

## Depressionen, aus der Sicht eines Betroffenen

### Inhalt

5

<b>1. Einleitung</b>	<b>Seite:</b>
<b>2. Grundsätzliche Anmerkungen</b>	<b>Seite:</b>
<b>3. Symptome der Depression</b>	<b>Seite:</b>
<b>4. Depression – die Formen</b>	<b>Seite:</b>
<b>5. Reaktive Depression</b>	<b>Seite:</b>
<b>6. Drogen und Depressionen</b>	<b>Seite:</b>
<b>7. Angsterkrankungen und Depressionen</b>	<b>Seite:</b>
<b>8. Winterdepression</b>	<b>Seite:</b>
<b>9. Depression im Alter</b>	<b>Seite:</b>
<b>10. Symptome einer Depression</b>	<b>Seite:</b>
<b>11. Suizid – lebensmüde bis in den Tod</b>	<b>Seite:</b>
<b>12. Depression – Ursache und Risiken</b>	<b>Seite:</b>
<b>13. Depression – die Therapie</b>	<b>Seite:</b>
<b>14. Psychotherapie gegen Depressionen</b>	<b>Seite:</b>
<b>15. Entspannung gegen Depressionen</b>	<b>Seite:</b>
<b>16. Sport und Bewegung gegen Depressi- onen</b>	<b>Seite:</b>
<b>17. Tipps für Angehörige und KollegenIn- nen</b>	<b>Seite:</b>
<b>18. Motiviere, ohne zu überfordern</b>	<b>Seite:</b>
<b>19. Ausgewählte Pflegediagnosen, die bei Menschen mit Depressionen angewen- det werden können</b>	<b>Seite:</b>
<b>19.1 Pflegediagnose „Angst“ 00146</b>	<b>Seite:</b>
<b>19.2 Pflegediagnose „ Suizid“ 00150</b>	<b>Seite:</b>
<b>19.3 Pflegediagnosen „Selbstschutz“ 00043</b>	<b>Seite:</b>
<b>20. Depressionen – ein Kurzratgeber</b>	<b>Seite:</b>

## 1. Einleitung:

Der Themenkomplex der seelischen Erkrankungen nimmt in der somatischen Medizin und Pflege nur einen sehr untergeordneten Platz ein. Obwohl alle Schwestern und Ärzte in ihren Grundausbildungen einiges über seelische Erkrankungen hören oder gar lernen, besonders wenn sie in der Neurologischen Abteilungen arbeiten dürfen, ist doch das was im späteren Berufsalltag zum Tragen kommt eher gering. Das liegt aber auch daran, dass Menschen mit seelischen Erkrankungen „nicht gut angesehen“ sind. Alle möglichen Ursachen hierfür aufzuzählen wäre mir hier nicht möglich. Für mich der über zwanzig Jahre auf verschiedenen Intensivstationen, mit dem Schwerpunkt der Pflege Schwerbrandverletzte, tätig war ist es heute wichtig, dass wir auch nach einer guten Grund- und Weiterbildung den Blick schärfen für die seelischen Erkrankungen unserer anvertrauten Patienten auf den verschiedenen Intensivstationen. Aus meiner Arbeit am Intensivpflegebett des Schwerbrandverletzten weis ich noch heute, dass es viele Patienten gab die psychologische oder psychiatrische Hilfe benötigt hätten. Das einige Patienten diese spezielle Hilfe während des stationären Aufenthaltes nicht in ausreichendem Maße bekommen habe ist ein eigenes Kapitel und kann an dieser Stelle nicht vertieft werden.

Es geht mir mit dem folgenden Aufsatz zu Depression und Pflegediagnosen darum, dass die Pflegekräfte auf den unterschiedlichen somatischen Intensivstationen für dieses Krankheitsbild in ihren Blickwinkel erweitern. Die Depression kann Ursache einer somatischen Krankheit sein. Sie kann aber auch als Folge einer schweren körperlichen Erkrankung auftreten.

25

## 2. Grundsätzliche Anmerkungen:

Unter einer Depression versteht man ein Zustandsbild allgemeiner und umfassender seelisch-körperlicher Herabgestimmtheit, wobei der Begriff *Depression* auf das lateinische *deprimere* im Sinne von herunterdrücken, unterdrücken zurückgeht. Befindlichkeitsschwankungen wie Verstimmtheit, Niedergeschlagenheit, Lustlosigkeit, Resignation, Missmut, Erschöpftheit usw. benennen dabei aber ein Spektrum negativer, aber nicht im engeren Sinne bereits depressiver Gefühle.

10 Eine Depression wird definiert als eine *affektive Störung* von Krankheitswert, die durch eine typische Symptomatik, als depressives Syndrom oder depressive Episode benannt, gekennzeichnet ist, die auf der Basis einer psycho-soziobiologischen Disposition einer Person entsteht und durch innerseelische und/oder äußerer Auslöser ausgelöst und aufrechterhalten wird.

15 Solche Auslöser sind aktuelle Lebensereignisse, chronische Belastungen, aber auch körperliche Erkrankungen, die wiederum sekundär und reaktiv zu psychischen Belastungen, zum Beispiel Selbstwertstörungen führen können. Affektive Störungen zeigen eine typische Verlaufscharakteristik. Neben einmaligen Erkrankungen überwiegend rezidivierendes (wiederholtes) Auftreten.

20 Entweder unipolar d.h. nur mit depressiven Episoden, oder bipolar, d.h. abwechselnd mit manischen Phasen. Meistens sind auch chronische Verläufe über längere Zeit zu beobachten.

Eine Depression ist eine schwere Erkrankung, die den gesamten Menschen umfasst und beeinträchtigt, ihn in seinem Denken, in seiner Gestimmtheit und in seinen Gefühlen, in seinen Bezügen zur Umwelt, aber auch zur eigenen Person und zur Zukunft bedroht. In ihren tiefsten und schwersten Ausprägungsformen umfängt die Depression Betroffene derart, dass sie über ihr eignes Leid nicht mehr hinauszuschauen vermögen und den Glauben an sich, an ihre Umwelt, an der Zukunft, aber auch an Hilfe- und Behandlungs-

30

möglichkeiten verlieren. Dann wird die Depression lebensbedrohlich, denn sie geht mit Hoffnungslosigkeit und der Gefahr von Suizidalität einher.

Obwohl die Krankheit viele Formen hat und weit verbreitet ist, wird sie in der Öffentlichkeit häufig unterschätzt, und das Leben der Betroffenen verharmlost. Depressionen können chronisch werden und zur Berufsunfähigkeit führen. 15 Prozent der Patienten mit schwerer Depression nehmen sich das Leben. Dabei könnte der Mehrzahl der Betroffenen mit Medikamenten und Psychotherapie geholfen werden, betonen Experten (vgl. Fischer, Cornelia). Das Dilemma ist, dass Depressive häufig von angehörigen und sogar von vielen Ärzten und Pflegekräften nicht ernstgenommen werden. Überlastung, Einbildung, Hormone – das hören die Betroffenen oft oder einfach nur: „Reiß dich zusammen!“ Keine andere Krankheit wird derartig unterschätzt, sagen Experten. Dabei ist die Depression inzwischen eine Volkskrankheit. Etwa vier bis acht Millionen Menschen in Deutschland leiden unter einer der vielen Formen der Gemütskrankheit. Was genau depressive Störungen verursacht, ist noch nicht geklärt. Es wird vermutet, dass bei dieser psychischen Erkrankung die Wirkung der Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin im Gehirn gestört ist. Oft gehen der Depression belastende Lebensereignisse, wie etwa ein Tod eines nahestehenden Menschen voraus, oder der Verlust des Arbeitsplatzes. Sie kann aber auch vollkommen unerwartet, ohne offensichtlichen Auslöser auftreten.

### 3. Symptome der Depression

Depression – das ist eine scheinbar nie enden wollende Niedergeschlagenheit, die das ganze Alltagsleben bestimmt.

Depression ist eine Erkrankung, die sich sehr vielgestaltig äußern kann, jeder Betroffene entwickelt quasi sein eigenes Symptomgefüge.

Jeder Mensch empfindet Traurigkeit, wenn ein anderer Mensch krank ist oder gar verstirbt. Manchmal entsteht diese Traurigkeit auch schon, weil eine Freundin ein Treffen absagt, der Urlaub ausfällt, jemand sich auf einen Anruf nicht zurück meldet oder schon wieder den Geburtstag vergessen hat. Viele stellen sich nun vor, depressiv, das sei eine bekannte Form von Traurigkeit. Traurigkeit hat jedoch nichts mit Depression zu tun.

Depression – das ist eine scheinbar nie enden wollende Niedergeschlagenheit, die das ganze Alltagsleben bestimmt. Wer unter Depression leidet, ist unfähig Glück oder Trauer zu empfinden. Zu „echten“ „normalen“ Gefühlen ist er meist nicht mehr in der Lage. In der Krankheitsphase ist das Leben bestimmt von Angst, Ausweglosigkeit und Bedrohung. Depression umgreift den ganzen Menschen, sein körperliches Befinden, sein Denken, seine Gefühle, seine Stimmung, seine Stellung in der Gesellschaft, seine eigene Person, seine Zukunft. Einen entzündeten Blinddarm kann man herausnehmen, gegen Sodbrennen gibt es Tabletten, ein Knochenbruch kann operiert werden – eine Depression aber kann einen Menschen in den Tod treiben, noch bevor irgendjemand etwas gegen die Bedrohung unternommen hat. Denn immer noch ist es für Außenstehende schwer zu erkennen, wann ein Mensch nicht mehr nur traurig, sondern depressiv ist. Vielen, vor allem jüngere Menschen merkt man es nicht an. Es gibt Betroffene, die in Unruhe und Getriebensein von ihrem Zustand berichten wollen, sie suchen Gesprächspartner, die sich aber oft abwenden, weil ihnen die scheinbar ewige pessimistische Litanei auf die Nerven geht. Andere Depressive ziehen sich schweigend zurück. Oft stoßen Betroffene in der Familie oder im Freundeskreis auf Unverständnis. „Du bist doch nicht krank, das sieht man doch. Das wirst du doch wohl schaffen, reiße dich zusammen“, hören sie dann. Verständnislos steht die Umwelt oft dem Kranken gegenüber, der sich ihrer Meinung nach so „negativ“ verändert hat. Die Gefühllosigkeit, unter der der Depressive leidet, erschwert ihm den Kontakt zu anderen.

Die Symptome einer Depression können sehr vielfältig sein. Jeder Mensch entwickelt in der Krankheit quasi sein eigenes Symptomgefüge. Folgende Anzeichen aber sind typisch und in unterschiedlicher Ausprägung bei fast allen Depressiven zu beobachten:

5

- **Tiefe Niedergeschlagenheit**

Alles ist grau oder schwarz, es verändert sich nichts. Nichts kann die Stimmung steigern, an nichts kann man sich erfreuen. Zusammenreißen (oft der Rat der Anderen!!) hilft nicht, man will ja, aber es geht nicht. Das Lächeln der Freunde hilft ebenso wenig wie der Vorschlag, in die Oper zu gehen. Nichts kann ablenken, nichts schafft Erleichterung. Tiefe Verzweiflung, Jammern, Tränen können sich manchmal auch mit aggressiven Anklagen gegen andere abwechseln.

15

- **Das Gefühl der Gefühllosigkeit**

Man empfindet nichts, nichts für seine Angehörigen, nicht einmal für die Kinder der Familie. Der Betroffene bleibt von „echter“ Traurigkeit oder Fröhlichkeit ausgeschlossen. Er ist gefangen in seinem „leeren“ Käfig, eine Gefangenschaft, die ihn manchmal sogar erstarren lässt.

20

- **Angstgefühle**

Diffuse Angst, unbestimmte oder konkrete Ängste vor Menschen, vor Tieren, vor Situationen, vor Krankheiten oder Existenzangst beherrschen den Tag und die Nacht. Meist ist es eine globale angst vor allem, was am Tage auf den Betroffenen zukommen kann. Morgens beim Erwachen denkt er schon an den scheinbar unübersehbaren, vollgestopften Tagesablauf. Angst besteht sogar davor, dass man die kleinsten Verpflichtungen des Tages – z.B. einkaufen – nicht schafft. Es gibt aber auch Ängste vor der Zukunft, die generell hoffnungslos und grau aussieht. Es gibt Ängste, von anderen nicht akzeptiert, nicht beachtet, nicht verstanden zu werden. Hinzu kommt oft die Angst, den

30

Partner zu verlieren, alleine nicht überleben zu können, abhängig zu sein.

- **Genussunfähigkeit**

5       Nichts macht dem Betroffenen mehr Freude, scheinbar betrachtet er Menschen und Umwelt, er kann sich weder an einem schönen Essen noch an einer grünen Wiese freuen. Musik, Malerei – vormals Formen der Entspannung – geben ihm nichts mehr. Spaziergänge, Gespräche mit Freunden etc., nichts kann zur Aufheiterung beitragen.

10

- **Antriebslosigkeit**

Hobbys und Interessen werden nicht mehr aktiviert. Depressive sind schwer bis gar nicht mehr motivierbar. Jeder Schritt nach draußen fällt schwer. Teilnahmslosigkeit macht sich breit. Die Betroffenen fühlen sich  
15       „gelähmt“. Das kann bis zur körperlichen Unbeweglichkeit reichen, bis zur Starre. Der Depressive ist in Todesangst erstarrt. Mediziner nennen das STUPOR. Die klassische Melancholie bietet einen ganz typischen Anblick: eingefrorene Mimik, keine Bewegung beim Laufen der Gliedmaßen, Verlangsamung der Sprache.

20

- **Innere Unruhe**

Mitunter schlägt die Lähmung in eine hektische Überbetriebsamkeit um. Viele Dinge werden angefangen, nichts wird vollendet. Der Mensch wirkt wie getrieben, was sich auch durch ständige Auf- und  
25       Ablaufen äußert.

- **Nachlassen kognitiver Fähigkeiten**

Konzentration, Wahrnehmen, Erkennen, Erinnern, Urteilen, alles dreht sich um die gleichen negativ besetzten Themen. Der Betroffene konzentriert sich auf das eigene Denken, auf die ewig kreisenden Gedankengängen. Er grübelt immer über die gleichen Dinge nach – die Zu-  
30

kunft, die Ehe, den Partner, über das eigene Unvermögen, auch nur einkaufen oder aufzustehen. Er findet keine Lösung der Probleme. Ausweg- und hoffnungslos erscheint ihm seine Situation. Depressive können nicht loslassen, können nichts mehr auf die Seite schieben. Ihr Denken ist verlangsamt, einseitig, eingeengt. Der Bezug zum Alltag, zu den alltäglichen Strukturen geht verloren. Jede Alltags-tätigkeit wird schwer, der Erkrankte wird mit keiner Arbeit fertig, schon Zeitungslesen strengt an. Er vergisst Dinge, weiß nicht mehr, wie man sie erledigen soll. So wie das Denken verarmt auch die Sprache. Die Sprache wird oft monoton, leise und zwanghaft, die Wortwahl ist reduziert. Depressive nehmen die Welt nur noch als grau wahr, und so ist auch ihre Sprache ohne „frohe Worte“.

- **Schuldgefühle**

Depressive fühlen sich oft schuldig an allem, was passiert – an der Krankheit der Schwester, dem Alkoholmissbrauch des Freundes etc. Jede Handlung wird zehnmal überprüft und dann erneut in Frage gestellt: „Hätte ich doch nur das und das nicht getan, hätte ich doch nur das und das nicht gesagt.“ Auch der Umgang mit wirklicher Schuld unterscheidet den Depressiven vom Gesunden. Der Depressive verharrt in seinem Schuldbewusstsein, es treibt ihn weiter in die Isolation, in die Depression. Der Gesunde versucht, Fehler aktiv zu korrigieren oder verdrängt sie einfach. Für den Depressiven ist jeder Fehler, jede Niederlage eigenes Versagen: „Ich habe ja schon immer nichts getaugt, ich schaffe sowieso nichts.“ Jedes Zurückbleiben, jedes nicht 100-prozentige Funktionieren wird als Versagen gedeutet. Nie sind die Umstände oder andere Schuld. Der Depressive verfügt über keine Selbstschutzmechanismen mehr, um sein Selbstwertgefühl trotz Fehlern zu erhalten. Zu Depressionen neigende Menschen sind deshalb oft auch jene, die perfektionistisch, überordentlich und leistungsorientiert sind.



- **Depressiver Wahn**

Das Gefühl ständigen Versagens führt manchmal bis zum depressiven Wahn. Falsche Überzeugungen sind dann z.B. nicht mehr durch Überprüfung mit der Realität oder durch Argumente korrigierbar, Gedanken werden plötzlich real, Wünsche scheinen Realität zu werden. Der Erkrankte ist der Überzeugung, wirklich schuld zu sein, auch an Ereignissen, die auf der Welt passieren, wie z.B. an Erdbeben oder dem Elend der Kinder. Dieser Wahn ist jedoch nicht mit dem Wahn anderer psychischer Erkrankungen (Schizophrenie) vergleichbar. Depressive empfinden ihn oft selbst als übersteigerte Angst und Schuld.

