Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Studiengang Soziale Arbeit

**Bachelorarbeit**

# Depressionen und ihre Angehörigen - Unterstützungsmöglichkeiten neben belastender Symptomatik unter Wahrung des Selbstschutzes

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2020-0794-3

von

Sarah Kleinoth

---

Erstgutachter: Prof. Dr. Andreas Speck

Zweitgutachterin: Dr. rer. biol. hum. Stefanie Neumann

Neubrandenburg

2021

## Inhaltsverzeichnis

**Tabellenverzeichnis** ..... I

**Abbildungsverzeichnis** ..... II

**Abkürzungsverzeichnis** ..... III

**Einleitung** ..... 1

**1. Klinische Sozialarbeit** ..... 3

1.2 Begriffsbestimmung ..... 3

1.3 Psychiatrie als Arbeitsfeld ..... 4

**2. Krankheitsbild Depression** ..... 4

2.1 Begriffsbestimmung und Zuordnung ..... 4

2.2 Klassifikation nach ICD-10 und DSM-5 ..... 5

2.3 Symptomatologie ..... 6

2.4 Epidemiologie ..... 7

2.5 Erklärungsmodelle ..... 9

2.5.1 Biologische Modelle ..... 9

2.5.2 Psychologische und soziale Modelle ..... 10

2.6 Behandlungsmöglichkeiten ..... 12

**3. Belastungen** ..... 13

3.1 Begriffsbestimmung ..... 13

3.2 Transaktionales Modell nach Lazarus ..... 13

**4. Belastungen von Angehörigen** ..... 15

4.1 Einfluss soziodemographischer Faktoren und psychosozialer Ressourcen ..... 16

4.2 Gemeinsame Belastungen von Angehörigen ..... 17

4.2.1 objektive Belastungen ..... 17

4.2.2 subjektive Belastungen ..... 18

4.3 Belastungen in Partnerschaften ..... 22

4.3.1 Kommunikation ..... 23

4.3.2 Sexualität ..... 23

**5. Unterstützungsmöglichkeiten durch Angehörige ..... 23**

5.1 Informationsbeschaffung und Psychoedukation .....24

5.2 Umgang .....24

5.3 Kommunikation.....25

5.4 gemeinsame Alltagsgestaltung .....27

**6. Selbstfürsorge ..... 27**

6.1 Emotionale Entlastung .....29

6.2 Netzwerke .....31

6.3 Freizeitgestaltung.....32

**7. Fazit und abschließende Diskussion ..... 33**

**Literaturverzeichnis ..... 36**

## Tabellenverzeichnis

**Tabelle 1**: Klassifikation nach ICD-10 .....5
(Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an BfArM/GMG/KKG 2020, S. 170ff.)
**Tabelle 2**: Klassifikation nach DSM-5 .....5
(Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung Falkai 2018, S. 209ff.)
**Tabelle 3**: Symptomatologie von Depressionen .....6
(Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Laux 2012, S . 388 und Berking/Radkovski 2012, S. 31)
**Tabelle 4**: 12-Monats-Prävalenz affektiver Störungen (DEGS1), in % mit 95%-Konfidenzintervall .....8
(Quelle: DGPPN u.a. 2017, S. 20)
**Tabelle 5**: Lebensqualität der Angehörigen in der Selbstbeurteilung, gemessen mit dem SF-36, im Vergleich .....15
(Quelle: Fleischmann/Klupp 2004, S. 115)
**Tabelle 6**: Partner von Patienten mit depressiven Störungen .....22
(Quelle: Wittmund/Nause/Angermeyer 2005, S. 236)
**Tabelle 7**: Unmittelbare Entlastungen für die Angehörigen psychisch Kranker .....28
(Quelle: Schmid/Spießl/Vukovich/Cording 2003, S. 124)
**Tabelle 8**: Auswertung eines Fragebogens für eine psychoedukative Gruppe (Noten 1-6) .....30
(Quelle: Harter/Kick/Rave-Schwank 2002, S. 162)

## Abbildungsverzeichnis

**Abbildung 1**: Zeitliche Veränderungen der Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression zwischen GEDA 2009 und GEDA 2012 ..... 8
(Quelle: Thom u.a. 2019, S. 313)

**Abbildung 2**: Verstärker-Verlust-Modell von Lewinsohn ..... 10
(Quelle: Berking/Radkovski 2012, S. 36)

**Abbildung 3**: Attributionstheoretisches Modell der Depression ..... 11
(Quelle: Berking/Radkovski 2012, S. 37)

**Abbildung 4**: Kognitives Modell der Depression ..... 12
(Quelle: Berking/Radkovski 2012, S. 38)

**Abbildung 5**: Das transaktionale Stressmodell mit den verschiedenen Bewertungsprozessen ..... 14
(Quelle: Heinrichs/Stächele/Domes 2015, S. 25)

**Abbildung 6**: Häufigkeitsverteilung zur emotionalen Gestimmtheit der Teilnehmer in der Angehörigengruppe ..... 29
(Quelle: Keller/Schuler 2002, S. 133)

## Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---|---|
| ApK | Angehörige psychisch erkrankter Menschen |
| BApK | Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker |
| BfArM | Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte |
| BMG | Bundesministerium für Gesundheit |
| DEGS1 | Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland |
| DGPPN | Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde |
| DSM-5 | Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen |
| GEDA | Gesundheit in Deutschland aktuell |
| ICD-10 | International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems |
| KKG | Kuratorium für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen |

## Einleitung

*[...] ich hab auch das Gefühl, mit der Erkrankung habe ich meinen Sohn verloren und bekomme jetzt ein anderes Kind, einen anderen Sohn, den ich erst einmal kennenlernen muss. (WDR-Doku 2020 [Video] 25:39-25:48 Min.)*

*Ich bin auf jeden Fall auch wütend. Manchmal bin ich darüber auch traurig. Da schwingen auch Gefühle mit, dass ich Angst habe, sie zu verlieren. Da gerade so eine Krankheit wie eine Depression doch auch manchmal Suizidalität mitbringt oder zumindest suizidale Gedanken. Dann schwingt da auch die Angst mit, den anderen irgendwann nicht mehr an der Seite zu haben. Manchmal ist es so, dass ich zu Hause sitze und deswegen weine. (WDR-Doku 2020 [Video] 5:25-5:56 Min.)*

*Man fragt sich schon, ob man als Vater versagt hat. Ich will auch nicht abstreiten, dass ich sicherlich auch wochenlang depressiv war. Weil ich denke mal, dass 90% der Angehörigen auf jeden Fall mit sich und solchen Situationen völlig überfordert sind. (Stiftung Gesundheitswissen 2019 [YouTube-Video] 1:06-1:17 Min.)*

Dies sind Zitate von Angehörigen depressiv Erkrankter. Im ersten Beispiel spricht eine Mutter über ihren Sohn, welche sich in einer Angehörigengruppe Hilfe sucht. In der zweiten Aussage spricht eine Frau über ihre Schwester und engagiert sich heute selbst für andere Angehörige. Im letzten Zitat spricht ein Vater über die schwere Phase der Depression seiner Tochter.

Ob Eltern, Geschwister, Partner*innen oder Freund*innen, sie alle teilen die Gefühle, wenn eine ihr nahestehende Person an einer Depression erkrankt. Trage ich mit Schuld an der Erkrankung? Wie soll ich mit der erkrankten Person umgehen? Ist es schlimm, wenn ich mich heute mit meinen Freund*innen treffe und keine Zeit mit der erkrankten Person verbringe? Dies sind lediglich Beispiele von unzähligen Fragen, von welchen die Angehörigen tagtäglich gequält werden und sie enormen Belastungen aussetzen. Dies zeigt, dass nicht nur Betroffene, sondern auch Angehörige Hilfe benötigen. Doch die Suche nach Unterstützung scheint ein großes Hindernis zu sein, da Angehörige oft nicht als mit betroffen angesehen werden. Ein großer Wunsch ihrerseits ist es, Informationen über die Erkrankung und den Umgang mit Betroffenen zu erlangen (vgl. Schmid/Spießl/Vukovich/Cording 2003, S. 123).

In den letzten Jahren wurden große Fortschritte zur gesellschaftlichen Teilhabe psychisch erkrankter Menschen erreicht, jedoch wird im Alltag deutlich, dass der Blick auf deren Angehörige dabei gänzlich außer Acht gelassen wird. Aus diesem Grund ist es für mich von besonderem Interesse, die Fragen der Angehörigen zu beantworten.

Diese Arbeit soll den Fokus auf die Angehörigen und ihre Belastungen richten und ihnen, wie auch Betroffenen und Interessierten, als Informationsmaterial und Leitfaden im Umgang mit der Erkrankung Depression dienen. Sie beschäftigt sich mit der Frage, mit welchen Möglichkeiten Angehörige Betroffene unterstützen können und wie sie, trotz den zahlreichen Belastungen, für sich selbst und ihr psychisches Wohlbefinden sorgen können. Diese Arbeit bezieht sich ausschließlich auf Inhalte der Unipolaren Depression und enthält keine Literatur und Informationen zu manischen Zügen, da diese Symptomatik die Thematik zusätzlich erweitern würde.

Im ersten Kapitel liegt der Fokus auf der Klinischen Sozialarbeit, da die Problematik der Angehörigen insbesondere für diesen Bereich der Sozialen Arbeit relevant ist. Um dies zu verdeutlichen, wird die Klinische Sozialarbeit definiert und der Aufgabenbereich dieser erläutert, um zum Abschluss des Kapitels das Arbeitsfeld der Psychiatrie vorzustellen.
Im zweiten Kapitel beschäftigt sich die Arbeit mit dem Krankheitsbild der Depression, um ein Verständnis für die daraus resultierenden Belastungen zu erlangen. In diesem werden zunächst die Begriffsbestimmung und Zuordnung erläutert, um dann zur Klassifikation im ICD-10 und DSM-VI überzugehen. Im nächsten Schritt wird die Symptomatik, welche bei einer Depression auftreten kann, dargestellt, um folgend auf die Epidemiologie einzugehen. Im nächsten Abschnitt wird dann sowohl ein Überblick über verschiedene biologische als auch über psychologische und soziale Modelle zur Entstehung von Depression gegeben, um das erste Kapitel dann im letzten Schritt mit Behandlungsmöglichkeiten abzuschließen.
Im nächsten Kapitel liegt der Fokus auf der Belastung mit ihrer Definition und dem Transaktionalen Modell nach Lazarus, in welchem das Belastungs-bzw. Stressempfinden erklärt wird. Dieser Schwerpunkt findet sich auch im vierten Kapitel, liegt aber spezifisch auf den verschiedenen Belastungen der Angehörigen. Im ersten Schritt dieses Kapitels wird zunächst geklärt, welchen Einfluss soziodemographische Faktoren und psychosoziale Ressourcen auf das Belastungs-bzw. Stressempfinden der Angehörigen nehmen. Dann wird im nächsten Abschnitt zwischen objektiven und subjektiven Belastungen unterschieden, welche unter dem Punkt der gemeinsamen Belastungen zusammengefasst sind, getrennt von partnerschaftlichen Belastungen. Diese Unterscheidung wurde in dieser Arbeit bewusst gewählt, da Belastungen in Partnerschaften noch andere Bereiche wie die Kommunikation und Sexualität betreffen, auf die zum Abschluss des Kapitels eingegangen wird.

Im fünften Kapitel werden die verschiedenen Möglichkeiten aufgezeigt, mit welchen Angehörige depressiv Erkrankte unterstützen können. Diese erstrecken sich über die Bereiche der Informationsbeschaffung und Psychoedukation, des Umgangs, der Kommunikation und der gemeinsamen Alltagsgestaltung. In den jeweiligen Abschnitten dieser finden sich konkrete Informationen zur Durchführung.

Die Arbeit wird mit dem letzten informativen Kapitel zum Thema der Selbstfürsorge abgeschlossen. In diesem werden Möglichkeiten zur Umsetzung der Selbstfürsorge im Alltag mit einem depressiv erkrankten Angehörigen dargestellt. Diese betreffen die emotionale Entlastung, Netzwerke und die Freizeitgestaltung.

Zum Abschluss dieser Arbeit folgt ein Fazit und eine abschließende Diskussion zum Thema.

# 1. Klinische Sozialarbeit

Dieses Kapitel dient dazu, eine Zusammenfassung über die Klinische Sozialarbeit zu geben, um ein Verständnis für die Rolle der Angehörigen im Kontext der Sozialen Arbeit zu erlangen. Aufgrund des thematischen Bezuges zur Erkrankung Depression wird das Arbeitsfeld der Psychiatrie in Bezug auf die Soziale Arbeit kurz erläutert.

## 1.2 Begriffsbestimmung

Unter dem Begriff der Klinischen Sozialarbeit wird eine Fachsozialarbeit als Teildisziplin der Sozialen Arbeit verstanden, „[...] welche auf die Förderung, Verbesserung und den Erhalt der biopsychosozialen Gesundheit und damit auf die soziale Funktionsfähigkeit von Einzelnen, Familien und Gruppen abzielt“ (Pauls 2015, S. 6). Sie ist in der Rolle der psychosozialen beratenden, intervenierenden und (sozial)therapeutischen Fallarbeit in Arbeitsfeldern wie „[...] im Rahmen der Schulsozialarbeit, der Jugendhilfe, der Psychiatrie, der Suchtkrankenhilfe, der Resozialisierung und Forensik, der Krankenhaussozialarbeit und anderer sozialgesundheitlicher Dienste“ (ebd.) vertreten.

Genau wie der Grundgedanke der Sozialen Arbeit verfolgt die Klinische Sozialarbeit das Ziel, die Wechselwirkung zwischen dem Individuum und dessen Umwelt wahrzunehmen und mithilfe von Interventionen und Hilfen deren Anpassung zu verbessern (vgl. ebd.). Insbesondere im klinischen Bereich ist es Aufgabe der Sozialarbeiter*innen zu beraten, (psycho)sozial zu therapieren, zu vermitteln, zu unterstützen, Ressourcen zu erschließen, zu koordinieren und den Beratungs-und Interventionsprozess zu bewerten und auszuwerten (vgl. ebd.).

