



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences

Masterthesis

**Das Leben mit der Depression- Konzepte der Beratung für Familien**

vorgelegt von

Britta Stöckel

Studiengang: Master Beratung 4.Semester

Hochschule Neubrandenburg im SS 2019

urn:nbn:de:gbv:519-thesis 2018-0671-5

Datum der Abgabe: 22.08.2019

Erstprüfer: Prof. Andreas Speck

Zweitprüfer: Daniel Herz

## Inhalt

Einleitung .....	1
1. Begriffliche Einordnung.....	3
1.1. Depression .....	3
1.2. Angehörige.....	4
1.3. Angehörigenberatung.....	5
1.4. Sozialwissenschaftliche Hermeneutik .....	5
2. Depressives Erleben: Alles durch die schwarze Brille.....	6
2.1. Depressives Syndrom .....	8
2.2. Klassifikation der Depression nach ICD 10 .....	9
2.2.1. F32 Depressive Episode .....	9
2.2.2. F32.0 Leichte depressive Episode .....	10
2.2.3. F32.1 Mittelgradige depressive Episode .....	10
2.2.4. F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome.....	10
2.2.5. F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen.....	10
2.2.6. F 33 Rezidivierende depressive Störungen .....	11
2.2.7. F31 Bipolar affektive Störung (früher auch als manisch-depressive Krankheit bezeichnet) .....	11
2.2.8. F32 Anhaltende affektive Störung ( Zykllothymia, Dysthymia).....	11
2.2.9. Anpassungsstörungen .....	11
2.3. Häufigkeit und Verlauf .....	12
3. Erklärungsansätze.....	14
4. Leben mit einem Depressiv Erkrankten .....	17
4.1. Auswirkungen auf die Angehörigen .....	17

4.2.	Belastung der Angehörigen in Zahlen .....	19
4.3.	Interaktionsmodelle .....	21
4.4.	Angehörigenforschung.....	24
4.4.1.	Geschichtliche Entwicklung.....	24
4.4.2.	„Caregiver-Burden“ Konzept .....	25
4.4.3.	„High Expresses Emotion“-Verhalten der Angehörigen.....	26
4.4.4.	Die Aggressions-Suppressions-Hypothese.....	27
4.4.5.	Kritische Diskussion des Forschungsstandes .....	28
4.5.	Depression und die Auswirkungen auf die Partnerschaft .....	29
4.5.1.	Auswirkungen auf die Sexualität.....	32
4.5.2.	Auswirkungen auf die Gesundheit .....	34
4.5.3.	Suizidalität.....	34
4.6.	Wahrnehmung aus Perspektive des Angehörigen .....	36
4.6.1.	Depression als Ausdruck von Stress.....	36
4.6.2.	Depression als Lebenskrise .....	37
4.6.3.	Depression als Krankheit oder Krankheitsfolge.....	37
5.	Unterstützung für Angehörige.....	38
5.1.	Angehörigenarbeit .....	38
5.2.	Familientherapie .....	42
5.3.	Paartherapeutische Ansätze .....	45
5.4.	Interpersonelle Psychotherapie .....	46
5.4.1.	Miteinbeziehen der Bezugspersonen in der Anfangsphase .....	49
5.4.2.	Einbezug der Bezugspersonen bei interpersonellen Auseinandersetzungen..	50
5.4.3.	Einbezug von Bezugspersonen in Krisensituationen .....	50
5.5.	Sozialpsychiatrischen Beratung.....	50
5.5.1.	Stellung und Aufgaben von Beratung in der Sozial- und Gemeindepsychiatrie	50
5.5.2.	Besonderheiten und spezifische Aufgaben sozialpsychiatrischer Beratung...	52
5.5.3.	Angehörigenberatung .....	53

5.5.4.	Klientenzentrierte Angehörigenberatung .....	54
5.6.	Psychoedukation in der Therapeutische Angehörigengruppe .....	57
5.6.1.	Psychoedukation für Angehörige in Zahlen .....	58
5.6.2.	Psychoedukative Angehörigengruppen .....	58
5.6.3.	Trialogische Gespräche .....	59
5.7.	Angehörigen-Selbsthilfegruppen .....	61
6.	Zusammenfassung und Ausblick .....	63
7.	Quellenverzeichnis .....	65
8.	Eidesstattliche Erklärung.....	67

## Einleitung

In der nun folgenden Masterthesis sollen die Auswirkungen einer Depressionserkrankung auf das Familiengefüge untersucht werden. Hier werden insbesondere die Faktoren Partnerschaft, Beziehung, Familie und weitere Angehörige betrachtet und gezielte Hilfsangebote gegenübergestellt. Warum ist dieses Thema gewählt worden?

Mit der Psychiatriereform und dem Aufbau gemeindenaher ambulanter Angebote hat die Bedeutung privater Netzwerke für die psychiatrische Versorgung erheblich zugenommen. So werden heute z. B. die meisten depressiven Patienten nach einem relativ kurzen Klinikaufenthalt wieder nach Hause, und dies heißt in vielen Fällen: in die Familie entlassen. Für die verstärkte Einbeziehung der Angehörigen in den Rehabilitationsprozess spricht natürlich, dass kein noch so gutes professionelles Unterstützungsangebot die natürlichen sozialen Einbindungen in Familie und Partnerschaft ersetzen kann. Andererseits kann die Betreuung eines psychisch kranken Patienten mit vielfältigen Problemen verbunden sein, die die Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen der Familie als Rehabilitationsinstanz aufwerfen. Die im Zusammenleben mit einem psychisch Kranken entstehenden Beeinträchtigungen und das Leid der Angehörigen sind in der psychiatrischen Fachliteratur bereits vielfach thematisiert worden. Vor allem in den englischen und amerikanischen „caregiver-burden-studies“ wurden in den letzten Jahrzehnten zahlreiche Befunde zusammengetragen, die einen hohen Grad an Belastung bei Angehörigen psychisch kranker Menschen belegen. Das Anliegen der vorliegenden Masterthesis ist es, einen zusammenfassenden Überblick über Entwicklungslinien und Forschungsergebnisse dieser Angehörigenforschung zu geben. Aber auch ein persönlicher Bezug motiviert mich, das Thema der Angehörigenberatung aufzugreifen. Als Angehörige und Partnerin eines an Depression und Burnout erkrankten Mannes wurde ich sowohl von der Psychiatrischen Klinik, als auch vom behandelnden Psychiater wenig unterstützt. Ich suchte dringend Hilfe in Bezug auf meine empfundene Angst vor den Veränderungen des Partners, meiner Ohnmacht in Bezug auf Suizidankündigungen und abweisendem Verhalten und meiner Belastungen bezüglich der depressionsbedingten Symptomatik. Doch ich erhielt von der aufnehmenden Klinik weder Beratung noch Unterstützung. Es erfolgten keine Angehörigengruppen und keine Aufklärungsgespräche für Angehörige. Dies war für mich als nahestehende Angehörige sehr schwer ertragbar und ich möchte diese Arbeit nutzen, Möglichkeiten der Angehörigenarbeit aufzuzeigen und die Notwendigkeit dessen herauszustellen. Wie können Angehörige mit der Erkrankung umgehen, wo

können sie sich Unterstützung holen? Gibt es gezielte Beratungskonzepte, die den Angehörigen Entlastung und Hilfe bieten?

Folgende zentrale Forschungsfrage soll mithilfe dieser literaturgestützten Arbeit untersucht werden. Inwieweit können Konzepte der psychosozialen Beratung eine Unterstützung für Familien darstellen, die mit einem depressiv Erkrankten leben? Durch die Interpretation der aktuellen Literatur, wozu Internetquellen und Zeitschriftenartikel gehören, wird versucht, einen aktuellen Wissens- und Forschungsstand der Angehörigenberatung wiederzugeben.

Aus der zentralen Fragestellung ergibt sich der Aufbau der Arbeit, die im Folgenden kurz skizziert werden soll:

Im ersten Kapitel wird zunächst in Form von Definitionen eine begriffliche Einordnung vorgenommen. Gerade die Begriffe Angehörige und Angehörigenarbeit werden aus Sicht der aktuellen Angehörigenforschung genauer definiert. Da die Masterthesis im Sinne der Sozialwissenschaftlichen Hermeneutik erarbeitet wird, gibt es eine kurze Einführung zu den Hintergründen der angewandten Forschungsmethodik. Nachdem im ersten Kapitel dieser Arbeit grundlegende Begriffe geklärt wurden, werden im zweiten Kapitel sowohl das subjektive Erleben einer Depressionserkrankung beschrieben, die Symptomatik mit Hilfe des ICD 10 erläutert, die vielfältigen Ausprägungen und Krankheitsstufen dargelegt und die terminologische Einordnung des Wortes „Depressives-Syndrom“ als aktueller Forschungsstand vorgenommen. Die Relevanz der Beschäftigung mit dem Thema Depression wird anhand der zunehmenden Erkrankungsraten herausgestellt. Im dritten Kapitel wird der Versuch unternommen, die Ursachen für die Entstehung der Depression kurz anhand von gängigen Theorien herauszustellen. Dazu werden biologische, psychologische und soziale Entstehungstheorien aufgezählt und die Verzahnung der einzelnen Mechanismen dargestellt. Da diese Thesis ihren Fokus auf die Depression in Zusammenhang mit den sozialen Bezügen und Wirkmechanismen in der Familie legt, werden hier auch vorwiegend interpersonelle Auslöser der Erkrankung thematisiert. Nachdem jetzt im zweiten und dritten Kapitel die Erkrankung der Depression aus dem Blickwinkel der Erkrankten umrissen wird, werden im vierten Kapitel die Angehörigen, deren Erfahrungen mit der Erkrankung, ihren subjektiven und objektiven Belastungen und die Auswirkungen auf das Familiensystems in den Mittelpunkt gestellt. Es werden Interaktionsmodelle zwischen Erkrankten und Angehörigen gegenübergestellt sowie empirisch belegt. Die Anfänge und geschichtliche Entwicklung der Angehörigenforschung, drei gängige und durch zahlreiche Studien belegte Konzepte der Belastung von Angehörigen durch affektive Erkrankung und ein kritischer Blick auf methodologische Unklarheiten in diesem Forschungszweig erfolgen im Anschluss.

Nachdem die Auswirkungen auf die Angehörigen im Allgemeinen dargestellt werden, präzisiert sich der Fokus dann auf die Auswirkungen auf die Partnerschaft. Der Zusammenhang zwischen Paarbeziehung und Depression wird ausführlich beschrieben und mit Studien belegt. Die Auswirkungen auf die Sexualität, auf die Gesundheit und den Umgang mit Suizidalität ermöglichen noch einmal einen kleinschrittigen Blick auf die Mechanismen und Auswirkungen. Nachdem jetzt die Belastungsfaktoren der Angehörigen und Familien im vierten Kapitel beleuchtet wurden, wird im fünften Kapitel ein Versuch unternommen, Unterstützungsangebote für belastete Angehörige herauszufiltern. Nach einer Systematik nach Katschnig und Konieczna wird die Angehörigenarbeit nach den Gesichtspunkten der Experten- oder Angehörigendominanz eingruppiert. Als große Therapierichtung und Unterstützungsangebot für die Familien wird die Familientherapie mit ihren paartherapeutischen Ansätzen erläutert, sowie die Interpersonelle Psychotherapie, die gezielt für depressive Erkrankungen konzipiert und die Einbeziehung von Angehörigen ermöglicht. Im fünften Kapitel wird auch der sozialpsychiatrischen Beratung, mit der Angehörigen-Beratung und des klientenzentrierten Ansatzes in der Beratung ein großer Raum gegeben. Da die Thesis ein interdisziplinäres und fachübergreifendes Werk darstellt, gibt es nun eine ganz gezielte Möglichkeit der Unterstützung von Angehörigen aus der Beratungswissenschaft. Die dialogische Kommunikation wird ebenfalls als psychosoziale Beratungsmethode dargestellt. Die Unterstützungsangebote werden mit Ausführungen über die Selbsthilfegruppen, die wenig bis keine Expertendominanz aufweisen, abgeschlossen.

In dieser Arbeit werden keine Behandlungsverfahren der Depression vorgestellt. Es gibt eine punktuell verkürzte Erläuterung der Entstehungsursachen von Depression und keine Selbsthilfverfahren für depressiv Erkrankte. Die Kinder in Familien mit psychisch erkrankten Eltern stellen ein großes sozialpsychiatrisches Gebiet dar, auf welches hier nicht explizit eingegangen werden kann. Obwohl aus Gründen der Lesbarkeit im Text die männliche Form gewählt wurde, beziehen sich die Angaben auf Angehörige beider Geschlechter.

## 1. Begriffliche Einordnung

### 1.1. Depression

Depressive Störungen zeichnen sich durch niedergeschlagene Stimmung, Interessen- und Freudverlust sowie Aktivitätsminderung aus. Am anderen Ende des Kontinuums der Affektivität findet sich die Manie, die mit einer euphorischen Stimmung oder Reizbarkeit und einem stark erhöhten Aktivitätsniveau einhergeht. Affektive Störungen, insbesondere die Depression,

kommen in der Allgemeinbevölkerung vergleichsweise häufig vor.<sup>1</sup> Depression zählt zu den schweren Krankheiten, die den ganzen Menschen umfasst, ihn in seinem körperlichen Befinden, seinem Erscheinen, seinem Denken, seiner Gestimmtheit und in seinen Gefühlen, seinen Bezügen zur Umwelt, zur eigenen Person und zur Zukunft bedroht. Die Erkrankung kann den Betroffenen bis hin zur Unfähigkeit beeinträchtigen, den eigenen Lebensverpflichtungen nachzukommen. Die Krankheit in ihrer tiefsten und schwersten Ausprägungsform umfängt den Erkrankten derart, dass dieser über sein eigenes Leid nicht mehr hinauszuschauen vermag und den Glauben an sich, an die Umwelt, an Hilfsmöglichkeiten und an die Zukunft verliert.<sup>2</sup>

## 1.2. Angehörige

In den Familien gibt es meist keine Modelle für den Umgang mit psychisch Kranken. Angehörige fühlen sich vom Verhalten des psychisch kranken Familienmitglieds überfordert und von der Umwelt, häufig auch von den Fachkräften allein gelassen. Zuweilen sind sie auch von Schuldgefühlen über mögliches eigenes Fehlverhalten geplagt. Angehörige von psychisch kranken Menschen sind oft, auch im höheren Lebensalter, immer noch und wieder die Eltern.<sup>3</sup>

Nach Aussagen von Bischoff gibt es in der Angehörigenforschung keinen homogenen Begriff des Angehörigen. Zuerst galten die Eltern, bzw. die Mütter der psychisch Erkrankten als Angehörige. Da vorwiegend Angehörige von Schizophrenie Erkrankten in stationären Einrichtungen befragt wurden, galten sie lange Zeit als Erstangehörige. In den regionalen und nationalen Angehörigengruppen sind bis heute die Eltern, bzw. die Mütter der Erkrankten am häufigsten vertreten. Bei vielen Untersuchungen bleibt es völlig unklar, wer gerade als Angehöriger befragt wird, ob es sich bei den befragten Angehörigen um Partner, Eltern, Geschwister, Kinder oder andere Bezugspersonen handelt. Als Teilnehmer von Studien werden hauptsächlich diejenigen ausgewählt, die von den Angehörigen als Bezugspersonen angegeben werden, z.B. bei stationärer Aufnahme. Bei depressiv Erkrankten ist es in den meisten Fällen der Partner, solange der Erkrankte nicht allein lebt. Daher ist relativ wenig über andere Angehörige, wie Eltern depressiver Menschen bekannt. Perlick hat im Jahr 1999 Kriterien angeführt, nach denen der Begriff „Angehöriger“ vergleichbar und systematisierbar gemacht werden kann. Solche Merkmale sind z.B. ein gemeinsamer Haushalt, das Bestehen der Beziehung über eine gewisse Zeitspanne oder eine Mindestdauer an täglichen oder wöchentlichen Kontakten. Es konnten sich aber keine

---

<sup>1</sup> vgl. Caspar et al 2018, S. 58

<sup>2</sup> vgl. Wolfersdorf 2011, S. 5

<sup>3</sup> vgl. Kardoff 2004, S. 1104

einheitlichen Kriterien durchsetzen, da das Leben und umso mehr das Zusammenleben von Menschen so vielgestaltig ist.<sup>4</sup>

### 1.3. Angehörigenberatung

In der Beratung von Angehörigen geht es neben der Information über Symptome und mögliche Krankheitsverläufe, Hinweise auf hilfreiche Kommunikationsformen und entlastende institutionelle Hilfen. Auf den „Freispruch der Familie“ und anderer Angehöriger von Schuldgedanken, die Stützung der Angehörigen, die die wichtigste soziale Unterstützung für den psychisch Kranken bilden, setzt die Angehörigenberatung ihren Fokus. Angehörige besitzen trotz oft konfliktreicher und kollusiver Beziehungsmuster großes Gewicht bei der Bewältigung der Krankheitsfolgen.<sup>5</sup> Nachdem jetzt die wichtigsten Begriffe definiert wurden, soll im nächsten Abschnitt die Forschungsmethode dieser Masterthesis näher erläutert werden.

