unterschiedliche Auswirkungen auf die Betroffenen haben können.²¹ Diese Einteilung wurde gewählt, um möglichst viel des Erlebens, was für die Pflege relevant ist, abzubilden.

Die nachfolgende Kategorisierung von Symptomen, wie sie in der ICD-10 zu finden ist, schließt sich den sog. „Hauptsymptomen“ an (vgl. Kapitel 3.1 bis 3.3). Die Punkte bis einschließlich 3.10 sind sog. „Zusatzsymptome“. Diese medizinische Einteilung ist in der Praxis nötig, um Depressionen diagnostizieren zu können. Beim Patienten auftretende Haupt- und Zusatzsymptome werden addiert, um die Diagnose „Depression“ stellen zu

¹⁸ Neben Symptomen wird ebenfalls das sog. Somatische Syndrom erwähnt, was von mir im Laufe der Arbeit an entsprechenden Stellen wieder aufgegriffen wird.

¹⁹ Um Ähnlichkeiten/Gemeinsamkeiten im Erleben von Frauen abzubilden, wurden Aspekte gebildet, die ich im Laufe der Arbeit wieder aufgreife (siehe Anhang).
In den nachfolgenden Kapiteln werden Gemeinsamkeiten im Erleben der zitierten Frauen fett hervorgehoben.

²⁰ Die ICD-Klassifikation ist Grundlage der Diagnostik von Depressionen und erfasst Gemeinsamkeiten anhand von Symptomen.

²¹ Um die Begrifflichkeiten innerhalb eines Kapitels im Klassifikationssystem spezifisch betrachten zu können, wurden Dimensionen gebildet.

Das Wort Dimension gebrauche ich in diesem Kontext, um das, was Symptome innerhalb eines Kapitels im Erleben von Frauen mittleren Alters abbilden können, zu verdeutlichen.

Nähere Betrachtungen der einzelnen Dimensionen, in denen Depression erlebt werden können, sind in den nächsten Kapiteln aufgeführt.

(Dimension = Klassifikationspunkt der ICD oder eigener Klassifikationspunkt und die Ergänzung durch Praxiserfahrung.)

Die Aspekte eines Symptoms bilden die Dimension, die Dimensionen bilden das Erleben ab.

können. Pflegende in der Ausbildung lernen das ICD-Klassifikationssystem kennen, wenn sie Fachwissen über die Depression gelehrt bekommen (vgl. 15, 20). Eine medizinische Betrachtungsweise der Depression ist demnach Bestandteil der Lehre psychiatrischer Pflege. Grund dafür, dass dieses System verwendet wurde, ist u. a., dass die Pflege über kein eigenes Klassifikationssystem verfügt. Symptome, die in Zusammenhang mit einer Diagnose stehen, können etwas in Patienten auslösen, was seine Gefühle, sein Verhalten und andere Dimensionen seines Erlebens beeinflusst, z. B. die Empfindung von Leid, Schmerz oder den Wunsch nach Hilfe. Dieses individuelle Erleben, die Auswirkungen von Symptomen und Krankheit, sind aber letztendlich als relevantes Pflegewissen zu betrachten. Daher wird das Klassifikationssystem um drei weitere Dimensionen ergänzt, die in der ärztlichen Klassifikation nicht gesondert Beachtung finden, in der Pflegepraxis aber als von Bedeutung erscheinen.

3.1 Gedrückte/traurige Stimmung

Frauen berichten, dass sie dieses Grundgefühl durch den Tag, von dem ersten Gedanken am Morgen bis zum Einschlafen in der Nacht, begleitet. In der Literatur gilt die gedrückte, traurige Stimmung als Kardinalsymptom (vgl. 15).

Um zu untersuchen, was genau diese Stimmung kennzeichnet, reduziere ich zunächst das Adjektiv „gedrückt“ auf sein Substantiv **Druck**.

Wird Druck ausgeübt, geschieht dies durch Kraft. Eine Kraft wird z. B. auf etwas oder jemanden ausgeübt (vgl. 18). Einige Patienten, die ich in einem somatischen Setting gepflegt habe, beschreiben diesen Druck als etwas sehr Mächtiges, dem sie sich unterlegen fühlen. Sie beschreiben, dass die Kraft, die sie empfinden, ihre eigene übersteigt. Die Patientin Gabriele P. benennt den gefühlten Druck folgendermaßen: *„Es ist, als würden übergroße Hände meinen Hals langsam, ganz, ganz langsam, Tag für Tag ein bisschen mehr, zudrücken.“*

Die 45-jährige Patientin beschreibt das beständige Vorhandensein eines negativ empfundenen Grundgefühls. Die Intensität empfindet sie als konstant zunehmend. Auch für Helga H.²², wird die Situation von Tag zu Tag schlimmer und dadurch schwerer auszuhalten. *„(...) Tag für Tag schlimmer!“* Aus der Forschung über chronische

²² Siehe auch Zitat in Kapitel 3.

Krankheiten wissen Pflegende, dass der subjektiv empfundene Leidensdruck mit der Dauer der Erkrankung steigt (vgl. 19). An dieser Stelle wird auch eine Ähnlichkeit der Schilderung des Erlebens der bereits vorher zitierten Frau erkennbar.

Der Leidensdruck der Frauen erscheint den Frauen umso größer, je länger sie Veränderungen erleben, die auf Depressionen zurückgeführt werden können.²³

Anders als Frau H. beschreibt Frau P. den Sitz des Gefühls nicht in ihrem Inneren, als Krebsgeschwür, sondern als äußerlich vorhanden. Für sie ist das Grundgefühl bzw. der Druck am Hals spürbar. Der „Angriffspunkt“ erhält vor dem Hintergrund der Anatomie des Menschen eine große Bedeutung.²⁴ Für Frau P. ist das Erleben, etwas Übermächtigem an einer vulnerablen Stelle ausgesetzt zu sein, kennzeichnend für ihre Wahrnehmung der Depression.

In der Fachliteratur wird der beschriebene Aspekt des Drucks nicht erläutert (vgl. 15, 20). Stattdessen wird eine traurige Stimmung beschrieben.

Synonyme für „gedrückt“ sind, neben den im Zusammenhang mit Druck verwendbaren „gepresst“, „gedrückt“ etc., Ausdrücke wie „niedergeschlagen“. In der Literatur wird beschrieben: „Gefühle der **Verzweiflung** und der inneren Leere stellen sich ohne erkennbaren Anlass ein“ (15). Diese allgemein gängige Definition zeigt nicht auf, wie sich Verzweiflung oder innere Leere auf Betroffene auswirken können. Auch sind die Begriffe „Verzweiflung“, „innere Leere“ und „gedrückte Stimmung“ meiner Meinung nach nicht synonym verwendbar, weil die Auswirkungen des Beschriebenen bei Menschen unterschiedlich sein können. Innere Leere beschreiben viele Betroffene als „Gefühl von Taubheit“. Taubheit, als eine **Veränderung/Desensibilisierung im Sinnessystem** verstanden, hat andere Auswirkungen als „Verzweiflung“ wie z. B. das Erleben von Todessehnsucht.

Verzweifelt zu sein, bedeutet eine stärkere Gefühlsregung als „in gedrückter Stimmung zu sein“, weil es härter konnotiert werden kann.

Viele Experten gehen davon aus, dass die oben beschriebene **innere Leere** an Stelle

²³ Alle von mir zitierten Frauen erhielten entweder die Diagnose F32 oder F33 während ihres Aufenthaltes.

²⁴ Durch den Hals verlaufen u.a. Ösophagus und Trachea. Wird starker Druck auf die Trachea ausgeübt, kann weniger oder gar keine Luft mehr in die Lungen hinein- und aus den Lungen hinausströmen. Atmen ist bei extremer Komprimierung nicht mehr möglich. Auch die Arteria carotis verläuft durch den Hals.
In ihren Aufspaltungen in „Externa“ und „Interna“ versorgt sie wichtige Funktionen/Organe des Kopfes, wie beispielsweise das Gehirn oder die Augen. Dem Hals fehlen schützende äußere knöcherne Umgebungsstrukturen. Er kann daher als Stelle interpretiert werden, an dem der Mensch anatomisch lebensgefährlich verletzbar erscheint.

anderer, nachfolgend beschriebener Gemütsbewegungen tritt und diese verdrängt. „An Stelle (von) Freude, (...) Genießen (...), (...) Zufriedenheit, (...), Zorn, Gelassenheit, Ärger, Hoffnung oder Zuversicht tritt eine eigentümliche innere Leere. Alle Gefühlsregungen scheinen (...) abhandengekommen zu sein, es kommt zum „Gefühl der Gefühlslosigkeit (...) und zum völligen Verlust der Vitalgefühle. Schließlich werden die betroffenen Menschen sogar unfähig zu trauern oder zu weinen“ (20).

Die in den Lehrbüchern erwähnte innere Leere kann sich für Betroffene möglicherweise so auswirken, dass Sinne von ihr beeinflusst werden und die Betroffenen das Gefühl haben, ihre Wahrnehmung sei (zum Teil) nicht mehr möglich.

Diese Beschreibung wirkt vor dem, was wir in der Praxis von Frauen über ihr Erleben berichtet bekommen, nur eingeschränkt verwendbar. Petra M., 55 Jahre alt, verspürt beispielsweise neben dem Druck auch die Existenz innerer Leere. Sie beschreibt: *„Ich bin so leer, alles drückt, in mir drin ist alles tot.“*²⁵

Ob eine gedrückte Stimmung anders ist als eine traurige Stimmung, werde ich nachfolgend untersuchen. In der herangezogenen Literatur wird das Gefühl der Traurigkeit nicht näher beschrieben.²⁶ Erwähnt wird lediglich, dass Patienten **tiefe Traurigkeit** empfinden (vgl. 20). In der Praxis wurde deutlich, dass Auswirkungen von Traurigkeit von den Frauen anders erlebt wurden als Auswirkungen von innerer Leere. Für Frau P. kennzeichnet diese Traurigkeit häufiges Weinen. *„Ich wache auf und könnte sofort weinen. Manchmal weiß ich noch nicht mal, warum. Ich schleppe mich durch den Tag und fühle mich, als hätten dunkle Wolken mein Sein verhangen.“*²⁷ Besonders Frauen berichten, dass sie vermehrt weinen. Wie im Beispiel von Gabriele P. können sie manchmal den Grund nicht oder nur schlecht greifen. Obwohl Traurigkeit nicht näher definiert wurde, scheint das damit verknüpfte Weinen eine mögliche Gemeinsamkeit des Erlebens einer Depression zu sein. Dass die „innere Leere“, wie von einigen Experten beschrieben, Gefühle von Traurigkeit verdrängt, scheint auf Frau P. sowie auf andere Frauen, die ich pflegte und denen ich zuhörte, nicht zuzutreffen. Die Praxis bildet also nach meinen Erfahrungen ein anderes Bild ab als die Literatur.

Wie dieser Abschnitt verdeutlicht, werden viele Veränderungen im Erleben in der Dimension des ICD-Klassifikationspunktes „gedrückte/traurige Stimmung“ summiert. Alle

²⁵ Gemeinsamkeit im Erleben, z. B. Gefühl der inneren Leere, Verzweiflung.

²⁶ In keiner mir bekannten Literatur fanden sich genauere Beschreibungen.

²⁷ Ähnlichkeiten im Erleben, z. B. Veränderung der Sinne, Verzweiflung, Dunkelheit, tiefe Traurigkeit.

verwendeten Ausdrücke bzw. die in der Praxis sichtbar gewordenen und durch Zitate verdeutlichten Gemeinsamkeiten beschreiben eine Dimension, in der Betroffene Veränderungen erfahren können. Das Erleben von Druck, Sinnesstörungen, innerer Leere, tiefer Traurigkeit und Verzweiflung können mögliche Gemeinsamkeiten im Erleben einer Depression bei Frauen mittleren Alters sein. In einer Notiz, die Helga H. während ihres Krankenhausaufenthaltes machte, drückte sie ihre sehr persönlichen Dimensionen der Depression aus. Sie beschreibt: *„Ich seh‘ den Garten nicht mehr grünen, in dem ich einst so viel geschafft. Ich seh‘ die Blumen nicht mehr blühen, weil mir das Dunkel nahm die Kraft. Will schlafen in Frieden, ruhen sanft, hab‘ ich wirklich jemals getanzt?“*²⁸

Das gewählte Wort „Tanz“²⁹ kann methaphorisch interpretiert werden. Tanz ist Bewegung und steht in enger Verbindung zur Musik. Für die Wahrnehmung von Musik und Ausübung von Tanz benötigt der Mensch seine Sinne (vgl. 21). Wie beschrieben, empfinden Patienten, welche an einer Depression leiden, das Gefühl von Taubheit, welches alle ihre Sinne betrifft. Für Frau H., die bereits zitierte Patientin, ist dieses Erleben dadurch gekennzeichnet, dass ihre Fähigkeit, Reize durch ihr visuelles System aufzunehmen, stark eingeschränkt ist.