## 1.3 Psychiatrie als Arbeitsfeld

Im psychiatrischen Bereich spielen die Diagnosen der psychischen Erkrankungen eine zentrale Rolle. Die Klinische Sozialarbeit hingegen geht über die reine Zentrierung auf die Symptomatik hinaus und befasst sich mit den sozialen Lebensumständen, dem sozialen Umfeld sowie organisatorischen und institutionellen Aspekten des psychosozialen Systems (vgl. Pauls 2015, S. 6). Es geht in diesem Ansatz vielmehr darum, Klient*innen im Kontext ihrer belastenden Lebenssituationen zu sehen und zu unterstützen, anstatt sie nur medizinisch und psychologisch zu begleiten (vgl. ebd. S. 6f.). Durch die zusätzliche Beachtung des sozialen Blickwinkels kann die Behandlung der Betroffenen positiv beeinflusst und gute Verläufe begünstigt werden.

Die Thematik der Angehörigen ist also gerade für die Klinische Sozialarbeit relevant, da sie zum sozialen Netzwerk dazugehören und als Ressource zur Unterstützung der Betroffenen im Alltag beitragen können (vgl. ebd. S. 7).

# 2. Krankheitsbild Depression

Im Folgenden wird ein Einblick in die wichtigsten Aspekte des Krankheitsbildes Depression gegeben. Zunächst findet sich in diesem Kapitel die Begriffsbestimmung und Zuordnung, um dann die Merkmale der verschiedenen Formen im Klassifikationssystem des ICD-10 und DSM-V darzustellen. Im nächsten Schritt liegt die Symptomatik im Fokus, welche für das Thema als auch die nächsten Kapitel der Arbeit besonders relevant ist, um ein Verständnis für eine sich daraus ergebende Problematik zu erhöhen. Der nachfolgende Abschnitt soll das Ausmaß der Erkrankung Depression verdeutlichen, indem Bezug auf die Epidemiologie mithilfe von verschiedenen Zahlen der letzten Jahre genommen wird. Im Anschluss daran werden biologische, psychologische und soziale Modelle mit Abbildungen dargestellt, welche Einblick in die Entstehung von Depressionen geben sollen. Abschließend wird in diesem Kapitel ein Überblick über die verschiedenen Möglichkeiten zur Behandlung von Depressionen gegeben.

## 2.1 Begriffsbestimmung und Zuordnung

Depressive Erkrankungen „[...] lat. deprimere = herunterdrücken, niederdrücken“ (Berking/ Radkovski 2012, S. 29) werden den affektiven Störungen zugeordnet. Charakterisiert sind diese durch Veränderungen der Stimmungslage, von depressiven bis hin zu manischen Stimmungsmerkmalen. Anders als bei der Unipolaren Depression treten bei Bipolaren Störungen beide

Stimmungslagen auf (vgl. Härter/Schneider 2012 S. 296). Innerhalb der Unipolaren Depressionen wird zusätzlich zwischen phasischem und chronischem Verlauf unterschieden (vgl. Berking/Radkovski 2012 S. 30). Bei einem phasischen Verlauf handelt es sich beispielsweise um eine depressive Episode oder eine rezidivierende depressive Störung und bei einem chronischen Verlauf um eine Dysthymie oder chronische Depression (vgl. ebd).

## 2.2 Klassifikation nach ICD-10 und DSM-5

In den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-5 findet sich eine Auflistung psychischer Erkrankungen samt ihrer Merkmale. In den zwei folgenden Tabellen ist die Klassifikation der Depression und ihren verschiedenen Formen in den jeweiligen Systemen dargestellt.

**Tab. 1:** Klassifikation nach ICD-10

| | | |
|---|---|---|
| F32 | Depressive Episode | bei leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden leidet betroffener Patient unter gedrückter Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität |
| F33 | Rezidivierende depressive Störung | Störung, die durch wiederholte depressive Episoden (F32.-) charakterisiert ist |
| F34.1 | Dysthymie | chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung (F33.-) zu erfüllen |
| F53 | Postnatale/-partale Depression | Depression einer Mutter ca. 6 Wochen nach der Geburt |

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an BfArM/BMG/KKG 2020, S. 170ff.

**Tab. 2:** Klassifikation nach DSM-5

| | |
|---|---|
| Major Depression | mindestens 2-wöchige Zeitspanne mit entweder depressiver Stimmung oder Verlust des Interesses oder der Freude an fast allen Aktivitäten |
| Persistierende depressive Störung (Dysthymie) | Depressive Verstimmung für meiste Zeit des Tages an Mehrzahl der Tage über mindestens 2-jährigen Zeitraum |

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung Falkai 2018, S. 209ff.

## 2.3 Symptomatologie

Kernsymptome von Depressionen sind, wie bereits in Tabelle 1 aufgeführt, eine gedrückte Stimmung und eine Verminderung von Antrieb und Aktivität. Neben affektiven Symptomen sprechen Berking und Radkosvski von kognitiven, motivational-behavioralen und somatischen Symptomen, welche jeweils in der folgenden Tabelle 3 aufgeführt sind (vgl. Berking/Radkovski 2012, S. 31).

Häufig werden Depressionen gar nicht direkt als solche erkannt, da bei dieser Erkrankung meist die somatischen Beschwerden im Vordergrund stehen. Die affektiven, kognitiven, motivational-behavioralen und somatischen Symptome verstärken sich gegenseitig, was zu einem immer wiederkehrenden Teufelskreis führt. (vgl. Hammer/Plößl 2012, S. 84)

**Tab. 3:** Symptomatologie von Depressionen

| | **Symptome** | **Erläuterung** |
|---|---|---|
| **Affektive Symptome** | Depressive Stimmung | Empfinden unendlicher Trauer oder Leere |
| | Verlust von Interesse und Freude (Anhedonie) | Stark verminderte oder erloschene Fähigkeit, sich an Dingen zu erfreuen |
| | Gefühl der Gefühllosigkeit | Unfähigkeit, Gefühle zu empfinden, damit einhergehend Liebesunfähigkeit |
| **Kognitive Symptome** | Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit | |
| | Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen | |
| | Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit | Übersteigert, oft wahnhaft |
| | Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven | Angst vor allem und jedem, vor jedem neuen Tag |
| | Suizidfantasien/-handlungen | Als Erlösung von der Qual, Konsequenz des negativen Selbstwerterlebens |
| | Grübeln | Gedankenkreisen, Entscheidungsunfähigkeit |
| | Einengung der Wahrnehmung | Wiederholung von Negativem, übersteigerte Wahrnehmung von Versagen, Ablehnung, Gefahren |
| | Wahn | Stimmungskongruente Inhalte, z.B. Verschuldung, Verarmung, Versündigung, Überzeugung (körperlich) unheilbar krank zu sein |
| | Fehlende Krankheitseinsicht | Erkrankung als Schuld, nicht behandelbar, nicht behandlungswürdig |

| | | |
|---|---|---|
| **Motivational-behaviorale Symptome** | Verminderter Antrieb und erhöhte Ermüdbarkeit | Entschlusslosigkeit |
| | Sozialer Rückzug | |
| | Stupor, aber auch Agitiertheit | |
| **Somatische Symptome** | Schlafstörungen | Speziell nächtliches oder frühes Erwachen |
| | Verminderter Appetit | Oft mit erheblichem Gewichtsverlust |
| | Libidoverlust | |
| | Verdauungsbeschwerden | Oft bizarre Fixierungen, Hypochondrie |
| | Atemstörungen | |
| | Kopfschmerzen | |
| | Kraft-und Energielosigkeit | |
| | Allgemeines Krankheitsgefühl | |
| | Unruhe und Getriebenheit | |

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Laux 2012, S . 388 und Berking/Radkovski 2012, S. 31

## 2.4 Epidemiologie

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGGPN) u.a. zählt die Depressionen, mit einer Jahresinzidenz von ein bis zwei Erkrankungen auf 100 Personen, zu den häufigsten und meistunterschätzten Erkrankungen (vgl. DGPPN u.a. 2017, S. 20). Unter Jahresinzidenz versteht man die Anzahl neu auftretender Fälle innerhalb eines Jahres (vgl. Infodrog 2021 [Internetquelle]). Zudem liegt die Lebenszeitprävalenz, national und international, bei 16-20%. Unter Lebenszeitprävalenz versteht man hier das Risiko, im Laufe eines Lebens an einer Form von Depression zu erkranken. (vgl. DGPPN u.a. 2017, S. 20)

Aus der folgenden Tabelle 4 lassen sich Ergebnisse aus der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) zu den 12-Monats-Prävalenzen verschiedener affektiver Störungen entnehmen. Die 12-Monatsprävalenz für eine Unipolare Depression wird in der Allgemeinbevölkerung auf 7,7% geschätzt, für eine Major Depression auf 6,0% und für eine Dysthymie auf 2,0%.

Die Werte der Unipolaren Depression sind nicht nur in der Allgemeinbevölkerung mit 7,7% am höchsten, sondern befinden sich für die Männer mit 4,8% und für die Frauen mit 10,6% über den Werten der anderen affektiven Störungen. Die 12-Monatsprävalenz der Major Depression wird für Männer auf 3,4% und für Frauen auf 8,4% geschätzt. Die niedrigsten Werte zeigen sich

in der Dysthymie, mit 1,4% für die Männer und 2,5% für die Frauen. Die Ergebnisse der Tabelle zeigen zudem deutliche Unterschiede zwischen Männer und Frauen.

Die Werte der Frauen liegen bei allen drei Formen der affektiven Störungen, mit fast doppelt so hohen Zahlen, über den Männern.

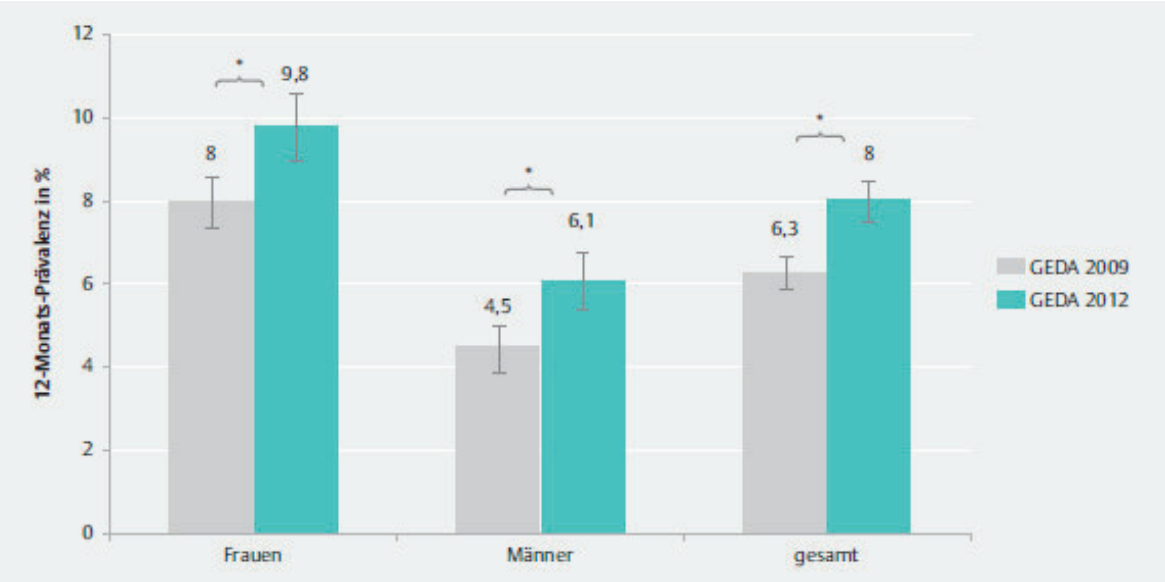
**Tab. 4:** 12-Monats-Prävalenz affektiver Störungen (DEGS1), in % mit 95%-Konfidenzintervall

| | Frauen | Männer | gesamt |
|---|---|---|---|
| Unipolare Depression | 10,6 (9,2–12,2) | 4,8 (4,0–5,7) | 7,7 (6,9–8,6) |
| Major Depression | 8,4 (7,2–9,9) | 3,4 (2,8–4,3) | 6,0 (5,2–6,8) |
| Dysthymie | 2,5 (1,9–3,2) | 1,4 (1,0–2,0) | 2,0 (1,6–2,4) |
| Bipolare Störungen | 1,7 (1,2–2,5) | 1,3 (0,8–2,0) | 1,5 (1,1–2,0) |

Quelle: DGPPN u.a. 2017, S. 20

In der Studie zur Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) der Jahre 2009 und 2012 finden sich Zahlen zur Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depressionen. Vergleicht man die Zahlen beider Jahre in Abbildung 1, lässt sich eine deutliche Zunahme entnehmen. Es zeigt sich ein signifikanter Anstieg der Werte von 6,3% im Jahr 2009 auf 8,0% im Jahr 2012. Genauere Zahlen zu Frauen und Männern lassen sich ebenfalls in Abbildung 1 entnehmen. Ein deutlicher Anstieg lässt sich bei beiden Geschlechtern vernehmen und weist keine Unterschiede auf. (vgl. Thom u.a. 2019, S. 313)

**Abb. 1**: Zeitliche Veränderungen der Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression zwischen GEDA 2009 und GEDA 2012




Quelle: Thom u.a. 2019, S. 313

## 2.5 Erklärungsmodelle

Um eine Depression zu entwickeln, bedarf es vieler Faktoren, weshalb sich keine eindeutige Klärung der Ursache jedes einzelnen Betroffenen finden lässt. Nach Hammer und Plößl wird davon ausgegangen, dass die Erkrankung zwar nicht direkt vererbbar ist, jedoch durch die Gene beeinflusst wird (vgl. Hammer/Plößl 2012, S. 87). Neben biologischen Erklärungsansätzen sind zudem auch lerntheoretische, kognitive und soziologische Modelle entwickelt worden (vgl. Berking/Radkovski 2012, S. 34ff.).

### 2.5.1 Biologische Modelle

Laut der Monoaminmangelhypothese liegt im synaptischen Spalt ein Mangel der Neurotransmitter Noradrenalin, Serotonin und Dopamin vor, welcher dann zu depressiven Symptomen führen soll (vgl. Berking/Radkovski 2012, S. 35). Berking und Radkovski betonen dennoch, dass nicht eindeutige Ergebnisse des Monoaminspiegels gegen die Hypothese sprechen (vgl. ebd.). Köhler teilt diese Ansicht und führt dazu aus, dass Untersuchungen des Serotoninspiegels allein deutlich aussagekräftiger sind (vgl. Köhler 2019, S. 164f.).