- **Körperliche Symptome**

Körperliche Leiden können Begleiterscheinungen einer Depression sein, manchmal sind sie auch die einzigen Symptome. Dazu zählen mangelnder Appetit, Gewichtsverlust, Verstopfung, Nahrungsverweigerung, Fressattacken, Abnahme oder Verlust der Libido, Herz-Kreislauf-Probleme, übermäßiges Schwitzen, trockener Mund, Schwindelgefühle, Kopf- und Gliederschmerzen, Schwere-, Spannungs- und Druckgefühle, Motorik erlahmend (gebeugter Gang!) Kraftverlust, Erschöpfung.

- **Schlafstörungen**

Einschlaf- und Durchschlafstörungen, ständiges angstvolles Aufwachen, häufig unterbrochener Schlaf, fehlende Erholung, frühes Erwachen, ohne wieder einschlafen zu können. Der Depressive fühlt sich ständig schlecht, müde und unwohl. Die Gedankengänge lassen ihn nie los, weder beim aufwachen noch beim Einschlafen, immer dreht sich alles im Kreis, die Zeit scheint oft stillzustehen. Die Nacht ist nur elende Fortsetzung der Tagesqual. Das hat Folgen für Konzentration und körperlicher Verfassung. Die Leistungsfähigkeit schwindet. Die Betroffenen fühlen sich dadurch den ganzen Tag übermüdet. Meistens

gibt es die typischen Tagesschwankungen: das morgendliche Tief und die abendliche Aufhellung der Stimmung. So ist der Tagesverlauf während der Depression fast immer gleich. Man wacht früher als sonst auf, fühlt sich schlecht. Nach der Morgenqual scheint es aussichtslos, den langen Tag mit all seinen Pflichten zu überstehen. Gegen Abend nach einem vergrübelten Tag stellt sich bei nicht so schwerer Depression eine leichte Verbesserung ein. Am nächsten morgen aber beginnt die Qual wieder von vorne. Bei einer schweren Depression allerdings gibt es auch abends keinen Hoffnungsschimmer oder Lichtblick.

#### • **Abnahme des Selbstwertgefühls**

Das Gefühl, selbst etwas wert zu sein, nimmt immer mehr ab. Der Depressive „braucht“ die gesamte Zeit für Grübeleien. Er merkt das, kann es aber nicht ändern – ein Teufelskreis. Am Tag fehlt die Kraft selbst für kleinste Alltagsverrichtungen, und genau das lässt ihn in der Nacht nicht einschlafen. Das Leben kann scheinbar nicht mehr bewältigt werden. Der Betroffene fühlt sich wertlos und als bloße Belastung für seine Umgebung. Gedanken an Selbsttötung stellen sich ein. Schlafen und Tod werden als Erlösung gesehen. Das Bedürfnis nach Ruhe, nach einem Ende der Qual stellt sich ein. Bei der Entwicklung von der Suizididee zur Suizidabsicht spielen viele Punkte eine Rolle. Die verstärkte Hoffnungslosigkeit, die Wahnsymptomatik oder die Idee, andere von der eignen Person zu erlösen. Viele Kranke haben Suizidgedanken, sind aber der Vermittlung von Behandlung und Hoffnung teilweise zugänglich. Sie lechzen regelrecht danach, dass andere ihnen immer wieder Hoffnung geben.

#### • **Persönlichkeitsveränderungen**

Der Glaube an sich selbst, an die Zukunft, an Hilfe geht verloren. Die Persönlichkeit verändert sich, ein vorher lebenssprühender Mensch wird zum Außenseiter und isoliert sich. Das ist eine Tortur für den Be-

troffenen, der sich meist nichts sehnlicher wünscht, als wieder so zu sein wie früher.

#### **4. Depression – die Formen**

- 5 Depression ist nicht gleich Depression. Es gibt verschiedene Formen. Ärzte benutzen deshalb unterschiedliche Begriffe, auch wenn die Anzeichen sich ähneln. Das macht die Sache für Betroffene wie Angehörige oft schwer durchschaubar.

#### **10 Major Depression – Melancholie – endogene Depression**

Die „reine“ Depression oder Major-Depression oder endogene Depression oder Melancholie hat meist keine erkennbare Ursache und kann durch psychische Konflikte, aber auch durch körperliche Erkrankungen ausgelöst werden.

- 15 Diese Depression kann jeden befallen. Bei leichten Formen merken viele noch nichts, da sie noch in der Lage sind, ihrer täglichen Aufgaben zu erfüllen. Es macht zwar alles unter Umständen weniger Freude und man ist weniger engagiert. Das fällt aber niemandem auf. Das Privatleben gestaltet sich jedoch schon etwas zurückgezogener. Die Betroffenen wollen eher Ruhe, keinen Besuch, wollen abends nach der Arbeit nicht viel reden. Wenn dennoch  
20 jemand kommt, lässt er es aber über sich ergehen. Erst wer mittelgradig bis schwer depressiv ist, wird auch für seine Umgebung auffällig. Denn dann sind berufliche und private Anforderungen schwer oder gar nicht mehr zu erfüllen. Die Betroffenen ertragen ihren Alltag kaum. Sie können bei der Arbeit  
25 nichts mehr leisten und ziehen sich im Privatleben oft vollkommen zurück.

#### **Manische Depression – bipolare Störung**

Die manische Depression nennen die Ärzte heute bipolare Störung.

- 30 Bipolar bedeutet „zweipolig“. Es gibt also zwei entgegengesetzte Seiten der Erkrankung. Das bekannte Verhalten: mal himmelhochjauchzend, mal zu

Tode betrübt. In der depressiven Phase kann der Erkrankte alle Symptome in unterschiedlicher Intensität aufzeigen:

- Tiefe Niedergeschlagenheit
- Das Gefühl der Gefühllosigkeit
- 5   • Angstgefühle
- Genussunfähigkeit
- Antriebslosigkeit
- Innere Unruhe
- Nachlassen kognitiver Fähigkeiten
- 10   • Schuldgefühle
- Depressiver Wahn
- Körperliche Symptome
- Schlafstörungen
- Abnahme des Selbstwertgefühls
- 15   • Persönlichkeitsveränderungen

In der manischen Phase ist alles anders. Er verspürt dann einen gesteigerten Antrieb, ein überstarkes Selbstwertgefühl, einen explodierenden Tatendrang und Ideenreichtum. Er ist auch überwach und hat ein vermindertes Schlafbedürfnis. Der Betroffene erlebt sich selbst als unbesiegbar und leistungsstark. Erleidet also nicht während der manischen Phase. Das alles sieht für Betroffene und Angehörige zunächst gut aus. Aber eine manische Phase hat ihre Tücken. Die Betroffenen überschätzen sich leicht und werden in ihren Plänen und Handlungen unberechenbar. Sie können oft nicht mehr die Folgen ihres Handelns einschätzen und stürzen sich selbst oder ihr Umfeld in soziale oder finanzielle Krisen. Das kann in einem kurzen Zeitraum im schlimmsten Fall zur Insolvenz des Betroffenen oder seiner Familie führen.

Um die Diagnose „manische Depression“ zu stellen, muss der Patient mindestens einmal in der Zwischenzeit einer Depression (mindestens eine Woche) manisch gewesen sein. Nach der manischen Phase folgt meist das de-

20

25

30

pressive Tief: Der Betroffene erkennt seine Fehler aus der manischen Phase und verzweifelt an sich selbst. Das Selbsttötungsrisiko ist dann sehr hoch. Diese bipolaren Störungen können unterschiedlich sein. Im Allgemeinen halten die Phasen Manie und Depression mehrere Wochen und Monate im Wechsel an. Es gibt aber auch gemischte Formen, in denen gleichzeitig Symptome der Manie und der Depression innerhalb einer Woche auftreten. Auch die Dauer der Phasen ist unterschiedlich. Unbehandelt dauert eine Depression in der Regel drei bis sechs Monate – mit großen Abweichungen. Sie kann auch nur mehrere Tage anhalten, aber auch über mehrere Jahre gehen. Die Dauer lässt sich nie vorhersagen. Durch eine geeignete Behandlung lässt sich die Depression verkürzen oder zumindest abschwächen. Die unbehandelte Manie dauert meist kürzer an, ca. zwei bis vier Monate. Aber auch hier ist die Bandbreite groß. Behandelt dauert sie im Schnitt zwei bis sechs Wochen. Während die reine Depression bei Frauen häufiger auftritt, ist die bipolare Störung bei Männern und Frauen gleich verteilt.

### **5. Reaktive Depression**

Damit bezeichnen Fachärzte Depressionen, die nach schwerer Belastung (z.B. der Tod eines Angehörigen, der Ersthelfer der einen Schwerstverletzten versorgen muss[beim [Zugunglück](#) am 3. Juni 1998 in Eschede]) und bei anhaltender seelischer Belastung (bei der langjährigen Pflege auf der Intensivstation oder in der Strahlenklinik, etc.) auftreten.

Der Unterschied zwischen normaler Trauer und einer „echten“ Depression liegt in der Dauer und in der Tatsache, dass sich ein Auslöser kaum oder gar nicht finden lässt. Der Verlust tritt meist „über Nacht“ ein. Eine Depression entwickelt sich über Monate oder gar Jahre und es kann sein, dass die Ursache für die Erkrankung dem Erkrankten nicht einsichtig sind. Bei einer Trauer kann der Betroffene selber oder mit Hilfe an dem Verlust „arbeiten“. Nach einer entsprechenden Zeit kann der Verlust „bearbeitet“ sein und der Betroffene kann wieder „normal“ leben. Tritt diese Reaktion nicht ein, entwickelt sich die reaktive Depression. Sie lässt sich in psychotherapeutischen

Sitzungen bearbeiten, damit der Betroffene den Verlust, bzw. die Gefühle bearbeitet, verstehen und annehmen kann. Die Symptome einer reaktiven Depression ähneln denen von den zuvor genannten, weshalb die Unterscheidung so schwierig ist. Dies besonders für die Personen, die mit diesem Patientenkreis wenig Erfahrung haben.

## **6. Drogen und Depressionen**

Der Zusammenhang von Drogen und Depressionen wurde untersucht: Es ist eher ein Sonderfall, wenn Depressionen durch Alkohol, Aufputschmittel oder Kokain ausgelöst werden. Die zugrunde liegende Suchtproblematik stellt eine besondere Situation dar, denn steigender Drogenmissbrauch führt meist ins depressive Elend. Oft ist es so, dass der Depressive versucht, sein Problem „selbst“ zu lösen – mit Mitteln, die er sich beschafft: Alkohol, Ecstasy, ... Für den Arzt ist es dann schwer abzuklären, was Drogenmissbrauch und was Depression ist. Die Drogen müssen abgesetzt werden und erst anschließend kann eine Therapie beginnen, die sich gegen die Depression richtet.

## **7. Angsterkrankungen und Depressionen**

Angst und Depressionen gehören oft eng zusammen. Es gibt kaum Depressive, die nicht unter Ängsten leiden. Unter der Angst zu versagen, unter genereller Zukunftsangst oder vor den ganz kleinen Tagesaufgaben. Oft wachen die Betroffenen bereits sehr früh angstgeplagt auf, müssen manchmal sogar vor Angst schreien oder sich zumindest mitteilen. Angst kann aber auch eine ganz eigene Erkrankung sein, die unabhängig von einer Depression auftritt. Und sie kann wiederum Depressionen zur Folge haben. Diese krankhafte Angst hat sehr unterschiedliche Erscheinungsformen: Panikanfälle, Phobien oder allgemeine Ängste.

Panikanfälle sind plötzlich auftretende, anfallsartige Angstzustände mit zahlreichen körperlichen Symptomen wie: Herzrasen, Schwindel, Benommenheit, Schwitzen, Zittern, Atemnot. Panikattacken haben selten einen eindeutig benennbaren Auslöser. Ganz anders verhält es sich bei den Phobien.

Betroffene wissen in aller Regel ganz genau wovor sie Angst haben. Bekannte und häufige Phobien sind: die Furcht vor Spinnen, vor Höhen, vor engen geschlossenen Räumen, vor dem Zahnarztbesuch oder vor Prüfungen. Ein Beispiel für die allgemeinen Ängste ist die soziale Angst. Hier haben die Betroffenen oft die Angst vor dem Versagen. Versagen die Freundschaft aufrechtzuerhalten, oder „mithalten zu können“. Projizieren sich die Ängste auf körperliche Beschwerden, suchen die Betroffenen oft jahrelang die unterschiedlichsten Ärzte auf, ohne dass jemals ein krankhafter Befund erhoben wird. Zu den möglichen Begleiterscheinungen gehören Ruhelosigkeit, leichte Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwäche, Reizbarkeit, Muskelverspannungen und Schlafstörungen.

Häufig treten Angststörungen auch in Verbindung mit Depressionen, Medikamenten- und Alkoholmissbrauch auf. Mehr als ein Viertel der Bevölkerung in Deutschland hat nach einer Studie des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie schon einmal an krankhaften Ängsten gelitten, zehn Prozent wären behandlungsbedürftig. Neben den generalisierten Angstzuständen, die ohne Behandlung jahrelang anhalten können, unterscheidet man plötzliche Panikattacken ohne äußeren Anlass und Phobien, also durch bestimmte, eigentlich harmlose Auslöser hervorgerufene Ängste (z.B. Platzangst, Flugangst oder Angst vor Höhe).

Ohne ärztliche oder psychologische Hilfe beeinträchtigen Ängste massiv die Lebensqualität der Betroffenen. Da Ängste als etwas angesehen werde, über das nicht gesprochen wird, werden viele Erkrankungen oft sehr spät festgestellt. Den vielschichtigen Störungen entsprechend, sind auch die therapeutischen Ansätze sehr verschieden.

## **8. Die Winterdepression**

In letzter Zeit ist sie immer häufiger in den Schlagzeilen – die Winterdepression. Viele meinen, dass sie das auch haben. Denn wenn die Tage kürzer werden und zunehmende Dunkelheit den Tag ablöst, sinkt bei vielen Menschen die Stimmung, und der Tatendrang lässt nach. Das ist normal und kei-

5 nesfalls ungewöhnlich, denn in der kalten und ungemütlichen Winterzeit zieht man sich lieber zurück. Aber es gibt Menschen, bei denen dieses Verhalten in der beginnenden Winterzeit krankhafte Spuren trägt. Sie leiden unter einer Winterdepression, die Fachleute als „saisonale abhängige affektive Störung (SAD) bezeichnen. Die Betroffenen leiden dann unter einer deutlichen Ver-  
10 ringerung ihres Antriebs, ihrer Motivation, etwas zu tun. Sie haben unbegründete Angstzustände, sie isolieren sich, sie wollen mehr schlafen als sonst. Das sexuelle Verlangen nimmt mitunter fast gänzlich ab. Mitunterstellt sich eine Fresslust ein. Herauszufinden, ob es sich dabei nur um normales  
15 „Winterverhalten“ oder um eine krankhafte Erscheinung handelt, ist für den Arzt schwierig. Es gibt dafür aber Kriterien, und ein geschulter Facharzt wird erkennen, ob eine solche Störung vorliegt. Wichtig ist, dass der jahreszeitliche Verlauf innerhalb von mindestens zwei Jahren bestimmend ist für das Auftreten der Depression. Beginnt die Depression zwei aufeinanderfolgenden  
20 Wintern und verschwindet sie im Frühjahr, dann lautet die Diagnose SAD. Auch eine klassische Depression kann im Winter beginnen, aber sie zeigt andere Symptome: eher Appetitlosigkeit und Gewichtsabnahme als Fresslust, kein Murmeltierschlaf, sondern Schlafstörungen.  
Wer einmalig im Winter tieftraurig ist, muss sich keine Sorgen machen. Wer  
25 aber schon seit Jahren immer wieder im Winter Probleme hat, sollte einen Arzt aufsuchen und ihm alle seine Probleme schildern. Diese differenziert Diagnostik ist notwendig, um die richtige Therapie zu wählen, denn bei einer Winterdepression helfen andere Maßnahmen als bei einer Major Depression.

## 9. Depression im Alter

Alt werden möchte jeder. Aber möglichst bei voller geistiger und körperlicher Gesundheit. Doch meistens bedeutet Alter auch den allmählichen Verlust physischer und psychischer Fähigkeiten. Chronische Erkrankungen wie Dia-  
30 betes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Arthrose, Parkinson, Demenz treten häufiger auf. Ältere Menschen leiden – oft auch im Zuge dieser Erkrankun-



gen – an depressiven Verstimmungen. Etwa zehn bis 25 Prozent der älteren Menschen zeigen Symptome depressiver Störungen.