### 1.4. Sozialwissenschaftliche Hermeneutik

Hans Georg Soeffner und seine Arbeitsgruppe entwickelten in den 1980er Jahren die Methodologie und ein Set methodischer Verfahrensweisen zur Interpretation textförmiger Daten. Das Ziel dieser Sozialwissenschaftlichen Hermeneutik ist es, die gesellschaftliche Bedeutung von sozialen Handlungen, Interaktionen und Interaktionsprodukten in Form von Typenbildung rekonstruktiv zu verstehen. Die Hermeneutik ist eine Antwort auf die Frage, wie die Operation „Verstehen“ gleichwohl gelingen kann, als methodisch kontrollierte wissenschaftliche Tätigkeit. Nach Soeffner knüpft die sozialwissenschaftliche Hermeneutik an das Verstehensverständnis der Hermeneutik von Schleiermacher dem Anfang des 19. Jahrhunderts an. Schleiermacher sah die Hauptaufgabe der Hermeneutik in der Sinnrekonstruktion, also in der hypothetischen Nachbildung des Sinnzusammenhangs, der verstehbar macht, warum die Autoren sich so ausdrücken, wie sie sich ausgedrückt haben. Bei der Methode der Sozialwissenschaftlichen Hermeneutik einer wissenssoziologisch forschenden verstehenden Soziologie geht es primär um die Rekonstruktion individueller und gesellschaftlicher Sinnkonstruktionen.<sup>6</sup>

In den folgenden Abschnitten soll nun ein bio-psycho-sozialer Blick auf die Erkrankung Depression genommen werden. Hier stehen das Erleben, die Symptome und die Belastungen der Betroffenen im Vordergrund. Die Eingruppierung nach dem ICD 10 ermöglicht eine umfangreiche Symptomaufstellung und grenzt somit das depressive Syndrom von den früher unterschiedenen endogenen, neurotischen und reaktiven Formen ab.

---

<sup>4</sup> vgl. Bischkopf 2005, S. 63

<sup>5</sup> vgl. Vgl. Kardoff 2004, S. 1104

<sup>6</sup> vgl. Kurt/Herbrik S. 473f

## 2. Depressives Erleben: Alles durch die schwarze Brille

Eine Zeit der Trauer nach dem Verlust einer geliebten Person oder einer wichtigen Sache, wie etwa den Beruf, eines Ideals oder eines wichtigen Lebenszieles kennt jeder Mensch. Diese Trauer zeigt sich von Mensch zu Mensch unterschiedlich, umfasst aber immer das Gefühl der Niedergeschlagenheit und einer traurigen Verstimmung. Die trauernde Person zieht sich zunehmend zurück, nimmt weniger Anteil an seiner Umwelt, erscheint gehemmt und ist sichtbar mit dem Verlust beschäftigt. Doch auch maßlose Enttäuschung und Wut über den Verlust des geliebten Menschen sind beobachtbar und eine natürliche Trauerreaktion. Trauer soll der Umwelt signalisieren, dass die trauernde Person Hilfe und Trost benötigt. Zur allmählichen Ablösung, Erholung und Neuorientierung kommt es durch die Beschäftigung mit dem Verlust. So kann die Trauer und der Verlust überwunden werden.

Doch Trauer kann sich auch so verdichten, dass keine normale, sondern eine krankhafte Reaktion vorliegt. Es fällt nicht immer leicht, die Grenze zwischen „normal“ und „krank“ zu bestimmen, dies variiert von Kultur zu Kultur.<sup>7</sup> Für die Umwelt ist es nicht immer leicht, die Depression zu erkennen und auch als Krankheit einzuordnen. „Die betroffenen Personen selbst sind diejenigen, die fast bis zuletzt nicht glauben können, dass sie krank sind und dass mit einer Willensanstrengung allein diese Störung nicht zu überwinden ist.“<sup>8</sup> Die Schilderung des subjektiven Erlebens der betroffenen Person führt zu einem großen Teil erst zur Diagnose der Depression. Doch die Schilderung allein bedeutet nicht, dass der Kranke sich selbst als depressiv bezeichnet oder gar seinen Zustand als affektive Krisensituation wahrnimmt.<sup>9</sup> Laut Carsten Spitzer sprechen wir „von klinisch bedeutsamen Depressionen, also krankhaften Zuständen, wenn die Intensität und die Dauer der Beschwerden deutlich über das normalerweise übliche Maß hinausgehen und den Betroffenen erheblich in seiner Lebensbewältigung beeinträchtigen“.<sup>10</sup> Das Vollbild einer Depression setzt sich aus der Kombination einer Vielzahl einzelner und unterschiedlichster Symptome und Beschwerden zusammen. Als wichtigstes Merkmal der Erkrankung wird von Betroffenen die depressive Stimmung genannt, die als Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, gar Verzweiflung beschrieben wird. Sie beschreiben das Gefühl der Gefühllosigkeit, als ob man innerlich tot wäre und sie weder von traurigen noch

---

<sup>7</sup> vgl. Spitzer C. 2008, S. 81

<sup>8</sup> Rahn E./ Mahnkopf A. 1999, S. 313

<sup>9</sup> vgl. Rahn E./ Mahnkopf A. 1999, S. 313

<sup>10</sup> Spitzer C. 2008, S. 81

von freudigen Ereignissen berührt werden. Depressive Personen beklagen Interessenlosigkeit an Dingen, die ihnen früher wichtig waren. Sie können sich nicht mehr freuen, sind schlapp, energielos, ausgebrannt und ermüden schnell. Das Erleben eines veränderten inneren und äußeren Antriebes wie beschrieben, wobei sowohl eine Verlangsamung und Hemmung als auch eine ungerichtete Unruhe vorkommen. Symptomatisch können sich stark quälende Einschränkungen des Gedächtnisses und der Konzentration zeigen. Die betroffenen Personen haben selbst den Eindruck, alltäglichen Anforderungen wie etwa das Einkaufen, nicht mehr bewältigen zu können. Einer zuvor gern gesehenen Fernsehsendung kann nun nicht mehr gefolgt werden und bei der Lektüre der Tageszeitung haben die Betroffenen bereits nach wenigen Zeilen vergessen, was sie zuvor gelesen haben.<sup>11</sup> Das Erfassen von komplexen Zusammenhängen erfolgt nicht mehr so rasch und häufig nicht mehr angemessen, außerdem kommt es zu massiven Entscheidungsschwierigkeiten. Die Gedanken der depressiven Personen kreisen häufig um Alltagsprobleme oder um angstbesetzte Themen, was von den Betroffenen als quälendes Grübeln beschrieben wird. Hinzu kommen Schlafstörungen jeder Art, wie z.B. Ein- und Durchschlafprobleme, frühmorgendliches Erwachen, auch übermäßiges Schlafen. Es kommt zu Appetitstörungen, häufig gepaart mit einem Gewichtsverlust. Selten kann auch ein gesteigerter Appetit z.B. auf Süßigkeiten auftreten. Für die meisten depressiv Erkrankten spielt die Sexualität gar keine Rolle mehr, da sie weder Lust noch Interesse an Zärtlichkeiten und Erotik verspüren. Dazu kommen andere körperliche und vegetative Beschwerden, wie z.B. Verstopfung, Kopfschmerzen, Muskelkrämpfe, unspezifische Herzbeschwerden, Ohrgeräusche, Übelkeit, Magenbeschwerden, Schwindel und Kreislaufschwäche. Diese Symptome stehen gerade bei Männern und älteren Menschen im Vordergrund, ohne dass eine traurige Stimmung, Antriebsarmut oder Interessenlosigkeit beklagt wird. Dies wird als „lavierende“ oder „maskierende „Depression bezeichnet.<sup>12</sup> Ein weiteres in diesem Zusammenhang benanntes Symptom bezieht sich auf das Thema Selbstwert. Das Gefühl, überflüssig, nutz- und wertlos zu sein, kein Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu haben, wird beschrieben. Im Vergleich zu anderen Menschen fühlen sich die Personen völlig minderwertig. Wenn der Selbstwertmangel, die Insuffizienz- und Schuldgefühle sich im Rahmen der Erkrankung stark verdichten, kann dies zu einem Bruch mit der Realität führen und die Betroffenen entwickeln einen Wahn, der sich typischerweise um die Themen Schuld, Versündigung, unheilbare Krankheit und Verarmung drehen. Betroffene können als extreme Ausprägung der Erkrankung einen nihilistischen Wahn entwickeln, bei dem sie überzeugt sind, dass die Nichtigkeit ihrer eigenen Person und der Welt insgesamt unkorrigierbar

---

<sup>11</sup> vgl. Spitzer C. 2008, S. 81

<sup>12</sup> vgl. Spitzer C. 2008, S. 82

ist. Sie geraten somit in eine Art Weltuntergangsstimmung. Diese wahnhaftige Depression stellt eine besondere Suizidgefahr dar. Die Betroffenen sind der festen Meinung, eine Schuld nur durch ihren Tod tilgen zu können. Bei allen depressiv Erkrankten spielt die Lebensüberdrüssigkeit eine gewichtige Rolle. Sie denken, dass ihr Tod eine Erleichterung für die Mitmenschen sei oder dass der Tod eine bessere Wahl sei, als den quälenden Zustand länger zu ertragen. Es kann von flüchtigen und vorübergehenden Überlegungen hin zu Selbstmordgedanken, Absichten und konkreten Plänen gesteigert werden.<sup>13</sup>

### 2.1. Depressives Syndrom

Um zwischen einem normalen Zustand der Trauer und einer Depression zu unterscheiden, gilt es für Professionelle, die Kombination, Intensität und Dauer der Beschwerden sowie die damit verbundenen Einschränkungen im Alltag abzuwägen. Wenn Symptome in einer typischen Kombination und Konstellation auftreten, spricht man von einem Syndrom. Wenn mehrere der zuvor beschriebenen Symptome gleichzeitig und in der Regel über mehrere Tage vorliegen und den Betroffenen beeinträchtigen, handelt es sich um ein depressives Syndrom. In Abhängigkeit von der Antriebslage kann das depressive Syndrom noch in gehemmter und agitiertes Form unterteilt werden. Im Vordergrund bei dem gehemmt depressiven Syndrom stehen Antriebshemmung, Energie- und Teilnahmslosigkeit sowie Entscheidungsunfähigkeit im Vordergrund. Dagegen ist das agitiertes-depressive Syndrom durch innere Bewegungsunruhe, Anspannung, Nicht-zur-Ruhe-Kommen und massive Schlafstörungen gekennzeichnet. Zunächst sind depressive Syndrome nichts anderes als Zustände, bei denen die verschiedensten depressiven Beschwerden in typischen Konstellationen vorkommen und persönliches Leid sowie Alltagsbeeinträchtigungen hervorrufen. Das depressive Syndrom tritt sowohl in Verbindung mit depressiven Störungen auf, als auch als Begleiterscheinung von einer Vielzahl körperlicher Krankheiten, beispielsweise durch Schilddrüsenerkrankungen, Gehirnerkrankungen oder durch Medikamente, wie Kortison. Daher ist unbedingt eine medizinische Diagnostik notwendig, um körperliche Ursachen auszuschließen.

---

<sup>13</sup> vgl. Spitzer C. 2008, S. 82

## 2.2. Klassifikation der Depression nach ICD 10

Bevor eine depressive Symptomatik diagnostiziert wird, fordert die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Ausschluss körperlicher Krankheiten.

In ihrer 10.Revision der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen benennt die WHO folgende diagnostische Kriterien einer depressiven Episode:

Allgemeine Kriterien
G1. Die depressive Episode sollte mindestens zwei Wochen dauern. G2. In der Anamnese finden sich keine manischen oder hypomanischen Symptome, die schwer genug waren, die Kriterien für eine manische oder hypomanische Episode zu erfüllen. G3. Die Episode ist nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen oder auf eine organische psychische Störung zurückzuführen.
Hauptsymptome (mindestens zwei der folgenden drei Symptome liegen vor)
B1. Depressive Stimmung, in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen und mindestens zwei Wochen anhaltend B2. Interessen- und Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren B3. Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit
Nebensymptome
C1. Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls C2. Unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle C3. Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid, suizidales Verhalten C4. Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit C5. Psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv) C6. Schlafstörungen jeder Art C7. Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung

Abbildung 1 Spitzer 2008, S. 84

### 2.2.1. F32 Depressive Episode

Bei dieser Diagnose finden sich mindestens zwei von drei Hauptsymptome sowie wenigstens zwei weitere depressive Symptome, die seit mindestens zwei Wochen vorliegen und nicht durch eine organische Ursache oder die Einwirkung psychotroper Substanzen zu erklären sind. Von der Anzahl der Symptome hängt der Schweregrad der depressiven Episode ab, wobei zwischen leichten, mittelgradigen und schweren Formen unterschieden wird, ob psychotische Phänomene

vorkommen oder nicht.<sup>14</sup> Der Patient leidet unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zur Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Nach jeder kleinsten Anstrengung kann ausgeprägte Müdigkeit auftreten. Der Appetit ist gemindert und der Schlaf ist meist gestört. Das Selbstwertgefühl und das Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Schuldgefühle oder Gedanken über die eigene Wertlosigkeit kommen sogar bei der leichten Form auf. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann so von sogenannten „somatischen“ Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust.<sup>15</sup>

#### 2.2.2. F32.0 Leichte depressive Episode

Gewöhnlich sind mindestens zwei oder drei der oben angegebenen Symptome vorhanden. Der betroffene Patient ist im Allgemeinen davon beeinträchtigt, aber oft in der Lage, die meisten Aktivitäten fortzusetzen.

#### 2.2.3. F32.1 Mittelgradige depressive Episode

Gewöhnlich sind vier oder mehr der oben angegebenen Symptome vorhanden und der betroffene Patient hat meist große Schwierigkeiten, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen.

#### 2.2.4. F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

Eine schwere depressive Episode liegt vor, wenn mehrere der oben angegebenen Symptome gleichzeitig beschrieben werden. Typischerweise besteht ein Verlust des Selbstwertgefühls und Gefühle von Wertlosigkeit und Schuld. Häufig treten Suizidgedanken und -handlungen auf. In den meisten Fällen liegen auch somatische Symptome vor.

#### 2.2.5. F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen

Zu der in F32.2 beschriebenen schweren depressiven Episode treten Symptome wie Halluzinationen, Wahnideen, psychomotorische Hemmung oder ein Stupor auf. Alltäglich soziale

---

<sup>14</sup> vgl. Spitzer 2008, S. 83

<sup>15</sup> DIMDI Internetquelle 2019

Aktivitäten sind unmöglich und es besteht Lebensgefahr durch einen Suizid oder durch mangelhafte Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme. Halluzinationen wie Wahn können, müssen aber nicht synthym sein.<sup>16</sup>

#### 2.2.6. F 33 Rezidivierende depressive Störungen

Unter diese Diagnose fallen solche Erkrankungen, bei denen es mehr als einmal zu einer depressiven Episode kommt, wobei die Dauer der Intervalle zwischen den depressiven Phasen sehr variabel sein kann.

#### 2.2.7. F31 Bipolar affektive Störung (früher auch als manisch-depressive Krankheit bezeichnet)

Wechselnde Phasen depressiver und manischer (gehobene Stimmung) Zustände treten bei diesem Krankheitsbild auf. Die Stimmung und das Aktivitätsniveau des Betroffenen sind in der manischen und in der depressiven Episode deutlich gestört. Es tritt in der manischen Phase eine gehobene Stimmung auf, vermehrter Antrieb und Aktivität, und dann wieder eine Stimmungsenkung und verminderter Antrieb und Aktivität. Wiederholte hypomanische oder manische Episoden sind ebenfalls als bipolar zu klassifizieren.

#### 2.2.8. F32 Anhaltende affektive Störung ( Zylothymia, Dysthymia)

Hierunter werden Stimmungsstörungen verstanden, die nicht schwer genug sind, um als depressive Episode zu gelten, aber doch mit einer gedrückten Stimmung einhergehen, jahrelang andauern und ein beträchtliches subjektives Leid nach sich ziehen. Während bei der Dysthymia die Verstimmung ausschließlich in eine depressive Richtung geht, ist die zylothyme Störung durch andauernde Instabilität der Stimmung mit zahlreichen Perioden von Depressivität und leicht gehobener Stimmung charakterisiert.

#### 2.2.9. Anpassungsstörungen

Bei den Betroffenen kommt es zu Zuständen subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung. Die Leistungsfähigkeit und die zwischenmenschlichen Beziehungen können nach

---

<sup>16</sup> vgl. DIMDI Internetquelle 2019

einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen beeinträchtigt sein. Die Symptome dieser Anpassungsstörung zeigen sich in depressiver Verstimmung sowie in Angst und Sorge, mit den täglichen Gegebenheiten nicht mehr fertig zu werden. Die Beschwerden sind nicht so stark ausgeprägt wie bei einer depressiven Episode und dauern in der Regel auch nicht solange an.<sup>17</sup>

Der ICD 10 macht als aktuell gültiges Klassifikationssystem bei den genannten Kategorien (mit Ausnahme der Anpassungsstörung) ausdrücklich keine Aussagen zu den Ursachen der depressiven Störungen. In früheren Einteilungen wurden die angenommenen Ursachen durchaus berücksichtigt. Es wurde traditionell zwischen endogenen, neurotischen und reaktiven Formen unterschieden. Aus verschiedenen Gründen gilt mittlerweile diese Einteilung als veraltet. Zum einen lassen sich die drei Formen aufgrund der Symptomatik nicht eindeutig voneinander unterscheiden. Zum anderen hat die Forschung gezeigt, dass bei allen Depressionsformen ähnliche Mechanismen eine Rolle spielen, so dass vermutete Ursachen zur Unterteilung nicht mehr sinnvoll sind.<sup>18</sup> Doch was sagt die empirische Wissenschaft zur Häufigkeit und Verlauf von affektiven Erkrankungen?