Ein weiteres biologisches Modell stellt die Dysregulation der HHN-Achse dar. Das Hormon CRH wird freigesetzt, woraufhin die Ausschüttung von ACTH im Hypophysenvorderlappen stimuliert wird. Durch das Hormon ACTH kommt es letztendlich zur Produktion von Kortisol in der Nebennierenrinde. (vgl. Berking/Radkovski 2012, S. 35)
Hammer und Plößl beschreiben diesen Vorgang als „chronische Stressreaktion“ (Hammer/Plößl 2012, S. 87), da der Körper das Kortisol bei dauerhaftem Stress nicht schnell genug abbauen kann.

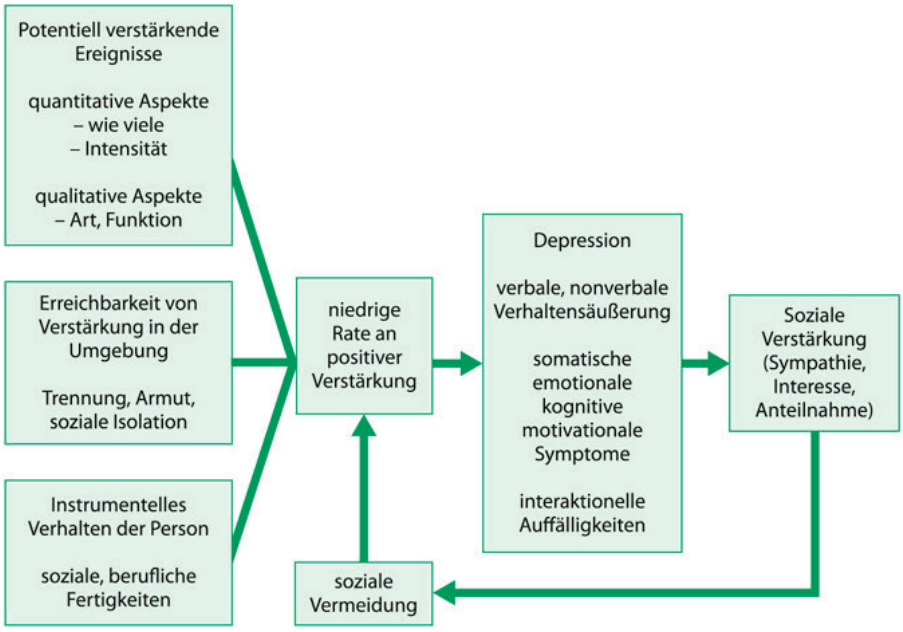
Eine dritte, hier letzte aufgeführte, Erklärung für die Entstehung einer Depression ist die Neuroplastizitätshypothese. Dabei handelt es sich um eine Störung der funktionalen und strukturellen Anpassungsleistung. Berking und Radkosvski sagen, dass die Hypothese sich darauf stützt „[...], dass depressionsfördernde Faktoren wie Stress und Traumata, Hyperaktivität der HHN-Achse oder eine hypothyreote Stoffwechsellage (Unterfunktion der Schilddrüse) die Neuroplastizität beeinträchtigen, während antidepressiv wirkende Faktoren wie antidepressive Pharmakotherapie, Erhöhung der serotonergen oder noradrenergen Neurotransmission, Gabe von

Schilddrüsenhormonen zur Augmentationstherapie, Elektrokrampftherapie sowie körperliche Aktivität die Neuroplastizität fördern“ (Berking/Radkovski 2012, S. 35f.).

### 2.5.2 Psychologische und soziale Modelle

Laut dem Verstärker-Verlust-Modell nach Lewinsohn liegt die Entstehung der Depression in dem geringen Maß an positiven Erlebnissen. Es handelt sich hierbei um ein lerntheoretisches Modell. Durch die depressive Symptomatik, wie z.B. soziale Isolation, werden positive Verstärker nur noch mehr reduziert. Betroffene befinden sich also in einer Art ‚Teufelskreis´, welcher in Abbildung 2 gut verdeutlicht ist. (vgl. Berking/Radkovski 2012, S. 36)

**Abb. 2**: Verstärker-Verlust-Modell von Lewinsohn



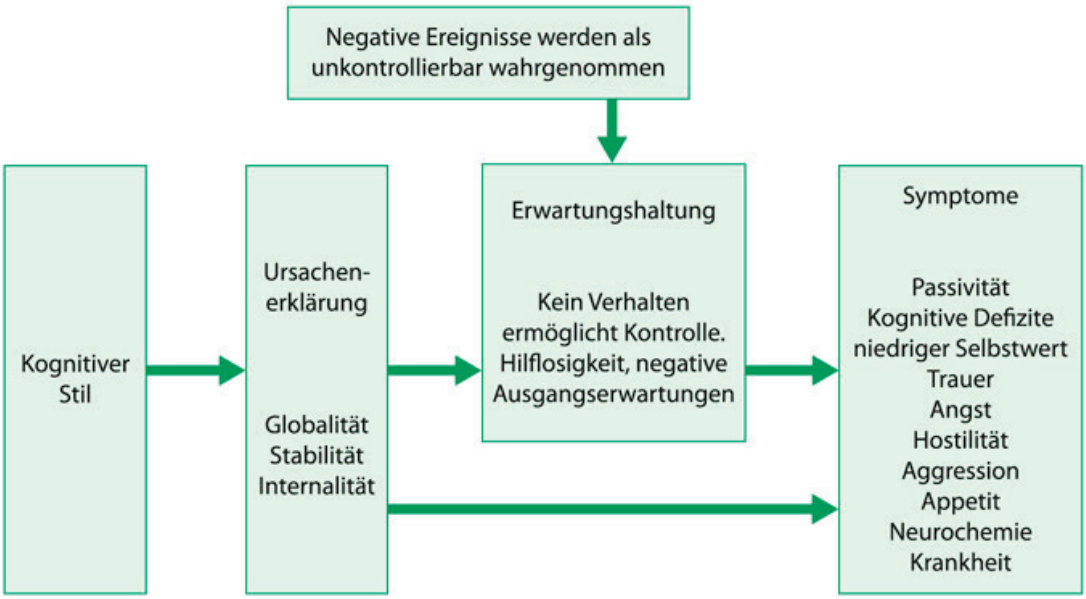

Quelle: Berking/Radkovski 2012, S. 36

Ein weiteres lerntheoretisches Modell ist die Theorie der gelernten Hilflosigkeit nach Seligman (vgl. ebd. S. 36f.). Nach dieser soll es durch unkontrollierbare unangenehme Erfahrungen zu einer Überzeugung der Hilflosigkeit kommen. Bei Betroffenen stellt sich eine Art Fügung ein und sie entwickeln ein passives Verhalten. (vgl. Hammer/Plößl 2012, S. 89)

Doch diese Theorie wurde durch das kognitive Modell der Attributionalen Hilf-und Hoffnungslosigkeitstheorien von Abramson, Seligman und Teasdale wieder revidiert (vgl.

Berking/Radkovski 2012, S. 37). Laut Hammer und Plößl fanden diese heraus, dass Menschen immer nach Ursachen für Ereignisse suchen und es dadurch häufig zu einer Zuschreibung der Schuld an der eigenen Person kommt (vgl. Hammer/Plößl 2012, S. 89). Dieses Verhalten führt dann dazu, dass sich ein Gefühl von Hilf-und Hoffnungslosigkeit einstellt (vgl. ebd.). Detaillierter ist diese Theorie in Abbildung 3 dargestellt.

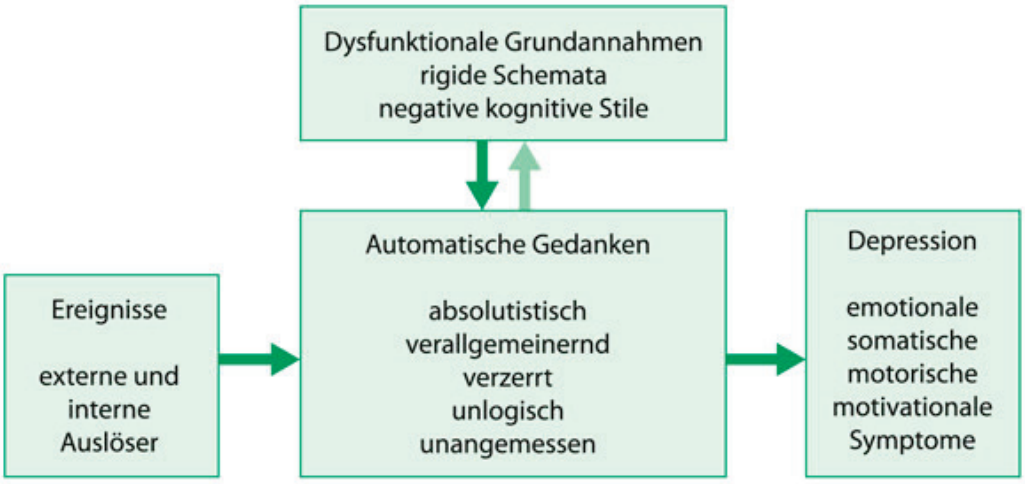
**Abb. 3**: Attributionstheoretisches Modell der Depression




Quelle: Berking/Radkovski 2012, S. 37

Das letzte, hier aufgeführte, kognitive Modell ist das der Depressionsentstehung nach Aaron Beck. Dieser geht davon aus, dass belastende Erfahrungen in der Kindheit zu negativen Grundüberzeugungen führen, welche die Sicht des Selbst, der Welt und der Zukunft betreffen. Kommt es dann in der Zukunft zu belastenden Situationen, können diese Schemata wieder aktiviert werden. Die Situationen werden durch den Einfluss der negativen Gedanken und Wahrnehmungen verzerrt und werden, wie Abbildung 4 zeigt, aufrechterhalten. (vgl. Berking/Radkovski 2012, S. 37f.)

**Abb. 4**: Kognitives Modell der Depression




Quelle: Berking/Radkovski 2012, S. 38

Für Berking und Radkovski ist das Modell von Brown und Harris unter den soziologischen Erklärungsansätzen bedeutend (vgl. Berking/Radkovski 2012, S. 38). Nach diesem kann es zu depressiven Entwicklungen kommen, wenn „[...] a) ein früher Verlust einer primären Bezugsperson, b) das Fehlen einer unterstützenden Beziehung, c) mehr als drei zu versorgende Kinder jünger als 14 Jahre und d) Arbeitslosigkeit zentrale Vulnerabilitäten darstellen, [...]“ (ebd. S. 38).
Unter motivationalen Modellen wird die Aufrechterhaltung von depressiven Störungen überwiegend in der fehlenden Befriedigung von Bedürfnissen, unerfüllten Wünschen und unerreichten Zielen gesehen (vgl. ebd.).

## 2.6 Behandlungsmöglichkeiten

Behandlungsmöglichkeiten der Depression werden je nach Schweregrad und Symptomen eingesetzt. Als effektiv haben sich hier die medikamentöse Behandlung als auch die psychotherapeutische Behandlung herausgestellt. Diese werden einzeln und in Kombination eingesetzt. (vgl. Barnow 2013, S. 48ff.)
Bei schweren bis chronischen Depressionen ist der Einsatz einer Pharmakotherapie oft unabdingbar. Die Pharmakotherapie wird verstanden als „Methode zur Behandlung von Störungen mit Pharmaka in der klinischen Medizin“ (Wirtz 2021a [Internetquelle]). Für die Betroffenen ist ein direkter Einstieg in die Psychotherapie kaum möglich, da die Symptome wie z.B. Wahn diesen erschweren. Um ihnen einen besseren Zugang zu ermöglichen, werden Psychopharmaka eingesetzt. (vgl. Barnow 2013, S. 49)

Bei leichten bis mittelschweren Depressionen wird häufig allein die Psychotherapie eingesetzt, bei schweren bis chronischen Verläufen wird sie mit der Pharmakotherapie kombiniert (vgl. ebd. S. 49ff.). Unter Psychotherapie versteht man „die gezielte, professionelle Behandlung psychischer Störungen und/oder psychisch bedingter körperlicher Störungen mit psychologischen Mitteln“ (Wirtz 2021b [Internetquelle]). Nach Barnow haben sich insbesondere die Paartherapie, die kognitive Verhaltenstherapie, interpersonelle Ansätze und die psychodynamische Kurzzeittherapie als wirksam erwiesen (vgl. Barnow 2013, S. 51).

# 3. Belastungen

Um die unterschiedlichen Formen von Belastungen auf Angehörige besser zu verstehen, steht in diesem Kapitel zunächst die Belastung und der damit zusammenhängende Stress selbst im Fokus. Die Begriffsbestimmung und auch die Darstellung des Transaktionalen Modells nach Lazarus dienen dem theoretischen Verständnis zum Thema Belastungen.