Die erlebte Einschränkung im Sinnessystem könnte bei Frau H. auch durch das Fehlen von **Farben** interpretiert werden. *„(...) seh‘ (...) nicht mehr grünen (...)“*. Auffällig ist auch, dass Frau H. zur Beschreibung die Farbe Grün wählt. Die Farbe Grün kommt in der Natur am häufigsten vor (vgl. 22). Ebenfalls gilt Grün im Volksmund als die Farbe der Hoffnung (vgl. 22). Dass Frau H. das Fehlen der Farbe Grün beschreibt, könnte darauf hindeuten, dass sie sich hoffnungslos fühlt. Farben können vom menschlichen Auge erst dann wahrgenommen werden, wenn eine bestimmte Lichtwellenlänge vorliegt. Wo kein Licht ist, sondern **Dunkelheit**, sind Farben für den Menschen nicht wahrnehmbar (vgl. 22). Frau H. Beschreibt: *„(...) weil (...) das Dunkel nahm die Kraft.“*³⁰

Sie assoziiert Dunkelheit in diesem Kontext mit etwas Negativem, etwas Mächtigem, das ihr eine Fähigkeit raubte, die sie vorher besaß.³¹

Es scheint, als hätte Frau H. vor ihrer depressiven Episode den grünen Garten und die blühende Blume positiv assoziiert. Das Erleben von Frau H. hat sich durch die depressive

²⁸ Ähnlichkeit im Erleben, z. B. Aspekt Verzweiflung.

²⁹ Tanz kann ebenfalls als etwas Dynamisches interpretiert werden, Näheres dazu in nachfolgenden Kapiteln.

³⁰ Anmerkung: Kraftlosigkeit als Gemeinsamkeit im Erleben von Depressionen wird auch im Folgenden deutlich, siehe Kapitel 3.3.

³¹ Auch anhand dieser Beschreibung können Gemeinsamkeiten im Erleben erkannt werden.

Episode verändert. Das, was früher schön für sie gewesen zu sein schien, erkennt sie nun nicht mehr. In Folge dessen assoziiert sie keine (positiven) Gefühle mehr damit. Es lässt sie sozusagen „gefühlskalt“. Die Aussage „(...) *will schlafen in Frieden, ruhen sanft* (...)“ lässt auf eine tiefe Verzweiflung schließen, die Frau H. erlebt. Die abschließende Frage der Metapher richtet Frau H. an sich selbst. Sie zweifelt daran, ob sie „(...) *wirklich jemals getanzt (hat)*“. Es erweckt den Anschein, als könne Frau H. sich nicht mehr vorstellen, jemals in ihrem Leben getanzt zu haben. Das „depressive Erleben“ scheint ihr Erleben der Phase vor der depressiven Symptomatik zu überschatten bzw. zu verdrängen. Diese Verdrängung könnte individueller Ausdruck dessen sein, was in der Literatur zum Teil beschrieben wird.³² Spekulativ bleibt, ob Frau H. mit ihrer Metapher auch auf Veränderungen in ihrem zeitlichen Erleben hinweist. Sie vergleicht sich und ihre Fähigkeiten in den Zeiträumen von früher und aktuell³³, wobei sie ihren aktuellen Zustand als so mächtig erlebt, dass sie an der Existenz eines anderen, gegensätzlichen, Lebensgefühls zweifelt.

Das Synonym der gedrückten und traurigen Stimmung scheinen also nicht ansatzweise dem gerecht zu werden, was Betroffene innerhalb dieser Dimension erleben.

3.2 Interessenverlust/Freudlosigkeit

In der Literatur finden sich Beschreibungen des Interessenverlustes/der **Freudlosigkeit**: „Die Fähigkeit, sich an wichtigen Dingen oder Aktivitäten des Alltags zu freuen bzw. daran teilzunehmen, geht verloren. Der Interessenverlust kann sich auf alle Lebensbereiche, (...) Familie, Freundeskreis, Beruf, aber auch Hobbys (...) erstrecken“ (15). Wie Interessenverlust/Freudlosigkeit von den Betroffenen erlebt wird, ist nicht in der Literatur beschrieben. Was bewirken Freude und Interesse beim Menschen bzw. das Fehlen derselben?

Der Schriftsteller Fjodor Dostojewski sagte einst: „Wer die Menschen liebt, der liebt auch ihre Freuden“ und stellte somit dar, dass für ihn das Empfinden von Freude ein zentraler Bestandteil des Menschseins ist.³⁴ Freude wird in der Literatur als „Gefühl-des-über-sich-hinaus-Seins“, „Sich-Öffnens“ und „Sich-Verschenkens“, weitestgehend gleichbedeutend

³² Wie oben beschrieben, kann das Gefühl der inneren Leere alle anderen Gemütsbewegungen verdrängen (vgl. S. 11 ff.).

³³ Aktuell meint: in der Phase einer depressiven Episode.

³⁴ Ursprung unbekannt.

mit „Glück im Sinne (einer) tiefen Erfahrung der Freude, Erfüllung und Erlösung, Glückseligkeit“ beschrieben (vgl. 23).

Freude³⁵ ist also eine starke Emotion, mit der positive Dinge assoziiert werden. Wie in Kapitel 3.1 beschrieben, sind für die zitierten Frauen diese Freude sowie weitere positive Dinge nicht mehr präsent.

Wie ebenfalls in Kapitel 3.1 erläutert, können Gefühle und Gedanken von einer „inneren Leere“ überschattet werden.³⁶ Zunächst betrachte ich, wie sich das Fehlen von Freude bei Patienten äußert. Freuen sich Menschen, bewirkt dies unter anderem eine Veränderung in ihrer Mimik. Eine mögliche Ausdrucksform des Menschen ist das Lachen (vgl. 24). Freudlosigkeit kann unter anderem beobachtet werden, wenn Menschen selten, wenig oder gar nicht lachen. Schauen sie stattdessen leidlich und traurig, sind dies ebenfalls Hinweise auf eine mögliche Freudlosigkeit. Manche Menschen lachen mehr, andere weniger. Manche lachen über Dinge, die andere noch nicht einmal zum Schmunzeln bringen, Freude wird also jeweils individuell empfunden. Dieser Vergleich macht deutlich, dass es objektiven Beobachtern zwar möglich ist, Freude von außen wahrzunehmen, aber nicht die Qualität dessen, was sie sehen, zu beurteilen. Es scheint daher nicht möglich, das Ausmaß an erlebter Freude bzw. das Fehlen selbiger durch bloßes Beobachten zu erkennen. Wichtig für die Pflegekraft ist somit nicht nur das Wissen um mögliche Ausdrucksformen von Freude bzw. die Interpretation von fehlendem Ausdruck, sondern auch das Wissen um die individuelle Intensität, mit welcher Menschen Freude empfinden. Das beinhaltet auch die Kenntnis darüber, wie stark das Individuum emotional auf bestimmte Reize reagiert. Pflegende können das nur durch direkte Interaktion mit Patienten erfahren. Depressionen können das Erleben der Betroffenen, wie bereits am Beispiel der „inneren Leere“ beschrieben, durch das Fehlen von positiven Gefühlen beeinflussen. Nach dem, was die Betroffenen berichten, scheint es, als könnte das Erleben nicht nur Sinnesreize überschatten, sondern auch positive Emotionen schmälern oder unterbinden.

Für viele der Betroffenen bedeutet dies, keine Freude mehr empfinden zu können (vgl. Kapitel 3.1).

Zudem wird in der Literatur das Symptom des **Interessenverlustes** beschrieben. Interessen sind beispielsweise Wünsche nach Betätigungen (vgl. 25). Sie können beim Menschen

³⁵ Freude meint hier nicht z. B. Schadenfreude.

³⁶ Interessenverlust und Freudlosigkeit sind nicht nur Symptome, sondern auch unterschiedliche Aspekte. Sie werden von Frauen in der Praxis unterschiedlich erlebt und dargestellt.

Gedanken und Gefühle positiv beeinflussen.

Stefanie K.'s³⁷ Interesse war die Musik. *„Ich habe Musik geliebt! Musik hören, Musik machen, alles was damit zu tun hat. Besonders gern habe ich gesungen. Beim Singen fühlte ich mich glücklich, es hat mich entspannt und mich befreit (...). (...) Jetzt lässt Musik mich kalt, das Singen gibt mir nichts mehr, ich kann mir nicht vorstellen, dass es mir jemals Freude bereitet hat.“* Für Frau K. war Musik ein Mittel, positive Emotionen in sich auszulösen. Sie hat es „geliebt“ zu singen, und assoziiert somit „Musik“ mit dem Begriff „Liebe“. Die Liebe, die sie früher dabei empfunden hat, ist für sie nicht mehr fühlbar. Viel mehr noch, Frau K. kann sich nicht einmal mehr vorstellen, dass sie überhaupt jemals in den Genuss dieses Gefühls gekommen ist. Liebe ist eine der stärksten und wichtigsten Emotionen, die Menschen empfinden können (vgl. 26). Das, was Frau K. erlebt, ähnelt dem in Kapitel 3.1 geschilderten Erleben von Frau H. *„(...) hab' ich wirklich jemals getanzt?“*. Das Gefühl, nicht mehr lieben zu können, scheint für Frau K. eine mögliche Form im Erleben der Depression darzustellen. Ähnlich wie ihr geht es nicht nur Frau H., sondern auch Frau P. Sie berichtet: *„Ich liebe meine Kinder sehr. Und momentan liebe ich sie auch nicht. Ich schäme mich, es zu sagen, aber ich interessiere mich nicht mehr so für sie, obwohl sie das Beste sind, was mir passiert ist!“* Auch an diesem Beispiel zeigt sich, dass die Liebe bzw. das Gefühl, Liebe nicht mehr zu empfinden, für die Frauen eine wesentliche durch die Depression verursachte Veränderung im Erleben sein kann. Frau P. beschreibt nicht nur, dass ihr die Fähigkeit zu lieben abhandengekommen ist *„(...) momentan liebe ich (...) nicht“*, sondern auch die Folgen, die sie als zentral erlebt. Das von ihr beschriebene Beste, was ihr je passiert ist, interessiert sie nicht mehr so sehr, da ihr Erleben durch die Depression beeinflusst ist.³⁸

Dieses Beispiel aus der Praxis zeigt, dass Interessenverlust sich also nicht nur auf Aktivitäten wie Hobbys auswirken kann, sondern auch auf das gesamte **soziale System** der Frauen, wie bei Frau K. in Bezug auf ihre Kinder deutlich wurde. Die Folgen des Interessenverlustes (z. B. soziale Isolation und Vereinsamung) sind mitunter gravierend und werden nur z. T. in der Literatur beschrieben (vgl. 15). Für die Pflege ist dieses Wissen jedoch relevant, weil mögliche Anzeichen wie der Verlust von Interessen oder die Einschränkung sozialer Kontakte genauso wie Freude beobachtbar sind. Die Pflegekraft

³⁷ Stefanie K. war zum Zeitpunkt ihrer stationären Aufnahme 39 Jahre alt.

³⁸ Ähnlichkeit im Erleben erkennbar, z. B. Empfinden der Aspekte Freudlosigkeit, innere Leere, Veränderung im Sinnessystem.

kann ggf. Auffälligkeiten feststellen, wie z. B. das Fehlen von Angehörigen/Besuchern, Hobbys, Interesse am Krankenhausgeschehen und Weiteres. Wenn Frauen über Erleben von Freudlosigkeit, den erlebten Verlust der Fähigkeit zu lieben oder dem Erleben von Interessenverlust berichten, kann dies möglicherweise auf eine vorhandene Depression hindeuten.

3.3 Verminderter Antrieb/erhöhte Ermüdbarkeit

Antrieb ist ein vielseitig verwendetes Wort und wird umgangssprachlich in vielen Zusammenhängen gebraucht.

In der Wissenschaft wird der **Antrieb** „sehr global und wenig scharf (als) Ausdruck sich kundgebender Aktivität eines Menschen“ definiert. Ferner noch, „(...) Antrieb bestimmt ihre Lebendigkeit (...)“ (27). Der Antrieb ist Voraussetzung für Aufmerksamkeit, Zuwendung und Anteilnahme (ebd.).

Wenn jemandem „der Antrieb fehlt“, so bedeutet dieser Zustand das Nicht-Vorhandensein oder Vermindertsein einer inneren Einstellung (Motivation) oder eines äußeren Reizes, der notwendig wäre, um eine Reaktion auszulösen.³⁹ Gemeint sein kann der „innere Antrieb“, also die innere Einstellung oder Motivation, oder der „äußere Antrieb“, also ein durch die Umwelt oder andere äußere Einflussnahmen verursachter Beweggrund. Mit dem Begriff „Antrieb“ kann ebenfalls der Begriff **Dynamik** assoziiert werden. Fehlt dem Individuum die Dynamik, so reagiert es nicht auf vorhandene Reize. Sein Erleben wird weder von inneren noch von äußeren Faktoren beeinflusst. Die Kraft, um ein Ziel zu erreichen, wird nicht mobilisiert. In Lehrbüchern wird unter dem „verminderten Antrieb“ ein Zustand beschrieben, in dem „die Patienten (...) energielos, passiv, schwach, leicht und rasch erschöpfbar und ohne jegliche Initiative (sind), (sie) können sich zu nichts aufraffen und selbst die einfachsten Verrichtungen des täglichen Lebens (fallen) unsagbar schwer. Jede noch so kleine körperliche oder geistige Aktivität wird als unüberwindbarer Kraftakt empfunden“ (20).⁴⁰ Zentrale Beschreibung des Erlebens von vermindertem Antrieb

³⁹ Eigene Definition wurde gewählt, weil die o. g. wissenschaftliche Beschreibung des Begriffes nicht das abbildet, was zur Bearbeitung von Interesse war. Trotz intensiver Recherche war keine passendere Definition auffindbar, die mir zur nachfolgenden Beschreibung des individuellen Erlebens geeignet erschien.