### **10. Symptome der Depression**

5 Die Diagnose „Depression“ richte sich nach folgenden Symptomen:

Hauptsymptome:

- Depressive Stimmung (niedergeschlagen, gefühllos)
- Interesselosigkeit
- Freudlosigkeit
- 10 • Antriebsarmut
- Schnelle Erschöpfung, Müdigkeit

Zusatzsymptome:

- Verminderte Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit
- 15 • Abnehmendes Selbstwertgefühl
- Gefühl von Schuld und Wertlosigkeit
- Schwarzsehen, Zukunftsangst
- Selbsttötungsgedanken oder sogar Selbsttötungsversuche
- Schlafstörungen
- 20 • Verlangsamung in der Motorik und im Denken oder Unruhe
- Appetitmangel

### **11. SUIZID – lebensmüde bis in den Tod**

25 Es gibt Eigenschaften, die nur dem Menschen eigen sind. Dazu gehört die Fähigkeit, sich bewusst selbst zu töten. Etwa 15 000 Menschen nehmen sich jährlich in Deutschland das Leben – 100 000 bis 250 000 unternehmen jedes Jahr einen Suizidversuch.

Die Selbstmord-Dunkelziffer ist hoch. Denn auch unter den Verkehrstoten  
30 sind nicht selten Menschen, die mit Absicht ins Verderben steuern. Nicht zu

vergessen ist, dass jeder Selbstmord vier bis fünf Angehörige oder Freunde schwer belastet. Sie sind „betroffen“, werden infolge oft selbst depressiv. In den Medien erscheint der „Serienkiller“ Suizid häufig nur als spektakulärer Einzelfall, wie bei Rex Guildo oder „Seewolf“ Raimund Harmsdorf. Ob sich  
5 jemand wirklich töten will oder nur die Absicht äußert und es doch nicht tut, oft sehr schwer zu erkennen. Experten und Angehörige des „Kompetenznetz Depression“ weisen deshalb immer wieder darauf hin, jeden ernst zu nehmen, der eine Selbstmordabsicht äußert. Wissen sollte man auch, dass sich die wenigsten aus philosophischen Gründen oder in überlegter Bilanz eines  
10 nicht mehr lebenswerten Lebens töten. Der typische Selbstmörder ist der vereinsamte, verzweifelte, abhängige, depressive Mensch. Dennoch sind Depression und Suizid nicht deckungsgleich. So haben Experten bei Selbstmördern durch aus Besonderheiten festgestellt.

Ein Selbstmordversuch ist immer das Resultat einer – manchmal auch nur  
15 scheinbar – ausweglosen Situation. Wenn das Leben sinnlos ist und das Leid zu groß, dann kann der Freitod das einzig verfolgungswürdige Ziel sein. Wer das Leben als sinnlos betrachtet, wenn jeder Tag nur noch eine Qual ist, dann scheint selbst für Außenstehende der Tod die einzige Lösung zu sein. Manchmal kann ein Selbstmordversuch auch ein letzter Hilferuf sein, der auf  
20 die ausweglose Situation hinweisen soll.

Bei depressiv Kranken aber hat der Selbstmordversuch oft einen andere Komponente, es ist krankheitsbedingt. Die Gründe und Anlässe zu einem Selbstmord sind nur durch die Krankheit verursacht, das heißt nach einer Behandlung bzw. Heilung sieht der Patient den Selbstmord als absolut ab-  
25 surd an. Allein die Isolation, die gefühlte Ausweglosigkeit, die Hoffnungslosigkeit, die Sinnlosigkeit, die Anspannung und die Unfähigkeit, auf andere Menschen zugehen, bringen einen depressiven Menschen dazu, sein Leben aufgeben zu wollen. Das Denken, das die Erkrankten auf die Idee des Freitodes bringt, wird von der Depression bestimmt. Allerdings ist es nicht leicht,  
30 immer die möglichen Anzeichen von Suizidgedanken zu erkennen. Sollten Sie eines oder mehrere Anzeichen davon erkennen, reden Sie unbedingt mit

dem Erkrankten bzw. seinem Arzt oder Psychologen. Die alte Weisheit „Wer sich umbringen will, redet nicht darüber“ ist Blödsinn. An dem Punkt, an dem sich ein depressiver Mensch töten will, ist ernsthafte Hilfe gefragt, die Einweisung in eine Klinik ist oft sinnvoll!

5

## **12. Depression – Ursache und Risiken**

Depression wird auch als multifaktorielles Geschehen bezeichnet, dass heißt es sind viele Bedingungen an der Entstehung und Auslösung der Krankheit beteiligt. Das Risiko, an einer Depression zu erkranken, wird durch ein Zusammenspiel unterschiedlicher biologischer und psychischer Faktoren bestimmt.

Neben den Stoffwechselstörungen (Übertragungsbehinderung oder Übertragungsverhinderung des Botenstoffes SEROTONIN im Gehirn – zwischen den Gehirnzellen) und dem Erbfaktor können auch Veranlagung, Persönlichkeitsfaktoren und psychosoziale Belastungen mitbestimmend für das Entstehen einer Depression sein. Auslöser können wiederum starke Lebenskrisen sein, wie der Verlust eines Angehörigen oder des Arbeitsplatzes, chronische Überlastung, Anpassung an ungewohnte Situationen. Das sind nur einige Auslöser. Denn so individuelle wie die Symptome können auch die Auslöser sein. Wer in so einer Situation mit einer Depression reagiert, lässt sich nicht vorhersagen. Aber immer mehr Ärzte und Psychologen versuchen mit Hilfe verschiedener Modelle eben jener Persönlichkeit zu beschreiben, die zu Depressionen neigen. Psychiater und Psychotherapeuten, die tiefenpsychologisch vorgehen, suchen diese Neigung im Unbewussten der Persönlichkeit. Das heißt sie suchen nach unbewussten Wünschen, Fantasien, Konflikten, die durch Erlebnisse in früher Kindheit geprägt wurden, vor allem durch das Verhältnis zu den Eltern. Als kennzeichnend in diesem Modell für die depressive Persönlichkeit sehen sie einen Mangel an Zuwendung oder eine überfürsorgliche Verwöhnhaltung in der Eltern-Kind-Beziehung. Die Konsequenz daraus: Das Kind sucht auch später ständig nach Nähe, hat ein überstarkes Bedürfnis nach Zuwendung oder erhofft sich durch überhöhte Leistungsan-

forderungen an sich selbst (alles 150-prozentig zu machen) von anderen Anerkennung, die es sich selbst nicht geben kann. Diese Merkmale selbst sind natürlich noch keine Krankheit. Im Gegenteil: Diese Persönlichkeit erfahren oft von ihrer Umgebung Anerkennung und werden geschätzt. Aber wenn diese Mechanismen der Kompensationen nicht funktionieren, wenn also die Beziehung zum Partner wankt oder beschädigt ist, wenn keine Wertschätzung der Leistung erfolgt, wenn dann noch Krisen, Probleme, Schicksalsschläge hinzukommen, dann, so sagen Psychologen, entwickelt sich bei solchen Persönlichkeiten eher eine Depression als bei anderen.

10

### **13. Depression – die Therapie**

Heute stehen eine Reihe wirksamer Therapieformen zur Verfügung. Welche davon zum Tragen kommt, wird immer abhängig von den individuellen Bedürfnissen des Patienten sowie der Ursachen und der Schwere der Erkrankung sein. Oft erzielen Mediziner durch die Kombination verschiedener Therapieformen die besten Erfolge.

Obwohl Antidepressiva keine Abhängigkeit verursachen, sollten sie nur nach strenger Indikation eingenommen werden. Vor allem bei schweren Depressionen greifen Ärzte zunächst zu Medikamenten. Die Meinungen über Antidepressiva gehen weit auseinander. Manche verteufeln sie, für andere sind sie ein Segen der modernen Medizin. Entscheidend für die Verordnung sind im individuellen Fall nicht nur die Wirkungen, sondern oft auch die Nebenwirkungen. Denn was für den einen tolerierbar ist, geht bei einem anderen Patienten nicht. Da Wirkungen und Nebenwirkungen meistens nicht sofort einzuschätzen sind, kommt es nicht selten vor, dass die Medikamente während der Therapie mehrfach in den Dosierungen angepasst oder auch gewechselt werden müssen. Jene Medikamente, die bei der Behandlung einer Depression vor allem zum Einsatz kommen, sind die sogenannten Antidepressiva. Sie setzen da an, wo Störungen im Hirnstoffwechsel auftreten. Sie beeinflussen gezielt den Stoffwechsel im Gehirn, indem sie die bei De-

30

pressionen beeinträchtigte Datenübertragung zwischen den Nervenzellen unterstützen. Die Nervenbotenstoffe Serotonin, Noradrenalin und Dopamin sind bei Depressionen meist vermindert. Die Medikamente sollen sie wieder ins Gleichgewicht bringen oder ersetzen. Bislang ist ihre Wirkung gegen Depressionen nicht bis ins Letzte geklärt. Man weiß aber, dass Antidepressiva nicht sofort wirken, sondern erst nach drei bis vier Wochen. In der modernen Depressionsbehandlung werden die Nervenbotenstoffe im Prinzip auf zweierlei Weise normalisiert. Eine Wirkstoffgruppe sorgt dafür, dass der abgegebene Nervenbotenstoff von der Senderzelle nicht wieder aufgenommen werden kann, das heißt also in dem Nervenspalt weiter verfügbar ist. Ärzte sprechen dann von den Wiederaufnahmehemmern. Eine andere medikamentös genutzte Methode: Das entsprechende Medikament blockiert ein Enzym, das den Nervenbotenstoff während der Übertragung von Zelle zu Zelle im synaptischen Spalt abbaut. Dadurch steht ausreichend Nervenbotenstoff zur Verfügung. Diese Medikamente heißen MAO (Monoaminoxidase) –Hemmer.

#### **14. Psychotherapie gegen Depressionen**

Medikamente allein können nicht immer helfen, die Seelenpein zu behandeln. Trotz aller Innovationen in Medizintechnik und Pharmaforschung gibt es vor allem einen Baustein in der Depressionsbehandlung, der nicht an Wert verloren hat: die Psychotherapie. Denn, so betonen engagierte Psychotherapeuten immer wieder: „Vor uns sitzt doch keine Synapse, sondern ein kranker Mensch, der menschlicher Betreuung bedarf.“ Inzwischen gibt es eine Vielzahl nichtmedikamentöser Maßnahmen, die ergänzend eingesetzt werden, manchmal als Alternative zur Pharmakotherapie oder dann, wenn Medikamente langsam abgesetzt werden. Wie, ob und welche Psychotherapie eingesetzt wird, ist wieder abhängig vom Verlauf der Erkrankung oder von Umständen, die während der Krankheit eintreten: z.B. andere Erkrankungen oder eine Schwangerschaft. Eine nicht geringe Rolle spielen auch die Erfahrungen des Arztes und die Vorlieben bzw. die Persönlichkeit des Patienten.

Eine psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeit ist die sogenannte kognitive Verhaltenstherapie. Sie geht davon aus, dass Depression ein erlerntes Fehlverhalten ist, das durch Einüben anderer Verhaltensweisen überwunden werden kann. Je nach Form der Depression kommen aber auch eine Psychoanalyse oder andere psychotherapeutische Verfahren in Betracht. Über die Situation sprechen, die Seelenqualen herauslassen . das ist meist eines der Grundbedürfnisse Depressiver. Zu Hause oder im Kollegenkreis stoßen sie dabei oft auf wenig Verständnis und ziehen sich deshalb zurück. Bei ihrem Hausarzt, in einer Beratungsstelle oder bei einem ersten Gespräch mit einem Psychotherapeuten finden viele an einer Depression erkrankter Menschen zum ersten Mal einen kompetenten Zuhörer und können über ihren Zustand reden, ohne das Gefühl zu haben für verrückt, dumm, wertlos, unfähig oder schuldig gehalten zu werden.. Oftmals ist das eine große Entlastung für den Betroffenen. Und so ist das Gespräch an sich fast schon eine kleine Therapie. Von den Erkrankten wird es oft als ein erster befreiender Schritt empfunden. Wichtig ist, dass bei so einem Gespräch möglichst nichts verschwiegen werden sollte. Um die richtige Diagnose zu stellen und eine geeignete Therapie zu finden, ist es äußerst wichtig, dass der Arzt alle Einzelheiten erfährt.

20

### **15.Entspannung gegen Depressionen**

Auch Entspannungsmethoden können Depressiven helfen. Sie dienen als zusätzliches Verfahren und stehen in einem sinnvollen Verhältnis zu anderen Behandlungsformen, wie Medikamenten. Denn allein Entspannung kann keine Depression heilen. Aber als Ergänzung ist sie wertvoll! Nicht jeder schafft es mit Entspannungsübung zu der gewünschten Entspannung zu kommen. Es kann sein, dass eine Entspannungsmethode kontraproduktiv ist und nicht weiter angewendet werden sollte/darf. Ich habe mit einer bestimmten Technik Übles erlebt und bin deshalb kein Fan dieser Methode. Nun kenne ich aber auch Mitbetroffene, die gute und sehr gute Erfahrungen sammeln konnten.

30

## **16. Sport und Bewegung gegen Depressionen**

Auch Sport und Bewegung können gegen Depressionen helfen. Sport und Bewegung halten fit und gesund und beschern ein ausgeglichenes Gemüt. Das Gute: Diese Hypothese ist nicht nur einleuchten, sondern auch wissenschaftlich belegt. Die sportliche Aktivität führt auch zu einer Müdigkeit, die gegen Schlafstörungen wirksam sein kann. Durch den Erfolg im Sport kann auch ein weiteres „abgleiten“ in eine tieferen Phase der Depression verhindert werden. Bei einigen Studien war der Sport sogar den Medikament überlegen! Er half sogar bei einigen Patienten, die vorher ergebnislos zwei verschiedenen Antidepressiva eingenommen hatten. Vor allem in der Anfangsphase von Depressionen, wenn die Medikamente noch nicht wirken kann Ausdauersport großen Nutzen bringen. Es ist darauf zu achten, dass der Depressive die Sportart auch mag. Denn er soll nach einer bestimmten Zeit der Anleitung den Sport eigenständig durchführen. Am besten ist es wenn der Betroffene im Kreise von Mitbetroffenen oder im Verein die Sportart ausführt. Der Gruppenprozess ist hier hilfreich. Die Eigenmotivation ist vermindert und wegen der feststehenden Trainingszeiten kann sich der Betroffene angehalten fühlen zum Training zu erscheinen.

## **17. Tipps für Angehörige oder Kolleginnen**

Menschen, die an einer Depression leiden, sind weder schwach noch hysterisch, sondern krank. Aussprüche wie „Reiß dich zusammen“ und „Du musst nur wollen“ treiben sie noch tiefer in die Depression. Depressive Menschen brauchen Geduld und verständnisvolle Ansprache – das ist für Angehörige/Kolleginnen oft sehr belastend. Viele Freunde und Angehörige wissen nicht, wie sie sich einem Depressiven gegenüber verhalten sollen. Sie fühlen sich unsicher und hilflos, wollen Beistand leisten, dem Kranken jedoch nicht zusätzlich auf die Nerven gehen. Sie wollen helfen, stoßen dabei aber oft auf Grenzen. Denn oft führt die angebotene Hilfe nicht zum Ziel. Dann stellen sich mitunter Frustrationen ein und auch Unwohlsein angesichts des beständigen Schmerzes, der Trauer und der Einsamkeit des Depressiven, gegen

die es scheinbar kein Mittel gibt. Wichtig ist, dass Angehörige den Betroffenen mit der Krankheit nicht alleine lassen und auch sich selbst nicht zurückziehen.

Der Umgang mit einem Depressiven unterscheidet sich von der Hilfe, die man normalerweise Kranken mit Erfolg entgegenbringt. Einfacher Trost ist hier kontraproduktiv und verstärkt die Seelenqual. Hören Sie immer zu, wenn der Kranke erzählt, auch wenn Sie die Selbstvorwürfe, die Zukunftsängste, die Hoffnungslosigkeit, die Minderwertigkeitsgefühle schon hundertmal gehört haben. Vermeiden Sie auf jeden Fall „gutgemeinte“ Floskeln, wie zum Beispiel:

- Jedem geht es mal schlecht!
- Kopf hoch, das wird schon wieder!
- Du brauchst nur mal ein wenig Entspannung!
- Du musst einfach mal raus!
- Dir geht es doch eigentlich gut!
- Du hast doch alles, was sollen denn da andere sagen!
- Denk doch auch mal an mich und die Kinder/Freunde!
- Reiß dich mal zusammen!
- Du brauchst nur etwas Abwechslung, vielleicht einen Theaterbesuch, oder mal Tanzen gehen!