## 3.1 Begriffsbestimmung

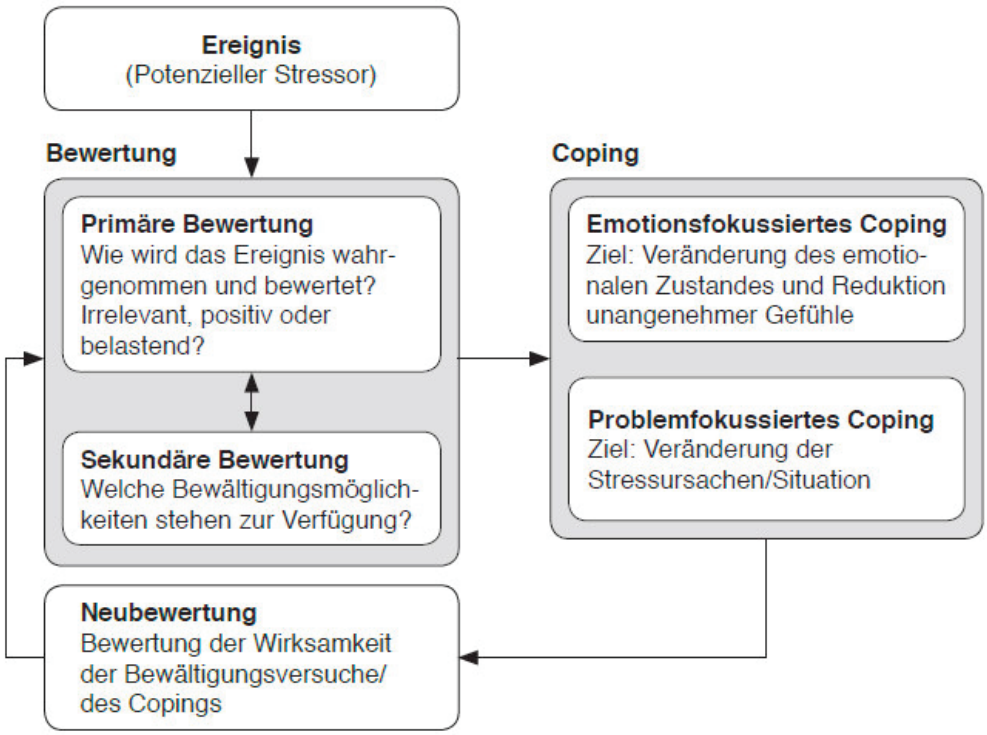
Belastung (auch Stress oder Stressbedingung) wird definiert als „die auf eine Person von außen einwirkenden, belastenden Bedingungen“ (Wenninger 2021 [Internetquelle]). Auf diese äußeren Reize reagiert der Körper und der Organismus. Wie nun jeder einzelne Mensch mit diesen umgeht, ist abhängig von seiner Anpassungsfähigkeit und seinen Fähigkeiten der Bewältigung. Diese sind geprägt von der physischen und psychischen Veranlagung, als auch von sozialen, kognitiven und emotionalen Kompetenzen. Aus diesem Grund ist es subjektiv, ob Bedingungen als Belastung oder Stress empfunden werden. (vgl. Rusch 2019, S. 6)

## 3.2 Transaktionales Modell nach Lazarus

Zur Erklärung von Stress stellen Heinrichs, Stächele und Domes das psychologische Modell von Richard S. Lazarus vor, welches in den 50er und 60er Jahren entwickelt wurde (vgl. Heinrichs/Stächele/Domes 2015, S. 24). Im Fokus steht das subjektive Erleben und die Steuerung durch kognitive Prozesse (vgl. ebd.). Nach diesem Modell werden Stressreaktionen durch die individuelle Bewertung von der Situation und den Bewältigungsstrategien beeinflusst (vgl. ebd., S. 25).

Aus folgender Abbildung 5 lassen sich die Bewertungsprozesse, angefangen mit der primären Bewertung, entnehmen. In dieser wird zunächst die Situation bezüglich Relevanz und Bedrohlichkeit bewertet. Anschließend stehen bei der sekundären Bewertung die Bewältigungsfähigkeiten im Fokus, bei welcher bewertet wird, ob die zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Bewältigung des stressverursachenden Ereignisses genügen. Die beiden Bewertungsprozesse unterliegen keiner zeitlichen Abfolge oder Priorisierung, sondern können durchaus auch gleichzeitig erfolgen. (vgl. ebd.)

**Abb. 5**: Das transaktionale Stressmodell mit den verschiedenen Bewertungsprozessen




Quelle: Heinrichs/Stächele/Domes 2015, S. 25

Rusch betont, dass das Coping (Bewältigung), neben den Bewertungsprozessen, eine wichtige Rolle in diesem Stressmodell einnimmt (vgl. Rusch 2019, S. 67). Grundsätzlich gibt es zwei Arten des Copings: zum einen das emotionsfokussierte Coping, zum anderen das problemfokussierte Coping. Den Prozess der Neubewertung zählt Rusch ebenfalls zum Coping. (vgl. ebd.)

Das problemfokussierte Coping kann aktiv als auch passiv erfolgen, wobei die Veränderung der auslösenden Bedingungen im Fokus steht (vgl. Heinrichs/Stächele/Domes 2015, S. 26). Dies kann durch die aktive Suche nach Unterstützung und Einstellungsveränderung erfolgen, aber auch passiv durch Abwendung, Flucht oder Vermeidung (vgl. Rusch 2019, S. 69).

Beim emotionsfokussierten Coping findet sich ebenfalls die aktive und passive Form der Umsetzung, wobei hier der Fokus auf der Regulation negativer Emotionen liegt. Diese kann aktiv durch die Suche nach emotionaler Unterstützung, aber auch z.B. durch Sport oder Drogenkonsum erfolgen. Passiv hingegen erfolgt sie z.B. durch positive Selbstinstruktion oder auch Verleugnung. (vgl. ebd.)

Nach dem Coping folgt der letzte Schritt, die Neubewertung. In dieser werden die Bewältigungsversuche bezüglich ihrer Wirksamkeit bewertet. Reichen die Ressourcen aus, führt die Neubewertung letztendlich zu einer Entlastung und Verringerung von Stress. Werden sie als nicht ausreichend bewertet, bleibt der Stress weiterhin bestehen. (vgl. Heinrichs/Stächele/Domes 2015, S. 26)

## 4. Belastungen von Angehörigen

Angehörige psychisch Erkrankter unterliegen starken Belastungen. Dies zeigt sich deutlich in der Untersuchung der Lebensqualität Angehöriger von Fleischmann und Klupp mithilfe des SF-36-Fragebogens (Short Form-36 Health Survey) (vgl. Fleischmann/Klupp 2004, S. 114). In dieser wurden 8 Dimensionen der subjektiven Gesundheit untersucht: die körperliche Funktionsfähigkeit (KÖFU), die körperliche Rollenfunktion (KÖRO), körperliche Schmerzen (SCHM), die allgemeine Gesundheitswahrnehmung (AGES), die Vitalität (VITA), die soziale Funktionsfähigkeit (SOFU), die emotionale Rollenfunktion (EMRO) und das psychische Wohlbefinden (PSYC). (vgl. ebd.)

**Tab. 5**: Lebensqualität der Angehörigen in der Selbstbeurteilung, gemessen mit dem SF-36, im Vergleich

| *Subskala des SF-36* | *Normstichprobe (n = 355)* | *Angehörige (n = 304)* | *T-Wert* | *df* | *Sig. (2-seitig)* |
|---|---|---|---|---|---|
| KÖFU | 88,3 ± 20,1 | 89,2 ± 19,3 | – 0,560 | 665 | 0,5756 |
| KÖRO | 84,8 ± 32,1 | 81,9 ± 34,0 | 1,139 | 654 | 0,2552 |
| SCHM | 84,3 ± 24,9 | 78,2 ± 26,6 | 3,034 | 639 | 0,0025 |
| AGES | 69,6 ± 18,9 | 58,8 ± 20,5 | 6,983 | 655 | 0,000 |
| VITA | 63,4 ± 18,7 | 51,5 ± 17,8 | 8,351 | 655 | 0,000 |
| SOFU | 87,8 ± 20,3 | 65,7 ± 28,7 | 12,052 | 654 | 0,000 |
| EMRO | 89,7 ± 27,0 | 58,4 ± 41,1 | 11,690 | 654 | 0,000 |
| PSYC | 73,7 ± 16,1 | 53,4 ± 18,5 | 15,102 | 656 | 0,000 |

Quelle: Fleischmann/Klupp 2004, S. 115

Fleischmann und Klupp kamen zu dem Ergebnis, dass die Lebensqualität der Angehörigen in allen Dimensionen, mit Ausnahme von der körperlichen Funktionsfähigkeit (KÖFU) und der körperlichen Rollenfunktion (KÖRO), gegenüber der Normstichprobe wesentlich schlechter bewertet wurden (vgl. Fleischmann/Klupp 2004, S. 115). Besonders betroffen war die emotionale Rollenfunktion (EMRO). Deutliche Unterschiede wiesen außerdem auch die Bewertungen zwischen Männern und Frauen auf, da Frauen ihre Lebensqualität signifikant schlechter bewerteten. Grund dafür könnte die multiple Rollenanforderung z.B. durch Kinderbetreuung, Krankenbetreuung, Erwerbstätigkeit, Kindererziehung und Haushaltsführung sein. (vgl. ebd.)

In zahlreichen Studien konnte festgestellt werden, dass beispielsweise bei Partnern depressiv Erkrankter erhöhte Depressionswerte sowie funktionelle Beschwerden in akuten Krankheitsphasen auftreten (vgl. Jungbauer/Bischkopf/Angermeyer 2001, S. 109).
Symptome psychischer Beschwerden äußern sich bei Angehörigen häufig durch „[...] Grübelei, innere Unruhe, Reizbarkeit oder Mattigkeit sowie Schlafstörungen“ (ebd.).

## 4.1 Einfluss soziodemographischer Faktoren und psychosozialer Ressourcen

In Kapitel 2.2 wurde anhand des Transaktionalen Modells zunächst schon erläutert, dass kognitive Prozesse bzw. Bewertungsprozesse ausschlaggebend für das Belastungserleben sind. Jungbauer, Bischkopf und Angermeyer geben einen Überblick darüber, ob auch soziodemographische Faktoren und psychosoziale Ressourcen Einfluss auf dieses Erleben haben.
Laut ihnen stellte Baronet fest, dass Alter, Bildung und Schichtzugehörigkeit das Belastungsempfinden nur sehr gering beeinflussen. Der sozioökonomische Einfluss hingegen ist nicht eindeutig, da vergangene Untersuchungen sich stark in ihren Ergebnissen unterscheiden. Jedoch ist davon auszugehen, dass ein niedriger Status für zusätzliche Belastungsfaktoren sorgen kann. Auch das Verwandtschaftsverhältnis hat nur wenig Einfluss auf das Belastungserleben. Auffällig ist aber, dass von Eltern, Ehepartner*innen und Kindern die Erkrankung häufig als Verlust angesehen wird, was bei den anderen Gruppen nicht zutrifft. (vgl. Jungbauer/Bischkopf/Angermeyer 2001, S. 105f.)

Jungbauer, Bischkopf und Angermeyer nennen soziale und personale Ressourcen nach Noh und Avison einen „protektiven Faktor für die seelische Gesundheit“ (ebd. S. 107). Nach ihnen kamen auch Salomon und Draine zu diesen Ergebnissen. Jungbauer, Bischkopf und Angemeyer sagen:

> Ein größeres Repertoire an adaptiven Bewältigungsstrategien war in der Regel bei denjenigen Angehörigen vorhanden, die gleichzeitig über mehr soziale Unterstützung verfügten und zuversichtlich waren, ihre schwierige Lebenssituation bewältigen zu können. (ebd.)

Soziale und personale Ressourcen haben demnach sehr großen Einfluss darauf, ob etwas als Belastung angesehen wird und nehmen gleichzeitig auch eine wichtige Rolle in der Entlastung ein.

## 4.2 Gemeinsame Belastungen von Angehörigen

Die Symptomatik eines depressiv Erkrankten kann dessen Umfeld, insbesondere Familien und Partnerschaften, erheblich einschränken. Da eine Partnerschaft spezifischere Problematiken aufweist, liegt der Fokus in diesem Kapitel zunächst auf gemeinsamen Belastungen. Folgend wird zudem auf belastende Themen im Zuge der Erkrankung in Partnerschaften eingegangen.

Nach Jungbauer, Bischkopf und Angemeyer ist belastendes Empfinden abhängig von kognitiv emotionalen Prozessen und psychosozialen Ressourcen (vgl. Jungbauer/Bischkopf/Angemeyer 2001, S. 105). Eine Belastung ist demnach subjektiv, was sich auch dem Transaktionalen Modell nach Lazarus, wie bereits in Kapitel 2.2 aufgeführt, entnehmen lässt.
Subjektive Belastungen werden definiert als „[...] Ausmaß, in dem sich Angehörige durch diese Situation tatsächlich belastet fühlen bzw. einschätzen“ (ebd. S. 106). Neben subjektiven Belastungen werden in diesem Kapitel auch die objektiven Belastungen aufgeführt. Bei diesen handelt es sich um „[...] alle beobachtbaren bzw. unmittelbar „greifbaren“ negativen Auswirkungen der psychischen Erkrankung [...]“ (ebd. S. 106).

### 4.2.1 objektive Belastungen

Die Erkrankung eines Angehörigen kann insbesondere Familien vor eine finanzielle Herausforderung stellen. Aufgrund der daraus resultierenden Arbeitsunfähigkeit kommt es zu Einbußen im Einkommen des Erkrankten als auch dem der Angehörigen, welche die Betroffenen im Falle eines schweren Verlaufs der Depression betreuen und ihrem Beruf nicht in Vollzeit nachkommen können. Zudem können Ausgaben für die Behandlung und Medikamente anfallen, welche die Situation zusätzlich erschweren. Familien sind aus diesem Grund in ihrer Lebensgestaltung

eingeschränkt und können im schlimmsten Fall verarmen. (vgl. Schmid/Spießl/Vukovich/ Cording 2003, S. 120)

Eine weitere objektive Belastung stellt die Einschränkung in der Freizeitgestaltung dar. Durch die unvorhersehbare Symptomatik sind spontane als auch geplante Aktivitäten wie ein Restaurantbesuch oder ein Urlaub kaum bis gar nicht mehr möglich. In einem Video über seine depressiv erkrankte Ehefrau spricht Stefan K. davon, dass zwar viele Unternehmungen geplant wurden, sie jedoch kurz vorher meist hinterfragt worden sind (BApK 2020a [YouTube-Video]). Dies kann dazu führen, dass die Familie und die Partner*innen keine Aktivitäten mehr unternehmen oder dies ausschließlich getrennt von Erkrankten tun. (vgl. Bischkopf/Wittmund/ Angemeyer 2002, S. 13)
Aber nicht nur die Freizeitgestaltung ist zunehmend gestört, sondern auch die Alltagsroutine. Tagesabläufe müssen umorganisiert werden, da die Betroffenen Aufgaben teilweise bis gar nicht mehr ausführen können. Aus diesem Grund müssen Partner als auch Kinder zusätzliche Aufgaben und Verpflichtungen übernehmen, um den Alltag aufrecht zu erhalten. (vgl. Mahnkopf 2007, S. 121f.)

### 4.2.2 subjektive Belastungen

Die Veränderung der Rollen umfasst nicht nur die Aufgabenteilung, sondern auch die Rolle innerhalb der Familie. Kinder z.B. übernehmen die Elternrolle für Geschwister oder sind der Partnerersatz für den gesunden Elternteil. Der gesunde Partner vermittelt meist zwischen Betroffenen und den anderen Familienmitgliedern. (vgl. Schmid/Spießl/Cording 2005, S. 277)

Infolge von mangelnden Informationen entstehen oft Ängste und Sorgen bei Angehörigen (vgl. ebd. S. 273). Bei einer Auswertung von Interviews von Angehörigen gaben 84,4% an, sich mehr Informationen über die Erkrankung, die Behandlung und den Behandlungsverlauf zu wünschen (vgl. ebd.). Die Schweigepflicht der professionellen Helfer*innen wird von ihnen oftmals als großes Hindernis empfunden (vgl. Schmid/Spießl/Vukovich/Cording 2003, S. 121).