⁴⁰ Dieser Definition eines Lehrbuches für psychiatrische Pflege stehe ich kritisch gegenüber, weil sie meiner Meinung nach stigmatisiert und nicht die Individualität des Erlebens, also die eigentlichen Auswirkungen für das Individuum abbildet. Sie wird trotzdem verwendet, weil keine geeignetere in Lehrbüchern zu finden war.

könnten demnach sein: Energielosigkeit, Passivität, Schwäche, Erschöpfbarkeit, Initiativlosigkeit, Motivationslosigkeit und **Kraftlosigkeit**.⁴¹ Da nähere Beschreibungen über die individuellen Auswirkungen dieser Veränderungen im Erleben nicht in der Literatur zu finden waren, diskutierte ich dieses Thema mit Fachpflegenden, welche meinen Eindruck bestätigten. Eine Fachpflegende berichtete mir, dass der Patient wie oben beschrieben auf die Pflegekraft wirken kann (z. B. „energielos“ und „schwach“ durch einen herabgesetzten Muskeltonus). Die Fachpflegende beschrieb: „Ich kenne keinen depressiven Patienten, der erhobenen Hauptes und Stärke ausstrahlend über die Station geht. Die meisten gehen gebückt, schlurfend, den Blick nach unten gerichtet ...“⁴² Die Körperhaltung und Körperspannung können also bei Beobachtern das Gefühl erwecken, dass Patienten energielos, schwach, erschöpft, passiv, kraftlos oder initiativlos sind. Die Pflege könnte sich die Frage stellen: „Wie wirkt der Patient auf mich?“ oder „Welchen Eindruck habe ich vom Patienten?“

Wie die Betroffene, Stefanie K., sich selbst erlebt, schildert sie in einem weiteren Beispiel: *„Sie wissen ja nicht, wie es ist (...) es ist ja nicht, dass ich nicht will, ich habe einfach nicht die Kraft dazu (...)“* Frau K. gibt an, dass sie das durch die Depression verursachte Problem nicht in einer Verminderung des Antriebs sieht, sondern darin, dass ihr die Kraft fehlt. *„Es ist ja nicht, dass ich nicht will (...)“* Interpretiert man das Fehlen der Kräfte, so kann es bei ihr eine Schwäche verursachen, die sie von einer Handlung abhält. *„(...) nicht die Kraft dazu (...)“* Frau P. beschreibt: *„(...) Ich hatte nicht die Kraft, die Couch zu verlassen und den Hörer⁴³ in die Hand zu nehmen.“* Für sie scheint das Fehlen von Kraft relevant zu sein (innerer Antrieb). Beschrieben wird also das Fehlen eines inneren Zustandes, welcher durch die Auswirkungen der Depression abhandengekommen ist. Das Praxisbeispiel greift allerdings noch einen weiteren Aspekt auf. Frau P. beschreibt, dass sie es nicht schaffte, die Couch zu verlassen (Aspekt der Dynamik) und den Hörer in die Hand zu nehmen. Ein Telefonhörer, so wie wir ihn in Haushalten antreffen, wiegt nicht viel und jeder Mensch ist physisch dazu in der Lage, ihn hochzuheben und zu halten. Es hat also den Anschein, dass die fehlende Kraft, die Frau P. beschreibt, nicht rein physischer Natur

⁴¹ Vor dem Hintergrund der bereits abgebildeten Dimensionen werden auch hier wieder Gemeinsamkeiten im Erleben sichtbar.

⁴² Ich möchte kritisch anmerken, dass auch diese Fremdzuschreibung stigmatisierend ist und sicherlich nicht auf alle Patienten zutrifft. Diese Meinung einer Pflegekraft darf daher nicht als allgemeine Beschreibung gelten, sondern dient ausschließlich der näheren Erläuterung einzelner, für den Text relevanter Aspekte.

⁴³ Hörer = Telefonhörer.

ist.⁴⁴ Es scheint der Patientin nicht darum zu gehen, den Telefonhörer aufgrund fehlender Muskulatur nicht anheben zu können. Vielmehr scheint für Frau P. relevant, den Weg zum Abheben des Hörers auf sich zu nehmen und das, was nach dem Abheben geschieht, durchzuführen (z. B. Kommunikation). Dieses Beispiel greift den in den Lehrbüchern beschriebenen Zustand wieder auf, dass Patienten „(...) sich zu nichts aufraffen und selbst die einfachsten Verrichtungen des täglichen Lebens (...) (ihnen) unsagbar schwer (fallen). Jede noch so kleine körperliche oder geistige Aktivität wird als unüberwindbarer Kraftakt empfunden“ (20). Auch Frau H. erlebt dieses Fehlen von Kraft. Selbst einfache Verrichtungen fallen ihr schwer. Bei ihr wirkt es sich allerdings noch auf andere Aspekte des Lebens aus. Sie sagt: *„Früher habe ich jeden Tag schicke Kleider angehabt, und ohne Schminke bin ich nicht aus dem Haus gegangen. Ich war auch reinlicher als jetzt. Aber jetzt fehlt mir die Kraft dazu. Ich glaube, ich schaffe es nicht, mich eine halbe Stunde vor den Spiegel zu stellen und mich schön zu machen. (...)“* Für Frau H. wirkt sich der verminderte Antrieb so aus, dass sie es nicht schafft, ihr gewohntes Maß an Schönheitspflege aufrechtzuerhalten. Das Anziehen „schicker“ Kleider oder sich zu schminken, empfindet sie als etwas, wofür sie Kraft benötigt, welche sie jedoch nicht zur Verfügung hat. Anziehen und „schön machen“ sind, genauso wie das Abheben des Telefonhörers, keine Tätigkeiten, die Menschen, die nicht an einer Depression leiden, schwer fallen. Im Erleben der beschriebenen Frauen stellen die in der Literatur beschriebenen „(...) einfachsten Verrichtungen (...)“ jedoch schier unüberwindbare Hindernisse dar.⁴⁵ Fachpflegende bestätigten meinen Eindruck, dass Selbstpflegedefizite⁴⁶ im Bereich Körperpflege bei Patienten, die an einer Depression leiden, häufig vorkommen. Die Art, wie sich Patienten pflegen, der Umgang mit sich selbst, kann demnach für Pflegende relevant sein. Ebenfalls berichteten viele, dass die Nahrungsaufnahme sich verändern würde. Unabhängig von Veränderungen des Appetitverhaltens (vgl. Kapitel 3.9) berichten Fachpflegende, sei die Kraft, einkaufen zu gehen oder für sich selbst zu kochen, bei einigen Patienten nicht oder kaum noch vorhanden. Pflegende sollten sensibel dafür sein, dass Depressionen sich auf alle Bereiche des Lebens auswirken können. Für Außenstehende können sich Schwierigkeiten im Erfassen dieser Defizite ergeben. Die

⁴⁴ Leider kann nicht abschließend geklärt werden, was genau mit „fehlender Kraft“ gemeint ist. Keine der von mir zitierten Frauen machte Aussagen dazu. In Lehrbüchern ist trotz intensiver Suche nichts Näheres bekannt. An dieser Stelle wäre eine nähere Untersuchung in einem anderen Rahmen indiziert.

⁴⁵ Ähnlichkeiten im Erleben erkennbar, z. B. Aspekte Freudlosigkeit, innere Leere.

⁴⁶ Begriff in dem Rahmen, was in den AEDLs assoziiert wird.

Schwere dieser Auswirkungen sollte nicht unterschätzt werden, z. B. bei einer nicht ausreichend⁴⁷ vorhandenen Nahrungsaufnahme. Es wäre wichtig, zu überprüfen, welche Bereiche (z. B. Aktivität, Körperpflege) der Betroffene als eingeschränkt empfindet, sowie, welche Bereiche von anderen als eingeschränkt gewertet werden. Von der Pflegekraft wahrgenommene **Selbstpflegethemen**⁴⁸ können auf das Vorhandensein einer Depression hindeuten.

In der ICD-Klassifikation wird der verminderte Antrieb als mögliches Symptom einer Depression der „erhöhten Ermüdbarkeit“ gleichgesetzt.

„Bei der Beschwerdeschilderung wird der Patient neben der Wahl des Begriffes Müdigkeit auch Schilderungen von Erschöpfung, Schläppheit, Energiemangel, rascher Ermüdbarkeit, Einschlafneigung am Tage präsentieren. Je nach persönlicher, überwiegender Beeinträchtigung bzw. Verursachung werden auch synonym allgemeine Unlust, ein Leistungsknick oder allgemeine körperliche Erschöpfung geschildert und (...) unter dem Oberbegriff **Müdigkeit** subsumiert“ (28).⁴⁹

In der Literatur beschrieben ist eine „starke innere Müdigkeit“ (vgl. 15), also auch hier wieder ein Zustand, der aus dem Inneren des Menschen kommt. Die Auswirkung der Müdigkeit beschreibt Frau H.: *„Egal wie viel ich schlafe, ich bin immer müde. Früher haben mir sieben Stunden völlig ausgereicht. Jetzt schlafe ich teilweise zehn, elf Stunden in der Nacht und mache dann noch mal zwei Stunden Mittagsschlaf, weil ich den Tag sonst nicht schaffe. Es ist zermürend (...).“*⁵⁰ Frau H. erlebt, dass sie im Vergleich zu früher⁵¹ wesentlich müder ist. Sie erlebt diese erhöhte Müdigkeit als „zermürend“ und drückt ihr Leid aus.⁵² Das kann bedeuten, dass die Müdigkeit in ihr ein Gefühl auszulösen vermag, welches sie negativ wertet und sie belastet. Ihre Schlafdauer nachts hat sich um drei bis vier Stunden verlängert und tagsüber macht sie einen Mittagsschlaf von ca. zwei Stunden. Frau H. schläft also in 24 Stunden fünf bis sechs Stunden länger, als sie es zu einem früheren Zeitpunkt in ihrem Leben gewohnt war. Sie empfindet den Mittagsschlaf zudem als obligat, was sich an ihrer Begründung *„(...) weil ich den Tag sonst nicht schaffe (...).“* ablesen lässt. Auch hier scheint das Erleben gekennzeichnet durch eine Kraftlosigkeit.

⁴⁷ „Ausreichend“ meint den Bedarf des Patienten umfassend und ausgewogen deckend.

⁴⁸ Z. B. dass Patienten unangenehm riechen, weil sie das Gefühl haben „nicht genug Kraft zu haben, um sich zu duschen“.

⁴⁹ In der Literatur wird ebenfalls das sog. „Fatigue-Syndrom“ beschrieben. Dieses wird aufgrund des begrenzten Umfangs der Arbeit hier jedoch nicht näher erläutert.

⁵⁰ Ähnlichkeiten im Erleben erkennbar, z. B. Aspekt Verzweiflung.

⁵¹ „Früher“ meint die Zeit, bevor sie an einer depressiven Episode litt.

⁵² Gemeinsamkeit im Erleben, z. B. durch den Aspekt Verzweiflung.

Für Pflegende kann dieses Beispiel von Bedeutung sein, weil Beobachtungen des Schlafverhaltens Hinweise über ein mögliches Vorhandensein einer Depression liefern können. Nicht nur die Dauer und Uhrzeit scheinen Möglichkeiten zur Analyse des Schlafverhaltens zu sein, sondern auch die Qualität des Schlafes. Wie es dem Patienten mit den erlebten Veränderungen geht und wie er sie selbst erlebt, scheinen für die Pflege von Bedeutung zu sein.⁵³

3.4 Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen

„Der Selbstwert ist der eigene **Wert**, den man mit sich selbst bemisst. Selbstsicherheit wird oft mit Selbstbewusstsein gleichgesetzt. (Sie) wird individuell (...) meistens in Beziehungen zu anderen definiert. Selbstbewusstsein kennzeichnet, dass einem Menschen Aspekte der eigenen Person bewusst (sind)“ (29). „Selbst“ beschreibt also in diesem Kontext „die eigene Person“ bzw. die Individualität. Freud nennt dieses Selbst das „Ich“. Erlebt sich ein Mensch in der Komplexität seines Ichs eingeschränkt, wird in der vorliegenden Arbeit von **Veränderungen des Ichs** gesprochen. Es scheint, als wäre der Begriff des „verminderten Selbstwertgefühls“ ähnlich des in der nächsten Dimension verwendeten „Gefühls der Wertlosigkeit“ (vgl. Kapitel 3.5). Das kann anhand eines Beispiels verdeutlicht werden. Der Wert einer (interessanten) Ware wird vermindert, sie wird dadurch z. B. günstiger. Diese Verminderung kann so weit gehen, dass die Ware so viel Wert verliert, dass sie nicht mehr interessant erscheint. (Sie ist wertlos.) Ebenso kann es sich mit dem Selbstwert verhalten. Verringert sich der Selbstwert, entsteht ein vermindertes Selbstwertgefühl. Verringert sich das nun verminderte Selbstwertgefühl, kann ein Gefühl der Wertlosigkeit entstehen. Daher wird das Symptom „Gefühl von Wertlosigkeit“ aus Kapitel 3.5 bereits in dieser Dimension aufgegriffen. In der Literatur wird ebenfalls zum Ausdruck gebracht, wie das Erleben einer Verminderung von Betroffenen empfunden werden kann: „Die meisten depressiven Menschen haben gleichzeitig Angst⁵⁴, (...) ihre Aufgabe nicht mehr zu bewältigen, verlassen zu werden, (...) zu verarmen, die Familie zu belasten und zu schädigen, nicht geliebt oder akzeptiert zu werden, unerwünscht oder im Wege zu sein (...)“ (20). Dieses Wissen um die Folgen eines

⁵³ Diese individuelle Abbildung im Erleben stellt nur eine Möglichkeit dar, wie Patienten ihre Depression wahrnehmen. Dass Depressionen Auswirkungen auf das Schlafverhalten von Menschen haben können, wird auch unter Punkt 3.8 erläutert.

