

**ZUM THEMA: ERSCHÖPFUNG UND DEPRESSION  
BEI PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN**

**A. Fellgiebel, M. Hautzinger (Hrsg.):**

**ALTERSDEPRESSION**

**Ein interdisziplinäres Handbuch**

Springer-Verlag, Berlin 2017. 340 S., € 49,99

ISBN 978-3-662-53696-4

ISBN (eBook) 978-3-662-53697-1

Wir werden immer älter – und damit am Ende pflegebedürftiger. Alles hat seinen Preis. Wer aber zahlt den in diesem Fall? Natürlich leben wir in einer sozialwirtschaftlich fast perfekten Welt, zumindest gemessen an unserem Umfeld (was aber schon an so mancher Landesgrenze in Mitteleuropa weit mehr Probleme aufwirft). Aber öffentliche Institutionen können nicht alles abdecken, auch wenn sie ständig aufgestockt werden (müssen) und trotzdem immer öfter an ihre Grenzen stoßen. Was also bleibt bzw. treffender: *wer bleibt*, wenn es um die Pflege der älteren Mitbürger geht, insbesondere naher Angehöriger?

Die Antwort ist so banal wie folgenschwer: die nächsten Angehörigen. Wer ist das oder konkreter: wen trifft es? Und vor allem: was hat das für die Helfenden für Konsequenzen? Denn eines wird auch dem ahnungslosesten Umfeld vor Augen geführt, besonders wenn es sich in den weiteren oder engeren Kreis der Betroffenen eingebunden sieht: Pflege ist ungeheuer aufwändig und damit kräfte-zehrend.

Die Pflege von älteren Menschen mag nach außen erst einmal weniger dramatisch erscheinen als beispielsweise bei Notfall-Opfern, hat aber ihre eigenen Bedingungen oder konkreter Aufgaben, Pflichten und damit Belastungen. Und wenn die Betreuer ggf. schon selber in die Jahre gekommen sind, was in der Regel nicht so selten ist (s. u.), dann tut sich hier ein doppeltes Problem auf: zuerst weitgehend unbeachtet,

aber zunehmend bedenklich bis folgenschwer, wenn nicht gar psychosozial bedrohlich. Um was geht es?

Dazu eine kurzgefasste Übersicht aus dem empfehlenswerten Sammelband *Altersdepression*, herausgegeben von den Professoren Andreas Fellgiebel und Martin Hautzinger im Springer-Verlag, und zwar aus dem Kapitel *Depression bei pflegenden Angehörigen* von Dr. Klaus Pfeiffer von der Klinik für Geriatrische Rehabilitation am Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart. Im Einzelnen:

### **Epidemiologische Übersicht**

In Deutschland gibt es rund 2,5 Millionen Pflegebedürftige. Davon werden zwei Drittel (konkret 1,6 Millionen) zu Hause betreut oder gepflegt. Der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen ist 60 Jahre und älter.

Jeder zweite Pflegeverlauf im höheren Lebensalter dauert länger als 2 Jahre, bei Frauen häufiger als bei Männern.

Von den zu Hause betreuten oder gepflegten Personen werden fast zwei Drittel ausschließlich von ihren Angehörigen ohne zusätzliche professionelle Hilfe versorgt. Die absolute Zahl an pflegenden Angehörigen wird auf 3,7 Millionen Personen geschätzt. Davon sind zwei Drittel weiblichen Geschlechts, was sich mit zunehmender Pflegeaufgabe noch erhöht (und mit wachsendem Sozialstatus reduziert).

Ungefähr jede 10. Pflegeperson ist mit dem Pflegebedürftigen nicht verwandt, also ein Freund, Bekannter oder Nachbar. Zwischen 55 und 69 Jahren unterstützten rund 6 % aller Männer und fast doppelt so viel Frauen einen pflegebedürftigen Angehörigen. Dabei ist etwa die Hälfte der Pflegenden zumindest in Teilzeit berufstätig.