Angehörige fühlen sich nicht nur unzureichend informiert, sondern auch meist von Professionellen als auch ihrem privaten Umfeld allein gelassen und wenig unterstützt. Dazu tragen mehrere Aspekte bei. Zum einen werden sie von professionellen Helfer*innen nicht als mit betrof-

fen gesehen und gänzlich aus der Behandlung herausgehalten (vgl. ebd.). Stattdessen stoßen Angehörige sogar auf Abwehrhaltung, wie auch Stefan K., welcher seine Frau zur Therapie brachte und der Therapeut ihm, ohne ihn zu begrüßen, mit den Worten „Sie können aber hier nicht mit dazu kommen.“ (BApK 2020a [YouTube-Video] 5:09-5:27 Min.) begegnete. Nach Stefan K. hat eine Integration von ihm als Partner oder Angehöriger nie stattgefunden (vgl. ebd.). Dies bestätigt auch Herr S., Teilnehmer eines offenen Dialoges, er sagt: „Als Angehöriger fühlt man sich bei den Prozessen der professionellen Begleitung eines psychisch Erkrankten ja meist total außen vor“ (ApK-Berlin 2021 [Internetquelle]). Die Suche nach Unterstützung wird als sehr mühsam empfunden (vgl. Schmid/Spießl/Cording 2005, S. 275). Stefan K. wünscht sich mehr Anlaufstellen mit Informationen für Angehörige, da die Erkrankungen als auch die Situationen der Angehörigen sehr unterschiedlich sind (vgl. BApK 2020a [YouTube-Video]).

Zum anderen trägt das private Umfeld auch zu dem Gefühl des allein gelassen werden und der fehlenden Unterstützung bei. Viele wissen häufig nicht, wie sie mit der Erkrankung umgehen sollen und brechen aus Unsicherheit den Kontakt ab bzw. entfernen sich (vgl. Müller-Rörich u. a. 2013, S. 150). Durch diesen Rückzug der anderen, aber auch durch Schuldzuweisungen, ablehnende Reaktionen und Unverständnis fühlen sich Angehörige zunehmend diskriminiert (vgl. Schmid/Spießl/Cording 2005, S.276). Etwa 70% von befragten Angehörigen denken, dass psychisch Erkrankte von der Gesellschaft abgewertet werden (vgl. Schmid/Spießl/Vukovich /Cording 2003, S. 121). Diese Annahme kann dafür sorgen, dass die Erkrankung von Angehörigen versteckt wird und sie sich aus ihrem sozialen Umfeld zurückziehen (vgl. ebd., S. 122). Zudem sinkt die Wahrscheinlichkeit, sich selbst in psychiatrische Behandlung zu begeben, enorm (vgl. Schmid/Spießl/Cording 2005, S. 276). Dadurch verlieren die Angehörigen zunehmend immer mehr Unterstützungsmöglichkeiten und befinden sich in einer Art Teufelskreis.

Die Angst vor Stigmatisierung ist oft mit Scham-und Schuldgefühlen verbunden. Angehörige schämen sich für die erkrankte Person, fühlen sich aber gleichzeitig schuldig, dass sie nicht zu ihnen stehen (vgl. ebd.).

Doch auch die Erkrankung selbst löst Schuldgefühle bei den verschiedenen Familienmitgliedern aus. Ein Drittel von befragten Angehörigen gibt an, sich als Mitverursacher der Erkrankung zu sehen (vgl. ebd. S. 277). Eltern fragen sich, was sie in der Erziehung falsch gemacht haben (vgl. ebd.). Jüngere Geschwister fühlen sich schuldig, da sie das Gefühl haben, an dem erkrankten Geschwisterkind vorbeizuziehen (vgl. Peukert 2018, S. 106). Zudem fragen sich Geschwister,

warum nicht sie, anstelle des Geschwisterkindes mit der Erkrankung betroffen sind (vgl. Schmid/Spießl/Peukert 2004, S. 226).

Auch die Symptomatik führt zu großen Herausforderungen im Umgang mit Erkrankten. Angehörige sind häufig überfordert. 81,3% von befragten Angehörigen geben an, durch das veränderte Verhalten stark belastet zu sein. Insbesondere werden ablehnende Reaktionen der Erkrankten als verletzend empfunden. (vgl. Schmid/Spießl/Cording 2005, S. 273)
Es ist für Angehörige sehr schwierig zwischen den Folgen der Krankheit und den persönlichen Charakterzügen der Betroffenen zu unterscheiden (vgl. ebd. S. 277). Einerseits sollen sie nicht alles ernst nehmen, was die Erkrankten ihnen vorwerfen, andererseits sollen sie sich nicht alles gefallen lassen (vgl. Müller-Rörich u.a. 2013, S. 152). Dieses Aushalten kann sehr belastend sein, da depressiv Erkrankte häufig sehr gefühllos und rücksichtslos mit ihrem Umfeld umgehen (vgl. ebd.).

Auch im Thema Verantwortungsübernahme findet ein Abwägungsprozess statt. Stefan K. fasst diesen Punkt gut zusammen, indem er über das Zusammenleben mit seiner Frau sagt:

> [...] dass ich jetzt plötzlich die Rolle des Motivators übernommen hab. Ja, immer so ein bisschen anschieben, motivieren, aufmuntern. [...] dann fängt man doch an, sich selbst zu hinterfragen, ob das der richtige Weg ist. Ob man nicht selbst auch Grenzen überschreitet, indem man jetzt gemeinsam für beide plant, für zwei. Und da hab ich tatsächlich meine größten Probleme mit. Meine Frau ist ja nicht unfähig, es ist ja die Motivation [,die] fehlt. Und wie weit kann ich sie jetzt dahingehend motivieren oder sogar auffordern, an den Dingen teilzunehmen oder wie weit überlasse ich das tatsächlich ihr selbst? (BApK 2020a [YouTube-Video] 1:40-2:35 Min. Hinzufüg. S.K.)

Seine Aussage verdeutlicht wie belastend es für Angehörige ist, einschätzen zu müssen, inwieweit sie Verantwortung übernehmen oder den Erkrankten noch selbst Verantwortung überlassen können, ohne dass sie diesen dadurch über-oder unterfordern. Dies bestätigt auch Herr S. in einem Interview, welcher über seinen psychisch erkrankten Sohn spricht. Er sagt:

> Ich fühle mich als Vater eines jungen Mannes oft in einer Art Teufelskreis gefangen: Er ist erwachsen. Gleichzeitig kriegt er vieles alleine nicht hin. Ist es sinnvoll, das dann sozusagen im Auftrag für ihn zu übernehmen, auch wenn ich meist gar keinen richtigen Auftrag habe? (ApK-Berlin 2021 [Internetquelle])

Nicht nur Gefühle der Scham und Schuld sind Alltag der Angehörigen, sondern zudem auch große Ängste und Sorgen. 43,8% von befragten Angehörigen haben Zukunftsängste. Eltern plagt die Frage, wer die Verantwortung für die erkrankte Person übernimmt, wenn sie im Alter nicht mehr dazu fähig sind. Und auch Partner*innen zweifeln, ob sie ihre Beziehung oder Ehe weiterhin fortführen können.

Neben fernen sind auch zeitnahe Ängste vertreten. Angehörige fürchten sich vor dem Alltag nach dem Klinikaufenthalt und zweifeln oft, ob sie diesen beschreiten können. Insbesondere durch die Angst vor Rückfällen oder gar Suizid sind viele Angehörige chronisch besorgt. Aus diesem Grund zeigen sie oft ein ängstliches und überfürsorgliches Verhalten. (vgl. Schmid/Spießl/Cording 2005, S. 275f.)

Zudem handelt es sich bei finanziellen Sorgen nicht nur um eine objektive Belastung, sondern kann auch zu Ängsten vor z.B. sozialem Abstieg führen (vgl. Bischkopf/Wittmund/Angermeyer 2002, S. 14). Die folgenden Zitate in Partnerschaften mit einem depressiv erkrankten Teil beschreiben diese Ängste:

> Das erste ist natürlich, dass man erschreckt und Ängste bekommt. Das zweite ist, man ängstigt sich auch um die Zukunft. Er ist der einzige Erwerber, und da hat man natürlich auch Angst, wie's weitergeht. (ebd.)

> Mich belastet das mit der Arbeit, also vier Arbeitsstellen, drei oder vier Arbeitsstellen hat er schon verloren durch die Krankheit, [wurde] fristlos gekündigt und na, was weiß ich. Und jetzt, bei der, ist er selber gegangen. (ebd.)

Auch Trauer und Verlusterleben können durch die Erkrankung ausgelöst werden. 43,8% von befragten Angehörigen geben an, um die ehemals gesunden Betroffenen zu trauern. Eltern trauern häufig um die verlorene Zukunftshoffnung ihres Kindes. Partner*innen fühlen sich ihrer gemeinsamen Zukunft beraubt und müssen sich von ihren Plänen diesbezüglich verabschieden. Aber auch Geschwister verspüren Schmerz, da sie um ihr bisheriges Geschwisterkind, was nun in ihren Augen verloren ist, trauern (vgl. Peukert 2018, S. 106). (vgl. Schmid/Spießl/Cording 2005, S. 276)

## 4.3 Belastungen in Partnerschaften

Beziehungen, in denen ein Partner depressiv erkrankt ist, sind stark belastet. In einer Untersuchung von Wieser u.a. wurden die Auswirkungen und Belastungen affektiver Störungen auf die Partnerschaft ermittelt (vgl. Wieser u.a. 2016, S. 305). Sie kamen zu dem Ergebnis, dass „[...] erkrankte Patienten und deren Partner ein signifikant geringeres Ausmaß an Glück und Stabilität in ihrer Beziehung sowie eine größere Zahl ungelöster Problembereiche als die Vergleichsgruppe [...]“ (ebd. S. 309) haben. Es wird davon ausgegangen, dass es zu diesen Ergebnissen kommt, da sich insgesamt das Kommunikationsverhalten als auch das Klima der Paarbeziehung verändert (vgl. ebd.).

Nach Müller-Rörich u.a. sind die Zahlen der Scheidungen mit depressiv erkrankten Partnern neun Mal höher als die der gesunden Partner (vgl. Müller-Rörich u.a. 2013, S. 146). Oft sind dafür aber nicht zwangsläufig die Depressionen ursächlich, sondern tieferliegende Partnerschaftsprobleme (vgl. ebd.).

Die folgende Tabelle 6 zeigt die Aussagen von drei Paaren, welche mit depressiv Erkrankten zusammenleben.

**Tab. 6**: Partner von Patienten mit depressiven Störungen

| *Lebenssituation* | *Patient* | *Globalbeschreibung* |
|---|---|---|
| Frau D., 49 Jahre, geschieden, 27-jähriger Sohn, seit 1981 mit dem Patienten in Lebensgemeinschaft | 60 Jahre, Depression seit 7 Jahren, zweimalige stationäre Behandlung, derzeit Rezidiv mit unvollständiger Remission | **„Das Beste draus machen“ – Pragmatische Krankheitsbewältigung.** Im Vordergrund steht ein problemorientierter Umgang mit der Situation. Die Partnerin versucht einerseits den Patienten in gemeinsame Aktivitäten zu integrieren, grenzt sich jedoch teilweise auch ab. |
| Frau E., 40 Jahre, seit 18 Jahren verheiratet, zwei Kinder | 42 Jahre, Depression seit ca. 4 Jahren, einmalige stationäre Behandlung | **Ambivalenzen gemeinsamer Belastungsbewältigung.** In der gemeinsamen Krankheitsbewältigung dominiert die Ursachensuche. Die Partnerin thematisiert vor allem die Frage, ob es in Ordnung sei, wenn es ihr gut gehe. |
| Herr F., 47 Jahre, 34 Jahre verheiratet, zwei Kinder | 47 Jahre, Depression seit 6 Jahren, 6 stationäre Behandlungen, drei Suizidversuche | **Wechselwirkung zwischen Erkrankung und Paarkonflikt.** Es wechseln externe Attribuierung krankheitsbedingten Verhaltens mit dem Ärger über das Verhalten der Patientin. Unter zunehmender Abwertung der Patientin erfolgt eine zunehmende Umorientierung mit Thematisierung der Trennung. |

Quelle: Wittmund/Nause/Angermeyer 2005, S. 236

Dieser Tabelle kann man deutlich entnehmen wie individuell und subjektiv die Belastungen der jeweiligen Partner*innen sein können. Dabei handelt es sich jedoch nur um Auszüge der möglichen Belastungen.

### 4.3.1 Kommunikation

In akuten Krankheitsphasen leidet die Kommunikation zwischen den Partnern enorm (vgl. Bischkopf/Wittmund/Angemeyer 2002, S. 13). Dies bestätigt Bert Scheufens, dessen Frau an einer postpartalen Depression erkrankt ist (vgl. BApK 2020b [YouTube-Video]). Er sagt, dass es in dieser Zeit sehr wenig Austausch zwischen ihm und seiner Frau gab (vgl. ebd.).

Durch krankheitsbedingte Missstimmungen kommt es zu Konflikten, welche die Beziehung zusätzlich belasten (vgl. Schmid/Spießl/Cording 2005, S. 277).

Der Austausch wird meist so stark reduziert, dass Betroffene gänzlich aus Entscheidungen ausgeschlossen werden, sodass Angehörige diese allein treffen und somit mehr Verantwortung übernehmen als sie müssten (vgl. ebd. S. 275).

### 4.3.2 Sexualität

Unter der gestörten Kommunikation leiden auch Intimität und Sexualität des Paares (vgl. Bischkopf/Wittmund/Angemeyer 2002, S. 13). Durch eine beispielsweise durch die Erkrankung erhebliche Gewichtszunahme oder vernachlässigte Körperhygiene kann die Anziehung stark vermindert werden (vgl. Schmid/Spießl/Cording 2005, S. 278). Aber auch durch die Medikamente, welche zur Behandlung eingesetzt werden, kann eine verminderte oder gar ganz schwindende Libido und Potenz als Nebenwirkung auftreten (vgl. Müller-Rörich u.a. 2013, S. 148). Die fehlende Sexualität verstärkt die ohnehin belastende Situation noch zusätzlich (vgl. ebd. S. 149). Kommt zudem noch emotionale Leere und Entfremdung hinzu, ist die Beziehung ernsthaft gefährdet (vgl. Schmid/Spießl/Cording 2005, S. 278).