⁵⁴ Der Aspekt Angst wird in Kapitel 3.12 beschrieben.

verminderten Selbstwertgefühls und Selbstvertrauens ist wichtig für die Pflege, denn Pflegenden kann es verdeutlichen, dass das von den Patienten Erlebte negativ konnotiert wird, z. B. bewirkt es bei den Betroffenen das Gefühl der Verzweiflung.

Frau K. sagte: *„Was bin ich schon, gemessen an der Welt. Ich habe nichts erreicht ... nichts erreicht. Wenn ich jetzt aus der Welt gehe, verschwinde ich, ohne dass mich jemand vermisst.“*⁵⁵

Es wird deutlich, dass die Patientin sich selbst abspricht, von Wert zu sein. Im Vergleich mit *„der Welt“* fühlt sie sich minderwertig und durch die Darstellung, nichts erreicht zu haben, erfolglos.

In der Praxis habe ich erlebt, dass besonders Frauen sich häufig vergleichen und somit auch bewerten. Die Frauen vergleichen sich in den Beispielen mit anderen und im Hinblick auf Kosten und Nutzen (für das „soziale System“). Den eigenen Wert erleben Frauen dabei als beständig niedrig, vor allem im Vergleich mit anderen (Selbstwert < Vergleichswert).

Der Selbstwert scheint bei näherer Beobachtung eine andere Stellung bei Betroffenen zu haben als Selbstvertrauen, weil er unterschiedlich erlebt wird, wie anhand des nächsten Beispiels deutlich wird. Frau H. sagte: *„Was kostet so ein neues Knie?“* Ich beantwortete die Frage. Frau H. merkte an: *„Ach was, das ist zu teuer. Das lohnt sich dann doch nicht. Nicht bei mir ...“* (Selbstwert). Mangelndes Selbstvertrauen in Bezug auf das Können und Tätigsein zeigt sich im Unterschied dazu in der folgenden Bemerkung: *„Also die Reha⁵⁶, mit dem neuen Knie, die traue ich mir nicht zu.“* Frau H. beschreibt also ein Gefühl von **Machtlosigkeit/Unhandhabbarkeit**⁵⁷. Wertlosigkeit kann als Extrem des verminderten Selbstwertes gesehen werden. Für die Betroffenen, die diese Wertlosigkeit empfinden, scheint kennzeichnend, sich Können, Kraft, Zutrauen, Sinn und Berechtigungen zum Teil absolut abzusprechen.

Umgangssprachlich werden die Begriffe Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein häufig synonym verwendet. Dass sie nicht exakt dasselbe ausdrücken, wurde anhand des Beispiels verdeutlicht. Aufgrund der Kürze dieser Arbeit kann nicht separat das (Selbst-)Vertrauen betrachtet werden, obwohl es so scheint, als würde der Ausdruck mehr beinhalten, als zunächst vermutet wird. Vertrauen kann man z. B. nicht nur

⁵⁵ Gemeinsamkeit im Erleben, z. B. Aspekte innere Leere, Veränderungen des Ichs, Verzweiflung, tiefe Traurigkeit.

⁵⁶ Reha meint hier die anschließende rehabilitative Behandlung nach der Prothesenimplantation.

⁵⁷ Das Vorhandensein des Gefühls kann auch innerhalb bereits genannter Aussagen gedeutet werden. Es stellt somit eine Gemeinsamkeit im Erleben bei den Frauen dar.

sich „selbst“, sondern auch dem den Menschen umgebenden sozialen System. Manche Menschen beschreiben sogar ein „Vertrauen in die Welt“.

Die Auswirkungen dieser negativen Gefühle über sich selbst und die damit verbundene Unzulänglichkeit in allen Bereichen (z. B. in den Rollen von Ehefrau, Mutter, Freundin, Schwester u. a.), alles betreffend, was den Menschen ausmacht (Verhalten, Gefühle, Gedanken u. a.), werden von Frauen beschrieben. Die in der Literatur beschriebenen Folgen dieser Veränderung im Erleben können z. T. gravierend sein, wie soziale Isolation, Schlafstörungen oder Suizidalität.

3.5 Gefühl von Schuld und Wertlosigkeit

„Die meisten Menschen haben Angst, (...) Schuld und Sühne auf sich geladen zu haben“ (29). Da die Dimension des „Gefühls von Wertlosigkeit“ bereits unter Punkt 3.4 abgebildet ist, wird im Folgenden nur noch auf das Gefühl von **Schuld** eingegangen. Der Begriff Schuld wird in der Literatur auch als Scham beschrieben (ebd.).

Das Erleben von Schuld scheint jedoch spezifischer als Scham, denn es hat immer einen „Ichbezug“. Schuld ist auch dialogisch, wie S. Marx 2007 sagte, entsteht also unter Beteiligung eines anderen Menschen (vgl. 30).⁵⁸

Betroffene nehmen durch die Depression verursachtes Erleben wahr. Es entgeht ihnen nicht, dass sich ihr Erleben durch die Depression verändert. Viele der Frauen haben mir in der Praxis beschrieben, jedoch nicht greifen zu können, warum diese Veränderung in ihnen passiert. Sie laufen Gefahr, in sich selbst den Grund dafür zu sehen, und fühlen sich in Folge schuldig. Dem, was sie verändert, fühlen sie sich nicht gewachsen, es ist, wie anhand vorheriger Beispiele beschrieben, übermächtig, die Frauen können dem nichts entgegensetzen.

Diese Empfindung beschreibt auch Frau K.: *„Ich bin ja selbst Schuld, dass es mir jetzt so geht. Hätte ich damals nicht abgetrieben, wäre ich jetzt glücklich.“* Sie berichtet über ein Ereignis, das als Einschnitt in ihrem Leben gewertet werden kann: eine Abtreibung. Sie beschreibt diese Abtreibung als ein Ereignis, mit dem sie „Schuld und Sühne auf sich geladen (hat)“ (vgl. 29). Es scheint, als sei der Inhalt der Dimension „vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen“ in einer engen Verbindung mit der Dimension von

⁵⁸ Wieder wird eine Ähnlichkeit im Erleben deutlich, nämlich der bereits beschriebene Aspekt des Werts.

Schuld. Beide Dimensionen bedingen und verstärken sich, genauso wie bereits dargestellte Ähnlichkeiten, z. B. das Erleben von Verzweiflung, Schuld, innerer Leere, Freudlosigkeit, Traurigkeit, Veränderungen im Sinnessystem, die jeweiligen Dimensionen prägen. Schuld erlebt auch Frau H.: „(...) *da sitzt sie, die Schuld. Tief in meinem Bauch, es schnürt mich ein und drückt schmerzhaft auf meine Organe.*“ Individuell erhalten sie mehrere Ausdrucksformen. Frau P. sagt: „(...) *das ist die Schuld ... eine finstere Spirale, aus der ich nicht mehr rauskomme. Ich bin gelähmt (...).*“ Frau K. hingegen erlebt: „*Die Schuld frisst mich von innen, da ist nichts mehr übrig.*“

Schuld stellt somit vielleicht eine Dimension dar, die vor dem jeweiligen Hintergrund des Betroffenen individuell erlebt wird. Es scheint sinnvoll, dass Pflegende sich verdeutlichen, warum Betroffene Schuldgefühle erleben. Der Auslöser von Schuldgefühlen (wie z. B. bei Steffi K.)⁵⁹ kann für Pflegende von Interesse sein, um Depressionen erkennen zu können.

3.6 Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit

Konzentration wird in der Literatur beschrieben als „**Fähigkeit**, die Wahrnehmung auf einen bestimmten Sachverhalt zu konzentrieren“ (29). Aufmerksamkeit hingegen ist die „Fähigkeit, die Wahrnehmung einem Sachverhalt zuzuwenden“ (ebd.). Wie die Darstellung der Begriffe zeigt, handelt es sich also um zwei unterschiedliche Symptome, die in dieser Dimension summiert werden.

Mögliche Ursachen für eine Verminderung der beiden Aspekte, welche nicht in der Literatur ersichtlich sind, können anhand eines Praxisbeispiels verdeutlicht werden. Frau P. sagt resigniert: „*Ich verliere den Verstand, weil ich so nervös bin. Meine Gedanken haben nur einen Inhalt und einen Sinn: mich kaputt zu machen.*“ Nervosität kann am Beispiel von Frau P. als **Unruhe** gedeutet werden.⁶⁰

Das Erleben von Unruhe wird auch in nachfolgenden Dimensionen deutlich.⁶¹ Die Umschreibung „*Ich verliere den Verstand (...)*“ umschließt das Erleben von Veränderungen im Sinnessystem, Verzweiflung, Machtlosigkeit und Weiterem. So wie Frau P. beschreiben auch andere Frauen, dass sich ihr Gehirn in einer Weise verändert, die

⁵⁹ Spekulativ bleibt, den Auslöser von Schuld, z. B. bei Steffi K., auch als möglichen Auslöser ihrer Depression in Betracht zu ziehen. (Depression in Folge eines einschneidenden Lebensereignisses, sog. Reaktive Depression.)

⁶⁰ An dieser Stelle werden wieder Gemeinsamkeiten im Erleben sichtbar, z. B. Verzweiflung und tiefe Traurigkeit.

⁶¹ Anmerkung: vgl. Kapitel 3.7, 3.8, 3.10 sowie 3.12.

sie als störend erleben. Frau H. beschreibt: „*Ich verliere den Verstand, mein ganzes Denken, Fühlen, Spüren, mein Hirn ist gestört.*“ An dieser Stelle offenbart sich also eine weitere Gemeinsamkeit im Erleben der Frauen, die nachfolgend **Veränderung im Gehirn**⁶² genannt wird. Es scheint, als könne die Gedächtnisstörung als ein Ausdruck von erlebten Störungen im Sinnessystem subsumiert werden. Begründet wird das mit der Art, wie Reize im Gehirn aufgenommen, im Reizleitungssystem zu elektrischen Impulsen umgewandelt und umgesetzt werden. Wie bereits dargestellt, kann das Erleben von Frauen, die an einer Depression leiden, stark verändert werden, z. B. in Veränderungen im Sinnessystem. Als Hintergrund dieser Behauptung wird vorausgesetzt, dass Sinneseindrücke an der Stelle eintreffen und verarbeitet werden, wo andere kognitive Prozesse ablaufen.⁶³ Frau H. beschreibt diesen Ort als Hirn. Die Frauen, die ich in der Praxis betreute, berichteten wenig über die Symptome der verminderten Konzentration und Aufmerksamkeit, aber viel über Veränderungen im Erleben, welche Folgen dieser beschriebenen Veränderungen im Gehirn sein können. Wieder einmal wird deutlich, dass die Symptome, die innerhalb dieser Dimension des Klassifikationssystems beschrieben werden, nur einen kleinen Teil dessen darstellen, was die betroffenen Frauen innerhalb dieser Dimension erleben.

3.7 Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven

„Der Begriff Perspektive⁶⁴ ist der Basisbegriff der Geisteswissenschaften geworden bzw. aller Redewendungen, die sich mit der Struktur von Sinnbildungen beschäftigen“ (31). Vor dem Hintergrund dieser Definition kann unter der Dimension (negative und pessimistische Zukunftsperspektiven) wieder die Veränderung im Sinnessystem aufgezeigt werden, über die Betroffene häufig berichten. Der Begriff „Sinnbildung“ bzw. sein Wortbestandteil „Sinn“⁶⁵ kann einerseits biologisch umschrieben werden. Der Aspekt Sinn kann jedoch auch anders gedeutet werden bzw. mit ihm können auch andere Dinge assoziiert werden, z.

⁶² Der Begriff Gehirn wurde gewählt, um den Ort des Erlebens, so wie Frauen ihn beschreiben, abzubilden. Außerdem sollten mit dem Begriff Ausdrucksformen des Erlebens impliziert werden (z. B. Gedanken).