Und um bei einem aktuellen Thema zu bleiben: Fast 10 % aller Leistungsempfänger der Pflegeversicherung haben zwar einen Migrations-Hintergrund, der aber in diesem Fall noch überwiegend Spätaussiedler mit deutscher Staatsangehörigkeit betrifft.

Die Gründe für die Übernahme einer Pflegeaufgabe sind mehrschichtig: Zum einen persönlich, aber auch moralisch oder gar gesellschafts-strukturell. Je freiwilliger, des-

to erträglicher. Besonders belastend ist es vor allem dann, wenn es aufgrund äußerer Zwänge geschieht und als alternativlos empfunden wird.

### **Belastungsfaktoren und ihre psychosozialen Folgen**

Die häuslichen Versorgungs-Aufgaben können mehrere Aspekte umfassen: Das reicht von körper-nahen pflegerischen über organisatorische und bürokratische Tätigkeiten bis zur Sicherung des Alltagslebens, wozu auch durchaus die emotionale Unterstützung eines Pflegebedürftigen zählt. Auf jeden Fall gilt es entsprechende Versorgungs-Routinen zu entwickeln und immer wieder Krisen zu bewältigen, die aus allen Ecken und zwar ständig zu bewältigen sind.

Dabei unterscheiden die Experten primäre und sekundäre Stressoren. Zu Letzteren zählen neue Aufgaben wie Haushalt und Finanzen, aber auch die Vereinbarung von Pflege und eigenem Beruf, von eigenen Interessen und Aktivitäten ganz zu schweigen.

Als besonders pflege-intensiv und damit belastend gelten bei den Pflegedürftigen Hirnschädigungen (z. B. nach Schlaganfall), neurodegenerative (z. B. Demenz) oder maligne (Tumor-)Erkrankungen.

Deshalb konzentriert sich die Wissenschaft zunehmend auf die Erhaltung der Ressourcen (also aller gesundheits-bezogenen Hilfsquellen) der Pflegenden, wobei man problem-, emotions- und bedeutungs-fokussierte Formen unterscheidet. Die üblichen Alltags-Aufgaben lassen sich am ehesten überblicken. Schwieriger wird es bezüglich der Gefühlswelt. Denn pflegende Angehörige fühlen sich oft hilflos und haben Angst vor der Zukunft bzw. empfinden Trauer wegen der dann letztlich drohenden Verlust-Situation.

Schließlich gilt es auch Frustrationen zu ertragen (vom Lat.: frustra = vergeblich...), was sogar in ohnmächtige Wut mit aggressivem Verhalten umschlagen kann – und nachfolgenden Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen.

Wichtig ist deshalb das so genannte „bedeutungs-fokussierte Coping“, wie es die Experten nennen: Neubewertung der Pflege vor dem Hintergrund eigener Werte, Wertschätzung der geleisteten Arbeit, besondere Beziehung zum Pflegebedürftigen,

spricht: Pflege als positiv und sinn-erfüllend erleben. Hilfreich sind dabei eine bereits bestehende positive Beziehung zum Pflegebedürftigen, Religiosität, ein gewisses Selbstwertgefühl was die eigene Kompetenz anbelangt, die notwendige innere Motivation und vor allem das Gefühl, nicht in der Pflegerolle gefangen zu sein.

Daneben gibt es eine Reihe weiterer Erleichterungen, die gerne übersehen, zumindest nicht ausreichend genutzt werden, obgleich durchaus segensreich. Beispiele: wohltuende (Freizeit-)Aktivitäten, Berufstätigkeit, die sogar als entlastend wahrgenommen wird, regelmäßige Auszeiten etc.

Hilfreich sind natürlich auch die über die Pflegeversicherung finanzierbaren Leistungen (z. B. professionelle Pflege, hauswirtschaftliche Hilfen, Betreuungsangebote, Wohnraum-Anpassung usw.). Belastend und deshalb rechtzeitig erkannt und korrigiert werden sollten daneben die häufig drohende Rückzugsneigung durch „fehlende Zeit“ oder gar Scham.