In einem Interview spricht eine Ehefrau über ihren Mann, was die fehlende Zärtlichkeit gut verdeutlicht:

> [...] Bissel Liebe, das fehlt doch und wenn er bloß mal een streichelt oder was [...], also das macht mich verrückt [...]. Erl läuft neben mir her wie ein fremder Mensch [...], geht an mir vorbei, ohne mich mal anzugucken. (Bischkopf/Wittmund/Angermeyer 2002, S. 13f.)

## 5. Unterstützungsmöglichkeiten durch Angehörige

Angehörige fragen sich häufig, wie sie Betroffene unterstützen können, insbesondere wenn diese ihre Hilfe ablehnen (vgl. Müller-Rörich u.a. 2013, S. 151f.). Auch wenn sie dies womöglich am liebsten tun würden, können sie Betroffenen die Erkrankung nicht abnehmen. Sie stehen

vor einem alles-oder-nichts-Dilemma, da sie alles richtig machen wollen, was schlichtweg unmöglich ist (vgl. Kipp/Unger/Wehmeier 2006, S. 123). Jedoch können sie Erkrankte mit Informationsbeschaffung und Psychoedukation, dem richtigen Umgang, richtiger Kommunikation und gemeinsamer Alltagsgestaltung bei der Bewältigung von Krisen und dem Behandlungsverlauf unterstützen.

## 5.1 Informationsbeschaffung und Psychoedukation

Nach Harter, Kick und Rave-Schwank kann die Psychoedukation der Angehörigen den Behandlungsverlauf von Depressionen deutlich verbessern (vgl. Harter/Kick/Rave-Schwank 2002, S. 160). Unter Psychoedukation versteht man „[...] Interventionen, die sich auf die Information und Motivierung von Pat. [Patienten] und ggf. auch ihrer Angehörigen mit Blick auf die Erkrankung und ihre sachgerechte Behandlung richten. Es geht darum, Krankheitsverständnis und -akzeptanz zu erhöhen sowie Empowerment und Selbstmanagement zu erreichen“ (Wirtz 2021c [Internetquelle] Hinzufüg. S.K.).

Auch die S-3 Leitlinien empfehlen die Aufklärung von Angehörigen über Symptomatik, Verlauf und Behandlung über die Erkrankung (vgl. DGPPN 2017, S. 63). Zum einen helfen Informationen über die Erkrankung, diese als solche zu identifizieren und getrennt von der betroffenen Person zu betrachten, zum anderen zeigt es Erkrankten, dass Angehörige Interesse zeigen und sie bei ihrem Weg begleiten und unterstützen möchten (vgl. O‘Connor 2017, S. 236).

## 5.2 Umgang

Wie bereits in Kapitel 3.1.1 erwähnt, ist es unerlässlich, Aufgaben und Pflichten der Erkrankten zu übernehmen, da sie diese kaum bis gar nicht mehr selbst ausführen können. Jedoch entziehen Angehörige den Betroffenen häufig die gesamte Verantwortung, um diese zu schützen, was wiederrum der falsche Ansatz ist (vgl. Müller-Rörich u.a. 2013, S. 160). Betroffene sind zwar erkrankt, jedoch nicht unmündig und immer noch selbst für sich, ihr Verhalten und ihre Handlungen verantwortlich (vgl. ebd. S. 159).

Ungeachtet dessen ist Zuwendung nach Haenel sehr wichtig, sollte aber nicht in Bedrängnis und Einengung resultieren (vgl. Haenel 2018, S. 324). Sie sollte möglichst in Form von Aufmerksamkeit, Einfühlungsvermögen und rücksichtsvollem Verhalten vermittelt werden (vgl. O'Connor

2017, S. 235). Auch kleine Gesten der Freundlichkeit wirken dem Gefühl der Wertlosigkeit bei Erkrankten entgegen, auch wenn von ihnen nichts zurückkommt (vgl. ebd.).
Stefan K. rät Angehörigen, Geduld zu haben und sich selbst zu reflektieren (vgl. BApK 2020a [YouTube-Video]). Er rät ihnen, sich zu fragen:

> Wie ist meine Rolle gerad in dem Geschehen? Vielleicht bin ich ja auch zu impulsiv unterwegs und will jetzt alles ganz schnell auf die Reihe bringen, obwohl mein Angehöriger oder mein Partner, Betroffener das gar nicht jetzt im Moment leisten kann. (ebd. 11:24-11:39 Min.)

Nach Stefan K. ist es ganz klar notwendig, die Ansprüche herunter zu schrauben (vgl. ebd.). Zudem ist es seiner Ansicht nach von besonderer Wichtigkeit, darauf zu achten, zwischen der Erkrankung und der Persönlichkeit zu unterscheiden (vgl. ebd.). Denn, wie bereits in Kapitel 3.1.2 erwähnt, stellt dies eine enorme Belastung dar. Stefan K. selbst sagt: „Die Erkrankung ist die eine Seite und meine Frau als Persönlichkeit, als meine Frau, ist eine ganz andere Sache“ (ebd. 11:59-12:07 Min.).

Im Umgang mit Suizidalität, welches ein sehr sensibles Thema ist, sollten Angehörige ebenfalls einige Aspekte beachten. Typische Reaktionen wie vorschnelle Tröstungen, Herunterspielen, Diskussionen, starke Behütungen und das Totschweigen von Suizidgedanken verbessern die Situation nicht. Nach Müller-Rörich u.a. sollte hingegen die Beziehung gefördert werden und die Suizidalität offen angesprochen werden. Dies kann umgesetzt werden, indem Angehörige sich die Geschichten der Betroffenen anhören, um deren Situation besser zu verstehen und Notsignale in Krisen ernst nehmen. (vgl. Müller-Rörich u.a. 2013, S. 161)

## 5.3 Kommunikation

Ein zentraler Aspekt im Umgang und zur Unterstützung ist die richtige Kommunikation. Angehörige können aus Überforderung und der Not heraus falsch reagieren und ihren Ärger, ihre Gereiztheit und Ungeduld schnell an Betroffenen auslassen (vgl. Mahnkopf 2007, S. 129f.). Doch diese Reaktionen belasten Erkrankte zusätzlich und verstärken ihre Schuldgefühle (vgl. ebd.). Auch gut gemeinte Ratschläge, welche im Alltag ständig genutzt werden, zeigen meist eine gegenteilige Wirkung (vgl. ebd. S. 131). Um Erkrankte zu schonen, neigen Angehörige dazu, nicht mehr offen zu kommunizieren, was die Beziehung zusätzlich belastet (vgl. Müller-Rörich u.a. 2013, S. 163).

Als ersten Schritt, ist es besonders wichtig, den Erkrankten zuzuhören und ihre Wünsche, Sorgen und Probleme ernst zu nehmen (vgl. ebd. S. 165). Jurand Daszowski, welcher über seine Depression spricht, wünscht sich genau dies von Angehörigen, indem er sagt: „Dass man Depression ernst nimmt als, kann man so sagen, als Erkrankung und nicht unbedingt als Charakterschwäche oder Schuld.“ (BApK 2020c [YouTube-Video] 8:09-8:25 Min.). Dies kann helfen, Betroffene in ihrer Lage besser zu verstehen und ihnen Anteilnahme und Interesse zu vermitteln (vgl. Müller-Rörich u.a. 2013, S. 165). Dies zeigt auch ein Beispielfilm der AOK, indem Michael seiner depressiv erkrankten Mutter auf ihre negativen Äußerungen verständnisvoll und einfühlsam antwortet und ihr Mut zuspricht: „Der Dr. Schmidt hat uns das erklärt. Bei einer Depression, da fühlt man sich oft hoffnungslos und sieht oft alles schwarz. Und ich glaub', genau das passiert bei dir gerade. Aber das geht auch wieder vorbei“ (AOK-Die Gesundheitskasse 2021 [Video] 1:20-1:33 Min.).

Neben dem Zuhören sind Echtheit und positive Wertschätzung weitere Komponenten, um die Beziehung zu fördern und Vertrauen zu schaffen. Erkrankten etwas vorzuspielen und Optimismus nur vorzutäuschen, ist in der Unterstützung nicht hilfreich (vgl. Haenel 2018, S. 324). Stattdessen sollten Empfindungen und Wünsche durchaus geäußert werden, jedoch Streit vermieden werden (vgl. ebd.). Um Gefühle besser mitteilen zu können, sollte insbesondere der richtige Zeitpunkt abgewartet werden (vgl. Müller-Rörich u.a. 2013, 156). Damit die Schuldgefühle der Betroffenen nicht verstärkt werden, sollten Angehörige darauf achten, sachlich und in Ich-Botschaften zu kommunizieren (vgl. ebd. S. 156f.). Schuldzuweisungen und Vorwürfe sollten gänzlich vermieden werden (vgl. ebd. S. 157).

Um Erkrankten Wertschätzung entgegen zu bringen, ist es hilfreich, nicht depressive Äußerungen und jegliche Art von Fortschritten zu loben und positiv zu erwähnen (vgl. Wolfersdorf 2011, S. 126). Zudem sollte ihnen immer wieder näher gebracht werden, dass Depressionen behandelbar und heilbar sind (vgl. Haenel 2018, S. 324).

Stefan K. macht die Kommunikation auf Augenhöhe mitverantwortlich dafür, dass ihm und seiner Frau der Umgang mit der Erkrankung bisher so gut gelungen ist (vgl. BApK 2020a [YouTube-Video]).

## 5.4 gemeinsame Alltagsgestaltung

Motivationsarbeit ist in der Unterstützung von depressiv Erkrankten ein wichtiger Aspekt, da diese Impulse von außen benötigen, um aktiv zu werden (vgl. Haenel 2018, S. 319). Um die Alltagsroutine aufrecht zu erhalten, ist es ratsam, gemeinsam die Tagesstruktur zu besprechen, um das gewohnte Leben nach Möglichkeit beizubehalten (vgl. Mahnkopf 2007, S. 129).

Betroffene können gerne zu Aktivitäten aufgefordert werden, jedoch sollte dabei darauf geachtet werden, dass man sie nicht über-oder unterfordert (vgl. Mahnkopf 2007, S. 129). Aktivitäten, welche in Begleitung stattfinden, fallen Erkrankten leichter (vgl. Haenel 2018, S. 319). Dahingehend sollten Angehörige sie insbesondere zu körperlichen Betätigungen wie z.B. Arbeit im Garten oder schwimmen motivieren (vgl. ebd. S. 320). Diese Aktivitäten sind besonders effektiv, da die Aktivierung von Muskulatur und Atmung von negativen Gedanken ablenkt (vgl. ebd.). Als besonders wirksam kann sich auch die Entwicklung eines Handlungsplans bei bevorstehenden Krisen erweisen (vgl. O'Connor 2017, S. 236).

# 6. Selbstfürsorge

Emotionale Abgrenzung fällt vielen Angehörigen sehr schwer und gelingt nur sehr selten sofort. Sie unterdrücken ihre eigenen Bedürfnisse, da sie die der Betroffenen über ihre stellen. Aufgrund dessen können auch Angehörige in eine Depression verfallen, es besteht die Gefahr einer Co-Abhängigkeit. (vgl. Müller-Rörich u.a. 2013, S. 151)

Schmid, Spießl, Vukovich und Cording geben in der folgenden Tabelle einen Überblick über die Möglichkeiten der unmittelbaren Entlastung für die Angehörigen (vgl. Schmid/Spießl /Vukovich/Cording 2003, S. 124).

**Tab. 7**: Unmittelbare Entlastungen für die Angehörigen psychisch Kranker

| |
|---|
| – *respektvoller und anteilnehmender Umgang mit den Angehörigen* |
| – *Mitbeteiligung der Angehörigen bei Therapieentscheidungen* |
| – *Berücksichtigung der Belastungen der Angehörigen bei Entscheidungen* |
| – *Verminderung von Scham-, Schuld- und Versagensgefühlen* |
| – *Durchbrechen der Isolation des Angehörigen und Krisenbegleitung* |
| – *Informationen über die Ursachen, Symptome und Behandlung der Erkrankung* |
| – *spezielle Informationen über Medikamente, Nebenwirkungen und Alternativen* |
| – *Informationen und Tipps zum Umgang mit dem Erkrankten* |
| – *Informationen über Rückfallverhütung* |
| – *Vermittlung eines Krankheitsverständnisses* |
| – *Informationen auch ohne Anfrage durch die Angehörigen* |
| – *Informationen durch Angehörigentage und Angehörigensprechstunde* |
| – *Einführung einer Psychoedukation auf Krankenschein* |
| – *vermehrter Kontakt zwischen Therapeuten und Angehörigen* |
| – *Gespräche mit dem therapeutischen Team zur besseren Kooperation* |
| – *Ansprechpartner an der Klinik für persönliche Probleme des Angehörigen* |
| – *Beständigkeit des therapeutischen Personals* |
| – *Unterstützung hinsichtlich der Medikamenten-Compliance des Erkrankten* |
| – *Stärkung der eigenen Position und Abgrenzung zum Patienten* |
| – *Einübung spezifischer Fertigkeiten (Coping-Mechanismen)* |
| – *Informationen über Institutionen des psychiatrischen Versorgungssystems* |
| – *Unterstützung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst* |
| – *Informationen über Rehabilitation* |
| – *rechtliche und finanzielle Beratung* |
| – *allgemeine Gesundheitsprogramme für Angehörige* |
| – *Training in der Gesprächsführung zur Verbesserung der Kommunikation* |
| – *mehr Hilfen zur Selbsthilfe (auch durch Merkblätter, Bücher und Filme)* |
| – *Einrichtung von Notfalldiensten, z. B. mobile Krisendienste von 0 – 24 Uhr* |
| – *Hausbesuche* |
| – *Austausch mit anderen Betroffenen in Angehörigengruppen* |

Quelle: Schmid/Spießl/Vukovich/Cording 2003, S. 124

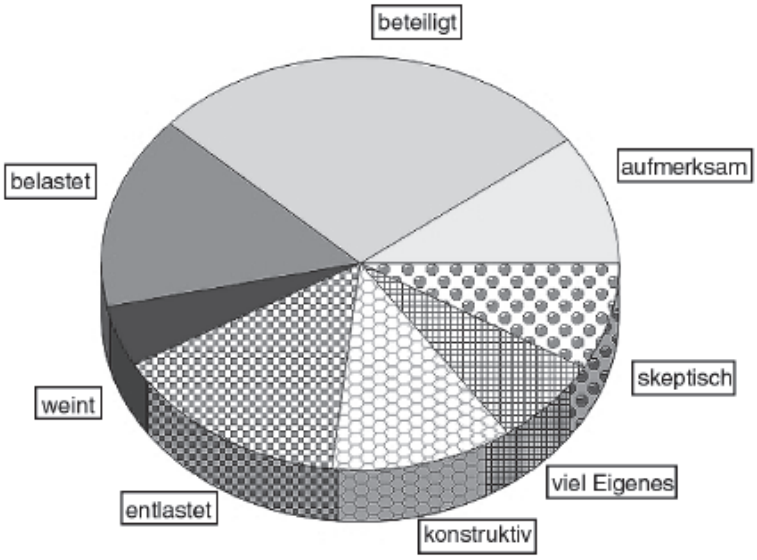
Einige der in der Tabelle aufgelisteten Punkte werden in den folgenden Kapiteln unter emotionaler Entlastung, Netzwerk und Freizeitgestaltung aufgegriffen.