⁶³ Ausgenommen sind nach diesen Situationen also Sinneseindrücke und Reize, welche z. B. zum autonomen Rückenmarkszentrum geleitet werden.

⁶⁴ Der Begriff Perspektive geht wortgeschichtlich auf *perspicere* (lat.) zurück, das soviel bedeutet wie „genau sehen“ oder „gewiss wahrnehmen“.

⁶⁵ Anmerkung: Sinne vor dem Hintergrund des neuronalen Systems.

B. der Aspekt von Gehalt/Wert (Essenz, Inhalt, Bedeutung).⁶⁶

Perspektiven, die Zukunft beschreiben, werden bei Menschen gedanklich angegangen, abgewogen und ggf. formuliert. In der Literatur ist bekannt, dass die Perspektiven, die Betroffene für ihr eigenes Leben oder ihren momentanen Zustand sehen, spärlich, negativ und pessimistisch sind (vgl. 29). Die Auswahl und Auseinandersetzung von selektiven Perspektiven, die Betroffene beschreiben (Einengung, Teufelskreis), erleben viele Frauen ähnlich wie Frau P., die im letzten Kapitel berichtet: „(...) *haben nur einen Inhalt und einen Sinn: mich kaputt zu machen (...)*.“ Zusätzlich berichteten Frauen jedoch auch davon, dass sie fatalistisch und hoffnungslos der Zukunft entgegenblicken würden. Stefanie K. schrieb während ihres Krankenhausaufenthaltes: „*Das, was heute ist, wird morgen sein, ich habe keinen Einfluss. Leere hat mich fortgespült wie eine übermächtige Welle. Das, was heute ist, wird morgen sein, nur dass es auch noch 1.000-mal dunkler ist und ich noch weiter ins Meer abgetrieben bin ...*“ Die Betroffene assoziiert mit dem Begriff Zukunft die z. T. bereits beschriebenen Veränderungen im Erleben wie z. B. innere Leere, Traurigkeit, Machtlosigkeit/Unhandhabbarkeit, Kraftlosigkeit.

Die Folgen von negativen und pessimistischen Zukunftsperspektiven für die Frauen lassen sich bereits erahnen, erhalten allerdings eine besondere Dringlichkeit und Ausdrucksstärke vor dem persönlichen Hintergrund von Betroffenen. Im genannten Beispiel weint Frau P. und sagt: „*Die Gegenwart und die Zukunft sind schwarz wie die Nacht. Es hat alles keinen Sinn mehr ... Was soll denn schon noch kommen?*“⁶⁷

In der Literatur ist der Bereich der neuronalen Denkstörung auch vor dem Hintergrund der Depression ein gut erforschtes Gebiet (vgl. 32). Es ist bekannt, dass **Denkstörungen** und Veränderungen in Denkprozessen häufige Phänomene bei Depressionen sind. Besonders oft tritt die Denkhemmung sowie die Perseveration auf (vgl. 29). Beide Formen von Denkstörungen lassen sich auch bei den zitierten Frauen erkennen. Pflegende sollten im Umgang mit Patienten daher berücksichtigen, dass Denkprozesse, kognitive Leistungen und damit verbundene emotionale Reaktionen durch Depressionen verändert werden können. Das, was Pflegende sagen, kann vom Patienten in einen anderen Kontext, als ursprünglich angedacht, gestellt werden und einer Konnotation unterworfen sein, die der Pflegenden womöglich nicht beabsichtigt hat. Gedankliche Prozesse bzw. deren Inhalte, sind oft nicht beobachtbar, sondern bilden sich nur in direkter Interaktion mit dem

⁶⁶ Gemeinsamkeit des Erlebens durch den Aspekt Wert.

⁶⁷ Ähnlichkeiten im Erleben, z. B. Verzweiflung, innere Leere, tiefe Traurigkeit.

Individuum ab. Das Wissen darum sowie eine das Wissen integrierende Sichtweise und Kommunikation, insbesondere präzises Nachfragen und gedankliche Auseinandersetzung mit dem Vernommenen und Gesagten, scheint daher für Pflegekräfte indiziert. Die Auswirkungen des in der Dimension deutlich gewordenen Erlebens sind für die Betroffenen und Pflegenden relevant und betreffen z. B. die Absprachefähigkeit, Compliance, Therapieerwartung, Haltung des Patienten gegenüber dem Pflegepersonal. Sie zu erfahren, einzuschätzen und zu berücksichtigen, scheint unabdingbar, um pflegerisch unterstützend tätig zu werden.⁶⁸

3. 8 Schlafstörungen

Schlaf ist wichtig für das Wohlbefinden des Menschen, wie in unzähligen Studien bewiesen wurde (vgl. 33). Es wird davon ausgegangen, dass wir z. B. schlafen müssen, um Eindrücke und Erlebtes zu verarbeiten (vgl. 34).⁶⁹ Ist der Schlaf gestört, findet der Organismus nicht ausreichend Erholung (vgl. 20). Aus der Literatur wissen wir, dass Patienten mit psychischen Störungen bis zu dreimal häufiger an **Schlafstörungen** leiden als Patienten ohne psychische Störung. Man spricht von Schlafstörungen, wenn Dauer, Qualität und zeitliche Abfolge des Schlafes beeinträchtigt sind.⁷⁰ Auch Veränderungen im Verhalten während des Schlafes sowie physiologische Ereignisse in dessen Zusammenhang stellen Schlafstörungen dar (vgl. 20).⁷¹ Im Zusammenhang mit Depressionen wird in der Literatur erwähnt, dass Schlafstörungen besonders häufig in der Ausprägung von Einschlafstörungen vorkommen. Für Patienten können diese Einschlafstörungen u. a. bedeuten, dass sie lange Zeit wach in ihrem Bett liegen.

Frau H. beschreibt: *„Ich liege stundenlang wach und die Gedanken kreisen zermürend. Ich kann einfach nicht abschalten. Und wenn ich dann aufwache, um vier Uhr morgens, geht es wieder von vorne los ... Es ist, als müsste ich mich in dieser finsternen Spirale, diesem schwarzen Etwas unaufhaltsam bewegen. Es ist vor dem Einschlafen und nach dem Aufwachen besonders schlimm.“*⁷²

⁶⁸ In diesem Kapitel wurde nur ansatzweise dargestellt, wie umfangreich diese Dimension betrachtet werden kann. Allein in Bezug auf Denkstörungen wurde stark gekürzt. Es gibt jedoch sehr viel und detailreiche Hintergrundliteratur zu diesem Aspekt, deren Wissen für Pflegekräfte wichtig ist.

⁶⁹ Die Funktionen des Schlafes sind noch immer nicht hinreichend geklärt (vgl. 20).

⁷⁰ Sog. Insomnie (ebd.).

⁷¹ Sog. Parasomnie (ebd.).

⁷² Wieder finden sich Gemeinsamkeiten im Erleben, z. B. durch Aspekte Dunkelheit, Verzweiflung,

Auch Frau K. beschreibt: *„Meine Gedanken treiben mich, es ist ein Teufelskreis. Ich habe sehr große Unruhe in mir. Ich habe jeden Abend Angst davor, morgens aufzuwachen.“*

Auch anhand dieser Schilderung werden Gemeinsamkeiten im Erleben der Betroffenen sichtbar.

In der Literatur ist auch das sog. „frühmorgendliche Erwachen“ beschrieben. Darunter wird verstanden, dass Betroffene bis zu drei Stunden vor ihrer gewohnten Zeit aufwachen und dann nicht mehr einschlafen können. Für Frau H. bedeutet dieses frühmorgendliche Erwachen erneutes Grübeln. Der neue Tag beginnt also, wie der Alte geendet hat. Da sie erlebt, dass ihre *„finstere Spirale“* sie zu jeder Zeit begleitet, kann erahnt werden, dass die bereits erwähnte Dunkelheit Frau H.'s ständiger Begleiter ist. Dieser „schlechte Start“ in den neuen Tag wird in den Lehrbüchern ebenfalls beschrieben. Charakteristisch für das Erleben von Depressionen scheint das sog. „Morgentief“ zu sein (vgl. 15). „Die Betroffenen fühlen sich am Abend weniger stark beeinträchtigt und die Last, die sie tragen, erscheint ihnen abends leichter“ (20). Diese Erkenntnis aus den Lehrbüchern erlebt Frau H. Tag für Tag.

Wieder einmal wird deutlich, dass die Verzweiflung und das Leid der betroffenen Frauen schwer aushaltbar zu sein scheinen. Diese Erkenntnis deckt sich mit den Erfahrungen aus der Praxis. Pflegende können feststellen, dass depressive Patienten, besonders jedoch Frauen, förmlich verzweifeln.

Es ist bekannt, dass eine erhöhte (Tages-)Müdigkeit aus Schlafstörungen resultieren kann (vgl. Kapitel 3.3). Das Erleben einer (Tages-)Müdigkeit könnte also somit eine erklärbare, pathophysiologische Folge von Schlafstörungen sein, deren Prävalenz bei Depressionen häufig ist. Somit ist von einem Zusammenhang zwischen Schlafstörungen und erhöhter (Tages-)Müdigkeit auszugehen. Bekannt ist aus der Literatur, dass Schlafstörungen einen Teufelskreis darstellen. Wie Müller/Paterlok 2010 darstellten, beeinträchtigt Schlaflosigkeit als unmittelbare Folge Stimmung und Leistung, welche auch psychologische Auswirkungen z. B. Erregung, Resignation hervorrufen. Diese wiederum führen zu schlafbehindernden Gedanken, wie z. B. dem Grübeln, welche erholsamen Schlaf einschränken (vgl. 35). Wissen über Schlaf, Schlafstörungen und seine Folgen scheinen wichtig für Pflegende zu sein, um die Auswirkungen und Veränderungen im Erleben von Betroffenen verstehen zu können.

3.9 Verminderter Appetit

Das Wort Appetit wird von Berlösius 1999 beschrieben: „Appetit (...) Geschmackspräferenzen und die sinnliche Wahrnehmung ermöglichen, dass Essen eine Freude, ein Genuss wird“ (36). Für die Entstehung von Appetit sind Sinnesreize von Bedeutung (vgl. 32).⁷³ Einflussfaktor für die Entstehung von Appetit im limbischen System⁷⁴ sind Neurotransmitter; besonders hervorzuheben ist dabei das Serotonin.⁷⁵ Eine Verminderung des Appetits bedeutet, dass dieses Verlangen im Verhältnis zu einem vorherigen Zustand oder dem als in der Gesellschaft gültigen normativen Wert herabgesetzt ist. Als Synonym für Appetit kann das Wort **Verlangen** verwendet werden. Das Verlangte kann als lustvoll konnotiert werden. In der Literatur wird beschrieben, wie sich die Verminderung des Appetits auf Betroffene, welche an einer Depression leiden, auswirken kann. „Die Betroffenen müssen sich zum Essen regelrecht überwinden. Es fehlt der Genuss beim Essen“ (15). Als Folge des fehlenden Appetits wird eine Gewichtsabnahme angeführt; in diesem Fall > 5 % des Körpergewichts innerhalb eines Monats (ebd.).

Gabriele P. erlebt Veränderungen ihres Appetits, so wie in der Literatur beschrieben. „*Ja, ich habe Gewicht verloren (...). Das Leben ist weniger lebenswert, wenn einem nichts mehr schmeckt, und ich spüre, dass es mich kaputt macht, kaum zu essen.*“ Frau P. beschreibt, dass ihr nichts mehr schmecke und dass der verminderte Appetit für sie auf einen Verlust des Geschmacks der Nahrung zurückzuführen sei.⁷⁶ Das Essen ist für Frau P. nicht mehr genussvoll.⁷⁷ Frau P. drückt aus, dass für sie ein Zusammenhang zwischen dem Verlangen nach Geschmacklichem und ihrer Auffassung eines lebenswerten Lebens besteht. Anhand dieses Beispiels kann ebenfalls verdeutlicht werden, welche Auswirkung die Individualität im Erleben haben kann. Der Patient wird also nur dann durch die Pflegekraft richtig⁷⁸ eingeschätzt, wenn er in seiner Individualität erkannt wird. Dieses Wissen um eine „Ganzheitlichkeit“⁷⁹, also persönliche, individuelle Prägungen,

⁷³ Appetit entsteht z. B. durch das als lustvoll empfundene Riechen oder Sehen von Speisen.

⁷⁴ Im limbischen System sind z. B. emotionales Erleben und Affekte verankert.

⁷⁵ Störungen im Neurotransmittersystem, besonders im Serotonalen (...), werden als eines der möglichen Entstehungsmodelle von Depressionen gesehen (vgl. 15).

⁷⁶ Auch in ihrer Beschreibung können Gemeinsamkeiten zu vorhergegangenen deutlich werden, z. B. der Aspekt der Veränderung im Sinnessystem.

⁷⁷ Ähnlichkeit im Erleben, z. B. durch die Aspekte Veränderung im Sinnessystem, Freudlosigkeit, Veränderungen im Ich, Verzweiflung.

⁷⁸ Anmerkung: richtig hier im Sinne von „ganzheitlich“, der Begriff wird im Folgenden geklärt.