Diese Redewendungen sind kein Trost für einen depressiv Kranken. Im Gegenteil: Er merkt nur umso deutlicher, dass er noch nicht einmal diese einfachen Dinge des alltäglichen Lebens ausführen kann, selbst wenn es wollte, nichts von den formulierten Erwartungen erfüllen kann. Er merkt, Sie wollen helfen, aber er ist quasi schuld, dass es nicht klappt. Die negativen Gefühle verstärken sich dadurch. Zusätzlich hat er Angst, Sie durch seine Unfähigkeit, die Hilfsangebote umzusetzen, auch noch zu verlieren.

### **18. Motivieren, ohne zu überfordern**

Die einzige wirkliche Hilfe, die Sie leisten können, ist den Erkrankten zu motivieren und für ihn da zu sein. Bleiben Sie an der Seite und unterstützen Sie



- ihn in seinem Alltag, auch bei kleinen Verrichtungen. Helfen Sie ihm, den Tag zu strukturieren. Achten Sie darauf, dass er seine Medikamente regelmäßig einnimmt und seine Arzttermine immer einhält. Setzen Sie ihn dabei aber nicht unter Druck. Machen Sie ihm immer wieder Hoffnung auf Heilung.
- 5 Sprechen Sie von anderen Menschen, die es in der gleichen Situation auch geschafft haben . Verdeutlichen Sie ihm immer wieder, dass er es schaffen kann, aus der Seelenqual herauszukommen. Bestätigen Sie ihn immer wieder in der Auffassung, dass die Krankheit vorübergeht. Machen Sie immer wieder Hoffnung, auch wenn der Kranke das für sich selbst ablehnt Machen
- 10 Sie Angebote für gemeinsame Unternehmungen. Versuchen Sie ihn abzu- lenken und zu motivieren, damit er auf andere Gedanken kommt. Gehen Sie dabei aber vorsichtig vor. So wie ein Magenkranker nicht alles essen kann, hat der Depressive „Machbarkeitsgrenzen“. Verlangen Sie also nichts von ihm, was er in seinem Zustand nicht leisten kann. Fordern Sie ihn nicht von
- 15 dem Betroffenen ein, Ihre eigenen Bedürfnisse zu befriedigen. Auch nicht, wenn Sie sich danach sehnen. Dies gilt besonders für Intimität. Eine Sexuali- tät ist meist nicht mehr vorhanden und stürzt wenn man sie von dem Er- krankten fordert, beide Seiten in eine Krise. Dieses eigene Zurücknehmen erfordert viel Geduld und ist oft eine Gratwanderung. Bei einer Manie ist die
- 20 Rolle und Aufgabe der Angehörigen noch schwieriger, denn der Kranke fühlt sich meistens sehr wohl und lehnt jegliche Hilfe als Einmischung ab. Wenn der manische Zustand aber länger als drei Tage anhält, ist ein Arztbesuch erforderlich. Drängen Sie den Betroffnen dazu. Wenn der Maniker uneinsich- tig ist, aber Schaden droht (unvertretbare, ruinierende Geldausgaben, ver- kehrsgefährdendes Verhalten), wenden Sie sich an einen Hausarzt oder an
- 25 einen Psychiater oder gegebenenfalls an einen Amtsarzt. Die manische De- pression stellt besonders hohe Anforderungen an Angehörige und Pflegende.

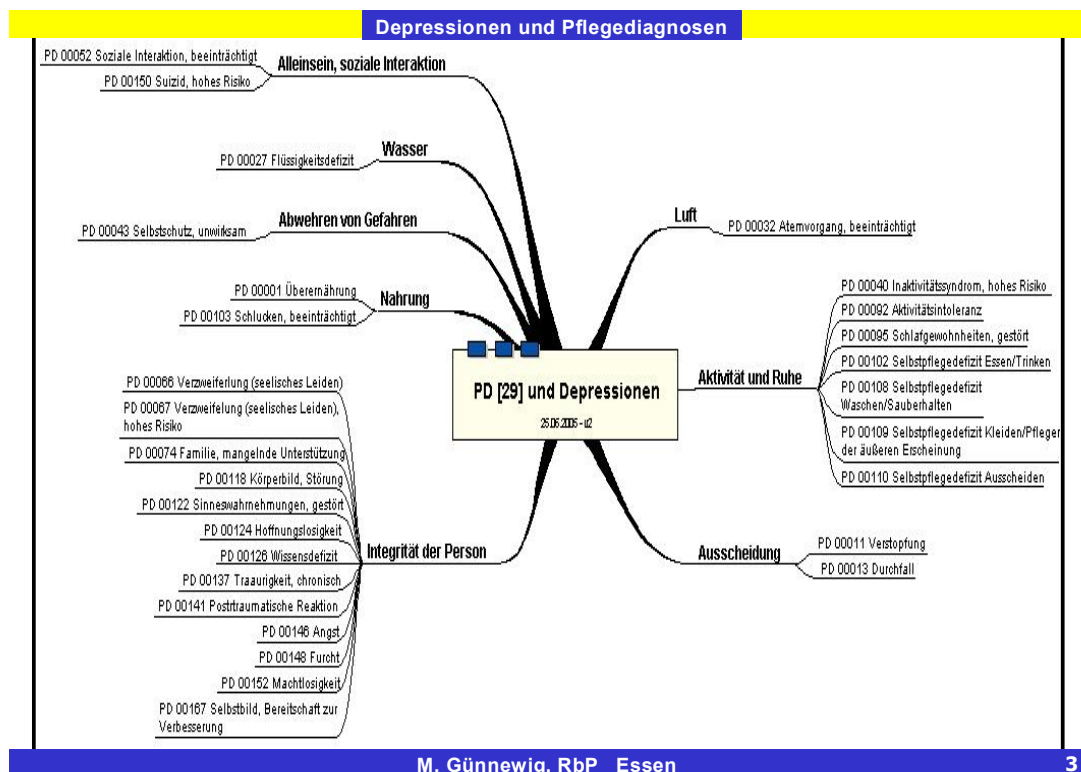
30 **19.Ausgewählte Pflegediagnosen, die bei Menschen mit Depressio-  
nen angewendet werden können**

Seit den 1980er Jahren gibt es die Pflegediagnosen und seit den 1990er Jahre kenne wir die Pflegediagnosen auch in Europa. Seit 2005 bezeichnet sich die NANDA als NANDA International. Die aktuelle Pflegediagnoseliste umfasst heute 172 Pflegediagnosen, die sich in 46 Klassen und 13 Bereiche aufgliedert. Es gibt Pflegediagnosen die Phänomene beschreiben die der depressive Erkrankte aufzeigt. Hier ist dann

Die Arbeit mit den Pflegediagnosen z.B. NANDA-Taxonomie

- 00052 Soziale Interaktion, beeinträchtigt
- 00092 Aktivitätsintoleranz
- 00146 Angst
- 00148 Furcht
- 00152 Machtlosigkeit

und weiteren ist eine hilfreicher Ansatz die pflegerische Arbeit mit dem Patienten zu begründen. Mit den Inhalten in den Pflegediagnosen haben wir für unser Tun eine Begründungshilfe für das pflegerische Wirken.



An dieser Stelle möchte ich in einer Kurzform die Pflegediagnose Körperbildstörung anführen. Sie kann je nach Schwere der Depression eine große Bedeutung bekommen. Der schwer depressive Erkrankte verliert den Bezug zu seinem Körper und vernachlässigt seine Körperpflege extrem. Ebenso ist das für andere Bereiche des täglichen Lebens so. Da alle Bereiche der ATL's (Roper et al) oder AEDL's (Krohwinkel) betroffen sein können habe ich exemplarisch 29 Pflegediagnosen herausgefiltert die Anwendung finden können. Es können mehr oder weniger sein die zur Anwendung kommen können. Es kann sein, dass Pflegediagnosen in der ersten Behandlungszeit eine größere oder geringere Bedeutung haben oder erst in der späteren Behandlungszeit eine Bedeutung bekommen oder gänzlich verlieren. Hier ist ein Unterschied zu den medizinischen Diagnosen. Medizinische Diagnosen haben für die ganze Behandlungsdauer Gültigkeit.

Wie bei den Medizinischen Diagnosen unterscheiden wir auch bei den Pflegediagnosen aktuelle und Hoch-Risiko-Pflegediagnosen. Aktuelle Diagnosen können nach einiger Zeit sich aufgehoben haben und haben dann keine Relevanz mehr. Syndromdiagnosen können später im Behandlungsprozess auftreten und eine sehr lange Zeit andauern oder gar ständig für den Betroffenen und seinen Behandelnden von Gültigkeit sein. Syndromdiagnosen umfassen immer mehrere Bereiche Die Pflegediagnose

**„00040 Inaktivitätssyndrom, hohes Risiko“NANDA Taxonomie“**

Definition: Der Zustand, bei dem ein Patient der Gefahr eines körperlichen Abbaus als Folge auferlegter oder unvermeidbarer muskuloskeletaler Inaktivität ausgesetzt ist.

Anmerkung:

Die NANDA stellt folgende Komplikationen bei Immobilität fest: Dekubitus, Verstopfung, Stase der Lungensekrete, Thrombose, Harninfekt/-retention, verminderte Kraft/Ausdauer, Orthostaase, verminderte Gelenkbewegung, Desorientierung, Störung des Körperbildes und Machtlosigkeit.

Bei der Syndromdiagnose kommen immer mehrere Bereiche zur gleichen Zeit, so dass sich hier die pflegerische Arbeit noch mehr begründen lässt.

Depressionen und Pflegediagnosen	
PRAKTISCHES BEISPIEL ZUR UNTERSCHIEDUNG	
PFLEGEDIAGNOSEN	MEDIZINISCHE DIAGNOSE
PD 00040 „Inaktivitätssyndrom“ <i>Syndrom-Pflegediagnosen</i>	F 33.- Rezidivierende depressive Störung
PD 00124 „Hoffnungslosigkeit“ <i>Aktuelle Pflegediagnose</i>	F 33.0 bis F 33.9
PD 00150 „Suizid, hohes Risiko“ <i>Hoch-Risiko-Pflegediagnose</i>	F 33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychosomatischen Symptomen
PD 00118 „Körperbild, Störung“ <i>Verdachts-Pflegediagnose</i>	
PD 00167 „Selbstbild, Bereitschaft zur Verbesserung“ <i>Wellness-Pflegediagnose</i>	F 33.9 Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet.
M. Günnewig, RbP Essen	
12	

5

### 19.1 Die Pflegediagnose „Suizid, hohes Risiko“

NANDA Taxonomie Kennziffer: 00150

*Thematische Gliederung: Alleinsein und soziale Interaktion*

#### 10 Definition

Der Zustand, bei dem der Patient dem Risiko ausgesetzt ist, sich selbst eine lebensbedrohliche Körperschädigung zuzufügen.

Risikofaktoren

Verhaltensbezogen

- 15 ○ Suizidversuch in der Anamnese
- Impulsivität
- Kauf einer Schusswaffe
- Sammeln von Medikamenten

- Verfassen oder Abänderung eines Testaments
  - Weggeben von Eigentum oder Besitztümer
  - Plötzliche euphorische Genesung nach einer Niedergeschlagenheit
  - Markante Veränderung des Verhaltens, der Einstellung der schuli-
- 5        schen Leistungen

#### Verbal

- Droht, sich selbst zu töten
  - Äußert sterben zu wollen, allem Ein Ende zu setzen
- 10

#### Situationsbedingt

- Lebt alleine
  - Ruhestand
  - Umzug
  - 15    ○ Institutionalisierung
  - Wirtschaftliche Unsicherheit
  - Verlust der Unabhängigkeit – der Autonomie
  - Schusswaffe im Haushalt
  - Heranwachsende Jugendliche in einer nicht traditionellen Umge-
- 20        bung (Jugendstrafvollzug, Gefängnis, offener Strafvollzug, Heim)

#### Psychologisch

- Suizid in der Familie
- Alkohol- und Suchtmittelgebrauch und -missbrauch
- 25    ○ Psychiatrische Erkrankung/Störung (z.B. Niedergeschlagenheit, Schizophrenie, bipolare Erkrankung)
- Missbrauch in der Kindheit
- Schuld
- Lesbische oder homosexuelle Jugendliche (Identitätskrise)

30

**Demographisch**

- Alter: Menschen, junge männliche Erwachsene, Jugendliche
- Gesellschaftlich benachteiligte Gruppen
- Geschlecht: männlich
- 5 ○ Geschieden, verwitwet

**Körperlich**

- Körperliche Krankheit
- Krankheit im Endstadium
- 10 ○ Chronische Schmerzen

**Sozial**

- Verlust wichtiger Beziehungen
- Zerstörtes Familienleben
- 15 ○ Kummer, Trauer
- Fehlendes Unterstützungssystem
- Einsamkeit
- Hoffnungslosigkeit
- Hilflosigkeit
- 20 ○ Soziale Isolation
- Rechtliche oder disziplinäre Probleme
- Häufung von Suizidfällen

**Anmerkung**

- 25 Eine Hoch-Risiko-Diagnose kann nicht durch Zeichen und Symptome belegt werden, da das Problem nicht aufgetreten ist und die Pflegemaßnahmen die Prävention bezwecken.

**Patientenbezogene Pflegeziele**

1. Der Patient erkennt individuelle Risikofaktoren.
2. Der Patient spricht über seine Gefühle (Wut, Ärger, Angst, Zorn, Einsamkeit, Hoffnungslosigkeit, ...).
- 5 3. Der Patient nimmt von sich aus Kontakt zu Betreuungspersonen auf.
4. Der Patient beteiligt sich am Stationsgeschehen.
5. Der Patient zeigt lebensbejahende Verhaltensmuster.
6. Der Patient gibt für sein weiteres Vorgehen realistische Perspektiven an.
- 10 7. Der Patient distanziert sich von Suizidgedanken.

**Maßnahmen**

- 15 I. Ermitteln der ursächlichen/begünstigenden Risikofaktoren
  1. Schätzen Sie das Suizidrisiko mit Hilfe einer Risikoskala ein.
  2. Achten Sie auf Zeichen des präsuizidalen Syndroms (z.B. nach Erwin Ringel<sup>1</sup>).
- II. Unterstützen des Patienten zur Selbstkontrolle
- 20 1. Bauen Sie eine therapeutische Beziehung zwischen Pflegepersonal/Patient auf. Sorgen Sie – wenn möglich – für eine kontinuierlich Betreuung durch eine Bezugsperson.
2. Begegnen Sie dem Patienten mit positiver Wertschätzung. Denken Sie daran, dass sich der Patient möglicherweise nicht unter Kontrolle hat.
- 25 3. Wahren Sie Distanz und berühren Sie den Patienten nicht, wenn sich aus der Situation erkennen lässt, dass er/sie keine Nähe erträgt (z.B. nach einem Trauma).
4. Erkennen Sie, dass die Handlungen des Patienten eine Reaktion auf die eigene Furcht (er fürchtet sich vor eigenem Verhal-
- 30

---

<sup>1</sup> Universitätsprofessor Erwin Ringel; 1921 – 1994; Tübingen

- ten, Kontrollverlust), auf Abhängigkeit und Ohnmachtsgefühle sein können.
- 5           5. Nehmen Sie sich Zeit dem Patienten zuzuhören, erkennen Sie die Realität seiner Gefühle an und ermutigen Sie ihn darüber zu sprechen.
6. Geben Sie dem Patienten so viel Kontrollmöglichkeiten, wie die individuelle Situation es zulässt.
7. Akzeptieren Sie den Zorn des Patienten, ohne mit Emotionen zu reagieren.
- 10       8. Gewähren Sie dem Patienten zornige Gefühle auf annehmbare Weise zu äußern und lassen Sie ihn wissen, dass das Pflegeteam da ist, um ihm zu helfen.
9. Bleiben Sie ruhig und setzen Sie klar und bestimmt Grenzen.
10. Sagen Sie dem Patienten, wann die Grenzen erreicht sind, damit er die eigenen Handlungen kontrollieren kann.
- 15       11. Helfen Sie dem Patienten angemessene Lösungen/ Verhaltensweisen zu erkennen (z.B. körperliche Aktivitäten/ Entspannungsübungen).
12. Sorgen Sie für eine sichere und ruhige Umgebung. Bei Gefahr im Verzug reagieren Sie mit entsprechenden Sicherheitsmaßnahmen. Bei notwendigen Beschränkungen informieren Sie umgehend den Arzt.
- 20       13. Nähern Sie sich dem suizidalen Patienten mit positiver Haltung, halten Sie angemessenen Augenkontakt und sprechen Sie mit beruhigender Stimme.
- 25       14. Geben Sie Richtlinien für Handlungen, die der Patient ausführen kann, und vermeiden Sie negative Formulierungen wie „Das darf man nicht!“.
15. Verabreichen Sie verordnete Medikamente.
- 30       16. Seien Sie ehrlich bei der Information und im Umgang mit dem Patienten.