### 2.3. Häufigkeit und Verlauf

Die WHO hat die Depression als Volkskrankheit Nummer 1 in den Industrieländern bezeichnet.<sup>19</sup> Die Zahl der Menschen mit Depressionen steigt weltweit rasant an. 2015 waren nach einer Studie der WHO rund 233 Millionen Menschen betroffen, das sind 4,4 Prozent der Weltbevölkerung. Dies entspricht einem Wachstum von gut 18 Prozent innerhalb von nur 10 Jahren. Die Autoren der Studie führen diesen Anstieg auf das Bevölkerungswachstum und die längere Lebenserwartung zurück. Besonders ältere Menschen sind von Depressionen betroffen. Für Deutschland schätzt die WHO die Zahl der Menschen mit Depression auf 4,1 Millionen Menschen, das ergibt 5,2 Prozent der Bevölkerung. Von einer Volkskrankheit spricht die Stiftung Deutsche Depressionshilfe. Die Stiftung verweist darauf, dass Depressionen zu den häufigsten und mit Blick auf die Schwere am meisten unterschätzten Erkrankungen zählen. Besonderen Handlungsbedarf sieht die WHO gerade bei Jugendlichen, Frauen vor und nach der Geburt sowie älteren Menschen. Bei den Jugendlichen wird davon ausgegangen, dass diese wie keine andere Generation vor ihr unter Druck steht. Auch Social Media kann zu Depressionen und Angststörungen beitragen. Der Frauenanteil ist weltweit höher als der Anteil der erkrankten

---

<sup>17</sup> vgl. Spitzer 2008, S. 85

<sup>18</sup> vgl. Spitzer 2008, S. 88

<sup>19</sup> vgl. Spitzer 2008, S. 86

Männer. Gerade in der Altersgruppe von 55 bis 74 Jahren sind 7,5 Prozent der Frauen und 5,5 Prozent der Männer betroffen.<sup>20</sup> Depressionen haben volkswirtschaftliche Folgen. Es kommt derzeit zu einem Anstieg von Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsausfällen und Erwerbsunfähigkeiten. Bei den Frühberentungen steht Depression mittlerweile an erster Stelle. Jährlich werden circa 15000 Frühberentungen aus diesem Grund bewilligt. Die meisten depressiven Patienten erleben mehrere Episoden. Ein Viertel der Patienten hat im Verlauf von 10 Jahren nur eine einzelne Episode, drei Viertel erlebten mehrere depressive Phasen, wobei über die Hälfte der Betroffenen ein Jahr und fast ein Viertel sogar fünf Jahre symptomfrei waren. Circa 15-20 % der Depressionen gehen in einen chronischen Verlauf über. Das Suizidrisiko ist bei Depression besonders hoch. Es wird geschätzt, dass ungefähr die Hälfte aller Suizide im Rahmen einer Depression vollzogen wird. Dies sind in Deutschland ca. 7000 Suizide jährlich.<sup>21</sup>

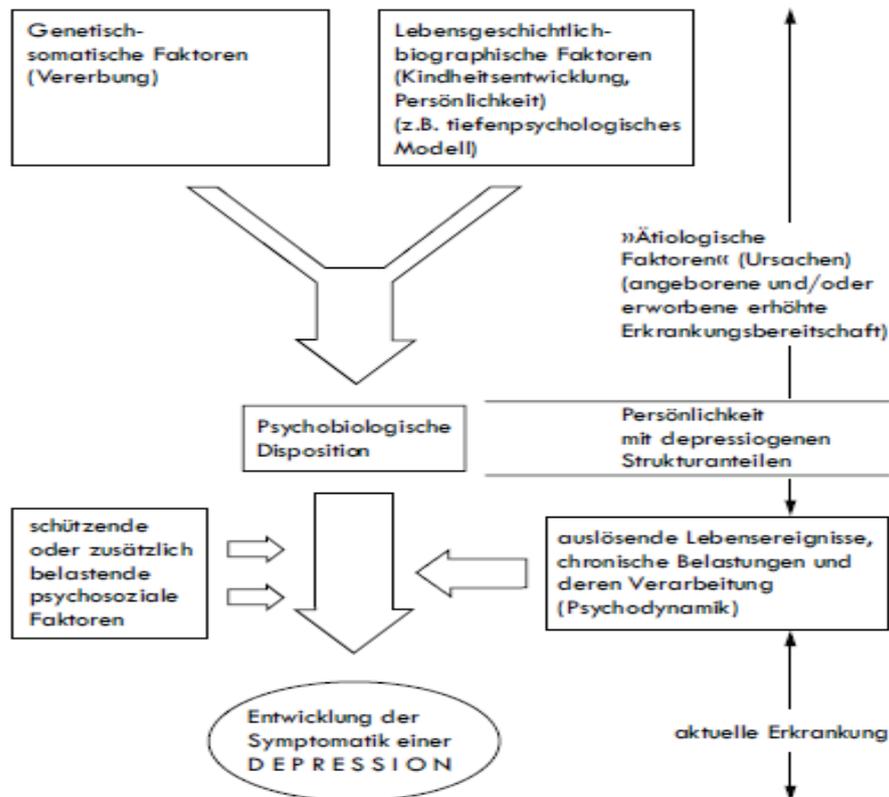
Da die stetig wachsende Zahl von Neuerkrankungen und die damit verbundenen gesellschaftlichen und sozialen und gesundheitlichen Folgekosten exponentiell steigen, wird nun ein Blick auf die Entstehungsursachen bzw. Wirkfaktoren gelegt.

---

<sup>20</sup> vgl. Deutsches Ärzteblatt (Internetquelle)

<sup>21</sup> vgl. Bischkopf 2015, S. 33

### 3. Erklärungsansätze



**Abb. 2.** Psychobiologisches Modell der Depressionsentstehung.

Abbildung 2: Wolfersdorf 2011, S. 37

Die Entstehung einer Depression ist das Ergebnis einer vielschichtigen Wechselwirkung aus Veranlagung, biografischen Erfahrungen, körperlichen Befinden und sozialer Situation.<sup>22</sup> Für die Depression gibt es körperliche, seelische und/oder soziale Bedingungen, die bei einem Menschen zu einer sogenannten „psychobiologischen Disposition“ führen, auf deren Grundlage sich beim Auftreten bestimmter auslösender Ereignisse die Erkrankung entwickelt. Dies geschieht insbesondere dann, wenn weitere und zusätzliche belastende Faktoren hinzukommen. Die amerikanischen Autoren Akiskal und McKinney beschreiben die Depression als gemeinsame psychobiologische Endstrecke verschiedener Faktoren und deren Interaktion. Eine Depression entsteht als Ergebnis des Zusammentreffens verschiedener Prozesse und Faktoren sowohl auf biologisch-physiologischer Ebene (Vererbung, physiologische Belastungen, depressionsauslösende Medikamente), als auch auf lebensgeschichtlich-biografische und aktuell psychosozialer Ebene Entwicklung von früheren Beziehungen, Gestaltung im Erwachsenenalter,

<sup>22</sup> vgl. Haenel 2018, S. 18

psychosoziale Belastungsfaktoren, bestimmte Persönlichkeitscharakteristika, die eher zur depressiven Verarbeitung von Belastungen neigen lassen.<sup>23</sup> Unter der genetischen Komponente kann nach Auffassung von Spitzer das gehäufte Auftreten von Depression in manchen Familien verstanden werden. Es scheint eine sogenannte erbliche Belastung zu geben. Im Vergleich zu der so genannten Normalbevölkerung haben Angehörige ersten Grades von depressiv Erkrankten ein um 10 bis 15% erhöhtes Risiko, selbst depressiv zu werden. Die Annahme einer genetischen Belastung wird weiterhin durch Zwillingsuntersuchungen gestützt, bei denen die Übereinstimmungen von Depressionen um 50% bei eineiigen Zwillingen und zwischen 15 und 20% bei zweieiigen Zwillingen liegen. Falsch wäre nach Spitzer die Aussage, dass Depressionen vererbbar wären oder gar eine Erbkrankheit sind. Es wird lediglich die Anfälligkeit, depressiv zu erkranken, und keineswegs die Krankheit vererbt.<sup>24</sup>

Eine zentrale Rolle bei depressiven Störungen spielen Veränderungen im Hirnstoffwechsel, wobei unklar ist, ob diese Veränderungen Ursache oder schon Folge der Depression sind. Gesichert ist die Tatsache, dass die Reizübertragung und -weiterleitung im Gehirn gestört ist. Hier setzen z.B. antidepressiv wirksame Medikamente an. Die Forschung geht davon aus, dass wichtige Botenstoffe (die sogenannten Neurotransmitter) nicht mehr wie bei Gesunden in einem ausgeglichenen Verhältnis zueinanderstehen. Bedeutsam an diesem Prozess sind die Neurotransmitter Noradrenalin, Serotonin, Dopamin, Gamma-Aminobuttersäure und Acetylcholin.

Dazu kann es zu einer Störung im Hormonhaushalt kommen. Eine neuroendokrinologische Dysbalance bezieht sich hier auf den Hyperkortisolismus, also den Überschuss an Kortisol. Dieser ist auf eine Überaktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse zurückzuführen, die bei der Stressantwort des menschlichen Organismus eine entscheidende Rolle spielt. Nach Nemeroff 2005 wird derzeit davon ausgegangen, dass bei Depressiven die Stressantwort nicht beendet wird und somit andauernd Kortisol produziert wird, welche Depressionen auslösen kann.<sup>25</sup>

Das häufigste Symptom depressiver Menschen ist der gestörte Schlaf. Im Vordergrund stehen Veränderungen in der Schlaf-Architektur mit einer Vorverlagerung und Verlängerung der ersten Traumschlafphase. Einzelne Persönlichkeitsfaktoren können ebenfalls zur Entstehung einer Depression führen. Dazu gehört ein hohes Anspruchsniveau an sich selbst, eine hohe Leistungsmotivation gepaart mit einer Hilflosigkeit gegen Überforderungen. Diese Menschen haben die

---

<sup>23</sup> vgl. Wolfersdorf 2011, S. 37

<sup>24</sup> vgl. Spitzer 2008, S. 88

<sup>25</sup> vgl. Spitzer 2008, S. 89

Tendenz, ihre zwischenmenschlichen Bezüge und ihre materielle Lebenssituation überschaubar zu ordnen. Ihr zentrales Anliegen sind geordnete Verhältnisse in jeder Beziehung. Ohne sich dessen bewusst zu sein, versuchen sie sich durch eine stabile, kontrollierte und auf soziale Anerkennung bedachte Lebensführung gegen eine Depression zu schützen.<sup>26</sup>

Für das Entstehen und Aufrechterhalten der Depression konnten eine Reihe psychologischer Mechanismen empirisch abgesichert werden. Exemplarisch wird hier das Verstärkerverlust-Modell nach Lewinsohn und das kognitive Modell der Depression von Beck dargestellt.

Die Ursache der Entstehung von Depressionen liegt nach Lewinsohn in einer niedrigen Rate an positiven Verstärkern, die durch eigenes Verhalten ausgelöst wird, z.B. wenig angenehme Aktivitäten, befriedigende soziale Interaktionen, die durch eigenes Verhalten initiiert werden. Als ursächlich für die geringe niedrige Verstärkerrate werden a.) potenziell wenig Verstärker, b.) geringe Erreichbarkeit von Verstärkern und c.) ein eingeschränktes Verhaltensrepertoire angenommen. Der Verstärkerverlust führt laut Lewinsohn zu depressiven Symptomen wie sozialem Rückzug und Passivität.

Das kognitive Modell der Depression von Beck zielt auf die Überlegung, dass depressive Symptome durch eine dysfunktionale Bewertung von Ereignissen und nicht durch die Ereignisse selbst entstehen und aufrechterhalten werden. Beispielsweise könnte die Situation „Ich lese ein Lehrbuchkapitel“ durch den automatischen Gedanken: „Ich kann mir das nie alles merken“ zu Hoffnungslosigkeit und Niedergeschlagenheit führen. Nach dem kognitionstheoretischen Modell der Depression zeichnen sich automatische Gedanken durch kognitive Verzerrungen aus (z.B. nie—Übergeneralisierung, Zukunft vorhersagen, alles oder nichts). Geformt werden diese Gedanken durch depressogene Grundannahmen („Ich bin unfähig.“) und bedingte Annahmen („Wenn ich dieses Lehrbuchkapitel nicht auf Anhieb auswendig kenne, bin ich dumm.“).<sup>27</sup>

Psychodynamische Überlegungen befassen sich mit einem lebensgeschichtlich früh entstandenen, den Betroffenen häufig unbewussten emotionalem Dilemma. Wenn zwischen dem Säugling oder dem Kleinkind und seiner zentralen Bezugsperson keine sichere Bindung zustande kommt, entsteht neben Trauer auch ein starkes Bedürfnis nach Sicherheit, Zuwendung und Bestätigung von außen. Diese bedürftige Abhängigkeit löst gleichzeitig verborgene Gefühle von Wut und Hass hervor, die ihrerseits nicht bewusst erlebt werden dürfen, um das Halt gebende Objekt nicht zu beschädigen. Zum einen gibt es den Wunsch nach Nähe und Geborgenheit, zum

---

<sup>26</sup> vgl. Spitzer 2008, S. 89

<sup>27</sup> vgl. Casper/ Pjanic/Westermann 2018 S. 60

anderen das Bedürfnis nach Unabhängigkeit. Dies wird auch als depressiver Grundkonflikt bezeichnet und macht nach psychodynamischer Auffassung die Anfälligkeit für depressive Störungen aus.<sup>28</sup>

Klaus Dörner stellt die These auf, dass eine Depression nur im Rahmen einer Beziehung von mindestens zwei Menschen entstehen kann. Er bezeichnet den Depressiven allgemein „der sich und andere niederschlagende Mensch“. Als wesentliche Ursache für die Entstehung einer Depression ist seiner Meinung nach eine „depressions-freundliche“ Lebenswelt.<sup>29</sup> Das Streben nach Unabhängigkeit und Selbstverwirklichung wird nicht mehr in der Arbeit ausgelebt, da hier die Leistungskonkurrenz und die Weisungsgebundenheit den Arbeitsmarkt bestimmen. Betriebswirtschaftliche Arbeit unterdrückt Gestaltungswillen. Daher verschiebt sich das Streben nach Unabhängigkeit und Selbstverwirklichung auf den Privatbereich. Viele Menschen machen laut Dörner den Fehler, aus der Geborgenheit des Elternhauses direkt eine Partnerschaft einzugehen. Damit versuchen die Menschen erst gar nicht, sich der Einsamkeit mit sich selbst auszusetzen, um sich „der Unabhängigkeit aus eigener Kraft“ zu vergewissern. Denn nur so ist es möglich, in einer späteren Beziehung freiwillig die Unabhängigkeit, derer man sich ja dann sicher wäre, einzuschränken bzw. eine Abhängigkeit einzugehen, da sie für die Person dann keine Gefahr darstellt.<sup>30</sup>

In den folgenden Abschnitten werden die Auswirkungen der depressiven Erkrankung auf das Familiengefüge dargestellt. Interaktionsmodelle, die die Kommunikation zwischen den Betroffenen und den Angehörigen unter der Depression darstellen und deren Wechselwirkungen werden im Anschluss diskutiert.