### **Pflegebelastung und Depressivität**

Von den pflegenden Angehörigen geben fast jeder Zweite eine eher starke und fast jeder Dritte eine sehr starke pflegebedingte Belastung an. Das ist deutlich mehr als nicht-pflegende Vergleichspersonen zu ertragen haben – und hat seine speziellen Konsequenzen. Dazu gehört vor allem das Phänomen erschöpfungsbedingte „Depressivität“ (was nicht mit der Krankheit „Depression“ zu verwechseln ist).

Besonders betroffen sind hierbei – wie erwähnt – Pflegende von dementiell Erkrankten sowie Schlaganfall-Patienten. Die beredten Stichworte lauten: abnehmende Sozialkontakte, Verschlechterung der Beziehungsqualität, Belastung durch bestimmte neuropsychiatrische Symptome u. a. Das ist übrigens ein Faktor, der sich auch dann nicht wesentlich erleichtern lässt, wenn der Patient in ein Pflegeheim kommt und dann alltäglich besucht oder gar weiterhin pflegerisch unterstützt wird, da die emotionale Belastung dadurch nicht wesentlich geringer wird. So nimmt es nicht Wunder, dass immer mehr fachliche Hilfe gesucht und vor allem von niedergelassenen psychologischen Psychotherapeuten und Psychiatern unter den Diagnosen Anpassungsstörung, rezidivierende depressive Störung oder depressive Episode behandelt werden muss.

Zur Diagnose stehen dabei spezifische diagnostische Instrumente zur Erfassung der Pflegebelastung zur Verfügung. In der Beratung und Therapie geht es vor allem darum, dass sich pflegende Angehörige häufig beschämt oder gar als Versager fühlen, weil sie die Pflege und Betreuung nicht mehr alleine schaffen, obgleich sie Monate und Jahre dafür „geopfert“ haben (was man in nicht wenigen Fällen durchaus so bezeichnen darf). Einzelheiten dazu siehe die entsprechende Fachliteratur, doch seien stichwortartig einige Anmerkungen vermittelt:

### **Therapeutische Aufgaben**

Zu Beginn geht es um die Anamnese, die Krankheits-Vorgeschichte mit detaillierter Darstellung des aktuellen Pflegealltags. Weitere Aspekte sind Motivation, frühere und aktuelle Beziehung, das verfügbare soziale Netzwerk u. a. Aber natürlich auch so genannten dysfunktionale Gedanken und Schemata (Perfektionismus, Schuldgefühle), die notwendige Anpassung zur Stabilisierung des Pflege-Arrangements und das psychosoziale Umfeld. Hilfreich sind dabei auch praxisrelevante Informationen der zuständigen Institutionen wie z. B. Deutsche Alzheimer-Gesellschaft oder Deutsche Schlaganfall-Hilfe.

Ein spezielles Aufgabenfeld ist der Umgang mit belastenden Situationen. Fast schon eine Negativ-Grundlage ist nämlich die so genannte negative Problem-Orientierung, sprich die resignative Überzeugung, dass sich doch nichts mehr ändern lasse und alle Bemühungen bislang zwecklos waren und auch bleiben werden. Das unterdrückt natürlich sämtliche Lösungsversuche und führt ggf. zu unangemessenen, vor allem impulsiven Reaktionen, was wiederum Schuldgefühle auslöst. Darauf muss eine spezielle Fachberatung und -behandlung gezielt eingehen, was eine entsprechende Erfahrung des Therapeuten voraussetzt, aber auch gar nicht so wenig reale Lösungs-Ansätze bereithält.

Ein besonderes Problem ist der Umgang mit belastenden Emotionen und Verlust-Erfahrungen. Letzteres ist dem Pflegenden schmerzlich vertraut, wird er doch mit immer neuen Einbußen konfrontiert. Das geht von der bislang gewohnten Beziehungs- und Lebensgestaltung über die eigenen Lebenspläne, das vertraute gegen-

seitige Verstehen bis zu den schwindenden gemeinsamen Perspektiven und dem drohenden Ende.