## 6.1 Emotionale Entlastung

Emotionale Entlastung ist eine sehr wichtige Bewältigungsstrategie für Angehörige. Zum einen kann sie erfolgen, indem sie über ihre Trauer und Wut, z.B. in Form von Weinen, mit ihrem privaten Umfeld sprechen (vgl. Mahnkopf 2007, S. 127). Zum anderen ist der Austausch in Selbsthilfe-und Angehörigengruppen besonders hilfreich (vgl. ebd.). Die S-3 Leitlinie empfiehlt, die Angehörigen über diese Gruppenangebote zu informieren und sie zur Teilnahme zu ermuntern, da diese positive Effekte aufzeigen (vgl. DGPPN 2017, S. 62).

Gruppen sind sehr effektiv, da es Angehörigen in diesem Setting leichter fällt, ihre Gefühle zu benennen (vgl. Keller/Schuler 2002, S. 134). Häufig ziehen andere Mitglieder der Gruppe dann nach, stützen und fördern sich gegenseitig und versorgen sich zudem mit problemlösenden Strategien (vgl. ebd.). Angehörige fühlen sich als Experte der Erkrankung, was das allgemeine Klima in der Familie verbessert (vgl. ebd. S. 135). In folgender Abbildung sind die emotionalen Gestimmtheiten der Angehörigen in einer Angehörigengruppe, in welcher insgesamt 400 Teilnehmer in 40 verschiedenen Gruppen teilnahmen, dargestellt (vgl. ebd. S. 132).

**Abb. 6**: Häufigkeitsverteilung zur emotionalen Gestimmtheit der Teilnehmer in der Angehörigengruppe




Quelle: Keller/Schuler 2002, S. 133

Es lässt sich aus der Abbildung eine hohe Zahl an belasteten Mitgliedern erkennen, aber auch eine hohe Zahl an bereits entlasteten Mitgliedern. Auch die konstruktiv eingestellten Angehörigen tragen einen fördernden und unterstützenden Beitrag zur Gruppe bei. Unter viel Eigenes

sind Mitglieder vertreten, welche viel über die Erkrankung und die mit sich bringenden Veränderungen in ihrem Leben sprechen (vgl. ebd.). Dies lässt darauf schließen, dass der Druck und der Wunsch, Entlastung in der Angehörigengruppe zu finden, groß ist. Neben diesen stellen auch skeptische Gestimmtheiten eine kleine Zahl bei Mitgliedern dar. Diese besitzen zumeist eine negative Einstellung und kritisieren sowohl die Institution der Psychiatrie als auch das Personal (vgl. ebd.). Bis auf diesen geringen Teil sind die emotionalen Gestimmtheiten positiv anzusehen und durchaus wichtig für die Gruppendynamik.

Doch auch psychoedukative Gruppen können, neben der unterstützenden Wirkung für Betroffene, zur emotionalen Entlastung der Angehörigen beitragen. Diese können durch Informationen über das Krankheitsbild, die Ursachen, die Behandlung, den Umgang etc. Angehörigen ein sicheres Gefühl im Alltag mit der Erkrankung geben (vgl. Mahnkopf 2007, S. 127). Zudem zeigen Studien, dass ein besseres Verständnis über die Erkrankung und deren Symptomatik das subjektive Befinden deutlich verbessern kann (vgl. Jungbauer/Bischkopf/Angermeyer 2001 S. 110).
In folgender Tabelle ist die Auswertung eines Fragebogens einer psychoedukativen Gruppe für depressive Patienten und ihre Angehörigen dargestellt.

**Tab. 8**: Auswertung eines Fragebogens für eine psychoedukative Gruppe (Noten 1-6)

| *Frage* | *Angehörige* | *Patienten* | *gesamt* |
|---|---|---|---|
| Atmosphäre | 1,5 | 1,5 | 1,5 |
| Möglichkeit, eigene Beiträge einzubringen | 1,3 | 1,7 | 1,5 |
| Information bezüglich Krankheitsbild | 1,3 | 1,5 | 1,4 |
| Information bezüglich Ursachen | 1,7 | 1,7 | 1,8 |
| Information bezüglich Behandlung | 1,7 | 1,7 | 1,7 |
| Information bezüglich Umgangsmöglichkeiten | 1,8 | 1,8 | 1,8 |
| Erfahrung gegenseitiger Hilfe und Unterstützung | 2,0 | 2,0 | 2,0 |
| Erfahrung von Entlastung | 2,1 | 2,1 | 2,1 |
| Verminderung von Scham und Schuld | 2,0 | 2,0 | 2,0 |
| Ausräumen von Vorurteilen | 1,7 | 1,9 | 1,8 |
| Moderation | 1,3 | 1,5 | 1,4 |
| Zeitpunkt und Dauer der Gruppe | 1,9 | 1,7 | 1,8 |
| Austauschmöglichkeiten | 1,9 | 1,9 | 1,9 |
| *Gesamtdurchschnitt* | *1,7* | *1,7* | *1,7* |

Quelle: Harter/Kick/Rave-Schwank 2002, S. 162

Mit einer durchschnittlichen Bewertung von 1,7 lassen die Antworten und Erfahrungen der Angehörigen auf eine insgesamt positive Rückmeldung schließen. Insgesamt liegen die Ergebnisse zur Funktion der Informationsübermittlung über denen der entlastenden Funktion. Grund dafür könnte die gemeinsame Teilnahme von Patienten und Angehörigen sein.
Zudem kam man in einer Studie von Rummel-Kluge, Kluge und Kissling zu dem Ergebnis, dass nur jeder 8. Angehörige an einer psychoedukativen Gruppe teilnimmt (vgl. Rummel-Kluge/Kluge/Kissling 2015, S. 311). Gründe dafür sind der schlechte Zeitpunkt der Durchführung der Gruppe und die Angst vor Schuldzuweisungen oder Stigmatisierungen (vgl. ebd.).

Vergleicht man die Angehörigengruppe mit der psychoedukativen Gruppe ist ersteres effizienter für die ausschließlich emotionale Entlastung. Jedoch empfehlen Wittmund, Nause und Angemeyer die Gruppen speziell auf eine Erkrankung auslegen zu lassen, um zu vermeiden, dass spezifische Belastungen entwertet werden (vgl. Wiitmund/Nause/Angemeyer 2005, S. 238).

## 6.2 Netzwerke

Wie bereits in Kapitel 3.1.2 erwähnt, sorgen Ängste vor Stigmatisierungen dafür, dass Angehörige sich zurückziehen und damit Unterstützungsmöglichkeiten verlieren. Es befinden sich also nicht nur Erkrankte in sozialer Isolation, sondern auch Angehörige drohen in diese zu geraten (vgl. Schmid/Spießl/Cording 2005, S. 276). Doch gerade verschiedene Netzwerke wie das private Umfeld und professionelle Helfer*innen sind wichtig, Angehörige zu entlasten.
Angehörige sollten die Hilfe von Freunden und Verwandten in Anspruch nehmen, um einen Teil der Verantwortung abzugeben (vgl. Mahnkopf 2007, S. 127). Wenn nötig, sollte auch professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden (vgl. ebd.). Dabei muss es sich nicht zwingend um eine eigene Behandlung handeln, sondern kann auch in Form von Selbsthilfe-und Angehörigengruppen wahrgenommen werden.
Gute Möglichkeiten zur Information, ohne sich direkt mit anderen austauschen zu müssen, bieten unzählige Ratgeber als auch Seiten im Internet (vgl. ebd.).

## 6.3 Freizeitgestaltung

Wenn jemand an Depressionen erkrankt, dreht sich der Alltag der Angehörigen nahezu nur noch um die Erkrankung. Doch diese sollten nicht vergessen, dass sie noch ein eigenes Leben haben, welches frei von depressiver Symptomatik gelebt werden kann (vgl. Müller-Rörich u.a. 2013, S. 153). Thomas Müller-Rörich nennt dieses Verhalten einen „gesunden Egoismus“, welchen er bei seiner Frau zur Zeit seiner Depression selbst erlebt hat (vgl. Planet Wissen 2021 [Video] 35:27-35:34 Min.).

Empfehlenswert für Angehörige ist es, die Alltagsroutine bestmöglich beizubehalten und im Alltag für positive Erlebnisse zu sorgen und diese zu genießen (vgl. Mahnkopf 2007, S. 127). Aus diesem Grund, und auch vielmehr um der eigenen Isolation zu entgegenzuwirken, ist es ratsam, den Kontakt zum Freundeskreis und eigene Hobbys zu pflegen (vgl. Müller-Rörich u.a. 2013, S. 153). Angehörige wünschen sich, sie könnten sich auch einmal zurückziehen, ohne direkt beschuldigt zu werden, sie würden dem Erkrankten kein Interesse schenken oder ihn nicht unterstützen wollen (vgl. ebd.). Diese Schuldgefühle und Ängste hindern sie daran, sich regelmäßige Auszeiten zu gönnen. Angehörige können z.B. mithilfe von Entspannungs-und Achtsamkeitsübungen oder Sport vom stressigen Alltag mit der Erkrankung abschalten (vgl. Mahnkopf 2007, S. 127).

Achtsamkeit kann in der Stressbewältigung, in diesem Fall aufgrund der Belastungen, einen wirksamen Einfluss haben. Sie kann dabei helfen, das endlose Grübeln zu erkennen und zu beenden und diese Gedanken nicht als Tatsachen zu betrachten. Zudem sorgt sie dafür, positive Erlebnisse und Augenblicke bewusster bzw. intensiver wahrzunehmen. Ein weiterer positiver Aspekt der Achtsamkeit ist die Entwicklung von Mitgefühl mit sich selbst, welche drei Wirkungen beinhaltet. Zum einen ist es das Ziel, seine Fehler und Schwächen zu akzeptieren, anstatt sich selbst mit Schuldzuweisungen zu begegnen. Zum anderen sollte ein Bewusstsein dafür geschaffen werden, dass negative Erfahrungen die Menschen miteinander verbinden und nicht trennen. Dies bedeutet, dass niemand mit seinen Gedanken und Gefühlen allein ist. Zuletzt geht es darum, negativen Gedanken und Emotionen offen und akzeptierend zu begegnen, statt sie zu verdrängen und zu unterdrücken. (vgl. Michalak/Meibert/Heidenreich 2018, S. 56ff.)

## 7. Fazit und abschließende Diskussion

In dieser Arbeit wurde das Ausmaß der zahlreichen Belastungen von Angehörigen depressiv Erkrankter deutlich. Wie belastend sie die jeweiligen Situationen wahrnehmen ist individuell abhängig von ihren Bewertungen und kognitiven Prozessen. Subjektive Belastungen sind geprägt von Gefühlen der Schuld, Scham, Angst, Sorge, Überforderung, Hilflosigkeit, Einsamkeit, Enttäuschung und Trauer. Zudem zeigen die angeführten Ergebnisse der Studien, wie erschwerend die Suche nach Unterstützung für Angehörige ist und sie von ihrem sozialen Umfeld als auch professionellen Helfer*innen kaum bis gar nicht ernst genommen werden. Sie sind regelrecht dazu gezwungen, aktiv nach Hilfe und entlastenden Angeboten für sich zu suchen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Umgang mit depressiv Erkrankten ein Hauptproblem im Alltag darstellt. Um Betroffene zu unterstützen sollten Angehörige ihnen einfühlsam, respektvoll, aufmerksam und rücksichtsvoll begegnen, auch wenn sich dies durch die Symptomatik, welche Betroffene oft eiskalt erscheinen lässt, nur erschwert umsetzen lässt. Zudem ist es wichtig für Betroffene als auch für Angehörige, dass sie klar zwischen der Persönlichkeit der Erkrankten und der Erkrankung selbst unterscheiden, um die Kommunikation zu erleichtern und sich besser abgrenzen zu können. Die Informationsbeschaffung und Psychoedukation durch Ratgeber, Gruppen etc. kann helfen, Verständnis über die Erkrankung und den Umgang mit dieser zu erlangen und kann gleichzeitig emotional entlasten.
Angehörige neigen dazu, Kommunikation schlichtweg zu vermeiden oder kommunizieren nicht offen und ehrlich, was sich auf die Beziehung als auch auf ihr eigenes psychisches Wohlbefinden auswirkt, da die eigenen Gefühle der Angehörigen unterdrückt werden. Doch es zeigt sich, dass dies eine wichtige Stütze ist, um die gemeinsame Beziehung zu erhalten und zu fördern. Dies kann zudem hilfreich sein, um den Tagesablauf gemeinsam zu gestalten. Denn dieser ist eine große Unterstützung für Betroffene, bedeutet aber gleichzeitig auch viel Motivationsarbeit seitens der Angehörigen, welche sich durch das Abwägen von zu viel oder zu wenig Übernahme der Verantwortung deutlich belastet fühlen. Ziel sollte es sein, den gewohnten Tagesablauf nach Möglichkeit beizubehalten.