## 4. Leben mit einem Depressiv Erkrankten

### 4.1. Auswirkungen auf die Angehörigen

Wenn die Erkrankung Depression in einer Familie zum Thema wird, ist meistens schon viel passiert. Unter Umständen sind bereits Jahre vergangen mit unklaren Symptomen und immer wieder neuen Behandlungsversuchen. Die Leidensgeschichte eines depressiv erkrankten Menschen und seiner Familie beginnt nicht mit der Diagnose. Die Diagnose ist der Beginn seines

---

<sup>28</sup> vgl. Spitzer 2008, S. 90

<sup>29</sup> vgl. Dörner/ Plog 1990, S. 197f

<sup>30</sup> Ebd S. 195

Weges aus der Depression, denn wenn eine Depression erkannt ist, gibt es nach heutigem Wissensstand gute Behandlungsmöglichkeiten, eine Heilung herbeizuführen. Angehörige berichten von einer Zeit des Zusammenlebens vor der Diagnose Depression und danach. Davor ist die Zeit gekennzeichnet durch Unsicherheiten darüber, was die Veränderungen bedeuten, die die Angehörigen wahrnehmen. Zum Beispiel wird der Partner einsilbig, zieht sich zurück, will nichts mehr unternehmen, sagt zu allem Nein, ist in seinen Stimmungen unberechenbar, klagt über Kopfschmerzen, Verspannungen, Appetitlosigkeit und wirkt abwesend. Hier kommen Angehörige leicht auf den Gedanken, dass der Partner sich jemand anderem zugewandt hat und daher das Interesse am Zuhause verloren hat. Durch misstrauisches Beobachten geraten gerade Paare in ernsthafte Krisen. Der an Depression erkrankte Partner kann selbst seinen veränderten Zustand gar nicht erkennen und ist in seinen Symptomen wie gefangen. Bei einer nicht rechtzeitig erfolgten Diagnose der Depression kommt es häufig zu Trennungen und Beziehungsabbrüchen von Paaren. Eine Depression entwickelt sich häufig schleichend mit vielen unterschiedlichen Symptomen. Es fällt Angehörigen schwer, sie zu erkennen. Auch der typische Phasenverlauf kann dazu führen, dass punktuell Besserungen erlebt werden und dadurch wieder in Frage gestellt wird, ob es sich um eine ernst zu nehmende Problematik handelt oder um eine vorübergehende Belastung. Für die Angehörigen ist die Depression etwas anderes, als für den Kranken. Sie erleben diese Erkrankung mit ihren eigenen Emotionen und ihren eigenen Fragen.<sup>31</sup> Die meisten Angehörigen sorgen sich zunächst einmal um den Erkrankten, damit dieser gut behandelt wird und es ihm bald besser geht. Doch die dunkle Stimmung und Schwere geht nicht an ihnen vorüber, sondern sie leiden förmlich mit dem Kranken. Schlaflose Nächte entstehen durch die Schlaflosigkeit des Partners, aber auch durch eigene Sorgen. Die Angehörigen müssen förmlich Platz machen für die Depression im Alltag und ihrem Leben. Es kommen drängende Fragen auf, wie z.B. Ist dieser Zustand vorübergehend oder dauerhaft? Ist dies behandelbar? Was kann ich unternehmen oder muss ich unternehmen? Mögliche Auswirkungen bei erstem Auftreten einer Depression sind kaum einzuschätzen. Angehörige umsorgen ihren Partner dann, belauschen seinen Schlaf, versuchen eine Atmosphäre zu schaffen, die ihn nicht zusätzlich stört. Sie nehmen dem Partner alles ab und hoffen, es ändert sich bald was.<sup>32</sup> Vor allem die typischen depressiven Symptome wie Interessenverlust, Grübeln, Ermüdung, Hoffnungslosigkeit und Besorgnis belasten die Angehörigen. Besonders leiden sie unter dem zunehmenden Rückzug des Partners, Vaters oder Bruders. Damit schränken sich die sozialen Kontakte der ganzen Familie ein. Der Rückzug ist vor allem für die Kinder der auffälligste Teil der

---

<sup>31</sup> vgl. Bischoff 2015, S. 10f

<sup>32</sup> vgl. Bischoff 2015, S. 43

Krankheit. Sie erhalten weniger oder keine Zuwendung vom depressiven Vater oder von der depressiven Mutter mehr. Auch die körperlichen Beschwerden des depressiven Angehörigen werden als belastend eingestuft. Da Depressionen häufig als körperlich erlebt werden, machen sich Angehörige Sorgen, dass es sich doch um eine körperliche Erkrankung handelt. Wenn der Erkrankte nachts schweißnass aufwacht und dauerhaft über Mattigkeit, Kopfschmerzen oder Magenschmerzen klagt, denken die Angehörigen eher an eine Infektion, denn an ein psychisches Leiden. Wenn die körperlichen Klagen über lange Zeit bestehen bleiben, empfinden die Angehörigen dies umso belastender.<sup>33</sup> Nach Fadde et al. erlebt die Hälfte aller Befragten Gefühle des Verlustes, der Schuld und der Trauer, die im Zusammenhang mit der Depression des Partners erlebt werden. Bei Frauen waren die emotionalen Reaktionen ausgeprägter als bei Männern. Gerade durch die Ungewissheit, was die Depression ausgelöst hat, werden vor allem Schuldgefühle genährt. Diese sind tendenziell destruktiv, quasi selbst zerstörerisch. Sowohl die Kinder, aber auch die Eltern der Erkrankten können Schuldgefühle erleben, die für den depressiv Erkrankten eine zusätzliche Belastung darstellen können. Das depressive Familienmitglied bekommt die Botschaft, alle anderen von Schuld freisprechen zu müssen. Dazu fehlt aber krankheitsbedingt die Kraft. Targum et al. haben 1981 Partner von bipolaren Patienten untersucht und festgestellt, dass die Hälfte aller Befragten ihren Partner nicht geheiratet hätte, wenn sie über das Ausmaß der Belastungen gekannt hätten, die diese Krankheit mit sich bringen kann. Zu den häufigsten subjektiven Reaktionen der Partner von Depressiven zählt der Trennungsgedanke. Einerseits zählen hier vorhandene Kommunikations- und Partnerschaftsstörungen als Ursache. Andererseits fühlen sich Partner auch so überfordert, dass sie die Situation lieber verlassen würden. Auch Trennungphantasien können als Fluchtversuch aus einer ausweglos erlebten Situation gesehen werden. Diese Phantasien sind mit Schuldgefühlen und mit Ärger dem Kranken gegenüber sowie mit Angstgefühlen verbunden, den kranken Angehörigen allein zu lassen. Nach Lutz et al. 1980 beschreiben Partner von depressiv Erkrankten die familiäre Situation als resignierter verglichen mit Partnern von Alkoholabhängigen. Es gibt weniger Hoffnung auf Veränderung als bei Partnern von Patienten mit Alkoholproblemen.<sup>34</sup>

#### 4.2. Belastung der Angehörigen in Zahlen

Laut Pitschel-Walz sind die Belastungen für die Angehörigen von Patienten mit Depression enorm. Manche Angehörige sind aufgrund ihrer persönlichen Stabilität und Unterstützung, die

---

<sup>33</sup> vgl. Bischof 2005, S. 64

<sup>34</sup> vgl. Bischof 2005, S. 67f

sie aus ihrem unmittelbaren sozialen Umfeld erhalten, in der Lage, die Belastungen zu tragen, ohne selbst körperlich oder seelisch Schaden zu nehmen. Man geht davon aus, dass über 40% der Angehörigen, die mit einem depressiv Erkrankten zusammenleben, aufgrund der Belastung selbst therapeutische Hilfe brauchen. Sie sind körperlich erschöpft, haben gesundheitliche Probleme, Schlafstörungen, sind unruhig und zeigen selbst erste Symptome einer Depression. Die Angehörigen und insbesondere Partner vom depressiv erkrankten Menschen leiden darunter, dass sie immer weniger positive Reaktionen vom Erkrankten erhalten. Die Anstrengungen, die sie unternehmen, sind nicht oder nur in geringem Ausmaß erfolgreich. Dies führt zum Gefühl der Hilflosigkeit.<sup>35</sup> Perlick et al. führten 1999 Interviews mit Angehörigen von 266 Patienten mit einer bipolaren Erkrankung durch. 93% der befragten Angehörigen berichteten über mäßige oder größere Belastung in mindestens einem der Belastungsbereiche

- Problematisches Patientenverhalten
- Soziale Beeinträchtigung des Patienten
- Negative Auswirkungen auf die Familie.

Schmid et al sichteten 2005 Literatur hinsichtlich der emotionalen Belastungen der Angehörigen psychisch Kranker und fanden Belastungen in vielfältigen Bereichen: Ängste und Sorgen infolge mangelnder Informationen, Unsicherheit und Überforderung mit den Symptomen der Erkrankung, Sorgen bezüglich der Behandlung des Patienten, Hilflosigkeit und Ohnmacht, Einsamkeit und Alleinverantwortung, Nicht-Ernstgenommen-Werden, Zukunftsängste, Gefühle der Einschränkung in der eigenen Autonomie und Abgrenzungsprobleme, Hoffnung und Enttäuschung, Trauer und Verlusterleben, Angst vor Rückfall und Suizid, Schamgefühle und Angst vor Stigmatisierung, Entmutigung, Schuldgefühle, Ärger und Enttäuschung, veränderte Rollen und Rollenkonflikte, Probleme in der gemeinsamen Sexualität sowie Angst vor eigener Erkrankung bzw. Vererbung an die Kinder.

In einer Untersuchung von Wilms et al. 2001 zu psychischen Erkrankungen bei Partnern psychisch Kranker kam er zu dem Ergebnis, dass insbesondere Partnerinnen von psychisch Kranken vielfach selbst unter depressiven Syndromen leiden. Die Erkrankung des Partners wird häufig als eigenes Versagen gewertet oder als Ausdruck einer Beziehungsstörung betrachtet. Mechanismen des Insuffizienzerlebens waren besonders bei Partnerinnen zu finden.<sup>36</sup>

---

<sup>35</sup> vgl. Pitschel-Walz 2018, S. 118

<sup>36</sup> vgl. Pitschel-Walz/ Bäuml/ Kissling 2018, S. 18

### 4.3. Interaktionsmodelle

Nach Pitschel-Walz kommen zum Gefühl der Hilflosigkeit des Angehörigen auch Gefühle der Schuld und der Verantwortlichkeit. Angehörige glauben vielfach, an der Entstehung der Depression schuld zu sein oder für das Scheitern der bisherigen Bewältigungsversuche verantwortlich zu sein. Kommen dazu noch Zeichen von Überforderung, wie Gereiztheit und Aggressivität dem Erkrankten gegenüber, verstärken sich die Schuldgefühle noch. Aus Rücksicht auf den Erkrankten oder aus Angst davor, er könne sich in ihrer Abwesenheit etwas antun, beschränken die Angehörigen ihre Außenaktivitäten und kürzen damit ihre Erholungsmöglichkeiten ein. Es kommt zu einer Erschöpfung der psychischen und sozialen Reserven und sie haben keine Kraft mehr, dem Erkrankten Mut und Hoffnung zu machen. Das Model der Interaktion zwischen einem depressiv Erkrankten und seiner Familie beschreibt Anderson et al. 1986 folgendermaßen:

	Familie versucht zu helfen (durch Zureden, Aufmuntern, Ablenken etc.)
Patient reagiert zu wenig (aus Sicht der Familie)	
	Familie tendiert zur Eskalation oder zieht sich zurück
Patient fühlt sich unverstanden und verlassen	
	Familie reagiert mit Schuldgefühlen und verstärkt Überengagement
Patient fühlt sich zunehmend wertlos und in eine infantile Rolle gedrängt	
	Familie ist erschöpft (burn-out), Dilemma von Schuld und Aggression

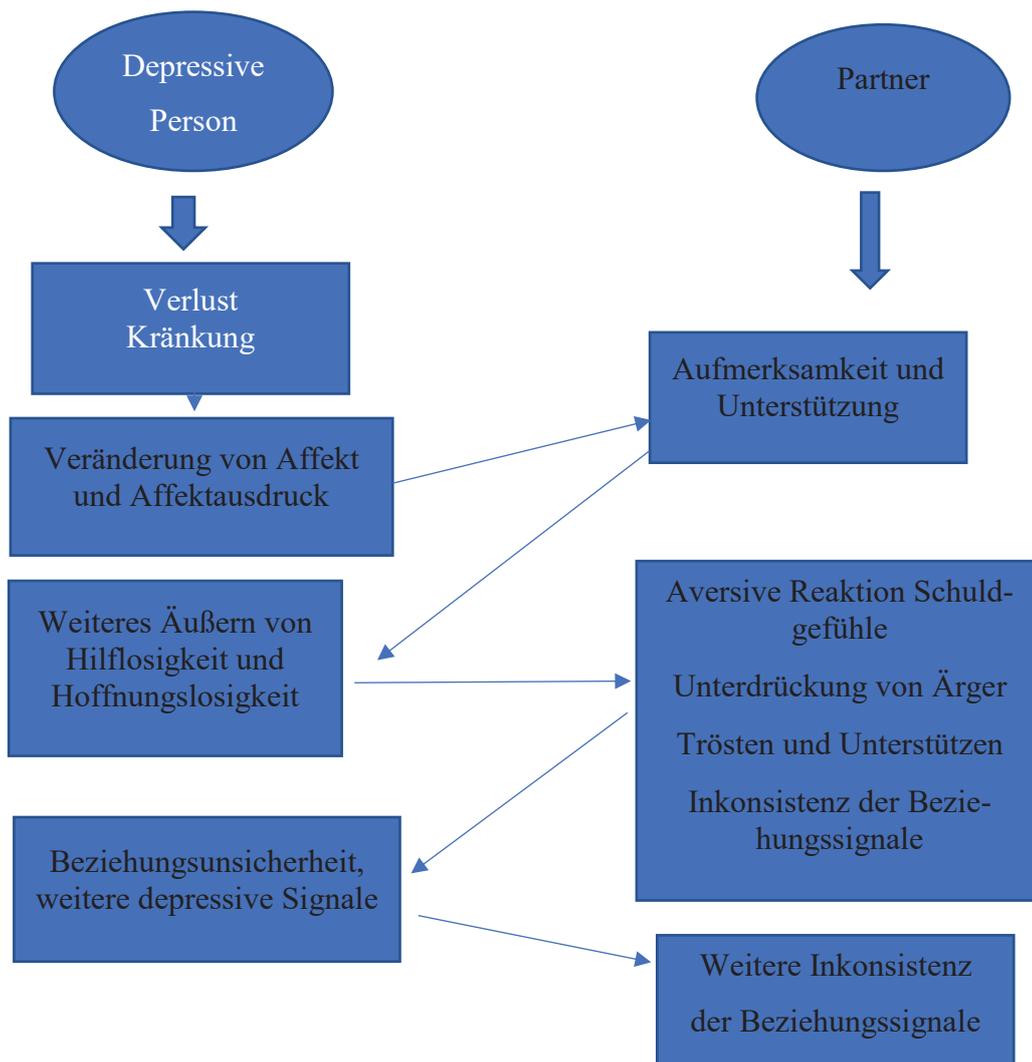
Es werden die Wechselwirkungen zwischen dem Verhalten des Patienten und dem seiner Angehörigen verdeutlicht. Am Ende der Interaktionskette steht eine völlig erschöpfte Familie, die in ihrem Dilemma zwischen Schuldgefühlen und Aggressivität selbst zu dekompensieren droht. Die Situation der Angehörigen ist potenziell depressiogen, folgt man den psychologischen Modellen der Depression (Verstärkerverlustmodell nach Lewinsohn 1974, Konzept der erlernten Hilflosigkeit nach Seligman 1975, kognitionstheoretisches Modell nach Beck 1979, integratives Depressionsmodell nach Hautzinger 1989). Angehörige und vor allem Partner von

Erkrankten erfahren einen Verstärkerverlust, indem sie immer weniger positive Reaktionen vom Erkrankten erhalten.<sup>37</sup> Um dem „Ausgebrannt sein“ entgegen zu wirken, sollten Angehörige sich aktiv mit der eigenen Situation auseinandersetzen und sich gezielt um Informationen, Aussprache- und Entlastungsmöglichkeiten bemühen.<sup>38</sup> Reich beschreibt die interaktiven Konsequenzen von Depressivität nach dem Modell von Coyne aus dem Jahr 1976: Die depressive Person erlebt am Anfang eine Verletzung oder einen Verlust. Daraus folgt eine Veränderung des Affekts und des Affektausdrucks. Zunächst reagieren die Partner mit der vom Depressiven gesuchten Aufmerksamkeit und Unterstützung. Die Zuwendung hat aber in der Regel nicht den gewünschten Effekt. Es kommt nicht zum Abklingen der Depression. Nun reagieren die Partner zunehmend aversiv auf die Äußerungen von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit und haben gleichzeitig Schuldgefühle. Von den Partnern werden Ärger und Feindseligkeit unterdrückt. Die Angehörigen setzen ihre Versuche zu trösten und zu unterstützen fort. Dies führt zu einer Inkonsistenz der Beziehungssignale, die beim Depressiven die Unsicherheit verstärkt, ob er geliebt wird. Er sendet weitere depressive Signale aus, die wiederum das inkonsistente Verhalten des Partners verstärkt. Dieser manipulative Prozess führt immer weiter in eine depressive Spirale, die manchmal erst durch Hospitalisierung unterbrochen werden kann, manchmal zur Chronifizierung führt.

---

<sup>37</sup> vgl. Pitschel-Walz/ Bäuml/ Kissling 2018, S. 18

<sup>38</sup> Vgl. Pitschel-Walz 2018, S. 119



Ausgehend von diesem Modell wurden die unmittelbaren interaktiven Auswirkungen depressiven Verhaltens im sogenannten Telefongesprächsparadigma untersucht. Die Versuchspersonen erzählten von mehr negativen Gefühlen mit depressiven Patienten als nach Gesprächen mit gesunden Personen. So genannte depressive Äußerungen beim Sozialpartner können Unterstützung und Hilfe mobilisieren. Daneben scheinen aber auch Signale der Abweisung hervorgerufen zu werden. Zudem sind die Gespräche zwischen Depressiven und Sozialpartnern weniger flexibel und weniger auf die aktuelle Situation ausgerichtet als bei gesunden Kontrollpersonen. Interaktionspartner nehmen zu Depressiven häufig ein komplementäres Verhalten ein, während Depressive die Kommunikation des Partners häufig als negativ getönt wahrnehmen.<sup>39</sup>

<sup>39</sup> vgl. Reich 2003, S. 6

In Ausführungen von Reich werden drei Stadien im Umgang von Angehörigen mit depressiven Partnern unterschieden:

- das Anerkennen des Fremden in der Familie bzw. der Beziehung
- das „Ausfechten des Kampfes“ und
- das Erlangen einer neuen Perspektive.