Hier spielt auch die Trauer eine große Rolle, die sich aber – nicht selten – hinter den vordergründigen Emotionen Ärger, Wut, Schuld, Scham oder Angst verbirgt. Ein Therapie-Ziel ist deshalb die Wahrnehmung, Einordnung und Annahme aller dieser Gefühle einschließlich Trauer. Sie müssen akzeptiert, ja integriert werden, wofür sich insbesondere Metaphern (Verbildlichungen) und so genannte Achtsamkeits-Übungen als hilfreich erweisen.

Wichtig ist auch etwas, was die Experten eine „ressourcen-stärkende Selbstfürsorge“ nennen. Denn viele Pflegende erfüllen ihre Aufgaben oft in einer fast automatisierten Routine und haben nach Jahren der Pflege keinen echten Bezug mehr zu jenen Emotionen, die nicht nur in der Übernahme der Pflege-Verantwortung, sondern auch der eigenen Stabilisierung eine wichtige Rolle spielen. Das beginnt mit der persönlichen Gesundheit und geht bis zur Pflege eigener Hobbys und Kontakte. Dabei gilt es aber auch die eigenen Belastungsgrenzen zu respektieren und sogar Schuldgefühle zu akzeptieren, wenn man sich plötzlich selber etwas Gutes tun will. Auch sollte man mögliche Rückschläge nicht als definitives Schicksals-Urteil interpretieren und resignieren, auch wenn sich so manche Planungen dann doch nicht befriedigend umsetzen lassen.

### **Unterstützung durch das Umfeld**

Hier gilt es die Unterstützung durch Dritte in die Diskussion zu bringen, und zwar nicht nur für die Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege, sondern auch für die Freiräume des Pflegenden bzw. seine eigenen Aktivitäten. Dabei tun sich die Betroffenen aber oft schwer, eigene Bedürfnisse oder konkreten Hilfe-Bedarf zu äußern, selbst gegenüber (mit-verantwortlichen) Familienmitgliedern.

Die Gründe ähneln den schon erwähnten: hohes Pflege-Ideal, Scham, auf fremde Hilfe angewiesen zu sein, ablehnende Haltung des Pflegebedürftigen, vor allem aber mangelnde Kenntnisse über mögliche Angebote und deren Finanzierung. Hier gilt es vor allem auf kommunale Altenberatung, Fachberatungsstellen der Alzheimergesellschaft, gerontopsychiatrische Beratungsstellen, gesetzlich verankerte Pflegeberatung

u. a. hinzuweisen. Einen deutschlandweiten Überblick zu Beratungsangeboten gibt die Online-Datenbank „Beratungsangebote in der Pflege“ des Zentrums für Qualität in der Pflege: <http://www.zqp.de>.

### **Gewalt in der Pflege**

Gewalt ist ein aktuelles Thema – und nimmt sogar die Pflege-Situation nicht aus. Sie kann von pflegenden Angehörigen, aber auch vom Pflegebedürftigen selber ausgehen. Stichworte, mit denen jetzt zu rechnen ist, sind körperliche, seelische, sexuelle, finanzielle Formen sowie absichtliche oder unbeabsichtigte Vernachlässigung. Bei professionellen Pflegekräften gibt es inzwischen entsprechende Untersuchungen und Pflege-Anweisungen. Im privaten Umfeld herrscht hier noch Forschungsbedarf.

### **Grenzen häuslicher Pflege**

Die Grenzen häuslicher Pflege sind häufiger erreicht, als allgemein auffällt. Sie sind eben auch ein schwieriger, ja schmerzhafter Prozess, obgleich stationäre Pflege ja in unserer Zeit und Gesellschaft durchaus zeit-nah vermittelbar wäre. Leider erfolgt ein solcher Wechsel oft nicht aus stabilen Versorgungs-Situationen heraus, sondern dann, wenn sich das Ganze zu einer unhaltbaren Krise zugespitzt hat. Hier gilt es eine vorausschauende Entscheidungs-Findung anzustreben, was auch die Zeit nach einem Umzug des Pflegebedürftigen ins Pflegeheim betrifft, und zwar für den bis dahin Pflegenden. Denn mag sich so manches erleichtert haben, andere, neue Belastungen sollten nicht übersehen werden: Gewissensbisse, Wochenstruktur, Unzufriedenheit mit der Pflege im Pflegeheim etc.