17. Helfen Sie dem Patienten zwischen Realität und Halluzinationen/ Wahnvorstellungen zu unterscheiden.
18. Geben Sie positive Rückmeldungen bei Bemühungen des Patienten und bestätigen Sie vorhandene Stärken.
- 5 19. Überwachen Sie die medikamentöse Therapie und dokumentieren Sie die Wirkung.
20. Beachten Sie Todesphantasien und besprechen Sie dies im Behandlungsteam.
21. Sprechen Sie bei Verdacht den Patienten gezielt auf Suizidgedanken an.
- 10
- III. Unterstützen des Patienten/Bezugsperson(en) mit der bestehenden Situation besser umzugehen
1. Richten Sie die Maßnahmen auf die betroffene(n) Person(en) aus.
- 15 2. Wahren Sie eine ruhige, sachliche, wertfreie Haltung.
3. Erkennen Sie Faktoren (Gefühle/Ereignisse), die zu suizidalen Verhaltensweisen geführt haben.
4. Informieren Sie die Bezugspersonen, wie sich ein bevorstehender Suizidversuch erkennen lässt.
- 20 5. Informieren Sie die Bezugspersonen, wie man mit angemessenen Interventionen unterstützen kann.
- IV. Förderung des Bewusstseins für die eigene Sicherheit innerhalb des Pflegeteams und Setzen von Überwachungsmaßnahmen für Hochrisikopatienten
- 25 1. Besprechen Sie spezifische Maßnahmen im Falle autoaggressiven Verhaltens.
2. Vermeiden Sie den Gebrauch von Glas, Nagelfeile, Rasierer,
- 30 Dosen, Plastiktaschen, Feuerzeug, elektrischer Ausstattung, Gürtel, Kleiderhaken, Messer, Pinzetten, Alkohol, Waffen.

3. Stellen Sie beim Verabreichen von Medikamenten sicher, dass alle Medikamente geschluckt werden.
4. Führen Sie Personenchecks laut Anordnung durch.
5. Schränken Sie den Aufenthalt des Patienten nach den Richtlinien des Unterbringungsgesetzes und nach Anordnung des Arztes auf ihre Abteilung ein. Stellen Sie bei Aufenthalten außerhalb der Station vom Personal jemanden bei.
6. Informieren Sie Besucher über die Einschränkungen von Gegenständen.
10. Führen Sie regelmäßige Zimmerdurchsuchungen laut Anordnung durch.
8. Vergewissern Sie sich über den Aufenthaltsort des Patienten.
9. Führen Sie nach Anordnung Einschränkungen der Bewegungsfreiheit durch.
15. 10. Verständigen Sie nach ärztlicher Anordnung Polizei und Angehörige bei Entweichen des Patienten.
11. Informieren Sie das gesamte Personal von der Selbstmordgefährdung des Patienten.
12. Treffen Sie Vereinbarungen in Form eines Therapievertrages (schriftlich, mündlich).
- 20

#### **V. Fördern des Wohlbefindens**

1. Beteiligen Sie den Patienten entsprechend der Situation an der Pflegeplanung; ermöglichen Sie ihm, seine Bedürfnisse in die Stationsaktivitäten zu integrieren.
2. Helfen Sie dem Patienten sich selbstsicher, statt unsicher oder autoaggressiv zu verhalten.
3. Besprechen Sie mit der/den Bezugsperson(en) die Gründe für das Verhalten des Patienten.

4. Planen Sie Strategien als Hilfsmittel für die Eltern, damit sie lernen ihre Elternrolle wirksamer zu erfüllen (z.B. Elternbildungskurse, sinnvoller Umgang mit Frustrationen usw.).
5. Führen Sie gemäß dem Therapievertrag gesundheitsfördernde Maßnahmen durch (Entspannungsübungen, Visualisierungstechniken, sportliche Betätigung).
6. Stellen Sie fest, welches soziale Netz vorhanden ist (z.B. Familie/Freunde, kirchliche Vertreter usw.).
7. Informieren Sie über Selbsthilfegruppen, Kriseninterventionszentren und psychosoziale Dienste.
8. Unterstützen Sie den Patienten über präsuizidale Zeichen oder andere autoaggressive Zeichen zu sprechen und Gegenstrategien zu entwickeln.
9. Vgl.:

<b>PD 00056</b>	<b><i>Elterliche Pflege, beeinträchtigt</i></b>
<b>PD 00069</b>	<b><i>Bewältigungsformen (Coping) des Betroffenen, ungenügend</i></b>
<b>PD 00074</b>	<b><i>Bewältigungsformen (Coping) der Familie, mangelnde Unterstützung</i></b>
<b>PD 00140</b>	<b><i>Gewalttätigkeit gegen sich, hohes Risiko</i></b>
<b>PD 00141</b>	<b><i>Posttraumatische Reaktion</i></b>
<b>PD 00142</b>	<b><i>Vergewaltigungssyndrom</i></b>
<b>PD 00153</b>	<b><i>Selbstwertgefühl, situationsbedingt gering, hohes Risiko</i></b>

- 15 (vgl. Praxis der Pflegediagnosen: Springer Krankenpflege. stefan, allmer, eberl et al. dritte. vollst. Überarbeitete und erweiterte Aufl. Springer Verlag Wien 2003; Seite 421 bis 426

**19.2 Die Pflegediagnose „Angst (im Detail angeben)“****NANDA Taxonomie Kennziffer: 00146*****Thematische Gliederung: Integrität der Person*****5 Definition:**

Ein vages, unsicheres Gefühl, dessen Ursache diesem Patienten oft unklar und/oder unbekannt ist. Das Gefühl der Besorgnis wird verursacht durch eine Vorahnung oder in Erwartung einer Gefahr. Es ist ein alarmierendes Signal, das vor einer drohenden Gefahr warnt und diesen Patienten veranlasst, Maßnahmen gegen die Bedrohung zu unternehmen.

**Ätiologie (mögliche Ursachen)**

- Giftstoffen ausgesetzt sein
- 15 ○ Unbewusster Konflikt über grundsätzliche Werte, Lebensziele, *Glaubensfragen und Lebenssinn*
- Familiär bedingt, Vererbung
- Unerfüllte Bedürfnisse
- Zwischenmenschliche(r) Übertragung oder Einfluss
- 20 ○ Situative und/oder entwicklungsbedingte Krisen
- Todesangst, *subjektiv oder objektiv*
- Stress
- Suchtmittelmissbrauch
- Bedrohung oder Veränderung des Gesundheitszustandes (terminale Erkrankung), der Rollenfunktion, der Umgebung (Sicherheit), der Interaktionsmuster, des sozioökonomischen Status
- 25 ○ *Positive oder negative Selbstbeeinflussung*

**Symptome (Merkmale, Kennzeichen)****30 aus der Sicht des Patienten**

- Erhöhte Anspannung

- Gefühle des Bedauerns
- Verängstigt; zitterig
- Ungewissheit
- Übererregt, erschüttert, verzweifelt
- 5 ○ Besorgnis, Unsicherheit, Furchtsamkeit
- Unzulänglichkeitsgefühle
- Furcht vor unklaren Folgen
- Ausgedrückte Besorgnis um Veränderungen der Lebensumstände
- Beunruhigt, ängstlich, nervös, furchtsam
- 10 ○ Schmerzvolle und zunehmend anhaltende Hilflosigkeit
- Somatische Beschwerden
- Schlaflosigkeit
- Gefühl eines drohenden Unheils
- Hoffnungslosigkeit
- 15 ○ Seelenqualen
- Denkblockaden
- Müdigkeit
- Mundtrockenheit
- Abdominale Schmerzen
- 20 ○ Bewusstes Wahrnehmen der körperlichen Symptome

#### **aus der Sicht der Pflegeperson**

- Sympathotone Stimulation (kardiovaskuläre Erregung, periphere Vasokonstriktion, erweiterte Pupillen, Zunahme der Atemfrequenz, gesteigerte Reflexe, Gesichtsrötung/Flush)
- 25 ○ Parasympathotone Stimulation (verminderte Herzfrequenz, Blutdruckabfall, Ohnmacht)
- Erhöhte Vorsicht, Umherschauen, mustern der Umgebung, wenig Augenkontakt
- 30 ○ Verminderte Produktivität

- Fahrige Bewegungen (Herumschieben der Füße, Hand-, Armbewegungen)
- Erhöhte Reizbarkeit
- Vermehrtes Schwitzen
- 5 ○ Zittern/Tremor der Hände, Ruhelosigkeit
- Schlaflosigkeit
- Angespannte Gesichtszüge
- Zitternde Stimme
- Ichbezogenheit
- 10 ○ Grüblerisch
- Häufiges Urinieren
- Wiederholtes Fragen/Vergesslichkeit
- Verwirrtheit
- Eingeschränkte Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Konzentration
- 15 ○ Tendenz, andere anzuklagen
- Verminderte Problemlösungs-/Lernfähigkeit
- Auf- und Abschreiten/ziellose Tätigkeit
- Beeinträchtigte Mobilität
- Durchfall
- 20 ○ Übelkeit/Nausea
- Gewichtsverlust/Magersucht

#### **Patientenbezogene Pflegeziele**

1. Der Patient macht einen unruhigen Eindruck und teilt mit, dass sich seine Angst auf ein erträgliches Maß reduziert hat.
- 25 2. Der Patient spricht Angstgefühle aus.
3. Der Patient erkennt sinnvolle Möglichkeiten mit der Angst umzugehen.
4. Der Patient zeigt, dass er fähig ist, Probleme zu lösen.
5. Der Patient nutzt seine Ressourcen wirksam aus.

30

## **Maßnahmen**

### **VI. Einschätzen des Angstzustandes**

1. Ermitteln Sie den bisherigen Medikamentenkonsum und eventuelle Erbkrankheiten (z.B. erblich bedingte Niedergeschlagenheitsformen, anamnestisch bekannte Schilddrüsenerkrankungen, Einnahme von Kortikosteroiden, usw.).
2. Ermitteln Sie, was der Patient in seiner Situation als Bedrohung wahrnimmt.
3. Überwachen Sie seine körperlichen Reaktionen: Herzklopfen, Tachycardie, stereotype Bewegungen, Auf- und Abschreiten.
4. Beobachten Sie sein Verhalten, um den betreffenden Angstzustand zu ermitteln:.

#### ***Geringfügig***

- Wachsam, gesteigerte Wahrnehmung der Umgebung, Aufmerksamkeit auf Umgebung und unmittelbare Ereignisse fixiert
- Unruhig, reizbar, schlaflos
- Der Patient ist noch motiviert, sich mit den vorhandenen Problemen zu befassen

#### ***Mäßig***

- Wahrnehmung eingeschränkt, erhöhte Konzentration, der Patient lässt sich bei der Problemlösung nicht ablenken
- Der Patient hat eine zitterige Stimme oder einen veränderten Tonfall
- Zittern, erhöhte(r) Puls/Atemfrequenz

#### ***Ausgeprägt***

- Wahrnehmung ist vermindert, die Angst beeinträchtigt Alltagsfunktionen
- Der Patient ist vom Gefühl des Missbehagens/drohenden Unheils eingenommen

- **Erhöhte(r) Puls/Atemfrequenz mit Klagen über Schwindel, Kribbeln, Kopfschmerzen, usw.**

***Panisch***

- **Gestörte Konzentrationsfähigkeit; unangepasstes Verhalten**
- **Der Patient nimmt die Situation verzerrt wahr, er kann Geschehnisse nicht richtig einordnen. Er erlebt möglicherweise Terror und Verwirrung, ist unfähig zu sprechen oder sich zu bewegen (vor Angst gelähmt)**

10

5. **Ermitteln Sie das Rückzugsverhalten, z.B. Konsum von Drogen/Medikamenten/Alkohol im Zusammenhang mit Problemen, Schlafstörungen (im Speziellen Schlaflosigkeit oder übermäßiges Schlafen), Beschränkung/Vermeidung von Interaktionen mit anderen.**

15

6. **Beachten Sie Abwehrmechanismen. Der Patient könnte in der Phase der Verneinung, Regression usw. sein.**

7. **Ermitteln Sie, welche Bewältigungsformen der Patient zur Zeit anwendet: Zorn, Tagträume, Vergesslichkeit, Essen, Rauchen, Problemlösen.**

20

8. **Ermitteln Sie frühere Bewältigungsformen.**

9. **Anmerkung: Die Pflegeperson muss sich der eigenen Angst und der Gefühle des Unbehagens bewusst sein, die oft einen Hinweis auf den Angstzustand des Patienten geben können (Übertragung).**

25

**VII. Unterstützen des Patienten, Gefühle zu erkennen und zu beginnen, sich mit seinen Problemen auseinander zu setzen**

1. **Bauen Sie eine therapeutische Beziehung durch Empathie und positive Wertschätzung auf.**



2. Ermutigen Sie den Patienten, Gefühle zuzulassen und auszudrücken: Weinen (Traurigkeit), Lachen (Furcht, Abwehr), Fluchen (Furcht, Zorn).
3. Unterstützen Sie den Patienten, sein eigenes verbales und nonverbales Verhalten wahrzunehmen.
4. Klären Sie die Bedeutung von Gefühlen/Handlungen durch Feedback und Überprüfung ab.
5. Erkennen Sie Angst/Furcht an. Verneinen Sie sie nicht oder versuchen Sie nicht, dem Patienten zu versichern, dass alles in Ordnung sein wird.
6. Geben Sie genaue Informationen über die Situation. Helfen Sie dem Patienten den Bezug zur Realität herzustellen.
7. Sorgen Sie für wohltuende Maßnahmen (z.B. ein warmes Bad, Rückenmassage).
8. Nehmen Sie den Patienten an, wie er ist (Es kann für den Patienten grundlegend wichtig sein, die betreffende Phase zu durchleben).
9. Gestehen Sie dem Patienten sein Verhalten zu und beziehen Sie es nicht auf sich.
10. Unterstützen Sie den Patienten, den Angstzustand auszunutzen, wenn dieser für die Bewältigung der derzeitigen Situation hilfreich ist (Mäßige Angst kann die Konzentration fördern).

#### **Panischer Zustand**

1. Bleiben Sie beim Patienten und bewahren Sie eine ruhige, sichere Haltung.
2. Sprechen Sie in kurzen Sätzen und mit einfachen Worten.
3. Sorgen Sie für eine nicht bedrohliche, beständige Umgebung/Atmosphäre. Vermindern Sie die Reizeinwirkung auf ein Minimum. Achten Sie dabei auf (schädigende) Interaktion.

- 5
4. Begrenzen Sie sein destruktives Verhalten und helfen Sie dem Patienten, annehmbare Verhaltensweisen im Umgang mit seiner Panik zu entwickeln. *Anmerkung:* die Pflegepersonen müssen Sicherheitsmaßnahmen ergreifen, bis der Patient seine Selbstkontrolle wiedererlangt.
  5. Steigern Sie entsprechend der Verminderung der Angst die Aktivitäten/Beschäftigungen mit anderen.
  6. Verabreichen Sie die verordneten Medikamente.

10

#### VIII. Fördern des Wohlbefindens

- 15
1. Leiten Sie den Patienten an, Methoden zu erkennen, um die lähmende Angst zu bewältigen.
  2. Informieren Sie den Patienten über mögliche auslösende Ursachen.
  3. Ermitteln Sie Ereignisse, Gedanken und Gefühle, die dem Angstzustand (dem Panikzustand) vorausgegangen sind.
  4. Finden Sie frühere Bewältigungsstrategien des Patienten bei Nervosität/Angstgefühlen heraus.
  - 20 5. Nutzen Sie hilfreichen, vorhandene Ressourcen/Personen, einschließlich des Not-, Sorgentelefon oder der Krisenberatung.
  6. Unterstützen Sie den Patienten, ein Übungs-/Aktivitätsprogramm zu entwickeln, das beim Abbau des Angstzustandes hilfreich sein kann.
  - 25 7. Unterstützen Sie die Entwicklung von Fähigkeiten, die negative Selbstbeeinflussung ausschalten (z.B. Bewusstmachung von negativen Gedanken und positives Denken).
  8. Ermitteln Sie Strategien für den Umgang mit auslösenden Situationen, Rollenspiele und Visualisierungstechniken, um die
  - 30 Reaktion auf zu erwartende Ereignisse zu üben.