Die Depression wird im ersten Stadium verleugnet. Die Angehörigen tun vor der Außenwelt, so, als sei alles in Ordnung. Die Partner hoffen in diesem Stadium nicht selten auf die Wiederherstellung des alten Zustands. In der zweiten Stufe wird zunächst protektiv, bestätigend und konfliktreduzierend reagiert. Und dann wird häufig Druck auf den Depressiven ausgeübt, seine alte Rolle wieder einzunehmen, manchmal mit der Drohung, andernfalls werde die Beziehung aufgekündigt. Bei positivem Ausgang wird schließlich eine Balance zwischen Kontrolle und Verantwortlichkeit gefunden. Gerade das Ende dieses Stadiums ist oft von Erschöpfung beider Partner gekennzeichnet. Im Anschluss richtet sich der Fokus weg vom Patienten zu eigener Person oder anderen Familienmitgliedern. Doch bei manchen Angehörigen impliziert sich der Selbstschutz eine Trennung vom Partner.<sup>40</sup>

Mit den Ausführungen zu Interaktionsmodellen und Auswirkungen der Depression auf die Angehörigen soll nun der Bezug zur Angehörigenforschung hergestellt werden. Durch welche Strömungen der Psychiatrie erfolgten die ersten Studien zur Belastung von Angehörigen? Die Interaktionsmodelle werden im Anschluss in Form von drei klinisch belegten Konzepten zur Belastung von Partnern und Angehörigen untermauert.

#### 4.4. Angehörigenforschung

##### 4.4.1. Geschichtliche Entwicklung

Die Auswirkungen einer depressiven Krise auf die Familienangehörigen wird seit den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts beforscht. Als in den 50er Jahren angefangen wurde, die großen psychiatrischen Anstalten aufzulösen, waren es oftmals die Familien, die die Patienten aufnahmen. Erst durch die Entdeckung neuer Medikamente wurden Entlassungen von Langzeitpatienten möglich. Dazu kam die erstarkende politische Bewegung in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts mit der Psychiatriekritik und der Betonung der Rechte des Einzelnen. Dies führte zum Teil zu extremen Positionen der Antipsychiatriebewegung. Zunächst wurde untersucht,

---

<sup>40</sup> vgl. Reich 2003, S. 6

wie der Status des Patienten am besten beeinflusst werden kann und weniger, wie die Familie mit dieser neuen Situation zu Recht kam. Einflussreiche Untersuchungen bezogen sich beispielsweise darauf, welche Kommunikationsstrukturen in den Familien schneller einen Rückfall beim Erkrankten provozieren können.<sup>41</sup>

Die Forschungsergebnisse hatten einen bleibenden Einfluss auf die heutige Psychiatriclandchaft. Die gemeindenahere Versorgung zählt heute zur hilfreichen Praxis. Der Gedanke, dass Heilung und Gesundung nur in sozialer Einbettung möglich sind, und die Familie als Träger der Hauptlast in der Betreuungskette wahrgenommen werden muss, resultiert aus den Forschungsergebnissen. Laut Bischoff scheint noch heute eine Rangfolge von psychischen Störungen bezüglich ihres Belastungspotenzials auf die Familienmitglieder zu existieren. Die Belastung, die durch affektive Störungen entsteht, wird bis heute von Psychiatern systematisch unterschätzt. Hingegen stimmt die Belastungseinschätzung mit denen von Angehörigen schizophrener Patienten überein.

Die Angehörigenforschung wird durch das Krankheitsbild der Schizophrenie dominiert, auch die Forschungsmethoden beziehen sich hauptsächlich auf dieses Krankheitsbild.<sup>42</sup>

#### 4.4.2. „Caregiver-Burden“ Konzept

In der Forschung löst die Frage, was unter Belastung „burden“ zu verstehen ist, seit mehr als 50 Jahre Diskussionen aus. Es wird die wertende Konnotation des Begriffes „burden“ (Belastung“) in der Angehörigenforschung kritisiert. Die Kritik besteht darin, dass durch den Begriff burden die Krankheit und damit evtl. auch der Kranke an sich als belastend dargestellt wird. Hier bleiben Entwicklungsmöglichkeiten und Potentiale unberücksichtigt. Das Caregiver-Burden - Konzept bezieht sich speziell auf die Auswirkungen einer Erkrankung auf die Personen, die eine Pflege- bzw. Unterstützungsfunktion für den Kranken ausüben. Hoenig & Hamilton haben 1966 eine Differenzierung nach objektiven und subjektiven Belastungsfaktoren vorgenommen. Objektive Belastungen können alle aus der Betreuung des Patienten resultierende negative Auswirkungen auf die Familie sein. Dies können finanzielle Aufwendungen und negative Folgen für die Gesundheit der Familienmitglieder sein. Als subjektive Belastungsfaktoren wurde der Grad definiert, mit dem sich die Angehörigen selbst belastet fühlen. Die subjektiven und objektiven Belastungen stimmen häufig nicht miteinander überein. Hier kam es zu

---

<sup>41</sup> vgl. Bischoff 2005, S. 61

<sup>42</sup> vgl. Bischoff 2005, S. 61

Forschungsbestrebungen, inwieweit es Erklärungen für diese Diskrepanz gibt. Es wurden Beziehungsqualitäten, andere Lebensereignisse und Bewertungsvorgänge vor dem Hintergrund der Lebensgeschichte und der Persönlichkeit des betreuenden Familienmitglieds untersucht. Durch diesen Ansatz konnten stresstheoretische Ansätze für die Angehörigenforschung genutzt werden. Der Fokus der Forschung verlagerte sich hin zu Copingverhalten, Ressourcen und Bewältigungsstrategien auf Seiten der Angehörige. Dies führte zu einer interaktiven Sicht des familiären Geschehens, da das Verhalten der Patienten nicht mehr nur einseitig belastend und Stress erzeugend betrachtet wird. Bis heute ist der theoretische Rahmen des „Caregiver-Burden“ Konzeptes nach wie vor wenig ausgearbeitet. Viel mehr wurden Überschneidungen zwischen dem Konzept „burden“ und dem Stressbegriff festgestellt. Laut Jungbauer 2011 könnten daher in Zukunft stresstheoretische Modelle sowie die Erkenntnisse und die Methoden der Stressforschung einen besseren Rahmen für die Untersuchung der Belastungen von Angehörigen bilden.<sup>43</sup>

#### 4.4.3. „High Expresses Emotion“-Verhalten der Angehörigen

Die Befunde aus der Expressed-Emotion-Forschung können auch als Zeichen der Belastung von Angehörigen affektiv Erkrankter gewertet werden. Brown und Mitarbeiter haben 1962 das Konzept entwickelt, welches einen Zusammenhang zwischen hohem emotionalem Engagement in der Familie (high EE-Verhalten: übermäßige Kritik, Feindseligkeit, überbehütetes Verhalten) und dem Rückfallrisiko eines schizophren erkrankten Familienmitgliedes beschreibt. In Replikationsstudien konnte dieser Zusammenhang von Bebbington & Kuipers 1994 bestätigt werden. Das EE-Konzept beschreibt keinen einfachen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang, sondern legt ein Wechselwirkungsmodell zugrunde. Ein hoher EE-Wert gilt als Indikator für eine durch massiven Stress belastete Familienatmosphäre. Studien weisen den Zusammenhang zwischen dem emotionalen Status der Familie und einem Rückfall des Patienten auch bei affektiven Erkrankungen nach. In einer Metaanalyse von Butzlaff und Hooley 1998 wurde sogar eine größere Effektstärke bei den affektiven, als bei den schizophrenen Erkrankungen nachgewiesen. Dies bestätigt ebenfalls eine Studie von Mino et al. 2001, dass der Zusammenhang zwischen high EE-Verhalten und Rückfall bei Depressionen stärker zu sein scheint als bei Schizophrenie. Dieser Studie zufolge haben depressiv oder bipolar Erkrankte, die in einer Familie leben, die als high EE klassifiziert werden, ein deutlich höheres Rückfallrisiko als Patienten, deren Familien gelassener und kompetenter mit ihnen umgehen. Hervorzuheben ist hier, dass sowohl in

---

<sup>43</sup> vgl. Bischkopf 2005, S. 62

der Schizophrenieforschung als auch in der Forschung über affektive Erkrankungen gezeigt werden konnte, dass durch psychoedukative Familieninterventionen der Krankheitsverlauf des Patienten positiv beeinflusst werden kann. Der Einfluss von EE-Verhalten auf den Therapieerfolg ist noch nicht ausreichend geklärt, da durch die Interventionen ein Wissenszuwachs, aber nicht immer eine Veränderung des EE-Status der Angehörigen erreicht werden kann.<sup>44</sup> Laut Reich hat die Expressed-Emotions-Forschung untersucht, welches Ausmaß gegenseitiger Kritik in der Paarbeziehung Auswirkungen auf die Depressionsentwicklung hat. Die Anzahl kritischer Äußerungen von Angehörigen gegenüber Betroffenen hat sich als rückfallprädikativ erwiesen. Die Anzahl kritischer Kommentare erwies sich sogar als besserer Prädiktor als soziodemographische und krankheitsbezogene Variablen, z.B. die Anzahl der Symptome oder der Wert auf dem Beck Depression Inventory (Hooley et al.). Die Heidelberger Studie zur Rückfallprädikation bei Depression (Mundt et al. 1998) ergab keine prognostische Bedeutung für den EE-Index im Einjahres- und Zweijahresverlauf. Neuere Untersuchungen deuten auf eine differentielle Wechselwirkung zwischen dem Expressed-Emotions-Stil der Angehörigen und dem Verlauf der Depression. Der EE-Status scheint sich im Verlauf der Depression zu verändern. Die Anzahl der kritischen Kommentare nimmt insgesamt ab. Bei den Paaren allerdings, bei denen der EE-Index andauernd hoch bleibt, zeigt sich ein ungünstiger Verlauf, z.B. in Residualsymptomen, als bei solchen mit von vornherein niedrigem oder mit abnehmendem Index.<sup>45</sup> Laut Jungbauer/Bischoff/ Angermeyer kann ein hoher Grad an „Expressed Emotion“ sowohl Rahmenbedingung als auch Folge der Erkrankung sein. Kritik und emotionales Überengagement können gleichsam als Indikator für eine durch massiven Stress gekennzeichnete Interaktion in der Familie betrachtet werden, welche sowohl vom Erkrankten als auch von dessen Angehörigen als sehr belastend empfunden wird. Die Befragungsergebnisse von Sczufca und Kuipers 1996 zeigen, dass Angehörige mit besonders stark ausgeprägtem emotionalem Engagement gleichzeitig besonders starke Belastungen erleben. Unabhängig von den Symptomen und vom Verhalten war dieser enge Zusammenhang nachweisbar. Es wird die These aufgestellt, dass das Belastungserleben und Expressed Emotion zwei Seiten derselben Medaille darstellen.<sup>46</sup>

#### 4.4.4. Die Aggressions-Suppressions-Hypothese

Unter der Aggressions-Suppressions-Hypothese versteht Reich die Beobachtungen, die Kliniker im Umgang mit depressiven Patienten machen: die Hemmung, etwas von dem spürbar

---

<sup>44</sup> vgl. Pitschel-Walz/ Bäuml/ Kissling 2018, S. 20

<sup>45</sup> vgl. Reich 2003, S. 8

<sup>46</sup> vgl. Jungbauer/Bischoff/ Angermeyer 2001, S. 109

eigenen Ärger zu zeigen, die sich nicht nur aus der gebotenen professionellen Neutralität erklären lässt. Mehrfach wurde in empirischen Interaktionsstudien gezeigt, dass mit depressivem Verhalten, z.B. mit Klagen, Selbstabwertungen und herabgesetzter Stimmungslage, Aggressionsäußerungen von Partnern kurzfristig unterdrückt werden können. Dieser Effekt hängt deutlich davon ab, inwieweit eine Beziehung überhaupt gestört ist, und ist nicht typisch für depressive Erkrankungen. Mit depressivem Verhalten kann zwar Aggressivität beim Partner unterdrückt werden, aber derartige Verhaltensweisen werden ebenfalls von Nichtdepressiven eingesetzt. Auch die Wirkung hält nicht lange vor. Nach heutigem Erkenntnisstand scheint die Aggressions-Suppressions-Hypothese für Paare mit niedriger Beziehungsqualität und noch nicht chronifizierter Depression Gültigkeit zu haben. Vergleiche zu Paaren ohne depressive Partner ergaben allerdings, dass Paare mit depressivem Partner negativer und verletzender, weniger konstruktiv im Problemlöseverhalten, widersprüchlicher und mehrdeutiger, sowie in stärkerer komplementärer bzw. polarisierter Rollenverteilung interagierten.<sup>47</sup>

Doch auch alle drei Belastungskonzepte zeigen Unschärfen in Methodologie und Theorie. Die kritische Perspektive auf die Angehörigenforschung wird jetzt thematisiert.

#### 4.4.5. Kritische Diskussion des Forschungsstandes

Die vielfältigen Belastungen und Beeinträchtigungen von Angehörigen psychisch Kranker wurden in einer Vielzahl von empirischen Studien eindrucksvoll dokumentiert. Es gibt aber theoretische und methodologische Unklarheiten zunächst im Hinblick auf die Operationalisierung der verwendeten Belastungskonzepte. Die meisten entwickelten Fragebogeninstrumente wurden nur in einer einzigen Untersuchung verwendet und waren überdies häufig nicht hinreichend validiert. Häufig werden einzelne Belastungskonzepte miteinander vermengt, etwa die spezifischen Konzepte von objektiver und subjektiver krankheitsbezogener Belastung und das globale Konzept der allgemeinen Stressbelastung. In einigen Studien werden die aus erlebten Belastungen resultierenden psychosomatischen Beeinträchtigungen der Angehörigen ebenfalls als Belastung bezeichnet, obwohl es sich eher um Belastungsfolgen handelt. In diesem Zusammenhang erscheinen neuere Untersuchungsansätze vielversprechend, die das theoretische und konzeptuelle Inventar der Stress- und Bewältigungsforschung aufgreifen. Innerhalb dieser theoretischen Rahmung können nicht nur die Belastungen und Defizite, sondern auch die Ressourcen

---

<sup>47</sup> vgl. Reich 2003, S. 9

und die u.U. positiven Aspekte der Betreuungssituation angemessener berücksichtigt zu werden, als dies bisher der Fall war.<sup>48</sup>

Inwieweit die Partnerschaft und Paarbeziehung beeinträchtigt wird, kann anhand der folgenden Beiträge und Studien dargestellt werden.

#### 4.5. Depression und die Auswirkungen auf die Partnerschaft

Nach Auffassung von Reich ist der deutliche Zusammenhang zwischen Paarbeziehung und Depression empirisch gut belegt. Ein wesentlicher Auslöser für Depressionen können Konflikte und Probleme in der Paarbeziehung sein. Es kommt zur Beeinträchtigung der Beziehungsqualität, nicht selten weit über die Paarbeziehung hinaus. Bei Frauen zeigt sich der Zusammenhang zwischen Depression und Paarbeziehung stärker und offensichtlicher als bei den Männern. Beziehungsauffälligkeiten während der Erkrankungsphase werden vornehmlich als eine besondere Akzentuierung bereits im Vorfeld wirksamer interpersoneller Muster gesehen. In der Erkrankung erscheinen die Partner eng aufeinander bezogen und voneinander abhängig zu sein, oft in einem starren Muster von Stärke und Schwäche polarisiert. Der Depressive stellt häufig eigene Interessen zugunsten des idealisierten anderen zurück. Es kommt zur Vermeidung von aggressiven Konflikten. Erst in der depressiven Krise wird die erhebliche Ambivalenz in der Paarbeziehung spürbar. Der Depressive spürt zunehmend ein Defizit an Bestätigung und Zuwendung und wendet die entstehenden Enttäuschungs- und Kränkungsaggressionen intrapunitiv gegen das eigene Selbst oder entwickelt ein zunehmendes Gefühl von Abhängigkeit vom dominanten Partner. Nach Jacobson setzt häufig ein maligner Interaktionszirkel ein: “[...] in dem der anscheinend gesunde Partner zunehmend mit Vermeidung von Begegnung sowie subtiler Aggressivität und Entwertung reagiert, die den Depressiven in seiner Sicht, ungeliebt zu sein, zunehmend bestätigt, was das Gefühl von Wertlosigkeit und die Depressivität entsprechend verstärkt...”<sup>49</sup>. Der Interaktionszirkel stützt sich auf klinische Beobachtungen und Hypothesen, und konnte nur zum Teil empirisch geprüft und gestützt werden. Aufgrund des oft augenfälligen Zusammenhangs zwischen Depression und Paarkonflikte entstanden eine ganze Reihe von Untersuchungen.<sup>50</sup>

Der Psychoanalytiker Edith Jacobson führte als einer der ersten Analytiker umfangreiche Forschungen über die Beziehung zwischen manisch-depressiven Patienten und ihren Partnern