Es war mir, neben den anderen Punkten, sehr wichtig die Frage zu beantworten, wie Angehörige neben diesen zahlreichen Belastungen für Selbstschutz und Entlastung sorgen können. Dies ist von großer Priorität, da die Gefahr besteht, dass sie selbst in soziale Isolation oder psychi-

sche Erkrankung geraten, da die Balance zwischen Geben und Nehmen eine große Herausforderung darstellt.

In erster Linie ist es wichtig für emotionale Entlastung zu sorgen und über jegliche Gefühle zu sprechen. Ergebnisse von Studien zeigen, dass insbesondere Angehörigengruppen eine gute Möglichkeit sind, sich mit anderen Angehörigen auszutauschen und so neue Bewältigungsstrategien für sich zu finden. Doch auch die Suche nach Gesprächen mit Familie und Freund*innen kann entlastend sein, wobei die Angst vor Diskriminierung ein Hindernis ist, welches es oft erst einmal zu überwinden gilt.

Zudem stellt das soziale Umfeld wie z.B. Familie, Freund*innen und auch professionelle Helfer*innen ohnehin eine wichtige Ressource für Angehörige dar. Sie können nicht nur bei der emotionalen Entlastung unterstützen, sondern auch bei der Übernahme von Verantwortung und Aufgaben. Wichtig ist nur, dass Angehörige diese Hilfsangebote annehmen, um einen Teil der Belastung zu reduzieren oder abzugeben.

Einen letzten und dritten Punkt, welchen Angehörige möglichst beachten sollten, ist die Gestaltung der Freizeit. Sie sollten versuchen, ihren gewohnten Alltag nach Möglichkeit beizubehalten. Zudem ist die Pflege von Kontakt zu Familie und Freund*innen etc. wichtig, um der bestehenden Gefahr der sozialen Isolation entgegenzuwirken und Unterstützungsmöglichkeiten nicht zu verlieren. Statt sein eigenes Leben zu vergessen, sollte es weiterhin genossen werden und positive Erlebnisse gesammelt werden. Insbesondere ist es ratsam für Angehörige, Zeit ohne die Betroffenen zu verbringen, da häufig nur noch die Erkrankung im Mittelpunkt steht. Die Freizeit kann mit der Durchführung von Entspannungs-und Achtsamkeitsübungen zusätzlich sinnvoll gestaltet werden, da es zur unmittelbaren Entlastung führen kann und gleichzeitig für Selbstreflexion sorgt.

Diese Arbeit hat einen Überblick darüber gegeben und informiert, wie Angehörige depressiv Erkrankte unterstützen können und sich, neben den zahlreichen Belastungen, selbst schützen können. Alle Punkte sind selbst aus Recherchen zusammengefasst und zugeordnet und beinhalten mit Sicherheit nicht jede einzelne Unterstützungsmöglichkeit oder Form der Selbstfürsorge.

Ausschlaggebend dafür war meine Literaturrecherche, welche sich aufgrund der wenigen Quellen zum Thema dieser Arbeit sehr schwierig gestaltete. Zu depressiv Erkrankten hingegen fand sich sehr viel und ausreichend Literatur.

Dies bestätigt mir, dass Angehörige meist nicht als mit betroffen betrachtet werden und kaum in den Fokus genommen werden. Auch eigene praktische Erfahrungen prägen diese Arbeit. Ich hatte bereits die Möglichkeit in zwei sozialpsychiatrischen Einrichtungen, in einer Wohneinrichtung als auch einer Tagesstätte, zu arbeiten. In keinen der beiden waren Angehörige in irgendeiner Form beteiligt oder wurden in die Behandlung und Angebote mit einbezogen. Dies empfinde ich als sehr widersprüchlich, da die Aufgabe der Klinischen Sozialarbeit darin liegt, die Umwelt des Individuums in den Blick zu nehmen und ich Angehörige definitiv dem sozialen Umfeld zuordne. Sie stellen eine wichtige Ressource für depressiv Erkrankte dar und können die Behandlung positiv beeinflussen und Betroffene bei dieser unterstützen. Zudem stehen sie Betroffenen meist sehr nah und erleben das Verhalten dieser alltäglich, was sie auch zu Expert*innen der Erkrankung macht.

Es sollte ein großes Anliegen in psychiatrischen Institutionen sein, Angehörige zu unterstützen und zu entlasten, da die Gefahr besteht, dass sie den Belastungen nicht stand halten und sich letztendlich selbst in psychiatrische Behandlung begeben müssen.
Diese Problematik sollte präventiv angegangen werden, indem Angehörige von professionellen Helfer*innen Zugang zu Informationen zur Erkrankung, Behandlung und dem Umgang erhalten. Diesbezüglich kann die Schweigepflicht zwar ein Hindernis darstellen, kann aber nicht Grund dafür sein, dass Angehörige gänzlich unbeachtet bleiben und mit ihren Belastungen nicht ernst genommen werden. Zudem ist es wichtig, die Angebote für Angehörige auszubauen und diese so niedrigschwellig wie möglich zu gestalten, damit immer mehr diese in Anspruch nehmen.

Ich empfinde es teilweise als sehr erschreckend, dass selbst professionelle Helfer*innen, welche alltäglich mit psychischen Erkrankungen und deren Auswirkungen in Berührung kommen, die Anliegen und Probleme der Angehörigen scheinbar nicht sehen. Demnach denke ich, dass es noch ein weiter Weg ist, bis Angehörige ebenfalls als betroffen angesehen und ausreichend unterstützt werden.

## Literaturverzeichnis


AOK-Die Gesundheitskasse: Lösungsfilm. Keine Diskussion. Video (2:04 Min.) URL: https://depression.aok.de/depression-und-alltag/negative-gedanken/loesungsfilm-keine-diskussionen/ [Stand 21.05.2021]

ApK-Berlin: Tagung im „Offenen Dialog“ am 6. und 7. Juni 2019. Interview mit einem teilnehmenden Angehörigen. URL: https://www.apk-berlin.de/sites/default/files/content/public/downloads/homepage/2019-08-08-interview-schach-hh-1.pdf [Stand 02.06.2021]

BApK (2020a): Stefan K. spricht als Angehöriger über Depression. Youtube-Video (14:03 Min.) 20.05.2020. https://www.youtube.com/watch?v=DWZPXjIQ1-4 [Stand 04.05.2021]

BApK (2020b): Postpartale Depression. „Wir mussten einfach die Reißleine ziehen“. Youtube-Video (8:55 Min.) 29.09.2020. https://www.youtube.com/watch?v=kpCXTJiR6W4 [Stand 04.05.2021]

BApK (2020c): Jurand Daszkowski über seine Depression. YouTube-Video (13:08 Min.) 02.06.2020. https://www.youtube.com/watch?v=rtl-e6TOtj0 [Stand 04.05.2021]

Barnow, Sven: Therapie wirkt! So erleben Patienten Psychotherapie. Berlin-Heidelberg 2013.

Berking, Matthias/ Radkovsky, Anna: Affektive Störungen und Suizidalität. In: Berking, Matthias/ Rief, Winfried (Hrsg.): Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor. Berlin-Heidelberg 2012, S. 29-67.

BfArM/BMG/KKG: ICD-10-GM Version 2021, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Stand: 18. September 2020. Köln 2020. URL: www.dimdi.de – Klassifikationen – Downloads – ICD-10-GM – Version 2021 [02.11.2020]

Bischkopf, J./Wittmund, B./Angermeyer M. C.: Alltag mit der Depression des Partners. In: Psychotherapeut. 47 (2002), H. 1, S. 11-15.

DGPPN u.a.: Nationale Versorgungsleitlinie. Unipolare Depression. 2. Aufl. o. O. 2017.

Falkai, Peter u.a.: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. 2. korr. Aufl. Göttingen 2018.

Fleischmann, Heribert/Klupp, Agnes: Zur Lebensqualität der Angehörigen psychisch Kranker. In: Psychiatrische Praxis. 31 (2004), S. 114-116.

Haenel, Thomas. Depression-das Leben mit der schwarz gekleideten Dame in den Griff bekommen. 2. Aufl. Basel 2018.

Hammer, Matthias/Plößl, Irmgard: Irre verständlich. Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen. 1. Aufl. Bonn 2012.

Harter, Christian/Kick, Jella/Rave-Schwank, Maria: Psychoedukative Gruppen für depressive Patienten und ihre Angehörigen. In: Psychiatrische Praxis. 29 (2002), H. 3, S. 160-163.

Härter, M./Schneider, F.: Affektive Störungen (F3). In: Schneider, Frank (Hrsg.): Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin-Heidelberg 2012, S. 296-319.

Heinrichs, Markus/Stächele, Tobias/Domes, Gregor: Stress und Stressbewältigung. Bd. 28, Göttingen 2015.

Infodrog: Präventionslexikon A-Z. URL: https://www.infodrog.ch/de/wissen/praeventionslexikon/inzidenz-und-praevalenz.html [Stand 03.04.2021]

Jungbauer, Johannes/Bischkopf, Jeanette/Angermeyer, Matthias C.: Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. In: Psychiatrische Praxis. 28 (2001), H. 3, S. 105-114.

Keller, Ferdinand/Schuler, Bernadette: Angehörigengruppen in der stationären Depressionsbehandlung. In: Psychiatrische Praxis. 29 (2002), H. 3, S. 130-135.

Kipp, Johannes/Unger, Hans-Peter/Wehmeier, Peter M.: Beziehung und Psychose. Leitfaden für den verstehenden Umgang mit schizophrenen, depressiven und manischen Patienten. 2. Aufl. Gießen 2006.

Köhler, Thomas: Biologische Grundlagen psychischer Störungen. 3. überarb. Aufl. Göttingen 2019.

Laux, G.: Depressive Störungen. In: Möller, H.-J./Laux, G./Kampfhammer, H.-P. (Hrsg.): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Bd. 2. 4. Aufl. Berlin-Heidelberg 2011. S. 372-460.

Mahnkopf, Angela: Basiswissen. Umgang mit depressiven Patienten. Bonn 2007.

Michalak, Johannes/Meibert, Petra/Heidenreich, Thomas: Achtsamkeit üben. Hilfe bei Stress, Depression, Ängsten und häufigem Grübeln. Göttingen 2018.

Müller-Rörich, Thomas u.a.: Schattendasein. Das unverstandene Leiden Depression. 2. Aufl. Berlin-Heidelberg 2013.

O'Connor, Richard: *Die Schatten für immer vertreiben. Selbsthilfe bei Depressionen-über Therapie und Medikamente hinaus*. Junfermann-Verlag 2017. URL: http://ebookcentral.proquest.com/lib/hs-nb/detail.action?docID=5058487.

Pauls, Helmut: Klinische Sozialarbeit. In: Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. 11 (2015), H. 3.

Peukert, Reinhard: Die unsichtbaren Angehörigen. Bruder oder Schwester eines psychisch kranken Menschen. In: Psychiatrische Praxis. 45 (2018), H. 2, S. 106-108.

Planet Wissen: Mit Depressionen leben. Video (58:03 Min.) 25.10.2016 URL: https://www.planet-wissen.de/video-mit-depressionen-leben-100.html [Stand 20.05.2021]

Rummel-Kluge, Christine/Kluge, Michael/Kissling, Werner: Psychoedukation bei Depression. Ergebnisse zweier Umfragen im Abstand von fünf Jahren in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In: Psychiatrische Praxis. 42 (2015), H. 6, S. 309-312.

Rusch, Stephan: Stressmanagement. 2. Aufl. Bremen 2012.

Schmid, R./Spießl, H./Vukovich, A./Cording C.: Belastungen von Angehörigen und ihre Erwartungen an psychiatrische Institutionen. In: Fortschritte der Neurologie. Psychiatrie. 71 (2003), H. 3, S. 118-128.

Schmid, Rita/Spießl, Hermann/Cording, Clemens: Zwischen Verantwortung und Abgrenzung. Emotionale Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. In: Psychiatrische Praxis. 32 (2005), H. 6, S. 272-280.

Schmid, Rita/Spießl, Hermann/Peukert, Reinhard: „Außen vor und doch mitten drin“ - Die Situation von Geschwistern psychisch Kranker. In: Psychiatrische Praxis. 31 (2004), H. 5, S. 225-227.

Stiftung Gesundheitswissen: Depression - Erfahrungsbericht eines Angehörigen. YouTube-Video (3:37 Min.) 07.05.2019. https://www.youtube.com/watch?v=78UJnsIwNhI [Stand 14.05.2021]

Thom, Julia u.a.: Nehmen Depressionsdiagnosen bevölkerungsweit zu? Prävalenzen selbstberichteter ärztlich diagnostizierter Depression in den repräsentativen Querschnittsstudien „Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)“ der Jahre 2009 und 2012. In: Psychiatrische Praxis. 46 (2019), H. 6, S. 310-16.

WDR-Doku: "Meine Schwester hat Depressionen" - Angehörige zwischen Liebe und Hilflosigkeit | WDR Doku. YouTube-Video (43:13 Min.) 07.04.2020. https://www.youtube.com/watch?v=zhkPNxErbjM [Stand 14.05.2021]

Wenninger, Gerd u.a.: Spektrum. Lexikon der Psychologie. URL: https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/belastung/2088 [Stand 27.04.21]

Wieser, Erika u.a.: Psychische Störung und Partnerschaft. Auswirkungen und Belastungen affektiver Störungen auf die Partnerschaft. In: Psychiatrische Praxis. 43 (2016), H. 6, S. 305-311.

Wirtz, Markus Antonius (2021a): Dorsch. Lexikon der Psychologie. URL: https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/pharmakotherapie#search=707a6360cd57ae3636e264febe69ba6b&offset=0&open-citation-modal=1 [Stand 26.04.21]

Wirtz, Markus Antonius (2021b): Dorsch. Lexikon der Psychologie. URL: https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/psychotherapie#search=e2cae2a74813b63fd7b60fd9ede214df&offset=1 [Stand 27.04.21]

Wirtz, Markus Antonius (2021c): Dorsch. Lexikon der Psychologie. URL: https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/psychoedukation#search=65d8f89fed50e9160b73ad98e5e96280&offset=0 [Stand 12.05.2021]

Wittmund, Bettina/Nause, Bianca/Angermeyer, Matthias C.: Alltagsbelastungen von Partnern psychisch Kranker-Ansätze für eine nutzungsorientierte Angehörigenarbeit. In: Psychiatrische Praxis. 32 (2005), H. 5, S. 233-238.

Wolfersdorf, Manfred: Depressionen verstehen und bewältigen. 4. Aufl. Berlin-Heidelberg 2011.