⁷⁹ Ganzheitlich bedeutet hier, dass Pflegekräfte mindestens das, was für den Patienten von Relevanz ist, erkennen sollten und darüber hinaus das, was sie vor dem Hintergrund ihres beruflichen Wissens für

Ausdrucksweisen und Assoziationen der Patienten, sind letztendlich relevantes Pflegewissen. Obwohl in der ICD-Klassifikation der „verminderte Appetit“ genannt wird, ist aus der Literatur ebenfalls ersichtlich, dass es in seltenen Fällen zu einer Steigerung des Appetits kommen kann (vgl. 15). Auch diese Auswirkung der Depression erlebte ich in der Praxis. Stefanie K. berichtet: *„Ich esse, bis ich Bauchweh kriege. Nicht weil es mir schmeckt, sondern weil ich dann das Gefühl habe, nicht mehr so leer zu sein. Obwohl es mir dann ja weh tut, geht's mir besser.“* Helga H. erlebt ihre Appetitveränderung ähnlich wie Frau K.: *„Wenn mir vom Essen schlecht wird, weil es so viel war, fühle ich mich wieder lebendig.“* Das übermäßige Essen, von dem Betroffene mir berichteten, bereitet ihnen, wie sie sagen „Bauchweh“ und Übelkeit. Beides werten sie jedoch für sich als weniger schlimm als das Erleben, das die Depression erzeugen kann (z. B. die innere Leere). Das Empfinden von Übelkeit und Schmerz wird von den beiden Frauen angenehmer bewertet als andere Gefühle, welche durch Depressionen entstehen können. Übermäßige Ernährung bzw. das anschließende Völlegefühl können zur Behebung des Erlebens anderer depressionsgenerierter Auswirkungen eingesetzt werden. Es wirkt, als wäre es für die Betroffenen möglich, das Erleben, welches auf eine Depression zurückgeführt werden kann, in seiner Wertigkeit zu verändern.⁸⁰ Frau K. versucht, die innere Leere, über die sie berichtet, mit Essen zu füllen, obwohl es ihr nicht schmeckt. Es scheint jedoch nicht so zu sein, dass Patienten das Erleben, das sie als leidvoll empfinden, selbstständig unterbinden bzw. eliminieren können. Ihr Coping ist somit unwirksam.⁸¹ Frau H. isst ohne Appetit. Es scheint daher indiziert, sensibel dafür zu sein, wie sich das individuelle Erleben des Appetits bzw. der Ernährung vor dem Hintergrund der Depression auswirkt. Diese Beispiele sind für die Pflege relevant, weil „Verminderungen des Appetits“ und anschließender Gewichtsverlust nur teilweise das abbilden, was aus dieser Dimension des Erlebens bei Betroffenen entsteht.

Ein weiterer, zunächst nicht vordergründig sichtbarer Bestandteil des Erlebens eröffnet sich in unter Betrachtung des vorher dargestellten Appetits in einem anderen Kontext. Frau H. sagt: *„Meinen Mann finde ich gar nicht mehr lecker, obwohl ich weiß, dass er an sich nichts dafür kann. Sie glauben nicht, wie wenig Lust ich auf Sex habe.“* Da lustvolles Empfinden, wie auch der Appetit, im limbischen System entsteht, ist es möglich, dass

wichtig erachten.

⁸⁰ Ähnlichkeit z. B. anhand des Aspektes Wert.

⁸¹ Das wiederum könnte Aspekte wie Machtlosigkeit, Verzweiflung, Schuld auslösen, es zeigt sich der sog. Teufelskreis der Depression.

Veränderungen im Appetit sowie Veränderungen im sexuellen Verlangen in einem Zusammenhang mit der Depression stehen.⁸² Frau H. erlebt, dass sie weniger „*Appetit*“ auf ihren Mann hat, ihn weniger „*lecker*“ empfindet. Sie spricht davon, dass der Grund dafür nicht bei ihrem Mann liegt, „*(...) er (kann) (...) nichts dafür(...)*“, sondern bei ihr selbst. „*(...) (Ich habe) wenig Lust auf Sex (...)*.“ Ihre erlebte Appetitveränderung scheint also auch gekennzeichnet von Veränderungen des sexuellen Verlangens.

In der Literatur wird berichtet, dass der Libidoverlust ein mögliches Symptom⁸³ der Depression ist (vgl. 15). Dieser Aspekt erhält jedoch im Rahmen der ICD-Klassifikation von Symptomen keine gesonderte Bedeutung.

In der Pflegepraxis konnte ich ein weiteres, gegensätzliches Phänomen beobachten, was im Zusammenhang mit Veränderungen von Verlangen steht. Patienten berichten, dass ihr sexuelles Verlangen gesteigert ist, seitdem sie Veränderungen erleben, die auf das Vorhandensein einer Depression deuten könnten. Da ich von diesem Phänomen häufiger hörte, dieser Aspekt in der Literatur aber keine Erwähnung findet, sprach ich mit Fachkräften darüber, die meine Vermutung bestätigten.

Frau M. berichtet, dass sie versucht, ihre innere Leere nicht nur durch die vom Essen verursachten Gefühle (Übelkeit) zu kompensieren, sondern auch durch Gefühle, die beim Geschlechtsverkehr entstehen. Frau M. beschreibt: „*Ich habe in den letzten Monaten sehr viel Sex gehabt. Einfach nur, um mich selbst oder überhaupt irgendetwas zu spüren.*“ Sie fügt an: „*Ich habe den starken Wunsch danach, mit vielen Menschen zu schlafen, damit sie meine Seele berühren können, so wie ich es nicht kann.*“ Es ist denkbar, dass Veränderungen im Sexualverhalten ebenso wie Veränderungen des Appetitverhaltens sowohl in gesteigerter als auch in verminderter Form individueller Ausdruck für das Erleben von Frauen sein können.⁸⁴ Das Wissen über persönliche Ausdrucksformen des Erlebens und damit möglicherweise verbundene Veränderungen im Verhalten, welche durch Depressionen verändert werden können, sind notwendig für die Pflege, um die Art und individuelle Ausgestaltung von pflegerischer Unterstützung planen zu können.

3.10 Suizidgedanken/-handlungen

Die ursprüngliche Form „suicidum“ kann übersetzt werden mit „Tötung seiner selbst“

⁸² Siehe vorherige Kapitel.

⁸³ Anmerkung: im Rahmen des sog. somatischen Syndroms.

⁸⁴ Besonders bei Beobachtung derartiger Veränderungen sind auch andere Erkrankungen/Störungen in Erwägung zu ziehen, z. B. Persönlichkeitsstörungen.

(vgl. 37). Der Begriff Suizid ist auf einen lat. Ursprung zurückzuführen. Im Jahre 2000 wurde die Pflegediagnose „Suizidgefahr“ als Pflegediagnose im Katalog der NANDA⁸⁵ aufgenommen (vgl. 38). Suizid ist absichtliches, selbstverletzendes Verhalten mit einhergehenden tödlichen Gewebeschäden, um psychische Spannungen abzubauen“ (ebd.). Suizidalität wird in der Literatur synonym als häufige Nebenerscheinung sowie als Symptom von Depressionen genannt.⁸⁶ Es wird empfohlen, „(...) Patienten aktiv und empathisch (...) zur Suizidalität zu explorieren (...)“ (39). Für die Pflege bedeutet dies, dass Wahrnehmung der Patienten auch unter diesem Gesichtspunkt wichtig ist. Anzeichen für Suizidalität, wie sie z.B. durch Ringel beschrieben wurden, können aus dem Erleben der Patienten erkannt werden.

In der Literatur finden sich Angaben über Gemeinsamkeiten im Erleben von Patienten, die einen Selbstmordversuch verübten. Forscher bezeichnen diese Erlebensveränderung als „präsuizidales Syndrom“⁸⁷ (vgl. 40). Der Suizidforscher Erwin Ringel beschrieb bereits 1969 Veränderungen im Erleben, welche er auf verschiedenen Ebenen kategorisierte: Aspekt der Einengung, Aggression und Selbstmordphantasien. Unter Einengung beschrieb Ringel u. a. den Verlust von Interesse an wichtigen Lebensbereichen, Vereinsamung, Gedankenkreisen, Verlust von Zukunftserwartungen und Hoffnungslosigkeit. In den Aspekt der Aggression fallen u. a., dass belastende Zustände vom Individuum lange ausgehalten werden und diese kontinuierliche Belastung letztendlich in Autoaggression⁸⁸ resultieren kann. Selbstmordphantasien entstehen nach Ringel u. a., weil Betroffene verstärkt unter dem Erleben leiden, dass sie sich in einer vollkommen aussichtslosen Lage befinden und der Realität nicht mehr gewachsen sind (ebd.). Für die Pflege ist es demnach wichtig, über das präsuizidale Syndrom Kenntnis zu haben, weil die von Ringel beschriebenen Erlebensveränderungen auf eine Depression zurückzuführen sein können. Es ist auffällig, dass sich das von Ringel beschriebene Erleben der Suizidalität und das in den vorherigen Dimensionen deutlich gemachte Erleben einer Depression in hohem Maße ähneln. Das dargestellte Wissen über das Erleben von Suizidalität bestätigt wiederum, was wir über die hohe Prävalenz von Suizidversuchen und vollendeten Suiziden wissen. „Suizidales Erleben“ scheint in engem Zusammenhang mit „depressivem Erleben“ zu

⁸⁵ NANDA = North American Nursing Diagnosis Association.

⁸⁶ Zur Prävalenz von Suizidalität sind Angaben in Kapitel 2 zu finden.

⁸⁷ Der Begriff wurde bereits 1969 von Erwin Ringel geprägt und in seiner Ausprägung von vielen Weiteren bestätigt (ebd.).

⁸⁸ Autoaggression wird ebenfalls in Kapitel 3.11 erwähnt.

stehen.

Für die Frauen aus der Pflegepraxis kann das individuelle, leidvolle Erleben wieder anhand eines Beispiels beschrieben werden. Helga H. schreibt in einem Gedicht:

*„Einfahrt zur Hölle, wo ist das Paradies?
Einfahrt zur Hölle, als Gott mich sterben ließ.
Der Eingang ist nah, der Weg endet bald,
Einfahrt zur Hölle, tief drinnen im Wald.
Stumme Schreie, die keiner sonst hört,
endloses Leiden, die Sinne gestört.
Einfahrt zur Hölle, ganz einsam, allein,
Einfahrt zur Hölle, das Ende des Seins.“*

Dieses Beispiel macht unmissverständlich deutlich, dass Frau H. sich mit dem Sterben beschäftigt „(...) *das Ende des Seins, (...) der Weg endet bald (...)*“. Zentral ist die Beschreibung „*Einfahrt zur Hölle*“, die fünfmal den Beginn eines Satzes markiert. Die Patientin, welche beschreibt, dass sie „einfährt“, impliziert mit dieser Bezeichnung, dass sie sich auf einem Weg befindet und ihr Ziel nah vor sich sieht. Unklar bleibt, ob Frau H. sich in der Position sieht, selbst der Fahrer zu sein, oder ob sie sich als Beifahrer erlebt. Das Ziel, welches sie unmittelbar vor sich sieht, indem sie wie durch einen Torbogen einfährt, beschreibt sie als „*Hölle*“. Die Hölle ist ein starker Begriff, der im deutschen Sprachgebrauch negativ assoziiert wird. Die Hölle wird im christlichen Glauben als Pendant zum Paradies gesehen, wonach Frau H. vergeblich sucht „(...) *wo ist das Paradies?*“. Frau H. beschreibt ebenfalls, dass ihre Suizidalität eng mit dem Erleben von **Einsamkeit** „(...) *ganz einsam, allein (...)*“ steht. Es bleibt unklar, ob sich das Empfinden von Einsamkeit auf eine soziale Isolation oder das Gefühl der inneren Leere bezieht. Des Weiteren scheint kennzeichnend für ihr Erleben von Suizidalität zu sein, dass ihr Leiden, welches in der Depression verwurzelt sein kann, als besondere Belastung empfunden wird. Sie empfindet es als „*endlos*“ und „*nicht enden wollend*“.⁸⁹

Für die Pflege bedeutet dieses metaphorische Beispiel, dass Suizidalität durch aufmerksames Zuhören und Beobachten erahnt oder erkannt werden kann. Berichten Patienten über die Hölle, schwer aushaltbares, empfundenes Leid oder die Endlichkeit des Lebens, können dies Anzeichen für Suizidalität im Zusammenhang mit einer Depression

⁸⁹ Gemeinsamkeiten im Erleben, z. B. tiefe Verzweiflung, Traurigkeit, Unhandhabbarkeit, Veränderungen im Sinnessystem.

sein. Nicht nur die gewählten Worte scheinen relevant zu sein, sondern auch das, was damit assoziiert wird: die Individualität des Betroffenen. Auch dichotome Beschreibungen wie das Paradies als Pendant zur Hölle sowie Paradoxien wie „*stummes Schreien*“ können der Pflegekraft Anlass zum näheren Hinhören liefern.⁹⁰

Dieses Wissen bedeutet zudem, dass Veränderungen im Erleben der Patienten eine mögliche Gefährdung bedeuten können. Beobachtung, Wahrnehmung und Unterstützung bei Veränderungen des Patienten scheinen indiziert.