## 9. Informieren Sie den Patienten über Einzel- und/oder Gruppentherapie bei chronischen Angstzuständen.

(vgl. Praxis der Pflegediagnosen: Springer Krankenpflege. stefan, allmer, eberl et al. 3. vollst. Überarbeitete und erweiterte Aufl. Springer Verlag Wien 2003; Seite 706 bis 711)

5

Depressionen und Pflegediagnosen	
<p><b>Die Depression</b> ist eine affektive Störung, die durch eine veränderte Stimmungslage mit Symptomen wie:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>herabgesetztes Selbstwertgefühl,</li><li>Traurigkeit,</li><li>Schuldgefühlen,</li><li>Hoffnungslosigkeit,</li><li>Leere und Abhängigkeit</li></ul> <p>gekennzeichnet ist.</p> <p>Man unterscheidet bei der Ursache der Erkrankung unterschiedliche Sichtweisen. Sie reichen von umgebungsbedingten, sozialen, genetischen bis hin zu biomedizinischen Theorien.</p>	5

Depressionen und Pflegediagnosen	
<p><b>Die Depression</b> <b>Körpererleben</b></p> <p>Spannungslos, angespannt, Schmerzen, Kopfdruck, Herzklopfen, Muskelverspannung, starre Mimik, Kieferschmerzen, Schlafstörungen, Vegetative Störungen, Schwitzen, Müdigkeit, Enge in der Brust, flache Atmung,</p> <p>hängende Schultern, starre Haltung, erhöhter Muskeltonus, kein Appetit, Gewichtsabnahme oder -zunahme, Schwindel, Beklemmung ums Herz, Sexuelle Störungen, Panikattacken, kraftlos, bewegungslos, erstarrt, verlangsamt, Engegefühl.</p>	6

## Die Depression Denken

Grübeln, Gedankenkreisen, Denkhemmung,

Fixierung auf bestimmte Denkinhalte:

Ich bin schuld.

Ich bin nichts wert.

Ich bin nicht genug.

Ich muss mich mehr anstrengen.

Ich bin nicht ok.

Ich schaffe es nicht.

Ich bin ein Versager.

Selbstvorwürfe, Selbstanklage,

unreflektierte Leitsätze:

Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg.

Ich muss nur wollen.

Ich darf keine Fehler machen.

Ich muss perfekt sein.

## Die Depression Emotionen

ängstlich, unsicher, gereizt, hoffnungslos, resigniert,  
mutlos, überfordert, isoliert, gekränkt, unruhig,  
getrieben, gehetzt, agiert, leer, perspektivlos, müde,  
erschöpft, Panik, traurig, minderwertig, verwirrt,  
verbittert, verzweifelt, Druck, unkonzentriert, lustlos,  
entwurzelt, interessenlos.

## 20. **Depression** - ein Kurzatgeber

1. Ob Sie vielleicht unter einer Depression leiden, sollten Sie anhand der folgenden Fragen selbst einmal prüfen:
  - 5
    - Fühle ich mich seit einiger Zeit durchgängig traurig, niedergeschlagen oder hoffnungslos?
    - Empfinde ich keine Freunde, kein Vergnügen mehr, habe ich an vielem oder gar allem, was mich früher interessiert hat, das Interesse verloren?
  - 10
    - Bin ich ständig müde, erschöpft oder fühle ich mich wie ausgebrannt?
    - Habe ich keinen Appetit mehr? Habe ich abgenommen, ohne es zu wollen?
  - 15
    - Kann ich seit längerer Zeit schlecht schlafen? Leide ich unter Ein- und Durchschlafstörungen, oder wache ich jeden Morgen sehr früh auf?
    - Fühle, bewege ich mich und denke ich wie mit angezogener Handbremse oder umgekehrt wie unter Strom?
    - Habe ich mein sexuelles Verlangen verloren?
  - 20
    - Fühle ich mich wertlos, unfähig, als Versager und an allem schuld?
    - Habe ich in letzter Zeit auffällige Konzentrationsschwierigkeiten, kann ich mir nichts mehr merken?
    - Denke ich manchmal über den Tod nach oder darüber, mir etwas anzutun?
  - 25 Wenn Sie mehr als vier Fragen mit Ja beantwortet haben, leiden Sie mit großer Wahrscheinlichkeit an einer typischen Depression.
2. Depressionen sind Krankheiten mit psychischen und körperlichen Symptomen. Sie sind keine vorübergehende schlechte Laune, keine einfache Niedergeschlagenheit, keine Traurigkeit, kein kurzer „Durchhänger“, weil man eben einmal nicht „gut drauf“ ist. Depressionen sind
  - 30

umfassender, beeinträchtigen den gesamten Alltag, dauern nicht nur Stunden oder einige Tage. Und vor allem: Sie sind durch den Willen und gute Vorsätze, durch „positives Denken“, das Ihnen manche empfehlen werden, nicht zu beeinflussen.

5

3. Es gibt heute verschiedene Modelle, die versuchen, das Entstehen von Depressionen zu beschreiben. Man nennt Depressionen eine psychobiologische Krankheit, weil an ihrer Entstehung sowohl psychische als auch biologische Faktoren beteiligt sind. Das heißt, Depressionen haben nicht nur eine Ursache.

10

### **Symptome der Depression**

Die Diagnose „Depression“ richtet sich nach folgenden Symptomen:

Hauptsymptome:

15

- Depressive Stimmung (niedergeschlagen, gefühllos)
- Interesselosigkeit
- Freudlosigkeit
- Antriebsarmut
- Schnelle Erschöpfung, Müdigkeit

20

Zusatzsymptome:

- Verminderte Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit
- Abnehmendes Selbstwertgefühl
- Gefühl von Schuld und Wertlosigkeit
- Schwarzsehen, Zukunftsangst
- Selbsttötungsgedanken oder sogar Selbsttötungsversuche
- Schlafstörungen
- Verlangsamung in der Motorik und im Denken oder Unruhe
- Appetitmangel

25

### **SUIZID – lebensmüde bis in den Tod**

#### 4. Depressionen können gut behandelt werden!

Umso beunruhigender ist es, dass weniger als die Hälfte aller erkrankten und behandlungsbedürftigen Menschen professionelle Hilfe bekommt. Beunruhigend deshalb, weil auf diese Weise viele Menschen mit einem Risiko leben, das vermeidbar wäre. Bei allen Formen der Depression gilt: Je früher die Behandlung einsetzt, desto wirksamer ist sie.

##### Die Risiken der Depression

- Unbehandelte typische Depressionen dauern durchschnittlich sechs bis zwölf Monate. Eine lange Zeit des Leidens und genügend Zeit, um das private und soziale, das familiäre und berufliche Leben eines Menschen zu zerstören.
- Eine lang andauernde, schwere Depression (Dysthymie) dauert ohne Behandlung Jahre.
- Das Risiko von immer wiederkehrenden depressiven Episoden ist ohne Behandlung weit höher.
- Die Sterblichkeitsrate durch Selbsttötung bei einer unbehandelten schweren Depression beträgt etwas zehn bis fünfzehn Prozent!

5. Der erste Schritt, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen – die Voraussetzung jeder Behandlung –, ist der schwerste. Es gehört zu Ihrer Krankheit, dass Sie vielleicht gerade für diesen ersten Schritt Unterstützung brauchen.

#### 6. Erste Anlaufstellen sind:

- ein Mensch, dem Sie vertrauen
- Ihr Hausarzt
- ein Psychiater oder Nervenarzt [Neurologe]
- ein Psychotherapeut
- Kriseninterventionseinrichtungen oder die Ambulanz einer psychiatrischen Abteilung oder eines psychiatrischen Krankenhauses

- Beratungsstellen freier Träger, die Sie bei der Suche nach einem geeigneten Arzt oder Psychotherapeuten unterstützen.
- Wenn Sie dringend einen einfühlsamen Ansprechpartner brauchen: Die Telefonseelsorge ist auch eine Einrichtung für Menschen in Ihrer Situation! Sie ist bundesweit unter den Telefonnummern: 0800/ 1 11 01 11 und 0800/ 1 11 02 11 zu reichen.

Gehen Sie auf jeden Fall zum Arzt oder Psychotherapeuten, wenn Sie:

- Schon mehrere Wochen ununterbrochen depressiv sind,
- Ihren Alltag nicht mehr oder nur mit größter Anstrengung meistern,
- Häufig über den Tod nachdenken, keinen Sinn mehr darin sehen, zu leben, oder so verzweifelt sind, dass Ihnen das Schlussmachen als einziger Ausweg erscheint. Diese Gedanken sind ein Symptom einer behandelbaren Krankheit!

7. Eine genaue Diagnose ist notwendig, um die für Sie beste Behandlungsmöglichkeiten zu finden. Hausärzte, besser noch Psychiater, Nervenärzte (Neurologen), Psychotherapeuten und klinische Psychologen sind für diese Diagnose zuständig.

20

8. Ihre Mitarbeit ist wichtig. Deshalb:

- Sprechen Sie offen über Ihre körperlichen und seelischen Beschwerden und Probleme. Stimmungen, Gefühle, unabweisbare Gedanken sind ebenso wichtig wie körperliche Beschwerden.
- Bereiten Sie sich auf das Gespräch vor! Versuchen Sie sich im Vorfeld des ersten Gesprächs einige Fragen zu beantworten!

**Was Sie sich vor dem ersten Gespräch fragen sollten**

- Zu psychischen Beschwerden
  - a. Welche Gedanken gehen mir durch den Kopf?
  - b. Wie fühle ich mich?



- 5           **c.**   Vergesse ich schneller als früher, und kann ich mich kaum mehr konzentrieren?
- d.**   Ist mir alles egal, kann mich nichts aufmuntern oder auch ärgern?
- e.**   Habe ich Angst, und was ängstigt mich?
- f.**   Könnte ich immer nur im Bett liegen?
- g.**   Kommen mir manchmal oder häufig Gedanken, wie schön es jetzt wäre, nur noch zu schlafen, alles hinter mich gebracht zu haben, weil mir alles gleichgültig ist oder so schrecklich, dass
- 10           ich es nicht mehr ertragen kann?
- Zu körperlichen Beschwerden
- a.**   Fühle ich mich verspannt, neige ich zu mehr Kopf- und Bauchschmerzen?
- b.**   Schlafe ich schlecht? Kann ich nicht einschlafen, wache ich morgens früh auf?
- 15           **c.**   Habe ich keinen Appetit mehr? Habe ich abgenommen? Oder habe ich ständig Hunger, vor allem Heißhunger auf Süßes und nehme zu? Macht die Verdauung Probleme?
- d.**   Wie steht es mit meiner Lust, mit meinem Partner zu schlafen?
- 20           •   Zu Schweregrad und Verlauf
- a.**   Stehe ich morgens auf und erledige meinen Alltag einigermaßen oder habe ich schon aufgegeben?
- b.**   Wie lange dauert dieser Zustand, in der ich mich gerade befinde, schon an? (Versuchen Sie, sich zu erinnern.)
- 25    9.   Eine körperliche Untersuchung muss jeder weiteren Behandlung vorausgehen. Die aus zwei Gründen: Es gibt Depressionen, die das Symptom einer anderen Erkrankung sind. In diesem Fall muss die Grunderkrankung behandelt werden und nicht die Depression. Und: Vor einer Behandlung mit Medikamenten müssen wegen möglicher Unverträglichkeiten bestimmte körperliche Abklärungen stattfinden.
- 30

10. Lassen Sie sich genau aufklären über Ihre Krankheit und darüber, wie die Krankheit voraussichtlich verläuft. Denn wesentlich für die Behandlung Ihrer Depression ist, dass Sie und Ihre Angehörigen ausreichend informiert sind. Auch für Depressionen gilt: Nur ein informierter Patient ist in der Lage, selbst den Behandlungsfortschritt der Erkrankung mitzugestalten.
11. Auf der Grundlage der Diagnosen muss der Behandlungsplan erstellt werden. Zu diesem Behandlungsplan gehört die Entscheidung, ob Ihre Behandlung ambulant oder stationär durchgeführt werden muss/soll/kann.
12. Zur Erstellung des Behandlungsplans gehört auch die Entscheidung, ob und welche Psychotherapie Ihnen helfen kann und ob und welche Medikamente Sie brauchen.
13. Wenn Sie Medikamente verordnet bekommen, vergessen Sie nicht, Ihrem Arzt alle Medikamente zu nennen, die Sie sonst im Augenblick einnehmen.
14. Auch Medikamente helfen nicht von heute auf morgen. Haben Sie GEDULD!
15. Auch wenn Sie Medikamente verordnet bekommen, schließt Ihre Behandlung regelmäßige Gespräche mit dem Arzt (anfangs zweimal die Woche etwa 20 Minuten, später in größeren Abständen) oder eine längere Psychotherapie ein.
16. Es gibt viele psychotherapeutische Verfahren, die bei der Behandlung von Depressionen hilfreich sind. Die letzte Entscheidung liegt jedoch bei Ihnen. Scheuen Sie sich nicht, mehrere Erstgespräche , auch bei

verschiedenen Psychotherapeuten, zu führen. Fragen Sie nach dem Behandlungskonzept und Behandlungsziel.

**Was Sie sich vor dem ersten Gespräch fragen sollten**

- Welche Psychotherapie

**5    *Diese Entscheidung ist nicht leicht. Aber vielleicht hilft Ihnen die Beantwortung folgender Fragen:***

- a.** Leuchten mir das Behandlungskonzept und die Behandlungsziele des Psychotherapeuten ein? Kann ich sie für mich akzeptieren?
- 10    **b.** Habe ich den Eindruck, der Psychotherapeut ist an mir, meiner Geschichte interessiert, oder behandelt er mich als „Objekt“ seines Verfahrens?
- c.** Habe ich Vertrauen?
- d.** Fühle ich mich wohl, angenommen, verstanden?
- 15    **e.** Stimmt die persönliche „Chemie“?
- f.** Kann ich mir vorstellen, über Wochen, Monate, bei einer Langzeitbehandlung auch über Jahre, hierher zu kommen? Und vor allem:
- g.** Bin ich nach diesem ersten Gespräch, zumindest für den Augenblick, zuversichtlich?
- 20

**17. Für manche Unterformen der Depression sind andere Verfahren möglich und manchmal auch notwendig:**

- Lichttherapie für Winterdepressionen
- 25    • Schlafentzug ist hilfreich für Patienten mit starken Tagesschwankungen
- Magnetstimulation kann eine sinnvolle Unterstützung sein
- Elektrokrampftherapie kann helfen, wenn andere Therapiemethoden versagt haben. Informieren Sie sich!

30

18. Das Ziel jeder Behandlung ist Ihre Gesundheit. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt, Ihrem Therapeuten, wenn:
- Ihnen Zweifel an der augenblicklich eingeschlagenen Behandlung kommen.
- 5       • Sie nach einigen Wochen (längstens sechs bis acht Wochen) keine Besserung oder gar eine Verschlechterung verspüren. Der aktuelle Behandlungsplan muss dann überprüft und wenn nötig geändert werden.
19. Scheuen Sie sich nicht, auch andere Ärzte und Psychotherapeuten zu Rate zu ziehen und gegebenenfalls auch zu wechseln. Es geht um Ihre Gesundheit und Ihr Leben. Aber brechen Sie keine Behandlung ohne Rücksprache mit Ihrem Arzt oder Ihrem Psychotherapeuten ab. Sprechen Sie, wenn möglich, noch mit einem weiteren Experten über Ihren Entschluss, bevor Sie ihn in die Tat umsetzen.
- 10
- 15
20. Und wenn es Ihnen besser geht; Denken Sie daran, vielen Einflüssen, die uns ins Stimmungstief stürzen können, sind wir nicht einfach ausgeliefert. Und nicht alle sind unabänderlich. Versuchen Sie herauszufinden, auf welche Sie in Ihrem Sinne Einfluss nehmen können. Und tun Sie es!
- 20

***Was Ihnen gut tut, wenn es Ihnen besser geht***

- Bleiben Sie fit durch regelmäßige – am besten tägliche – körperliche Aktivität.
  - Üben Sie sich in Entspannungsverfahren (zum Beispiel Autogenes Training, Yoga und andere).
- 25
- Achten Sie auf gesunde, vollwertige Ernährung (vor allem auf eine kohlenhydratreiche Mischkost).
  - Gestalten Sie Ihren Tagesablauf vernünftig (ausreichend Schlaf, keine Genussgifte, Rücksicht auf Ihre innere biologische Uhr).
- 30

**Die Pflegediagnose „Hoffnungslosigkeit“****NANDA Taxonomie Kennziffer: 00124*****Thematische Gliederung: Integrität der Person***

**Definition:** Der subjektive Zustand eines Patienten, in dem er nur limitierte oder keine Handlungsalternativen oder persönliche Wahlmöglichkeiten erkennen kann. Der Patient ist unfähig vorhandene Ressourcen für seine Interessen zu nutzen.

Die ***Pflegediagnose Hoffnungslosigkeit*** beschreibt Probleme des Patienten auf der Vorstellungsebene. Der Patient weiß nicht, was er tun soll, weil er keine Handlungsmöglichkeiten sieht.