---

<sup>48</sup> vgl. Jungbauer/Bischkopf/ Angermeyer 2001, S. 111

<sup>49</sup> Reich 2003, S. 2

<sup>50</sup> vgl. Reich 2003, S. 3

durch. Zwei Gesichtspunkte traten dabei hervor, die für die weitere Therapie der affektiven Störung zunehmend wichtig wurden. Das klinische Wissen wird aufgrund des Zusammenwirkens von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren zunehmend komplexer. Heute muss als gesichert angesehen werden, dass ein Zusammenhang zwischen der Entstehung und dem Verlauf depressiver Störungen einerseits und partnerschaftlicher/familiärer Bedingungen andererseits besteht. Kennzeichnend ist hier z.B. dass sich bei etwa der Hälfte der Patienten mit einer Erkrankung aus dem affektiven Formenkreis erhebliche Störungen in der partnerschaftlichen und familiären Beziehung finden lassen. Diese Störungen können sowohl Mitursache der depressiven Erkrankung sein, können aber auch Folge der Erkrankung sein. Wenn vor dem Beginn der Episode nachhaltige Beziehungsschwierigkeiten vorhanden waren, überdauern diese familiären Probleme und Störungen der Paarbeziehung auch das Abklingen der Symptome der Depression. Leben Patienten in einer Stressgeladenen und von wenig Unterstützung gekennzeichneten familiären Atmosphäre, besteht ein hohes Rückfall- und Chronifizierungsrisiko. Dagegen führen nach Auffassung von Reiter gute und stabile Partnerbeziehungen und ein von destruktiven Konflikten freies familiäres Milieu zu einem relativen Schutz gegen den Beginn einer depressiven Episode. Der Einbezug von Angehörigen in den therapeutischen Prozess bietet eine Chance, einen Beitrag zur Rezidivprophylaxe zu leisten. Wenn die Störung der Partnerschaft schon vor dem Beginn der Erkrankung bestand, kann dies einen Kausalfaktor für den Beginn der Episode darstellen. In diesem Fall profitiert der Patient am meisten von einer Paartherapie.<sup>51</sup> „Bei Vorliegen einer Erkrankung aus dem affektiven Formenkreis sollte in jedem Fall abgeklärt werden, inwieweit Angehörige in die Therapie einbezogen werden sollten. Wird dies versäumt, können einerseits wertvolle Ressourcen ungenutzt bleiben, andererseits kann das Risiko neuer Episoden erhöht werden.“<sup>52</sup> In der Geschichte der Familientherapie wurden zunächst die Angehörigen als Verursacher von Störungen gesehen. Dieser unannehmbare Ansatz wurde abgelöst durch den Gesichtspunkt der Familie als Ressource.<sup>53</sup>

Der Zusammenhang zwischen Depression und Paarbeziehung ist inzwischen empirisch gut belegt. In einer repräsentativen epidemiologischen Catchment- Area-Studie mit über 3000 Interviewte stellte sich heraus, dass für Personen in einer unglücklichen Ehe ein 25fach erhöhtes Risiko besteht, an einer Major Depression zu erkranken als für andere. In einem Vergleich von Paaren mit und ohne depressiven Partner zeigten sich die Paare mit depressivem Partner in ihrer Interaktion ungleicher, negativer, asymmetrisch sowie auf somatische und psychische

---

<sup>51</sup> vgl. Reiter 1997, S. 106f

<sup>52</sup> Reiter 1997, S.107

<sup>53</sup> vgl. Reiter 1997, S. 107

Beschwerden zentriert. Eine Forschergruppe um Biglan und Hops untersuchte 1985 die Zufriedenheit mit der Partnerschaft. Es zeigte sich, dass sich Paare mit depressiven Partnern sich seltener im Gespräch öffnen. Depressive Frauen interagieren insgesamt dysphorischer<sup>54</sup> als Nicht-depressive. Die Ehemänner machten mehr Problemlösevorschlage, als dies in nichterkrankten Beziehungen festzustellen ist. Erkrankte, die mit ihrer Beziehung unzufrieden sind, zeigen das höchste Ausmaß an aggressiven Verhaltensweisen. Mit dysphorischem Interaktionsverhalten konnten aggressive Äußerungen der Ehemanner eingeschränkt werden. Umgekehrt schränkten hier auch aggressive Äußerungen dysphorische Verhaltensweisen der depressiven Patienten ein.

Backenstra et al. konnten in einer Heidelberger Studie 1998 herausstellen, dass depressive Paare zur Vermeidung von ärger und Feindseligkeit zu negativ-komplementären Interaktionen neigen und häufiger mehrdeutig kommunizieren. Goering et al. stellten in mehreren Untersuchungen keine Korrelation fest zwischen der Einschätzung der Ehebeziehung durch den depressiv erkrankten Partner und der Schwere der Depression. Dagegen gibt es eine hohe Übereinstimmung beider Partner sowohl in der Beurteilung der Ehe vor der Depression als auch in der Beurteilung insgesamt.<sup>55</sup>

Die Depression kann zu einer Partnerschaftskrise führen. Die Partner der Erkrankten können den sozialen Rückzug, die Passivität, den Libidoverlust, das Grübeln und die Ablehnung als persönliche Kränkung und Zurückweisung interpretieren. Diese Veränderungen am Partner können umso irreversibler interpretiert werden, je fragiler die Partnerschaft erlebt wird. Die Partner vergleichen die aktuellen Erfahrungen mit den früheren Erfahrungen mit dem Partner in der gemeinsamen Beziehungsgeschichte. Das sogenannte Symptomverhalten wird gleichsam als Symptom der Beziehung wahrgenommen. Besonders ist dies der Fall, wenn die Beziehungsgeschichte durch Untreue und Seitensprünge eines der Partner gekennzeichnet ist. Die Rückzugs- und Ablehnungstendenzen des kranken Partners werden als mögliches Indiz auf eine Entfremdung in der Beziehung und die Hinwendung des Partners zu einem anderen Partner gewertet. Wenn der Alltag des Paares schon länger von Beziehungs- und Kommunikationsproblemen gezeichnet ist, dann können die depressiven Symptome mit diesen Schwierigkeiten in Verbindung gebracht werden. Es passiert, dass die Partner die depressiven Symptome auf sich beziehen und diese als direkten Vorwurf oder Angriff erleben. Auch als Strafe kann der Rückzug des

---

<sup>54</sup> Dysphorie: Störung des emotionalen Erlebens, die durch ängstlich-bedrückte, traurig-gereizte Stimmungslage charakterisiert ist. Betroffener erleben sich als unzufrieden, schlecht gelaunt, misslaunig oder missgestimmt, murisch, verdrossen oder verärgert bzw. werden dementsprechend wahrgenommen

<sup>55</sup> vgl. Reich 2003, S. 4f

Partners und die ständigen Ablehnungen aller Vorschläge gewertet werden. In diesem Rahmen werden Suizidankündigungen oder Suizidhandlungen als Abbruch der Kommunikation in der Beziehung gewertet. Symptome, wie die depressive Unsicherheit und Anhänglichkeit fügen sich erst ganz gut in das Beziehungsmuster ein, bevor sie überhaupt als Veränderung wahrgenommen werden.<sup>56</sup>

#### 4.5.1. Auswirkungen auf die Sexualität

Nach Ausführungen von Beer bildet die psychosexuelle Entwicklung einen wichtigen Teil der persönlichen, individuellen Identität. Der Säugling lernt in seinen ersten Lebenswochen seine Welt körperlich durch Berührungen kennen, tritt aktiv mit seinen Bezugspersonen in Kontakt und entwickelt frühe Handlungskompetenzen. Die Interaktion mit der Mutter wird als angenehm empfunden. Der Säugling reagiert auf neue Reize, zeigt Ansätze von Neugierde und Interesse. Der Motor der persönlichen Reifung und der individuellen Entwicklung ist die Entwicklung der Sexualität. Sie verändert sich im Laufe des Lebens und ist eine wichtige Ressource. Depressive Menschen erleben sehr häufig eine frühe Abwertung des eigenen Körpers. Dieser Mangel an Selbstbezogenheit führt zu fehlender Vitalität. Folglich kann sich weder Sinnlichkeit noch Lust entfalten. Lustlosigkeit allgemein und Libido-Verlust im sinnlich-sexuellen Bereich hemmen die Lebensqualität depressiver Personen.<sup>57</sup>

Ein zentrales Phänomen der depressiven Störung ist nach Wolfersdorf die insgesamt reduzierte Vitalität im vegetativ-somatischen Bereich. Dies äußert sich in einer allgemeinen Verminderung von Energie, in einer raschen Ermüdbarkeit, in Kraft- und Schwunglosigkeit, einhergehend mit einem krankhaften Aussehen, mit Voralterung und schlaffer Haut. Die Körperwahrnehmung ist stark eingeschränkt, welches sich u.a. in Appetitstörungen, im Bereich des Schmeckens und Riechens, in wandernden Schmerz- Spannungs- und Schweregefühle manifestieren. Zur Genussunfähigkeit bei depressiv Erkrankten werden Schlafstörungen, Appetitstörungen, Freudlosigkeit usw. subsumiert. Zur Anhedonie (Genussunfähigkeit) zählen auch die sexuellen Störungen. Die üblichen sexuellen Aktivitäten hinsichtlich Häufigkeit und Erlebensqualität nehmen bei depressiv kranken Menschen deutlich ab. Ein Libidoverlust gehört zu den Symptomen einer Depression und wird seltener durch pharmakogene Einflüsse bewirkt, und wenn,

---

<sup>56</sup> vgl. Bischoff 2005, S. 26

<sup>57</sup> vgl. Beer 2016, S. 56f

dann nur verstärkt. Betrachtet man die Depression als interaktionelle Störung, ist es naheliegend, dass sich eine Depression gerade im Bereich der Sexualität besonders auswirkt. Laut Wolfersdorf berichten depressive Männer häufig über Erektionsschwäche bis -unfähigkeit, was einerseits als depressionseigenes Symptom, andererseits auch als Behandlungseffekt durch antidepressive Medikamente verursacht sein kann. Hier wird eine differenzielle Unterscheidung notwendig. Manche Antidepressiva bewirken Orgasmusstörungen, z.B. Ejakulationsverzögerungen, was von Männern häufig kaum registriert bzw. fast nie, außer bei direkter Nachfrage, berichtet wird. Erektionsschwäche oder Erektionsunfähigkeit werden heute bereits häufiger ohne äußere Nachfrage berichtet. Bei depressiven Frauen kommt es zu Zyklusstörungen bis hin zu depressionsbedingter Amenorrhö (Ausbleiben der Regelblutung), die dann auch der gynäkologischen Abklärung bedarf. Zusätzlich kann es in und durch die Depression selbst zu einer fehlenden Anfeuchtung der genitalen Schleimhäute kommen, was allerdings auch Nebenwirkung mancher antidepressiven Medikation sein kann. Einschleichende Erschöpfung, langsam sich einstellende Schlafstörungen sowie Libidostörungen sind die sensibelsten Zeichen einer beginnenden Depression und häufig auch lange als Restsymptomatik einer abklingenden Depression zu beobachten.<sup>58</sup>

„Für eine geglückte Begegnung mit oder ohne Liebe müssen Nähe und Abstand, Angst, Geborgenheits- und Gewaltwünsche gleichgewichtig zusammenkommen.“<sup>59</sup> Gerade diese Ambivalenz gegensätzlicher Wünsche und Bedürfnisse auszuhalten und ins Gleichgewicht zu bringen, misslingt vielen Betroffenen und auch Angehörigen. Gerade fürsorglichen Angehörigen fällt es oft schwer, sich vorzustellen, dass Nähe Angst machen kann, dass Intimität als existenzielle Bedrohung erlebt werden kann und für die Betroffenen u.U. noch unerträglicher sein kann als die beklagte Einsamkeit. Eine Liebesbeziehung heißt ja nicht zuletzt, die Auflösung der Ich-Grenzen zuzulassen, sich anzuvertrauen, sich hingeben können, ohne sich zu verlieren. Nach Deger-Erlenmaier werden Scham und Schuldgefühle der Angehörigen besonders groß, wenn die Moral ins Spiel kommt. Gerade bei Paaren mit einem psychisch Erkrankten kann es zu sexuellen Auffälligkeiten oder gar Übergriffen kommen. Das Gefühl der Betroffenen, „Anders“ zu sein, ist keine Schande, fordert aber dazu heraus, übernommene Vorstellungen von Normalität in Frage zu stellen. Es fordert dazu heraus, darüber nachzudenken, welche Wünsche und Bedürfnisse wir selbst uns versagen, um uns in das vorgegebene Normalmaß einzupassen. Partner von depressiv Erkrankten fühlen sich oft allein gelassen. Es schmerzt, sich vom Partner

---

<sup>58</sup> vgl. Wolfersdorf 2001, S. 62

<sup>59</sup> Deger-Erlenmaier zit. Dörner/Plog: Irren ist menschlich, 1997 S. 25

vernachlässigt, nicht mehr richtig geliebt zu fühlen, alleingelassen zu sein mit der eigenen Bedürftigkeit.<sup>60</sup>

#### 4.5.2. Auswirkungen auf die Gesundheit

In den „caregiver-burden-studies“ wurden nach Aussage von Jungbauer/Bischkopf/Angermeyer viele Befunde zusammengetragen, die einen hohen Grad an subjektiver Belastung insbesondere bei Angehörigen schizophrener Menschen belegen. Trotz dieser beachtlichen Forschungstradition besteht bis heute weitgehend Unklarheit darüber, inwieweit bzw. in welche Bereichen Angehörige psychisch Kranker als Folge erlebter Belastungen ihrerseits gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden. In wie weit müssen sie selbst ärztliche oder psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen? Im Vergleich mit gesunden Kontrollgruppen oder der Populationsnorm wurden bei Partnern depressiver Patienten, insbesondere in akuten Krankheitsphasen- erhöhte Depressionswerte und funktionelle Beschwerden festgestellt. Gerade bei weiblichen Partnern, bei Zusammenleben mit dem depressiven Patienten im gemeinsamen Haushalt und bei einem vermeidenden Copingstil bestand eine besondere Vulnerabilität für die Entwicklung eigener Krankheitssymptome. In anderen Untersuchungen waren die befragten Angehörigen krankheitsanfälliger, z.B. für Infektionskrankheiten, schätzten ihre körperliche Gesundheit schlechter ein und gaben an, öfter zum Arzt zu gehen als eine gesunde Vergleichsgruppe.

Der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker stellte in einer Umfrage heraus, dass sich etwa ein Drittel der Befragten durch die Betreuung des Erkrankten sehr stark, ein weiteres Drittel mäßig stark in ihrer Gesundheit beeinträchtigt fühlt. An erster Stelle der negativen Auswirkungen bei Angehörigen stehen gesundheitliche Beeinträchtigungen. Rund 9 von 10 Angehörigen klagten vor allem über psychische Beschwerden, wie Grübelei, innere Unruhe, Reizbarkeit oder Mattigkeit sowie Schlafstörungen. Es konnten keine generellen Unterschiede hinsichtlich dieser Befindlichkeitsstörungen, bezüglich des Geschlechts der Eltern oder der Diagnose des Patienten festgestellt werden.<sup>61</sup>

#### 4.5.3. Suizidalität

Auch heute ist die Depression noch die Erkrankung mit dem höchsten suizidalen Risiko. Neuere Untersuchungen konnten zeigen, dass bei einer Lebenszeitmorbidity für eine typische depressive Episode nach ICD-10 die Suizidalität bei 4,3 Prozent für alle depressiv Kranken liegt,

---

<sup>60</sup> vgl. Deger-Erlenmaier 1997, S. 25f

<sup>61</sup> vgl. Jungbauer/Bischkopf/ Angermeyer 2001, S. 105

errechnet man jedoch die Suizidrate für schwere depressive Episoden, ist man bei 14,4 Prozent.<sup>62</sup> Während die Suizidrate in der Durchschnittsbevölkerung unter 0,5 Prozent liegt, sterben durch Suizid 2,2 % der depressiven Patienten, die ambulant, und vier Prozent, die stationär behandelt wurden. Fast jeder zwölfte depressive Patient, der aufgrund von Suizidversuchen oder -gedanken in stationärer Behandlung war, stirbt durch Suizid.<sup>63</sup> Die Suizidrate von Patienten mit Suizidversuch, die gleichzeitig depressiv waren, ist um ein Mehrfaches höher als die von Menschen mit Suizidversuch ohne Depression. Bei den Patientengruppen mit einem erhöhten Suizidrisiko folgen auf die Depressiven die schizophran erkrankten Patienten, sodann Personen mit schweren Persönlichkeitsstörungen und Suchtkranke. Die Frage, warum die Suizidmortalität bei der Depression so hoch ist, ist letztlich unbeantwortet. Der größte Teil depressiv Kranker, der sich suizidiert, befindet sich unter keinen Behandlungsbedingungen oder unter ambulanten Bedingungen. Das könnte heißen, dass es sich möglicherweise um ein Problem der Unterdiagnostik bzw. der fehlenden Diagnostik handelt. Möglicherweise wird die fehlende Diagnostik der Suizidalität selbst zum Problem. Wolfersdorf stellt zur Frage: „Warum ist die Suizidmortalität bei Depression heute noch so hoch?“ folgende sieben Thesen auf;<sup>64</sup>

1. Das Wissen um die Suizidgefahr bei Depression ist vorhanden, aber das Erkennen der Depression stellt ein Problem dar. Es kommt zu Unter- und Fehldiagnostik. Dies wäre kausal auf ein Aus-, Weiter- und Fortbildungsproblem zurückzuführen.
2. Die Prävention von Suizid ist selten ein Problem des Wissens, sondern eher ein Problem des Fragens, bzw. des Nichtfragens. Es könnte ein Vorurteil bestehen, die Suizidgefahr zu wecken. Oder es könnte Angst bestehen, Verantwortung zu übernehmen.
3. Um eine Suizidalität zu erkennen, ist eine Kontaktdichte und Zeit mit dem Erkrankten erforderlich. Diese Versorgung wird gerade im ambulanten Setting zum Problem.
4. Ärzte, Therapeuten und Berater benötigen Wissen um Risikopsychopathologie und suizidale Psychodynamik. Hier besteht auch heute noch ein großes Weiterbildungsproblem.
5. Das größte Problem der Suizidprävention ist die Nicht- und Unterbehandlung. Es besteht nicht in der Suizidförderung durch Fehlbehandlung (Psychotherapie, Psychopharmakotherapie etc.).
6. Das Therapieproblem der Suizidprävention besteht eher im ambulanten, als im stationären Bereich.