Frauen berichten, dass es viele Möglichkeiten gibt, das empfundene Leid auszudrücken. Frau P. sagt: „*Und wenn ich schon nicht dabei draufgehe, dann konnte ich doch die Leere zumindest für einen Moment überdecken ...*“ Deutlich wird wieder eine mögliche Beeinflussung des Erlebens, wie auch schon in den Kapiteln zuvor. Suizidalität kann ebenfalls als Folge von fehlenden, negativen oder pessimistischen Zukunftsperspektiven gewertet werden. Suizidalität als Ausdruck von stärkster Verzweiflung, Machtlosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Kraftlosigkeit kann den Pflegenden aufzeigen, was für gravierende Auswirkungen das durch die Depression veränderte Erleben bei Betroffenen hat.

3.11 Leidvolles Erleben in Form von Schmerz

In Studien wird deutlich, dass das Empfinden von **Schmerz** bei Ausschluss körperlicher Ursachen ein mögliches Anzeichen ist, welches auf eine Depression hindeuten kann. Besonders Frauen empfinden Schmerzen, wenn sie an einer Depression leiden (vgl. 41). Sie werden unter anderem bei Hausärzten diesbezüglich vorstellig (vgl. 28). In der Praxis zeigt sich, dass Frauen ihre Schmerzen z. T. sehr diffus erleben. Für sie kennzeichnet eine Veränderung im Erleben, welche auf Depressionen zurückgeführt werden kann, zum Beispiel das Auftreten von Herzschmerzen, Kopfschmerzen sowie Rückenschmerzen. Frau P. berichtet: „*Wenn ich könnte, würde ich (...) leben! (...) ohne all den Schmerz, ohne all die Leere, (...)*“ Wie unter Punkt 3.1 beschrieben, erlebt auch sie den Aspekt der inneren Leere. Für sie ist jedoch das Erleben des Aspektes der inneren Leere genauso relevant wie der Schmerz selbst. Sie bringt den Schmerz sozusagen an gleicher Stelle an. Über die Tatsache, dass Frau P. als Erstes den Schmerz nennt und dann die Leere, kann nur

⁹⁰ Der Aspekt des Einschätzens suizidaler Patienten sowie Besonderheiten im suizidalen Verhalten von Patienten in Zusammenhang mit Depressionen werden aufgrund der Kürze der vorliegenden Arbeit nicht behandelt.

spekuliert werden. Schmerzen bei den Frauen können daher ein Ausdruck für eine mögliche Depression sein, ein Ausdruck z. B. für die Verzweiflung, die sie erleben.

Der Schmerz, welcher auf das Vorhandensein einer Depression hindeuten kann, findet in der ICD-Klassifikation keine Beachtung. Für die Pflege bedeutet dieses Wissen, dass die oben dargestellten Kategorien der ICD nicht alles abbilden, was für das individuelle Erleben der Depression relevant ist. Auch Schmerzen, besonders spezifische Schmerzen (z. B. Herzschmerz und seine von Frauen beschriebenen Folgen wie Herzrasen), können Hinweise auf das mögliche Vorhandensein einer Depression liefern. Pflegende sollten daher achtsam sein, wenn sie Schmerzen erfassen, Auswirkungen von Schmerzen bei Patienten beobachten oder wenn Patienten über Schmerzen sprechen.

Im Rahmen des Erlebens von Schmerzen, die als Ausdruck von empfundenem Leid gesehen werden können, offenbart sich noch etwas, das nur z. T. in der Literatur im Zusammenhang mit der Depression beschrieben wird. Frauen können das, was sie durch die Depression erleben, manchmal auch in selbstverletzendem Verhalten⁹¹ ausdrücken. Selbstverletzendes Verhalten, das in der Klassifikation keinen gesonderten Ausdruck erhält, wird aufgrund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit nur am Rande erwähnt.

3.12 Erleben von bedrohlicher Angst

„Die meisten depressiven Menschen haben gleichzeitig **Angst** (...). Angst, ihre Aufgabe nicht mehr zu bewältigen, verlassen zu werden, keine Luft mehr zu bekommen, an einer schweren, unheilbaren Krankheit zu leiden, zu verarmen, die Familie zu belasten und zu schädigen, nicht geliebt oder akzeptiert zu werden, unerwünscht oder im Wege zu sein (...). Die Angst wird häufig von körperlichen Beschwerden begleitet“ (15).⁹² Angst und Depression werden oft miteinander in Verbindung gebracht (ebd.). Aus diesem Bewusstsein wurden Assessments entwickelt, mit denen „Angst und Depressionswerte“ erfasst werden können.⁹³ In der Praxis ist also bekannt, dass Angst eine Dimension darstellen kann, in der Betroffene die Depression erleben. Wissen darüber zu erlangen, scheint wichtig für Pflegende zu sein, weil sie Äußerungen von Ängsten durch Patienten häufig begegnen. In den Beispielen wurde die Angst, welche betroffene Frauen empfinden

⁹¹ Anmerkung: Selbstverletzendes Verhalten wird nach NANDA-I definiert (vgl. 38).

⁹² Verweis Kapitel 3.11.

⁹³ Zum Beispiel der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) oder der Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS).

können, bereits in mehreren vorherigen Dimensionen deutlich. (Zum Beispiel bei Frau H., die sich davor fürchtet, ein Krebsgeschwür würde in ihr wachsen, oder Frau K., die Angst davor hat, am nächsten Tag wieder aufzuwachen.) Obwohl bekannt ist, dass die Angst ein häufiger und stark erlebter Ausdruck für Depressivität sein kann, findet sie in der ICD-Klassifikation keine Beachtung. Wie bereits deutlich wurde, stellt für die Betroffenen das, was sie im Rahmen einer Depression erleben und in der Arbeit bereits mehrfach metaphorisch beschrieben wurde, etwas Beängstigendes, Übermächtiges und Dunkles dar, das die Fähigkeit hat, sie zu kontrollieren.

3.13 Zeitliches Erleben

Internationale Studien haben ergeben, dass psychiatrische Patienten die **Zeit** als „schleppend“ erleben (vgl. 42).

Depressive können Zeitspannen schlechter einschätzen als Menschen ohne depressionsverändertes Erleben. Das beschrieb auch der Psychiater Kuiper in seinem autobiografischen Roman Seelenfinsternis: „Die Zeit ist wie Melasse“ (43), zähflüssig, schwer, langsam.

Auch wenn anhand der zitierten Frauen die Bedeutung der Zeit im Erleben von Depressionen nicht eindeutig identifizierbar war, hat es aufgrund des praktischen Hintergrundwissens, über das Pflegende verfügen, den Anschein, dass Patienten Veränderungen im zeitlichen Erleben wahrnehmen. Ich habe es als Schwierigkeit empfunden, diese Dimension in der vorliegenden Arbeit eindeutig herauszustellen. Vielleicht erleben oder bewerten Männer und Frauen diese Dimension unterschiedlich. Es wäre daher indiziert, die Dimension Zeit vor einer Genderspezifität im Erleben zu untersuchen.

4 Erkenntnisse über das Erleben der Depression

Was Frauen mittleren Alters, die an einer Depression leiden, beschreiben und was in dieser Arbeit vorgestellt wurde, wirkt zu jeder Zeit düster, mächtig und bedrohlich.

Das **Erleben** kann mit der Arbeit nicht vollständig abgebildet werden.⁹⁴ Es gibt keine wissenschaftliche Literatur, in der das Erleben Betroffener umfassend beschrieben wird. Das wäre allerdings notwendig, um das Erleben und somit den genauen Unterstützungsbedarf definieren zu können. Das, was wir aus Literatur und Lehrbüchern über Depressionen wissen, hat vor dem Hintergrund der Arbeit und den Praxiserfahrungen, die Pflegende machen, nicht den Fokus, der der Pflege förderlich und hilfreich wäre. Gemeint ist eine Betrachtung von Auswirkungen dessen, was Betroffene kennzeichnend beschrieben. Die Depression ist themenspezifisch zum Teil sehr gut erforscht. Vieles, was ich mir an Wissen wünschen würde (wie das, was in dieser Arbeit untersucht wurde), fehlt allerdings. Besonders negativ muss gewertet werden, dass nähere Informationen zur spezifischen Zielgruppe der Frauen mittleren Alters kaum zu finden waren.⁹⁵ Es ist möglich, dass durch die lückenhafte Literatur viele Depressionen (sehr lange) unerkannt bleiben. Pflegende brauchen vor dem Hintergrund der Arbeit ein größeres Wissen.

Es ist ebenfalls anzumerken, dass speziell in Literatur und Lehrbüchern, die vor mehr als fünf Jahren publiziert wurden, nicht ansatzweise das dargestellt wird, was sich vor dem Hintergrund der Arbeit bezüglich des Erlebens von Depressionen bei Frauen mittleren Alters darstellt. Je älter die herangezogene Literatur war, desto weniger konnte sie für die Erstellung der vorliegenden Arbeit verwendet werden. Bei den Lehrbüchern scheint das unterzugehen, was wir zwischen den Zeilen von Patienten heraushören, wenn wir ihnen zuhören. Was in der Praxis zu beobachten ist, schließt sich als unabdingbares Puzzleteil an die Lehrbuchdarstellungen: Depressive Patienten scheinen fast an dem zu verzweifeln, was sie durch die Depression erleben. Das Leid wird als universell, unerträglich, omnipotent,

⁹⁴ Limitation der Arbeit: Der Arbeit fehlt eine wissenschaftliche Betrachtung (z. B. Befragung einer größeren Zielgruppe, die anhand wissenschaftlicher Kriterien ausgewertet werden müsste. Stattdessen findet der interpretative und explorative Versuch statt, das Erleben aus der Sicht einzelner Frauen darzustellen. Daher erhebt die vorliegende Arbeit weder den Anspruch auf Vollständigkeit noch auf Richtigkeit der dargestellten Erkenntnisse. Die Erkenntnisse dieser Arbeit bilden zudem keine Erkenntnisse im wissenschaftlichen Sinne ab.

⁹⁵ Z. B. wurde spezifisches Wissen zu Depressionen bei Männern oder Kindern und Jugendlichen ersichtlich; in den verwendeten Quellen wurden Frauen mittleren Alters jedoch nicht erwähnt. Diese Lücke greife ich in meinem Ausblick wieder auf.

beständig, die eigenen Kräfte übersteigend und gefährlich erlebt.

Zwar werden das Leid und die Verzweiflung in der Literatur oft thematisiert, ihnen wird aber nicht die Bedeutung für die Betroffenen beigemessen, die vor dem Hintergrund der Arbeit deutlich wurden. In dieser Arbeit zeigt sich, dass betroffene Frauen die Depression in allem erleben, was ihr Leben ausmacht und ihre Persönlichkeit betrifft. Erfahrungen, Ängste und Hoffnungen, Prägungen, Enkulturation; das gesamte Ich wird von der Depression getrübt. Sie ist allgegenwärtig, nimmt Einfluss auf Gefühle, Gedanken und Verhalten. Auf alles, was dem Menschen wichtig ist und ihn ausmacht.

Vor diesem Hintergrund würde ich begrüßen, tiefere Erkenntnisse von Wissenschaftlern erarbeitet vorzufinden und darauf zurückgreifen zu können. Einen Erkenntnisgewinn sehe ich zur Ausübung professioneller Pflege als obligat an. Wie anhand der Limitation dargestellt, können aufgrund des Ansatzes dieser Arbeit, das Erleben anhand exemplarisch gewählter Frauen mittleren Alters aus dem Praxisalltag abzubilden, keine wissenschaftlichen Erkenntnisse gewonnen werden. Die Arbeit erfüllt viele wissenschaftliche Kriterien nicht und unterliegt in der vorliegenden Form vielen Limitationen. Vor dem Grundgedanken des Leids und der Verzweiflung bei Betroffenen sind nicht nur neue, sondern auch weiterführende Kenntnisse gefragt, die das individuelle Erleben abbilden.

Die nähere Betrachtung unter Einbeziehung von künstlerischen Elementen wie Lyrik, Poesie oder bildlicher Kunst, die betroffene Frauen bereit sind zu teilen, scheint vor dem Hintergrund dieser Arbeit ein bedeutender und vielversprechender möglicher Ansatz zu sein, um Verständnis und Wissen über Depressionen zu erhalten.

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass das Leid, welches Betroffene empfinden, künstlerisch (z. B. durch Metaphern, Farben, Licht und Dunkelheit) zum Ausdruck kommen kann. Pflegende, denen es gelingt, das z. T. Verborgene, Künstlerische oder zwischen den Zeilen Sichtbare zu deuten und zu interpretieren, können die Depression erkennen und ihr entgegenwirken.