Im Unterschied beschreibt die ***Pflegediagnose Machtlosigkeit*** Probleme des Patienten auf der Handlungsebene. D.h. er hat den Eindruck, sein eigenes Handeln erzielt keine Veränderung. Vgl. ***PD 00125 Machtlosigkeit***

15

**Ätiologie (mögliche Ursachen)**

- Gefühl ausgegeben zu sein
  - Aktivitätseinschränkung, welche zu einer Isolation führt
  - Verlorener Glaube an grundlegende Werte/Gott (*spezifiziere*)
  - 20 ● Längerfristiger Stress
  - Sich verschlechternder körperlicher Zustand, körperliches Versagen
- Symptome (Merkmale, Kennzeichen)**

***aus der Sicht des Patienten***

- Verbale Hinweise (mutloser Inhalt, z.B. „Ich kann nicht“, „alles ist sinnlos“)
- 25 ● Seufzen

***aus der Sicht der Pflegeperson***

- Passivität, Wortkargheit
- Herabgesetzte Affektivität
- 30 ● Schließen der Augen
- Appetitlosigkeit

- Verminderte Reaktion auf Reize
- Erhöhtes/ vermindertes Schlafbedürfnis
- Mangel an Initiative
- Teilnahmslosigkeit bei der Pflege/ passives Erdulden der Pflege
- 5 ○ Achselzucken als Reaktion auf die ansprechende Person
- *Rückzug aus der Umgebung*
- *Teilnahmslosigkeit / Desinteresse betreffend der Bezugsperson(en), Kinder, Partner*
- *Wutausbrüche*

10

#### **Patientenbezogene Pflegziele**

6. Der Patient erkennt und beschreibt die Gefühle der Hoffnungslosigkeit.
7. Der Patient erkennt und wendet Bewältigungsstrategien an, um  
15 den Gefühlen der Hilflosigkeit entgegenzuwirken.
8. Der Patient beteiligt sich an den Aktivitäten des täglichen Lebens und hat die Kontrolle darüber (im Rahmen der individuellen Situation).
9. Der Patient setzt aufbauende Nahziele fest, um Verhaltensänderungen und Zukunftsaussichten zu entwickeln, zu begünstigen  
20 und aufrechtzuerhalten.
10. Der Patient beteiligt sich an Freizeitbeschäftigungen nach eigener Wahl.

#### **25 Maßnahmen**

#### **IX. Ermitteln der ursächlichen / begünstigenden Faktoren**

1. Ermitteln Sie die familiären / soziale und körperliche Anamnese, z.B. auf unzureichende Bewältigungsformen in der Vergangenheit, auf Sprach-/ Kulturbarrieren (die zu einem Isolationsgefühl führen können), vor kurzem aufgetretene oder länger  
30

**andauernde Erkrankung des Patienten oder eines Familienmitgliedes, mehrfache sozial und/oder körperliche Traumen/Schockzustände des Patienten oder der Familienmitglieder.**

- 5           **2. Ermitteln Sie die momentane familiäre/soziale/körperliche Situation des Patienten (z.B. neu diagnostizierte chronische/terminale Krankheit, Sprach-/Kulturbarrieren, Fehlen eines sozialen Netzes, kürzlicher Verlust der Arbeitsstelle, Verlust des Glaubens, kürzlich aufgetretene mehrfache Traumen).**
- 10           **3. Ermitteln Sie vorhandene Bewältigungsformen und Abwehrmechanismen.**

**X. Ermitteln des Ausmaßes der Hoffnungslosigkeit**

- 15           **1. Beobachten Sie Verhaltensweise, die auf Hoffnungslosigkeit hinweisen (vgl. Merkmale).**
- 2. Achten Sie auf verwendete Bewältigungsformen (Problemlösungsstrategien, Äußern von Befürchtungen, Festlegen von Zielen usw.).**
- 20           **3. Beobachten Sie, ob Abwehrmechanismen angewendet werden (Zunahme der Schlafdauer, Medikamentenkonsum, Krankheit, Essenbeschwerden, Verweigerung, Vergesslichkeit, Tagträumen, ineffektive organisatorische Bemühungen, Hintergehen der eigenen Ziele, Regression).**

25 **XI. Unterstützen des Patienten, Gefühle wahrzunehmen und beginnen mit den, vom Patienten wahrgenommenen Problemen umzugehen**

- 1. Bauen Sie eine therapeutische Beziehung auf (z.B. positive Haltung zum Patienten; der Patient hat Vertrauen, wagt Gefühle zu zeigen, fühlt sich verstanden).**
- 30           **2. Informieren Sie den Patienten laufend über Maßnahmen und erzielte Fortschritte in der Pflege.**

3. Ermutigen Sie den Patienten Gefühle zu erkennen und auszudrücken (z.B. Zorn, Hilflosigkeit, Ohnmacht, Verwirrung, Mutlosigkeit, Isolation, Trauer).
- 5 4. Vermitteln Sie dem Patienten Hoffnung und fordern Sie Bezugspersonen und andere Teammitglieder auf, dasselbe zu tun.
- 5 5. Sorgen Sie dafür, dass keine Situationen, die beim Patienten zu Gefühlen der Isolation oder zu Kontrollverlust führen können, eintreten.
- 10 6. Fördern Sie die Mitbestimmung des Patienten beim Festsetzen der Zeit, des Ortes, der Häufigkeit von Therapien.
7. Erarbeiten Sie gemeinsam mit dem Patienten, welche Änderungen vorgenommen werden können, um teilweise die Kontrolle über die Situation zu gewinnen.
- 15 8. Fördern Sie die Risikobereitschaft in Situationen, die der Patient meistern kann.
9. Helfen Sie dem Patienten Bewältigungsstrategien zu entwickeln, die erlernt und erfolgreich angewendet werden können, um der Hoffnungslosigkeit zu begegnen.
- 20 10. Fördern Sie eine kontrollierte Steigerung der körperlichen Aktivität.
11. Fördern Sie Entspannungsübungen und Visualisierungstechniken.
12. Beziehen Sie Bezugspersonen in die Therapie mit ein.
- 25XII. Fördern des Wohlbefindens
1. Fördern Sie vermehrt die Anwendung von Bewältigungsstrategien und vermindern Sie die Anwendung von Abwehrmechanismen. Geben Sie positive Rückmeldung über ausgeführte Tätigkeiten, um mit Gefühlen der Hoffnungslosigkeit umzugehen
- 30 und diese zu überwinden.



2. Unterstützen Sie den Patienten/Bezugsperson(en), sich der Ursache/Situationen bewusst zu werden, die zu Gefühlen der Hoffnungslosigkeit führen können.
  3. Informieren Sie über Vorzeichen der Hoffnungslosigkeit (z.B. Aufschieben von Problemen, zunehmendes Schlafbedürfnis, verminderte körperliche Aktivität, verminderte Teilnahme an sozialen/familiären Aktivitäten).
  4. Ermutigen Sie den Patienten/Bezugsperson(en) dazu, Unterstützungshilfen im gemeindenahen Bereich in Anspruch zu nehmen.
  5. Informieren Sie den Patienten über Selbsthilfegruppen.
  6. Informieren Sie über andere Ressourcen zur Unterstützung (z.B. Fachpersonen, soziale Dienste, usw.).
- (vgl. Praxis der Pflegediagnosen: Springer Krankenpflege. stefan, allmer, eberl et al. dritte. vollst. Überarbeitete und erweiterte Aufl. Springer Verlag Wien 2003; Seite 632 bis 635)

### **Die Pflegediagnose „Suizid, hohes Risiko“**

20 **NANDA Taxonomie Kennziffer: 00150**

***Thematische Gliederung: Alleinsein und soziale Interaktion***

#### **Definition**

25 **Der Zustand, bei dem der Patient dem Risiko ausgesetzt ist, sich selbst eine lebensbedrohliche Körperschädigung zuzufügen.**

#### **Risikofaktoren**

##### **Verhaltensbezogen**

- Suizidversuch in der Anamnese
- Impulsivität
- 30 ○ Kauf einer Schusswaffe
- Sammeln von Medikamenten

- Verfassen oder Abänderung eines Testaments
  - Weggeben von Eigentum oder Besitztümer
  - Plötzliche euphorische Genesung nach einer Niedergeschlagenheit
  - Markante Veränderung des Verhaltens, der Einstellung der schuli-
- 5        schen Leistungen

#### Verbal

- Droht, sich selbst zu töten
  - Äußert sterben zu wollen, allem Ein Ende zu setzen
- 10

#### Situationsbedingt

- Lebt alleine
  - Ruhestand
  - Umzug
  - 15    ○ Institutionalisierung
  - Wirtschaftliche Unsicherheit
  - Verlust der Unabhängigkeit – der Autonomie
  - Schusswaffe im Haushalt
  - Heranwachsende Jugendliche in einer nicht traditionellen Umge-
- 20        bung (Jugendstrafvollzug, Gefängnis, offener Strafvollzug, Heim)

#### Psychologisch

- Suizid in der Familie
- Alkohol- und Suchtmittelgebrauch und -missbrauch
- 25    ○ Psychiatrische Erkrankung/Störung (z.B. Niedergeschlagenheit, Schizophrenie, bipolare Erkrankung)
- Missbrauch in der Kindheit
- Schuld
- Lesbische oder homosexuelle Jugendliche (Identitätskrise)

#### 30    Demographisch

- Alter: Menschen, junge männliche Erwachsene, Jugendliche

- **Gesellschaftlich benachteiligte Gruppen**
- **Geschlecht: männlich**
- **Geschieden, verwitwet**

5    **Körperlich**

- **Körperliche Krankheit**
- **Krankheit im Endstadium**
- **Chronische Schmerzen**

10   **Sozial**

- **Verlust wichtiger Beziehungen**
- **Zerstörtes Familienleben**
- **Kummer, Trauer**
- **Fehlendes Unterstützungssystem**

15   **Einsamkeit**

- **Hoffnungslosigkeit**
- **Hilflosigkeit**
- **Soziale Isolation**
- **Rechtliche oder disziplinäre Probleme**

20   **Häufung von Suizidfällen**

**Anmerkung**

Eine Hoch-Risiko-Diagnose kann nicht durch Zeichen und Symptome belegt werden, da das Problem nicht aufgetreten ist und die Pflegemaßnahmen die Prävention bezwecken.

**Patientenbezogene Pflegeziele**

8.   **Der Patient erkennt individuelle Risikofaktoren.**
9.   **Der Patient spricht über seine Gefühle (Wut, Ärger, Angst, Zorn, Einsamkeit, Hoffnungslosigkeit, ...).**

10. Der Patient nimmt von sich aus Kontakt zu Betreuungspersonen auf.
11. Der Patient beteiligt sich am Stationsgeschehen.
12. Der Patient zeigt lebensbejahende Verhaltensmuster.
- 5 13. Der Patient gibt für sein weiteres Vorgehen realistische Perspektiven an.
14. Der Patient distanziert sich von Suizidgedanken.

### **Maßnahmen**

10

#### **XIII. Ermitteln der ursächlichen/begünstigenden Risikofaktoren**

1. Schätzen Sie das Suizidrisiko mit Hilfe einer Risikoskala ein.
2. Achten Sie auf Zeichen des präsuizidalen Syndroms (z.B. nach Erwin Ringel<sup>2</sup>).

#### **1XIV. Unterstützen des Patienten zur Selbstkontrolle**

22. Bauen Sie eine therapeutische Beziehung zwischen Pflegepersonal/Patient auf. Sorgen Sie – wenn möglich – für eine kontinuierlich Betreuung durch eine Bezugsperson.

23. Begegnen Sie dem Patienten mit positiver Wertschätzung. Denken Sie daran, dass sich der Patient möglicherweise nicht unter Kontrolle hat.

20

24. Wahren Sie Distanz und berühren Sie den Patienten nicht, wenn sich aus der Situation erkennen lässt, dass er/sie keine Nähe erträgt (z.B. nach einem Trauma).

25. Erkennen Sie, dass die Handlungen des Patienten eine Reaktion auf die eigene Furcht (er fürchtet sich vor eigenem Verhalten, Kontrollverlust), auf Abhängigkeit und Ohnmachtsgefühle sein können.

25

---

<sup>2</sup> Universitätsprofessor Erwin Ringel; 1921 – 1994; Tübingen

26. Nehmen Sie sich Zeit dem Patienten zuzuhören, erkennen Sie die Realität seiner Gefühle an und ermutigen Sie ihn darüber zu sprechen.
27. Geben Sie dem Patienten so viel Kontrollmöglichkeiten, wie die individuelle Situation es zulässt.
28. Akzeptieren Sie den Zorn des Patienten, ohne mit Emotionen zu reagieren.
29. Gewähren Sie dem Patienten zornige Gefühle auf annehmbare Weise zu äußern und lassen Sie ihn wissen, dass das Pflege-  
team da ist, um ihm zu helfen.
30. Bleiben Sie ruhig und setzen Sie klar und bestimmt Grenzen.
31. Sagen Sie dem Patienten, wann die Grenzen erreicht sind, damit er die eigenen Handlungen kontrollieren kann.
32. Helfen Sie dem Patienten angemessene Lösungen/ Verhaltensweisen zu erkennen (z.B. körperliche Aktivitäten/ Entspannungsübungen).
33. Sorgen Sie für eine sichere und ruhige Umgebung. Bei Gefahr im Verzug reagieren Sie mit entsprechenden Sicherheitsmaßnahmen. Bei notwendigen Beschränkungen informieren Sie umgehend den Arzt.
34. Nähern Sie sich dem suizidalen Patienten mit positiver Haltung, halten Sie angemessenen Augenkontakt und sprechen Sie mit beruhigender Stimme.
35. Geben Sie Richtlinien für Handlungen, die der Patient ausführen kann, und vermeiden Sie negative Formulierungen wie „Das darf man nicht!“.
36. Verabreichen Sie verordnete Medikamente.
37. Seien Sie ehrlich bei der Information und im Umgang mit dem Patienten.
38. Helfen Sie dem Patienten zwischen Realität und Halluzinationen/ Wahnvorstellungen zu unterscheiden.

- 39. Geben Sie positive Rückmeldungen bei Bemühungen des Patienten und bestätigen Sie vorhandene Stärken.**
- 40. Überwachen Sie die medikamentöse Therapie und dokumentieren Sie die Wirkung.**
- 5 **41. Beachten Sie Todesphantasien und besprechen Sie dies im Behandlungsteam.**
- 42. Sprechen Sie bei Verdacht den Patienten gezielt auf Suizidgedanken an.**
- 10 **XV. Unterstützen des Patienten/Bezugsperson(en) mit der bestehenden Situation besser umzugehen**
- 6. Richten Sie die Maßnahmen auf die betroffene(n) Person(en) aus.**
- 7. Wahren Sie eine ruhige, sachliche, wertfreie Haltung.**
- 15 **8. Erkennen Sie Faktoren (Gefühle/Ereignisse), die zu suizidalen Verhaltensweisen geführt haben.**
- 9. Informieren Sie die Bezugspersonen, wie sich ein bevorstehender Suizidversuch erkennen lässt.**
- 10. Informieren Sie die Bezugspersonen, wie man mit angemessenen Interventionen unterstützen kann.**
- 20 **XVI. Förderung des Bewusstseins für die eigene Sicherheit innerhalb des Pflegeteams und Setzen von Überwachungsmaßnahmen für Hochrisikopatienten**
- 13. Besprechen Sie spezifische Maßnahmen im Falle autoaggressiven Verhaltens.**
- 25 **14. Vermeiden Sie den Gebrauch von Glas, Nagelfeile, Rasierer, Dosen, Plastiktaschen, Feuerzeug, elektrischer Ausstattung, Gürtel, Kleiderhaken, Messer, Pinzetten, Alkohol, Waffen.**
- 15. Stellen Sie beim Verabreichen von Medikamenten sicher, dass alle Medikamente geschluckt werden.**
- 30 **16. Führen Sie Personenchecks laut Anordnung durch.**

17. Schränken Sie den Aufenthalt des Patienten nach den Richtlinien des Unterbringungsgesetzes und nach Anordnung des Arztes auf ihre Abteilung ein. Stellen Sie bei Aufenthalten außerhalb der Station vom Personal jemanden bei.
- 5 18. Informieren Sie Besucher über die Einschränkungen von Gegenständen.
19. Führen Sie regelmäßige Zimmerdurchsuchungen laut Anordnung durch.
20. Vergewissern Sie sich über den Aufenthaltsort des Patienten.
- 10 21. Führen Sie nach Anordnung Einschränkungen der Bewegungsfreiheit durch.
22. Verständigen Sie nach ärztlicher Anordnung Polizei und Angehörige bei Entweichen des Patienten.
23. Informieren Sie das gesamte Personal von der Selbstmordgefährdung des Patienten.
- 15 24. Treffen Sie Vereinbarungen in Form eines Therapievertrages (schriftlich, mündlich).
- XVII. Fördern des Wohlbefindens**
- 20 1. Beteiligen Sie den Patienten entsprechend der Situation an der Pflegeplanung; ermöglichen Sie ihm, seine Bedürfnisse in die Stationsaktivitäten zu integrieren.
2. Helfen Sie dem Patienten sich selbstsicher, statt unsicher oder autoaggressiv zu verhalten.
- 25 3. Besprechen Sie mit der/den Bezugsperson(en) die Gründe für das Verhalten des Patienten.
4. Planen Sie Strategien als Hilfsmittel für die Eltern, damit sie lernen ihre Elternrolle wirksamer zu erfüllen (z.B. Elternbildungskurse, sinnvoller Umgang mit Frustrationen usw.).