---

<sup>62</sup> vgl. Wolfersdorf 2001, S. 199

<sup>63</sup> vgl. Psychotherapeuten Kammer NRW Internetquelle

<sup>64</sup> vgl. Wolfersdorf 2001, S. 200

7. Suizidprävention ist unter stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Rahmenbedingungen eher ein Einschätzungsproblem und ein Personalproblem, d.h. ein Problem der Kommunikation und Kontrolle des Schutzes durch Menschen

Sowohl in der psychosozialen Beratung, in der Therapie, im ambulanten und stationären Bereich müssen folgende Grundregeln der Krisenintervention mitgedacht werden: das Herstellen einer Beziehung mit der Diagnostik von Erkrankung und Suizidalität einschließlich des Handlungsdruckes. Die Berater/-in haben nötige Maßnahmen zu planen, die sofort ergriffen werden müssen. Hierzu ist das Wissen über psychotherapeutische Krisenintervention erforderlich. Es soll umgehend eine Psychopharmakotherapie der Suizidalität eingeleitet werden und der Erkrankte eine Basistherapie nach den Regeln der antidepressiven Behandlung erhalten. Jeder Behandler muss grundsätzlich um die Suizidalität bei depressiven Patienten wissen, danach fragen und dann auch präventiv handeln. Nach Wolfersdorf kann jeder depressive Patient Suizidideen und suizidale Krisen haben. Risikogruppen für Suizidalität sind prinzipiell Depressive und insbesondere hoffnungslose depressive Menschen, Suchtkranke, Psychose Kranke, Menschen in Krisen, z.B. Beziehungskrisen, Trennungssituationen, Krisensituationen abhängig vom Lebensalter, Menschen in traumatischen Krisen, wie nach verschuldetem Unfall, nach krimineller Handlung, nach Vergewaltigung und nach Missbrauch. Menschen die eine Zukunftsperspektive sehen, sind weniger suizidgefährdet als Menschen, die hoffnungslos sind. „Bei der Diagnostik von Suizidalität sind also situative Aspekte, psychopathologische Aspekte sowie Art und Ausmaß von Suizidalität und Handlungsdruck zur Entwicklung von Suizidalität zu bedenken.“<sup>65</sup>

Die vielfältigen Belastungen der Partner von psychisch Kranken wurden hier noch einmal nach drei Themenschwerpunkten aufgearbeitet. Die Auswirkungen auf die Sexualität, die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Angehörigen und die Krisenbelastung bei drohendem Suizid. All diese Aspekte wirken auf die Beziehungen von Betroffenen und deren Partner ein. Aber wie nehmen die Partner überhaupt die depressiven Symptome wahr?

#### 4.6. Wahrnehmung aus Perspektive des Angehörigen

##### 4.6.1. Depression als Ausdruck von Stress

Partner und Angehörige, wie Eltern oder Geschwister, versuchen die Veränderungen des Erkrankten aufgrund der aktuellen Lebenslage und hier vor allem der beruflichen Situation des

---

<sup>65</sup> Wolfersdorf 2001, S. 202

kranken Partners zu verstehen. Besonders häufig wird der Bezug zur beruflichen Situation des erkrankten Partners hergestellt. Angehörige bringen die depressiven Symptome in engem Zusammenhang mit den Belastungen aus besonderen Leistungsanforderungen, Arbeitslosigkeit oder Umschulungen. Eine unterfordernde Tätigkeit oder das Zurücksetzen auf untere Hierarchieebenen bedingen in den Augen des Partners die gedrückte Stimmung und die Niedergeschlagenheit. Krankheitskonzepte zur Depression müssen somit nicht als Erklärung herhalten. Somit ordnet der Partner die Veränderungen des depressiven Partners dessen aktueller beruflicher Erfahrungen zu. Stresssituationen im Beruf können Symptome lange Zeit maskieren, vor allem wenn sie als Kennzeichen der Leistungsgesellschaft anerkannt sind.<sup>66</sup>

#### 4.6.2. Depression als Lebenskrise

Nach Auffassung von Bischoff kann die Depression als Lebenskrise des Erkrankten gewertet werden. Bietet weder die Beziehung noch die aktuelle berufliche Situation Anhaltspunkte für das Verständnis von Veränderungen, dann kann auf persönliche Merkmale des Partners zurückgegriffen werden. Diese Merkmale rühren zum einen aus seiner Lebensgeschichte und den damit verbundenen Verletzungen und zum anderen in den vorhandenen Wesensmerkmalen. Wurde der depressive Partner schon immer eher pessimistisch, grüblerisch, problemorientiert und zweifelnd beschrieben, so werden die depressiven Symptome als Verstärkung dieser bereits vorhandenen Merkmale betrachtet. Die Veränderungen am Partner können als Auseinandersetzung mit oder Folge von einer schwierigen Vergangenheit wahrgenommen werden. Auch in diesem Rahmen erscheinen die depressiven Symptome nicht als krankheitsbedingt und behandlungsbedürftig, sondern sind Ausdruck der mitunter schmerzhaften Lebenserfahrungen des erkrankten Partners. Die Angehörigen verstehen, dass ein hartes schweres Leben auch schweremütig machen kann und sehen die Symptome der Erkrankung nicht als solche, sondern als Zeit der Aufarbeitung.<sup>67</sup>

#### 4.6.3. Depression als Krankheit oder Krankheitsfolge

Erst wenn weder die Beziehung, noch die aktuelle berufliche Situation, noch die Lebensgeschichte des Partners schlüssige Anhaltspunkte für die Symptomatik bieten, wird die Wahrnehmung der Krankheit erleichtert. Angehörige sehen ihre erkrankten Partner wie durch einen

---

<sup>66</sup> vgl. Bischoff 2005, S. 27

<sup>67</sup> vgl. Bischoff 2005, S. 28

Bazillus befallen, der Schlappeheit, Müdigkeit, Interessenverlust, Pessimismus und Schlaflosigkeit verursacht. Wenn dann Mattigkeit und Appetitverlust dazukommt, gehen Angehörige von einer ernstzunehmenden körperlichen Krankheit aus. Partner veranlassen dann aus Sorge interistische Untersuchungen. Bei den dann möglicherweise auftretenden Verdachtssymptomen verstärkt sich die Sorge noch. Schon wenn es die Depressionsdiagnose gibt, können Zweifel in der Familie bestehen bleiben, ob die tatsächliche Krankheit noch unentdeckt geblieben ist. Wenn der Betroffenen bereits an einer anderen Krankheit leidet, z.B. Krebs, Diabetes oder Rheuma, dann verstehen die Partner die depressiven Symptome als Reaktion auf seine chronische oder lebensbedrohliche Belastung. Besonders chronische Schmerzen werden als energieraubend eingeschätzt, so dass daraus gleichsam ein Zustand der Energielosigkeit folgt. Nur in wenigen Fällen werden die Veränderungen als depressionsbedingt und gleichsam zur Krankheit Depression gehörend angesehen. Erst geht ein langer Lernprozess voraus, in dem die Partner der Erkrankten die Veränderungen einer Depression zuordnen.<sup>68</sup>

Um jetzt auf die Forschungsfrage zurückzukommen, die nach Unterstützungsangebote für Angehörige fragt, werden in den nächsten Abschnitten Möglichkeiten von Therapie, Beratung und Selbsthilfe unter Einbezug der Angehörigen/Partner aufgezeigt und auf ihre Effizienz als Unterstützungsangebot hin untersucht.

## 5. Unterstützung für Angehörige

### 5.1. Angehörigenarbeit

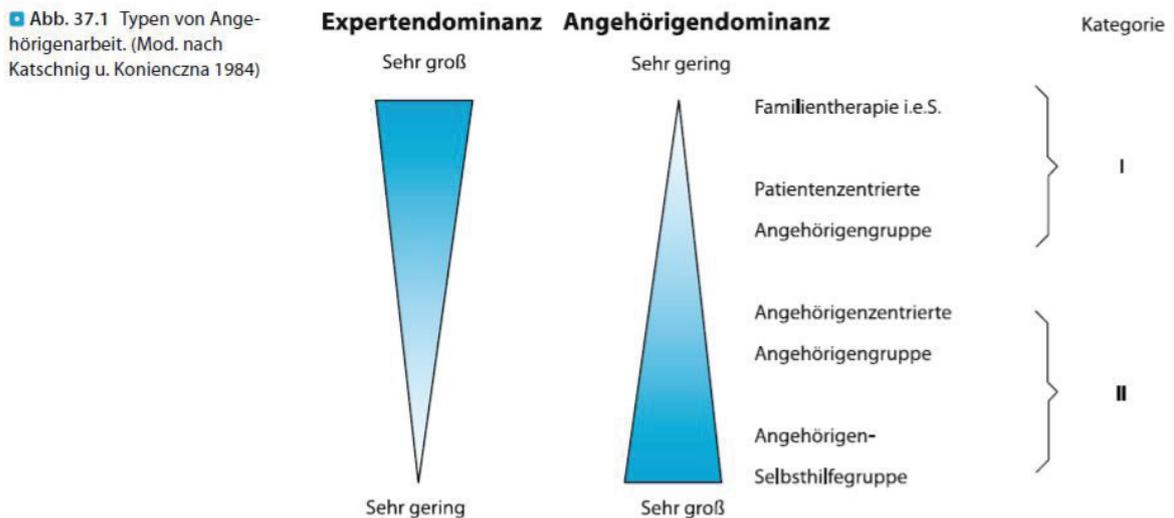
Der Begriff Angehörigenarbeit deutet nach dem Terminus darauf hin, dass diese Interventionsform nicht identisch ist mit Familientherapie im engeren Sinne. Es geht bei der Angehörigenarbeit inhaltlich nicht ausschließlich um eine Behandlung der Familie oder von bestimmten familiären Strukturen und Interaktionen. Vielmehr spielen dabei auch Information, Beratung, Unterstützung der Angehörigen und konkrete Hilfestellungen eine Rolle. Nach Auffassung von Borbe/Hornung/Buchkremer können Inhalte und Zielsetzungen von Angehörigenarbeit sehr differieren und je nach Einteilungsprinzip zu unterschiedlichen Typisierungen führen. Gerade in der wissenschaftlichen Begleitforschung wird wie oben schon erwähnt, neben der Wirksamkeit therapeutischer Angehörigenarbeit auch zunehmend die subjektive Belastung der Angehörigen untersucht. Katschnig und Konieczna unterteilen die Angehörigenarbeit nach formalen Kriterien unter dem Gesichtspunkt der Gruppeninitiierung in zwei Kategorien:

---

<sup>68</sup> vgl. Bishkopf 2005, S. 29

Kategorie 1: Angehörigenarbeit mit hoher Experten- und geringer Angehörigendominanz

Kategorie 2: Angehörigenarbeit mit geringer Experten- und hoher Angehörigendominanz



**Zur Kategorie 1** gehört vor allem die Familientherapie. Dabei ist allen familientherapeutischen Ansätzen gemeinsam, dass sie eine Modifikation der intrafamiliären Interaktionen anstreben, um zu einer Reduktion der Beschwerden, d.h. der Krankheitssymptome des Patienten zu kommen. Die therapeutischen Interventionen richten sich an die Gesamtfamilie unter Einbezug des Patienten. Hier stellen die Experten die Indikation zur Familientherapie, initiieren diese und steuern das Gruppengeschehen durch ihre Interventionen im Sinne des gewünschten therapeutischen Prozesses. In Abhängigkeit von der Therapiemethode unterscheidet man psychoanalytische, strukturelle, d.h. kognitiv-behaviorale und strategische Familientherapie. Letzterer wendet systemtheoretische Grundsätze an.

Die entweder angehörigen- oder patientenzentrierte therapeutische Angehörigengruppen nehmen in Bezug auf Experten- bzw. Angehörigendominanz eine **Mittelstellung** ein.

In die **Kategorie 2** fällt die Selbsthilfe, die nahezu vollständig eine Domäne der Angehörigen selbst ist. Die Selbsthilfeaktivitäten werden von den Angehörigen selbst ins Leben gerufen und unterhalten. Hier steht die Angehörigendominanz im Vordergrund. Zu einzelnen Treffen werden Experten zur Klärung bestimmter Fragen oder zur Vermittlung konkreter Hilfen eingeladen. Sie stellt unter Betroffenen auch eine Form des Austauschs unter Betroffenen, der gegenseitigen Unterstützung, aber auch der gesellschaftspolitischen Aktivitäten dar. Aus den Selbsthilfegruppen haben sich zunehmend Angehörigenvereine gebildet, die sich als Vertreter ihrer eigenen Interessen, aber auch der ihrer psychisch kranken Familienmitglieder sehen. Im

Rahmen gesundheitspolitischer Planung fordern sie zu Recht mehr Anerkennung und Berücksichtigung ihrer Wünsche.

**Ergänzend** hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten die „triadische Kommunikation“ entwickelt, d.h. die Einbindung der Angehörigen und der Betroffenen mit dem Ziel der Entwicklung gemeinsamer Krankheits- und Behandlungskonzepte. Diese hat ihre konzeptuelle Wurzeln in den sogenannten Psychose-Seminare, die mittlerweile annähernd flächendeckend in der Bundesrepublik existieren, und den gleichberechtigten Austausch zwischen Therapeuten, Betroffenen und Angehörige ermöglichen. Diese Veranstaltungen finden zunehmend auf Fachkongresse ihren Platz und dienen nicht zuletzt der Kommunikation, auch der Konsensfindung z.B. bei der Erstellung von Behandlungsleitlinien.

Die therapeutische Angehörigengruppe stellt ein **Subtyp** der vorherigen Kategorien dar. Sie sind, der oben aufgeführten Typologie entsprechend, entweder patientenzentriert oder mehr angehörigenzentriert. Bei den betroffenen Angehörigen handelt es sich in der Regel um einen oder beide Elternteile, meistens die Mütter der Patienten, oder um (Ehe-) Partner. Sodann kommen auch Geschwister oder Kinder von alterspsychiatrischen Patienten in Frage.

Angehörigenzentrierte Angehörigengruppen: Diese stehen den Selbsthilfeorganisationen sehr nahe. Mit Expertenhilfe werden primär Probleme der Angehörigen bearbeitet. Nur sekundär spielt das psychiatrisch erkrankte Familienmitglied eine Rolle. In diesen Gruppen sind die Angehörigen von sich aus problembewusster und veränderungsbereiter als bei den patientenzentrierten Gruppen. Hier bestehen Parallelen zu Selbsterfahrungsgruppen.