### **Sterben und Tod des Pflegebedürftigen**

Das leitet zum Thema Sterben und Tod des Pflegebedürftigen über, geht es doch in der Terminalphase dann rasch um die Grenzen der häuslichen Belastbarkeit, Planung und Versorgung. Glücklicherweise gibt es hier aber zunehmend professionelle Angebote, z. B. die Palliativpflege oder das ambulante oder stationäre Hospiz. Weitere Themen sind natürlich die Gestaltung der Pflege während der Sterbe-Begleitung sowie schließlich der Trauerprozess des Pflegenden, was ggf. auch psychotherapeutische Hilfe nahelegt.

## **Altersdepression – ein praxisorientiertes interdisziplinäres Handbuch**

Wir werden immer älter, hieß es eingangs, was auch seinen Preis hat. Dazu gehört die so genannte Altersdepression. Interessanterweise findet sich dieser Begriff nicht in den gängigen Diagnose-Manualen (ICD-10 der WHO und DSM-5<sup>®</sup> der APA) oder in den aktuellen Leitlinien (S3-Leitlinie Unipolare Depression 2015). Streng wissenschaftlich mag dies seine Gründe haben. Für den Alltag in Klinik und Praxis wäre es aber hilfreicher, man könnte diesen Begriff konkret definiert nutzen, denn die Depressionen im höheren Lebensalter zeichnen sich durch altersspezifische Faktoren aus, die sich von den typischen depressiven Episoden jüngerer Erwachsener durchaus unterscheiden.

In der wissenschaftlichen Literatur gibt es deshalb Kompromiss-Vorschläge, die allerdings den Praxis-Alltag nicht gerade erleichtern. Dabei existieren seit Jahren fundierte Forschungs-Ergebnisse zu Diagnose, Differential-Diagnose, Ätiopathogenese und Therapie. Leider sind sie nur verstreut auffindbar und damit nutzbar, was eine zusammenfassende Übersicht nahelegt. Das findet sich in dem Sammelband *Altersdepression*, ein Angebot von mehr als drei Dutzend Experten, die sich eine sektorenübergreifende Interdisziplinarität und Multiprofessionalität zur Aufgabe gemacht haben. Und gerade dieser Ansatz kennzeichnet die professionelle Versorgung von Patienten mit Altersdepressionen.

Im ersten Teil dieses praxisorientierten und interdisziplinären Angebots geht es um das Verständnis der Altersdepression auf der Basis von Epidemiologie, Diagnostik, Bildgebung, strukturierten Fragebögen, kognitiven Störungen und Suizidalität. Der zweite Teil umfasst die Therapie-Möglichkeiten unter besonderer Berücksichtigung der biologischen und psychologischen Alters-Bedingungen: Psychotherapie, Pharmakotherapie, sonstige somatische Therapien, Ergo-, Kunst- und Musiktherapie etc. Besondere Kapitel widmen sich den alterstypischen Erkrankungen, bei denen häufig mit Depressionen gerechnet werden muss. Der dritte Teil umfasst etablierte und neue Behandlungsrahmen sowie innovative Therapie-Konzepte.

Das praxisorientierte Buch erleichtert den Alltag von Psychiatern, Psychotherapeuten, Allgemeinmedizinern, Geriatern, von Ergotherapeuten, Musik- und Kunst-



herapeuten, Physio-, Bewegungs- und Sporttherapeuten u. a. Sein Erfolg ist prognostizierbar, die erweiterte 2. Auflage sollte rechtzeitig ins Auge gefasst werden (VF).