5. Führen Sie gemäß dem Therapievertrag gesundheitsfördernde Maßnahmen durch (Entspannungsübungen, Visualisierungstechniken, sportliche Betätigung).
6. Stellen Sie fest, welches soziale Netz vorhanden ist (z.B. Familie/Freunde, kirchliche Vertreter usw.).
7. Informieren Sie über Selbsthilfegruppen, Kriseninterventionszentren und psychosoziale Dienste.
8. Unterstützen Sie den Patienten über präsuizidale Zeichen oder andere autoaggressive Zeichen zu sprechen und Gegenstrategien zu entwickeln.
9. Vgl.:

PD 00056	Elterliche Pflege, beeinträchtigt
PD 00069	Bewältigungsformen (Coping) des Betroffenen, ungenügend
PD 00074	Bewältigungsformen (Coping) der Familie, mangelnde Unterstützung
PD 00140	Gewalttätigkeit gegen sich, hohes Risiko
PD 00141	Posttraumatische Reaktion
PD 00142	Vergewaltigungssyndrom
PD 00153	Selbstwertgefühl, situationsbedingt gering, hohes Risiko

(vgl. Praxis der Pflegediagnosen: Springer Krankenpflege. stefan, allmer, eberl et al. dritte. vollst. Überarbeitete und erweiterte Aufl. Springer Verlag Wien 2003; Seite 421 bis 426)

## 15 Die Pflegediagnose „Angst (im Detail angeben)“

**NANDA Taxonomie Kennziffer: 00146**

**Thematische Gliederung: Integrität der Person**

### Definition:

- 20 Ein vages, unsicheres Gefühl, dessen Ursache diesem Patienten oft unklar und/oder unbekannt ist. Das Gefühl der Besorgnis wird verursacht durch eine Vorahnung oder in Erwartung einer Gefahr. Es ist ein alarmierendes Signal, das vor einer drohenden Gefahr warnt und die-



sen Patienten veranlasst, Maßnahmen gegen die Bedrohung zu unternehmen.

#### **Ätiologie (mögliche Ursachen)**

- 5    **○ Giftstoffen ausgesetzt sein**
- Unbewusster Konflikt über grundsätzliche Werte, Lebensziele, *Glau-*  
      *bensfragen und Lebenssinn***
- Familiär bedingt, Vererbung**
- Unerfüllte Bedürfnisse**
- 10   **○ Zwischenmenschliche(r) Übertragung oder Einfluss**
- Situative und/oder entwicklungsbedingte Krisen**
- Todesangst, *subjektiv oder objektiv***
- Stress**
- Suchtmittelmissbrauch**
- 15   **○ Bedrohung oder Veränderung des Gesundheitszustandes (terminale  
      Erkrankung), der Rollenfunktion, der Umgebung (Sicherheit), der In-  
      teraktionsmuster, des sozioökonomischen Status**
- *Positive oder negative Selbstbeeinflussung***
- 20   **Symptome (Merkmale, Kennzeichen)**  
     **aus der Sicht des Patienten**
- Erhöhte Anspannung**
- Gefühle des Bedauerns**
- Verängstigt; zitterig**
- 25   **○ Ungewissheit**
- Übererregt, erschüttert, verzweifelt**
- Besorgnis, Unsicherheit, Furchtsamkeit**
- Unzulänglichkeitsgefühle**
- Furcht vor unklaren Folgen**
- 30   **○ Ausgedrückte Besorgnis um Veränderungen der Lebensumstände**
- Beunruhigt, ängstlich, nervös, furchtsam**

- Schmerzvolle und zunehmend anhaltende Hilflosigkeit
- Somatische Beschwerden
- Schlaflosigkeit
- Gefühl eines drohenden Unheils
- 5 ○ Hoffnungslosigkeit
- Seelenqualen
- Denkblockaden
- Müdigkeit
- Mundtrockenheit
- 10 ○ Abdominale Schmerzen
- Bewusstes Wahrnehmen der körperlichen Symptome

#### aus der Sicht der Pflegeperson

- Sympathotone Stimulation (kardiovaskuläre Erregung, periphere
- 15 Vasokonstriktion, erweiterte Pupillen, Zunahme der Atemfrequenz, gesteigerte Reflexe, Gesichtsrötung/Flush)
- Parasympathotone Stimulation (verminderte Herzfrequenz, Blutdruckabfall, Ohnmacht)
- Erhöhte Vorsicht, Umherschauen, mustern der Umgebung, wenig
- 20 Augenkontakt
- Verminderte Produktivität
- Fahrige Bewegungen (Herumschieben der Füße, Hand-, Armbewegungen)
- Erhöhte Reizbarkeit
- 25 ○ Vermehrtes Schwitzen
- Zittern/Tremor der Hände, Ruhelosigkeit
- Schlaflosigkeit
- Angespannte Gesichtszüge
- Zitternde Stimme
- 30 ○ Ichbezogenheit
- Grüblerisch

- Häufiges Urinieren
- Wiederholtes Fragen/Vergesslichkeit
- Verwirrtheit
- Eingeschränkte Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Konzentration
- 5 ○ Tendenz, andere anzuklagen
- Verminderte Problemlösungs-/Lernfähigkeit
- Auf- und Abschreiten/ziellose Tätigkeit
- Beeinträchtigte Mobilität
- Durchfall
- 10 ○ Übelkeit/Nausea
- Gewichtsverlust/Magersucht

#### **Patientenbezogene Pflegeziele**

- 11. Der Patient macht einen unruhigen Eindruck und teilt mit, dass sich seine Angst auf ein erträgliches Maß reduziert hat.
- 15 12. Der Patient spricht Angstgefühle aus.
- 13. Der Patient erkennt sinnvolle Möglichkeiten mit der Angst umzugehen.
- 14. Der Patient zeigt, dass er fähig ist, Probleme zu lösen.
- 15. Der Patient nutzt seine Ressourcen wirksam aus.

20

#### **Maßnahmen**

#### **XVIII. Einschätzen des Angstzustandes**

- 1. Ermitteln Sie den bisherigen Medikamentenkonsum und eventuelle Erbkrankheiten (z.B. erblich bedingte Niedergeschlagenheitsformen, anamnestisch bekannte Schilddrüsenerkrankungen, Einnahme von Kortikosteroiden, usw.).
- 25 2. Ermitteln Sie, was der Patient in seiner Situation als Bedrohung wahrnimmt.
- 3. Überwachen Sie seine körperlichen Reaktionen: Herzklopfen,
- 30 Tachycardie, stereotype Bewegungen, Auf- und Abschreiten.

**4. Beobachten Sie sein Verhalten, um den betreffenden Angstzustand zu ermitteln:.**

***Geringfügig***

- 5           ○ Wachsam, gesteigerte Wahrnehmung der Umgebung, Aufmerksamkeit auf Umgebung und unmittelbare Ereignisse fixiert
- Unruhig, reizbar, schlaflos
- Der Patient ist noch motiviert, sich mit den vorhandenen Problemen zu befassen

10       ***Mäßig***

- Wahrnehmung eingeschränkt, erhöhte Konzentration, der Patient lässt sich bei der Problemlösung nicht ablenken
- Der Patient hat eine zitterige Stimme oder einen veränderten Tonfall
- 15       ○ Zittern, erhöhte(r) Puls/Atemfrequenz

***Ausgeprägt***

- Wahrnehmung ist vermindert, die Angst beeinträchtigt Alltagsfunktionen
- 20       ○ Der Patient ist vom Gefühl des Missbehagens/drohenden Unheils eingenommen
- Erhöhte(r) Puls/Atemfrequenz mit Klagen über Schwindel, Kribbeln, Kopfschmerzen, usw.

25       ***Panisch***

- Gestörte Konzentrationsfähigkeit; unangepasstes Verhalten
- Der Patient nimmt die Situation verzerrt wahr, er kann Geschehnisse nicht richtig einordnen. Er erlebt möglicherweise Terror und Verwirrung, ist unfähig zu sprechen oder
- 30       sich zu bewegen (vor Angst gelähmt)

5. Ermitteln Sie das Rückzugsverhalten, z.B. Konsum von Drogen/Medikamenten/Alkohol im Zusammenhang mit Problemen, Schlafstörungen (im Speziellen Schlaflosigkeit oder übermäßiges Schlafen), Beschränkung/Vermeidung von Interaktionen mit anderen.
6. Beachten Sie Abwehrmechanismen. Der Patient könnte in der Phase der Verneinung, Regression usw. sein.
7. Ermitteln Sie, welche Bewältigungsformen der Patient zur Zeit anwendet: Zorn, Tagträume, Vergesslichkeit, Essen, Rauchen, Problemlösen.
8. Ermitteln Sie frühere Bewältigungsformen.
9. Anmerkung: Die Pflegeperson muss sich der eigenen Angst und der Gefühle des Unbehagens bewusst sein, die oft einen Hinweis auf den Angstzustand des Patienten geben können (Übertragung).
- XIX. Unterstützen des Patienten, Gefühle zu erkennen und zu beginnen, sich mit seinen Problemen auseinander zu setzen**
11. Bauen Sie eine therapeutische Beziehung durch Empathie und positive Wertschätzung auf.
12. Ermutigen Sie den Patienten, Gefühle zuzulassen und auszudrücken: Weinen (Traurigkeit), Lachen (Furcht, Abwehr), Fluchen (Furcht, Zorn).
13. Unterstützen Sie den Patienten, sein eigenes verbales und nonverbales Verhalten wahrzunehmen.
14. Klären Sie die Bedeutung von Gefühlen/Handlungen durch Feedback und Überprüfung ab.
15. Erkennen Sie Angst/Furcht an. Verneinen Sie sie nicht oder versuchen Sie nicht, dem Patienten zu versichern, dass alles in Ordnung sein wird.

16. Geben Sie genaue Informationen über die Situation. Helfen Sie dem Patienten den Bezug zur Realität herzustellen.
17. Sorgen Sie für wohltuende Maßnahmen (z.B. ein warmes Bad, Rückenmassage).
- 5 18. Nehmen Sie den Patienten an, wie er ist (Es kann für den Patienten grundlegend wichtig sein, die betreffende Phase zu durchleben).
19. Gestehen Sie dem Patienten sein Verhalten zu und beziehen Sie es nicht auf sich.
- 10 20. Unterstützen Sie den Patienten, den Angstzustand auszunutzen, wenn dieser für die Bewältigung der derzeitigen Situation hilfreich ist (Mäßige Angst kann die Konzentration fördern).
- 15 **Panischer Zustand**
7. Bleiben Sie beim Patienten und bewahren Sie eine ruhige, sichere Haltung.
8. Sprechen Sie in kurzen Sätzen und mit einfachen Worten.
9. Sorgen Sie für eine nicht bedrohliche, beständige Umgebung/Atmosphäre. Vermindern Sie die Reizeinwirkung auf ein Minimum. Achten Sie dabei auf (schädigende) Interaktion.
- 20 10. Begrenzen Sie sein destruktives Verhalten und helfen Sie dem Patienten, annehmbare Verhaltensweisen im Umgang mit seiner Panik zu entwickeln. *Anmerkung:* die Pflegepersonen müssen Sicherheitsmaßnahmen ergreifen, bis der Patient seine Selbstkontrolle wiedererlangt.
- 25 11. Steigern Sie entsprechend der Verminderung der Angst die Aktivitäten/Beschäftigungen mit anderen.
12. Verabreichen Sie die verordneten Medikamente.

**XX. Fördern des Wohlbefindens**

1. Leiten Sie den Patienten an, Methoden zu erkennen, um die lähmende Angst zu bewältigen.
2. Informieren Sie den Patienten über mögliche auslösende Ursachen.
3. Ermitteln Sie Ereignisse, Gedanken und Gefühle, die dem Angstzustand (dem Panikzustand) vorausgegangen sind.
4. Finden Sie frühere Bewältigungsstrategien des Patienten bei Nervosität/Angstgefühlen heraus.
5. Nutzen Sie hilfreichen, vorhandene Ressourcen/Personen, einschließlich des Not-, Sorgentelefon oder der Krisenberatung.
6. Unterstützen Sie den Patienten, ein Übungs-/Aktivitätsprogramm zu entwickeln, das beim Abbau des Angstzustandes hilfreich sein kann.
7. Unterstützen Sie die Entwicklung von Fähigkeiten, die negative Selbstbeeinflussung ausschalten (z.B. Bewusstmachung von negativen Gedanken und positives Denken).
8. Ermitteln Sie Strategien für den Umgang mit auslösenden Situationen, Rollenspiele und Visualisierungstechniken, um die Reaktion auf zu erwartende Ereignisse zu üben.
9. Informieren Sie den Patienten über Einzel- und/oder Gruppentherapie bei chronischen Angstzuständen.

(vgl. Praxis der Pflegediagnosen: Springer Krankenpflege. stefan, allmer, eberl et al. 3. vollst. Überarbeitete und erweiterte Aufl. Springer Verlag Wien 2003; Seite 706 bis

711)

## Literaturhinweise:

1. **Baer, Udo/Frick-Baer, Gabriele:** Gefühlssterne, Angstfresser, Verwandlungsbilder ... Kunst- und gestaltungstherapeutische Methoden und Modelle. 2001 Neukirchen-Vluyn
- 5 2. **Baer, Udo/Frick-Baer, Gabriele:** Leibbewegungen, Methoden und Modelle der Tanz- und Bewegungstherapie. 2001 Neukirchen-Vluyn
3. **Buttler, Josef:** „Sie haben es doch gut gemeint“. Depression und Familie. 2003 Basel/Berlin
4. **Doenges, Marilyn:** Pflegediagnosen und Maßnahmen. 3. vollständig  
10 überarbeitete Auflage Hans Huber Verlag 2002 Bern
5. **Depressionen überwinden.** Die Krankheit erkennen. Erfolgreich behandeln. Rückfällen vorbeugen. Niemals aufgeben. Niklewski, Günter. STIFTUNG WARENTEST 2007
6. **Ehmann, Marlies; Ingrid Völkel:** Pflegediagnosen in der Altenpflege.  
15 Urban&Fiischer 2000 München, Jena
7. **Eveslage, Karin:** Pflegediagnosen: praktisch und effizient. 2006 Springer Heidelberg
8. **Flach, Frederick:** Depression als Lebenschance. Seelische Krisen und wie man sie nutzt. 2000 Reinbeck
- 20 9. **Fischer, Cornelia; Friederike Krumme:** Depressionen. Visite. Die Gesundheitsbibliothek. Schlütersche Verlagsgesellschaft. 2007 Hannover
10. **Goldmann-Posch:** Tagebuch einer Depression. 1987 München
11. **Gordon, Marjory; Sabine Bartholomeyczik:** Pflegediagnosen. Theoretische Grundlagen. 2001 München, Jena
- 25 12. **Gordon, Marjory:** Handbuch Pflegediagnosen. Das Buch zur Praxis. 3. Auflage 2001 München, Jena
13. **Heuwinkel-Otter; Nümann-Dulke; Matscheko:** Menschen pflegen Band 1 – 3 2006 Heidelberg
14. **Josuran, Ruedi:** Mittendrin und nicht dabei. Mit Depressionen leben  
30 lernen. 2006 Ulm



15. **Kleespies, Wolfgang:** Licht am Ende des Tunnels. Vom Sinn der Depression. 2001 Königsfurt
16. **NANDA International:** NANDA-Pflegediagnosen. Definition und Klassifikation 2005 – 2006. 2005 Bern, Göttingen
- 5 17. **Nuber, Ursula:** Depression. Die verkannte Krankheit. 2000 München
18. **Powers, Penny:** Der Diskurs der Pflegediagnosen. 1999 Bern, Göttingen
19. **Sauter, Dorothea; Abderhalden, Chris; Needham, Ian; Stephan Wolff:** Lehrbuch Psychiatrische Pflege. 2004 Bern
- 10 20. **Stefan, Harald; Franz Allmer, Josef Eberl, et al:** Praxis der Pflegediagnosen. Dritte vollst. überarb. und erw. Auflage. 2004 Wien, New York
21. **Wogon, Brigitte:** Ich kann nicht wollen. Berichte depressiver Patienten. 2000 Bern
22. **Wolfersdorf, Manfred:** Depressionen verstehen und bewältigen. 2002  
15 Berlin, Heidelberg
23. **Wolfersdorf, Manfred:** Krankheit Depression erkennen, verstehen, behandeln. 2001 Bonn