Eine eigene und weitere Erkenntnis ist, dass das Klassifikationssystem in der bisherigen Form zur Beschreibung von Symptomen nicht ansatzweise umfasst, welche zentrale

Bedeutung die Depression im Leben Betroffener hat.⁹⁶ Verwendete Begriffe sollten zudem klarer voneinander abgegrenzt werden, da sie teilweise unterschiedliche Bedeutungen haben. Vieles, was sich über das Erleben skizzenhaft hervorhob, findet in der Klassifikation keine Bedeutung. Eine eigene Erweiterung um die letzten drei Kapitel zeigte, dass in der Praxis weit mehr erkannt werden kann, als im Rahmen von Symptomkenntnissen aus der Literatur bekannt ist. Keinesfalls bildet das Klassifikationssystem das umfangreiche Wissen ab, was ich mir für die Pflege wünschen würde, obwohl es zurzeit als valides und reliables Instrument zur Diagnostik verwendet wird.

5 Bedeutung des Erlebens für die Pflege

In diesem Kapitel wird versucht, die Bedeutung der Erkenntnisse aus der vorliegenden Arbeit abzubilden. Voraussetzung, um unterstützend tätig zu werden, ist das Wissen über das individuelle Erleben der Depression und der Selbstwunsch des Pflegenden, sich ein tieferes Verständnis darüber aneignen zu wollen.

Wie aus der Arbeit ersichtlich wurde, können im Erleben entscheidende Momente entstehen, in denen Pflegende die Depressionen erkennen können.

Vor dem Hintergrund der Arbeit zeigt sich für die Pflege(-kraft) ein herausforderndes Bild.

Pflegende sollten jederzeit damit rechnen und innerlich dazu bereit sein, depressives Erleben, insbesondere die Verzweiflung und das Leid Betroffener, zu beobachten bzw. wahrzunehmen. Die innere Bereitschaft setzt Zeit und Raum für den Patienten voraus. Eine gute und aufmerksame Beobachtungsgabe scheint für Pflegende obligat.

Der zu planende Unterstützungsbedarf muss zwingend umfassen, dass die Pflegekraft dem Patienten dabei hilft, sich zu entlasten. Das Leid und die Verzweiflung sollten vermindert werden. Die Pflegekraft könnte z. B. gemeinsam mit den Patienten prüfen, ob das beschriebene Leid in seinem Ausdruck und Ausmaß anders zu katalysieren wäre. Pflegende könnten in diesem Zusammenhang auch auf die Endlichkeit des als leidvoll

⁹⁶ Die Einteilung in Aspekte und Dimensionen veranschaulicht zudem, dass das, was Depressionen bei den Betroffenen bewirken, weit mehr zu sein scheint, als im Rahmen von Symptomerfassung ersichtlich wird, obwohl nur ein erster Versuch unternommen und Ideen gesammelt wurden. Die dargestellten Dimensionen erhalten vor dem Hintergrund der Arbeit eine veränderte Bedeutung, sie werden restrukturiert und sortiert. Weitere Limitationen zu den gebildeten Aspekten sind im Anhang in Tabelle 1 zu finden.

erlebten Zustandes hinweisen.

Ein Pflegeziel könnte sein, die Unterstützung in Bezug auf Eindämmung bzw. Aufhebung von allem, was vom Patienten als leidvoll erlebt. Alles, was leidvolles Erleben aufrechterhält, begünstigt, verursacht oder beinhaltet, sollte reduziert werden. Pflegende sollten Ressourcen im Patienten stärken (wie z. B. durch den Therapieansatz Empowerment). Empathie und Geduld im Umgang mit Patienten sowie das richtige Einschätzen eigener Schwächen und Stärken (z. B. in Bezug auf die Erwartungshaltung gegenüber dem Patienten, seinen Therapieverlauf oder die Beziehungsgestaltung) sind bei Pflegekräften gefordert. Die dafür erforderliche Sensibilität sollte trotz des hektischen Arbeitsalltags aufgebracht werden.

Ein ausgewogenes Nähe- und Distanzverhältnis zu Betroffenen scheint wichtig für Pflegende, weil das, was Betroffene erleben, nicht nur bei ihnen selbst, sondern auch bei Personen, denen sie davon berichten, starke Emotionen wie z. B. Angst oder Entsetzen auslösen kann. Erkennen Pflegekräfte die Depression bei Betroffenen und erleben sie durch die Nähe zum Patienten in gewisser Weise auch zusammen mit ihm, scheinen unterstützende Möglichkeiten zur Entlastung von Pflegenden z. B. im Rahmen von Teambesprechung und Supervision gefragt.

Im Umgang mit dem Patienten sollte zudem von der Pflegekraft erwartet werden, dass das erlebte Leid und die Verzweiflung des Patienten, *seine Realität des Erlebens*, anerkannt werden und somit die Basis sämtlicher Interaktion und Intervention bilden.

In Therapieansätzen wie Ergotherapie und Kunsttherapie wird eine besondere Chance gesehen, Erleben der Depression abbilden zu können. Gut wäre, Kreativität immer dann zu fördern, wenn Zeit und Raum für Pflegende und Patient stimmen und gewünscht sind.

Die Begleitung während des kreativen Ausdrucks Betroffener scheint durch die Heftigkeit und Beschaffenheit des Erlebens indiziert.

Die Arbeit im interdisziplinären Team erhält vor dem Hintergrund der gewonnenen Erkenntnisse besondere Bedeutung. Mehrere Betrachter dieses Puzzles der Depression ermöglichen mehrere Interpretationsmöglichkeiten.

Eine grundsätzliche Anforderung an die Pflege ist, warmherzig, offen und nicht vorschnell bewertend zu sein. So kann die Nähe zum Menschen hergestellt werden, den wir (in der

womöglich dunkelsten Zeit seines Lebens) begleiten. Aus der hergestellten Nähe entsteht eine Beziehung der beiden Akteure, die im günstigen Fall so gefestigt ist, dass der Patient der Pflegekraft erlaubt, ihn kennen zu lernen, und er letztendlich das preisgibt, was ihn ausmacht, beschäftigt, ängstigt und ihm schwer fällt. Pflege muss daher zu jeder Zeit individuell⁹⁷ aufnehmen, wie der Patient seine Empfindungen und Erlebnisse beschreibt.

Die Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient trägt vor dem Hintergrund der Arbeit entscheidend zum Erkennen und zur Unterstützung bei Depressionen bei. Eine Möglichkeit, gefestigte Beziehungen aufzubauen, wäre die pflegerische Arbeit nach dem Bezugspflegesystem. Die Bezugspflege hat Vorteile sowohl für den Patienten (Sicherheit durch konkrete Vertrauensperson) als auch für die Pflegekraft (Stärkung des Zusammengehörigkeitsgefühls).

Bedürfnisse und die Sicherheit des Betroffenen sowie seine Würde und alles, was dem Patienten wichtig ist, müssen gewahrt werden und so gut wie möglich erhalten bleiben. Es ist wichtig, Angehörige einzubeziehen, um das Bild vom Patienten durch Schilderung von Fremdwahrnehmungen nahestehender Personen zu komplettieren. Jedoch nicht nur deshalb: Angehörige sind im Rahmen einer individuellen Pflege sowie im Leben vieler Menschen von zentraler und entscheidender Bedeutung.

Da Frauen mittleren Alters vor dem Hintergrund anderer, nicht im Zusammenhang mit Depressionen stehender Literatur per se einen hohen Unterstützungsbedarf aufweisen können, ist ein Wissen um den genauen Unterstützungsbedarf bei Depressionen vor dem Hintergrund der Arbeit zwingend gefordert.⁹⁸

In der vorliegenden Arbeit wird ein Versuch unternommen, das leidvolle Erleben einzelner Frauen für Pflegende abzubilden. Eine Idee zur Abbildung des vor der Arbeit relevant erscheinenden Wissens für Pflegende ist im Anhang zu finden (Abbildung 1). Eine Idee, Gemeinsamkeiten im Erleben anhand der vorgestellten Frauen abzubilden, findet sich ebenfalls im Anhang.⁹⁹

⁹⁷ Anmerkung: Individuelle Pflege meint in diesem Fall die Pflege unter Berücksichtigung der alles umfassenden Individualität und Einzigartigkeit des Menschen, der in einer bestimmten Situation auf uns trifft.

⁹⁸ Dieses wird z. B. in der Berichterstattung des Bundes, herausgegeben durch das Robert-Koch-Institut, in der der Unterstützungsbedarf Frauen mittleren Alters dargestellt wurde, deutlich.

⁹⁹ Es sind lediglich erste Ideen, um Erleben bei den zitierten Frauen darzustellen, hervorzuheben und gegebenenfalls in Anbetracht der Notwendigkeit eines pflegerischen Klassifikationssystems zu verwenden.

Diese Möglichkeit erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und unterliegt keinen wissenschaftlichen Kriterien wie z. B. der Angemessenheit des Untersuchungsdesigns.

Abschließend bleibt anzumerken, dass alle zitierten Frauen einen außergewöhnlichen, multidimensionalen und umfangreichen pflegerischen Unterstützungsbedarf aufweisen.¹⁰⁰

6 Ausblick

Anhand des Erlebens könnten meiner Meinung nach alle pflegerisch relevanten Punkte erfasst werden. Zudem ist es besonders angezeigt, Frauen mittleren Alters zu untersuchen, weil die Wissenslücke über sie am größten ist, sie aber eine anspruchsvolle und große Personengruppe darstellen.¹⁰¹

Weil aufgrund der synonymen Verwendung unterschiedlicher Begriffe eine stärkere Begriffstrennung im Klassifikationssystem gefordert wird, ergibt sich die Notwendigkeit eines eigenen Pflege-Klassifikationssystems, um tatsächlich das abzubilden, was relevant für Betroffene ist.

Bezüglich des Klassifikationssystems könnte überlegt werden, anhand welcher Kriterien das Erleben untersucht werden kann und wie das, was für die Pflege relevant ist, in den Vordergrund gestellt werden kann.

Dabei könnten sich Pflegediagnosen zur Klassifizierung eignen. Das, was die Frauen an Unterstützungsbedarf benötigen, könnte sich anhand von Pflegediagnosen aufzeigen lassen. Ebenfalls scheint der Einsatz der Pflegediagnosen geeignet, weil er Aspekte wie z. B. Suizidalität aufgreift und entsprechende zu planende pflegerische Unterstützung deutlich macht. Eine Idee möglicher verwendbarer Pflegediagnosen findet sich im Anhang, Tabelle 2. Vielleicht wäre es zudem möglich, sie zu einem Instrument zum Erfassen depressiven Erlebens weiterzuentwickeln.¹⁰² Zumindest sollte jedoch das Klassifikationssystem um andere, ebenfalls relevante Inhalte aus dem Erleben Betroffener ergänzt werden. Generell kann geprüft werden, wie praktische Erfahrungen theoretisch aufgearbeitet und veranschaulicht werden können.

¹⁰⁰ Limitation: Die Bedeutung des Erlebens für die Pflege muss unter Erweiterung von weiteren wissenschaftlichen Erkenntnissen vervollständigt werden. Aufgrund des Rahmens der vorliegenden Arbeit und des Bearbeitungsschwerpunktes bildet dieses Kapitel keinen allgemeinen Unterstützungsbedarf ab. Es werden lediglich Überlegungen angestellt, wie das gewonnene Wissen in die Praxis integriert werden könnte.

¹⁰¹ Es existiert z.B., herausgegeben durch das Robert-Koch-Institut spezifisches Wissen über Depressionen im Alter sowie bei Kindern und Jugendlichen, nicht jedoch über Frauen mittleren Alters.

¹⁰² Der Katalog der Pflegediagnosen ist noch nicht vollständig. In der Praxis habe ich häufig die Erfahrung gemacht, dass er z. B. als Basis der Pflegeplanung verwendet wird.

Kommunikation erscheint in der Arbeit als große Chance, Erleben bei Frauen erkennen zu können. Pflegende erreichen ein tieferes Verständnis für den Patienten und die Depression, wenn sie sich mit ihnen unterhalten bzw. ihnen zuhören. Es gibt im Zusammenhang mit Depressionen eine Vielzahl Erfahrungsberichte, auch von betroffenen Frauen. Neben den Romanen wird das Thema auch im Internet diskutiert. Unzählige Internetportale, in denen Betroffene sich über ihr Erleben austauschen, und somit eine Vielzahl Betroffener, die über ihr Erleben sprechen möchten. Eine Idee wäre, diese Ressource, die Bereitschaft der Menschen, sich zu öffnen und von sich zu erzählen, stärker in einen wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn einzubeziehen. Es könnte zudem überlegt werden, wie die Eingliederung dieses Wissens stattfinden kann.

Die teilweise poetischen Darstellungen, die besonders zur sog. Melancholie im Laufe der historischen Entwicklung entstanden sind, z. B. das Titelbild, könnten unter Verwendung neuer und weiterer Kenntnisse der heutigen Zeit betrachtet werden, um umfassendere Erkenntnisse zu erhalten. Nach der Auffassung einer bedeutenden Pflegewissenschaftlerin sind die Pflege und die Kunst eng miteinander verknüpft. Dorothea Orem sagte bereits vor 15 Jahren: „(...) Pflege ist eine Kunst (...)“ (44).

Depressionen sind einschneidend und verursachen im Leben des Betroffenen teilweise letale Folgen. Die Versorgung, die Unterstützung, das Erkennen, die Behandlung und besonders die Prävention scheinen eine große Herausforderung für alle beteiligten Berufsgruppen, vor dem Hintergrund der Arbeit jedoch besonders für Pflegende zu sein.