Patientenzentrierte Angehörigengruppen: Hier erfolgt die Kontaktaufnahme mit den Angehörigen über den Patienten. Dementsprechend stehen hier auch die Erkrankung und Behandlung und der Umgang mit dem Erkrankten im Mittelpunkt. Diese Gruppen werden in der Regel von Experten geleitet, welche im Sinne des psychoedukativen Vorgehens die Angehörigen umfassend aufklärt und ihnen konkrete Hilfsangebote macht. Deshalb kann auch von therapeutischer Gruppenarbeit mit den Angehörigen bzw. der Familie oder von therapeutischen Angehörigengruppen gesprochen werden.<sup>69</sup>

### **Ziele therapeutischer Angehörigengruppen**

Nach Buchkremer et al. besteht ein erstes Ziel in der Sensibilisierung der Angehörigen durch Vermittlung von Verständnis für den Patienten und dessen krankheitsbedingte Situation. Dazu

---

<sup>69</sup> vgl. Borbe/Hornung/Buchkremer 2011, S. 1041f

gehört eine Verbesserung der Fähigkeit, zwischen krankem und nichtkrankhaftem Verhalten des Patienten zu differenzieren. Aber auch das Erfassen und Bearbeiten der eigenen Defizite im Umgang mit dem Patienten und dessen Krankheit spielt hier eine Rolle. Die Desensibilisierung der Angehörigen als zweites Ziel erfolgt durch die Reduktion von Hilflosigkeit, von Schuld- und Schamgefühlen und von übertriebenem Verantwortungsgefühl. Hierdurch wird eine größere emotionale Distanz zum Patienten ermöglicht. Durch die Desensibilisierung wird ein Zugewinn von Selbstsicherheit im Umgang mit dem Patienten und dessen Erkrankung geschaffen. Und als drittes Ziel wird der Einbezug der Angehörigen in die Therapie definiert, welches durch umfassende Aufklärung über die Erkrankung und ihre Behandlung erfolgt. Es sollen Schulungen im Umgang mit der Erkrankung erfolgen und Krisenbewältigungsfertigkeiten vermittelt werden.<sup>70</sup>

### **Inhalte therapeutischer Angehörigenarbeit:**

Aus dem psychoedukativen Paradigma lassen sich die wesentlichen Inhalte der therapeutischen Angehörigengruppen ableiten. Hierzu zählen umfassende Informationen über die psychiatrische Erkrankung sowie gezielte lerntheoretisch fundierte Instruktionen und Hilfsangebote. Je nach Zielbereich stehen mehr die Informationen über die psychiatrische Erkrankung oder mehr der verhaltenstherapeutische Zugang im Vordergrund.<sup>71</sup>

### **Angehörigenarbeit bei affektiven Störungen**

Depressive Syndrome einerseits und Spannungen in der Familie und Partnerschaft andererseits können auf unterschiedliche Weise miteinander interferieren. Nach Borbe/Hornung/Buchkremer kann Angehörigenarbeit bedeuten, die in pathologischen Interaktionen liegenden Ursachen depressiver Störungen zu behandeln oder die durch die Depression belastete Beziehung zu verbessern. Für die Behandlung von Paaren werden methodisch gesehen in der Mehrzahl der Studien verhaltenstherapeutische und psychoedukative Techniken bzw. eine besondere Form der interpersonellen Psychotherapie angewandt. Nach einer randomisierten kontrollierten Studie durch Miller et al. 2005 verbessert sich die Symptomatik nach der Entlassung aus der Klinik durch die Ergänzung der Standardtherapie durch familientherapeutische Interventionen. Auch eine Verringerung der Suizidalität ist zu verzeichnen. Auch in Bezug auf die Behandlung von bipolar affektiven Störungen zeichnen sich günstige Effekte psychoedukativer Angehörigenarbeit ab. Nach Miklowitz et al. 2003 konnte gezeigt werden, dass die Kombination von

---

<sup>70</sup> vgl. Borbe/Hornung/Buchkremer 2011, S. 1043

<sup>71</sup> vgl. Borbe/Hornung/Buchkremer 2011, S. 1044

Psychoedukation, Kommunikationstraining, Problemlösungstraining und Pharmakotherapie im Vergleich zu einer Standardversorgung zu weniger Rückfällen und verbesserter Medikamentencompliance führen. Eine Studie von Reinares et al. 2004 konnte zeigen, dass die subjektive Belastung der Angehörigen durch psychoedukative Intervention und Vermittlung von Coping-Strategien deutlich abnahm. Vor allem Patienten in leichteren Erkrankungsstadien scheinen von psychoedukativen Interventionen bei ihren Angehörigen zu profitieren.<sup>72</sup>

## 5.2. Familientherapie

In den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts hat sich die Forschung zunehmend mit dem seelischen Werdegang von psychisch Kranken beschäftigt, und festgestellt, dass dem innerfamiliären Klima während der Kindheit eine besondere Bedeutung zukommt. Laut Bäuml hängt von der Qualität der elterlichen Fürsorge nicht nur die allgemeine Lebenstüchtigkeit ab, sondern es werden auch die Weichen für das spätere Erkranken bzw. Nichterkranken an schweren seelischen Leiden gestellt. Problematische Familienverhältnisse wirken sich eher ungünstig auf den weiteren Lebensweg aus, vor allem, wenn die Betroffenen ohnehin eine erhöhte Vulnerabilität für eine seelische Erkrankung besitzen. Im Rahmen von systemischen Therapieansätzen wird versucht, auf das ganze Familiensystem Einfluss zu nehmen. Durch die Familientherapie sollen die Wechselwirkungen der verschiedenen Verhaltensweisen der einzelnen Familienmitglieder untereinander aufgedeckt und bewusst gemacht werden. Das Ziel der Behandlung soll es sein, das Gespür der gesunden Familienmitglieder für die erhöhte Anfälligkeit des erkrankten Angehörigen zu verfeinern. Schafft es eine Familie, sich auf die Verletzlichkeit eines Erkrankten besser einzustellen, so kann das Risiko von Wiedererkrankungen deutlich vermindert werden. Der Aspekt des Schuldig-Fühlens der Angehörigen an der Erkrankung muss generell mitgedacht werden und als Missverständnis ausgeräumt werden. Diese Sichtweise muss unbedingt geklärt werden, weil ansonsten unfruchtbare Schuldgefühle mit Verzweiflung und Resignation bei den Angehörigen ausgelöst werden können.<sup>73</sup> Nach Auffassung von Kowalsky wird die Wirksamkeit systemischer Therapie in einer neueren Metaanalyse für verschiedene Störungen belegt. Eine hohe Wirksamkeit bei Erwachsenen gilt bei affektiven Störungen, Essstörungen, psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten, Abhängigkeit und Missbrauch sowie bei Schizophrenie und wahnhaften Störungen empirisch validiert. Besonders die Ressourcenorientierung als spezielle Technik der systemischen Therapie zeigt sich als hoch

---

<sup>72</sup> vgl. Borbe/Hornung/Buchkremer 2011, S. 1045

<sup>73</sup> vgl. Bäuml 2001, S. 110

wirksame Methode. Vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie 2008, dem Sachverständigenrat, der die Wissenschaftliche Anerkennung von Psychotherapieverfahren prüfen soll, wurde 2008 die Anerkennung der systemischen Therapie in Deutschland für Erwachsene empfohlen, allerdings wird sie von den Kassen derzeit noch nicht finanziert.<sup>74</sup> Doch auf welchen Grundlagen fußt die systemische Therapie? Welche Indikationen und Kontraindikationen sind angezeigt und wie wird die Therapie durchgeführt? In der systemischen Therapie liegt der Fokus auf dem sozialen Kontext psychischer Störungen. Zusätzlich zum Patienten, dem Symptomträger (Indexperson) werden auch andere Personen in die Therapie einbezogen, die in einer aktuell relevanten Beziehung zum Patienten stehen. Systemische Ansätze bezeichnen nicht den Patienten als „krank“, sondern sehen die Interaktion mit den Mitgliedern des Bezugssystems sowie die Beziehungsstrukturen innerhalb dieses Systems als fehlerhaft an. Als Bezugssystem werden die Familie, Freunde, Arbeitskollegen, aber auch Ärzte und Therapeuten als professionelle Helfer des Patienten angesehen. Hier in diesem Ansatz liegt auch der grundlegende Unterschied zu individualpsychologischen Therapieformen. Nach Kowalsky soll in der Therapie herausgearbeitet werden, wie die unterschiedlichen Personen miteinander interagieren, z.B. welche Rollenverteilung herrscht, oder welche Kommunikationsmuster dominant sind. Aus zwei Perspektiven wird das Bezugssystem betrachtet. Einerseits die Auswirkungen der Interaktionen innerhalb der Familie und andererseits aber auch die Bedeutung der Symptome für das familiäre System. Als Intervention soll die Kommunikation innerhalb des Systems nach Möglichkeit verändert werden und dadurch die gesamte Familienstruktur (d.h. Beziehungen, Hierarchien, Interaktionsmuster) mit. Das Ziel soll nicht sein, herauszufinden, wo in der Person die zurückliegenden Ursachen für die Symptome der Störung liegen. Es gilt Optionen zu finden, welche Rahmenbedingungen innerhalb des Systems verändert oder neu geschaffen werden müssen, um die Entwicklung alternativer und konstruktiver Kommunikations- und Verhaltensformen zu unterstützen.<sup>75</sup> Die geschichtlichen Wurzeln der systemischen Therapie liegen nicht in der konsistenten Theorie einer bekannten Persönlichkeit, wie z.B. die Psychoanalyse. Historisch betrachtet ist die systemische Therapie eine Weiterentwicklung der frühen Familientherapie der 1950er Jahre in den USA. Einige Psychotherapeuten begannen damals, die Familien in die Behandlung mit einzubeziehen. Heute kann Familientherapie als eine Anwendungsform systemischen Vorgehens innerhalb spezieller Rahmenbedingungen/bei einer bestimmten Patientengruppe angesehen werden. Virginia Satir als bekannteste Vertreterin der experimentellen bzw. erlebnisorientierten Familientherapie entwickelte sie viele Techniken für die systemische

---

<sup>74</sup> vgl. Kowalsky 2012, S. 92

<sup>75</sup> vgl. Kowalsky 2012, S. 85

Therapie, die auch heute noch Anwendung finden, wie z.B. die Familienskulptur. Hierbei bekommt ein Mitglied die Aufgabe, die eigene Familie räumlich so zu positionieren, dass sich eine subjektiv stimmige Repräsentation der aktuellen emotionalen Beziehungen zwischen den beteiligten Personen ergibt. Bei der Besprechung der gebauten Skulptur werden die Gefühle und Empfindungen der aufgestellten Personen erfragt.

Ein weiterer Entwicklungsstrang ist die strukturelle Familientherapie von Minuchin aus den 1960er Jahren der USA. In dieser Therapie werden aus den Interaktionen der Mitglieder Informationen über die Familienstrukturen (Beziehungslandkarte) und die darin enthaltenen Problemen abgeleitet. Für ein gesundes Familiensystem spielen beispielsweise klare Grenzen zwischen den Familienmitgliedern/-subsystemen sowie die Bereiche Autorität, Allianzen/Koalitionen, Einfluss und hierarchische Gliederung eine wichtige Rolle. Bestehende Grenzen werden während der Therapie überprüft und gegebenenfalls verändert. Die problemlösende strategische Familientherapie von Haley besteht aus speziellen Strategien und Techniken (z.B. paradoxe Intervention), um die Familie lösungsorientiert zu führen (direktiver Ansatz). Mit möglichst kurzen Interventionen kann handlungsorientiert und wirkungsvoll gearbeitet werden. Die Paartherapie gilt als spezielle Unterform der Familientherapie, bei der die Interaktion der beiden Partner verändert werden soll.<sup>76</sup>

Unter dem Begriff „systemische Therapie“ werden unterschiedliche theoretische Interaktionsansätze zusammengefasst. Die Fokussierung auf die Wechselbeziehungen innerhalb familiärer Systeme ist die zentrale Idee, die aus der Systemtheorie in die systemische Therapie übernommen wurde. Die einzelnen beweglichen Teile stehen in ständiger Interaktion miteinander, wodurch das ganze System im Gleichgewicht gehalten wird (Homöostase). Das Verhalten eines einzelnen Mitglieds ist immer sowohl Ursache als auch Wirkung des Verhaltens der übrigen Mitglieder (Zirkularität). Die zentralen Funktionen familiärer Systeme bestehen in der Alltagsbewältigung und Aufgabenerfüllung, in der Intimität, in der Entwicklung des Einzelnen bei Aufrechterhaltung des Ganzen, der Emotionalität, des Rollenverhaltens, Kohäsion (d.h. Zusammenhalt und Zugehörigkeitsgefühl der Mitglieder), Kommunikation und Kontrolle. Eine systemische Therapie ist dann indiziert, wenn das Bezugssystem des Patienten und die Interaktionen im System relevant für die Störung sind.<sup>77</sup>

---

<sup>76</sup> vgl. Kowalsky 2012, S. 86

<sup>77</sup> vgl. Kowalsky 2012, S. 90

### 5.3. Paartherapeutische Ansätze

Wenn der Beziehung Bedeutung für die Störungsentwicklung und den Verlauf der Erkrankung zukommt, wird eine Paartherapie als Intervention zur Behandlung der Störung eines der Partner angesehen. Hier liegt der Fokus in der Verknüpfung der Änderungen in der Beziehung mit Änderungen des Symptomverhaltens eines der Partner. Gerade bei Depressionen ist dies aufgrund des engen Zusammenhangs zwischen Krankheits- und Beziehungsmerkmalen zentral. Es existieren verschiedene Ansätze, die einen jeweils unterschiedlichen Fokus haben. In der klientenzentrierten Paartherapie sollen Bedingungen geschaffen werden, die für das Gelingen der Partnerschaft förderlich sind. Das Bemühen beider Partner, sich selbst und den anderen zu verstehen, und das Erleben des anderen zu akzeptieren, sind grundlegende Anliegen der klientenzentrierten Paartherapie.

Bei den personenzentrierten Paarberatungen oder Paartherapien stehen der Paarkonflikt und Krisen im Vordergrund. Das Finden von befriedigenden Lösungen des Konflikts steht hier im Fokus. Wenn eine Trennung eine angemessene Lösung des Konflikts ist, dann können personenzentrierte Mediationen helfen, die Trennung besser zu bewältigen. Durch solch ein Schlichtungsverfahren kann die Fortführung des Konflikts um Sorgerecht und Unterhalt vermieden oder möglichst geringgehalten werden.<sup>78</sup>

Laut Bischoff ist die Frage offen nach der tatsächlichen Behandlungsrealität und dem Nachweis der Wirksamkeit von Paartherapien als eine Behandlungsvariante von Depression. Sie führt zwei kontrollierte Studien auf, die die Wirksamkeit von Paartherapien als eine Behandlungsvariante von Depression untersuchten. Die eine Studie von O'Leary/Beach aus dem Jahr 1990 und die zweite Studie von Jacobson aus dem Jahr 1991 zeigen, dass Paartherapie sich positiv auf depressive Stimmung auswirkt. Hier stand die kognitive Therapie als Vergleichs-äquivalente zur Disposition. Sowohl die kognitive Therapie, als auch die Paartherapie haben die gleichen positiven Wirkungen auf den Affekt der erkrankten Person. Doch die Paartherapie verbessert hingegen zusätzlich die Beziehungsqualität, vor allem bei Paaren mit Paarproblemen. Eine Paartherapie als Depressionsbehandlung zeigt die höchste Effektivität, wenn die Partnerschaftskonflikte bereits vor Beginn der Erkrankung bestanden. In den Richtlinien der APA (American Psychiatric Association) wird die Paartherapie als mögliche Behandlungsform der Depression genannt.<sup>79</sup> Eine neuere Studie aus dem Jahr 2009 von Bodenmann/Widmer untersucht die Wirksamkeit der Paartherapie (Bewältigungsorientierter Ansatz) bei unipolaren

---

<sup>78</sup> vgl. Bischoff 2005, S. 91f

<sup>79</sup> vgl. Bischoff 2005, S. 92

Depressionen. Hier wurden 60 Paare über einen Zeitraum von 1,5 Jahren begleitet. 20 Paare erhielten eine Kognitive Verhaltenstherapie, 20 Paare eine Interpersonelle Therapie und 20 Paare erhielten eine Paartherapie. Jedes Paar erhielt 20 Therapiesitzungen in 12 Wochen nach manualisierten und standartisierten Therapieinhalten. Bei der Paartherapie-Gruppe standen Ziele wie z.B. Beziehungspflege im Alltag, Gemeinsamkeiten, Gemeinsame Bewältigung, Kommunikation und Problemlösung sowie Akzeptanz der Veränderung im Vordergrund. Es wurden Techniken angewandt wie dem Reziprozitätstraining, Aktivitätenplanung, 3-Phasen-Modelle, Kommunikationstraining und Akzeptanzarbeit. Der Schwerpunkt der Paartherapie liegt in der Förderung der Kohäsion des Paares, der gegenseitigen Unterstützung, der Kommunikation der Partner, der gegenseitigen Akzeptanz und der Förderung der Autonomie. Es sollte ein Abbau von ambivalentem Verhalten erfolgen, welches auch Drohungen bezüglich Trennung, abschätzige Kritik, inadäquate Unterstützung und Monotonie der Beziehung einschließt. Die Ergebnisse aus dieser Studie besagen, dass eine Paartherapie in vielen Fällen zur Behandlung von Depression indiziert ist, vor allem wenn eine niedrige Partnerschaftsqualität vorliegt. Die Paartherapie war gleich wirksam wie die Kognitive Verhaltenstherapie und der Interpersonellen Therapie. In vielen Fällen ist der Einbezug des Partners/der Partnerin sinnvoll, sei es im Rahmen einer Paartherapie oder mittels einzelner Sitzungen.<sup>80</sup>

Paartherapien werden leider äußerst selten bei Depressionsbehandlungen erwogen und angeboten. Unter 54 Familien mit einem depressiven Angehörigen wurde sie nur in einem Fall im Anschluss an die stationäre Behandlung depressiver Störungen angeboten. Ursächlich hierfür können Vorurteile gegenüber Paartherapien sein. Die Partner der Erkrankten sehen keinen paartherapeutischen Bedarf, wenn die Beziehung als gut betrachtet wird. Auch der Begriff Therapie impliziert häufig Krankheit, und das wird nur dann für die Beziehung akzeptiert, wenn sie gewissermaßen als krank erlebt wird. Das Krankheitsverständnis spiegelt die Tendenz wieder, psychosoziale Sachverhalte vorschnell zu medikalisieren. Interventionen mit präventivem und entwicklungsförderndem Charakter bleiben vielfach unberücksichtigt. Der Begriff Therapie ist in diesem Verständnis eher ein Behandlungs- und Entwicklungsbegriff.<sup>81</sup>

#### 5.4. Interpersonelle Psychotherapie

Bei der Interpersonellen Psychotherapie handelt es sich um ein speziell auf die Behandlung von Depressionen zugeschnittenes Verfahren. Bei der IPT (Interpersonellen Psychotherapie) wird

---

<sup>80</sup> vgl. Widmer 2009, Internetquelle

<sup>81</sup> vgl. Bischof 2005, S. 92

davon ausgegangen, dass Depression durch verschiedene Faktoren verursacht sein kann. Unabhängig von den Ursachen der depressiven Erkrankung sind die Beziehungen der depressiv Erkrankten zu anderen Menschen und die sozialen Rollen (z.B. Arbeitnehmer, Mutter usw.) stets davon betroffen. Der Schwerpunkt der Behandlung liegt auf der Bewältigung zwischenmenschlicher Probleme, die mit dem Auftreten der Depression zusammenhängen.<sup>82</sup> Die IPT nimmt einen Zusammenhang zwischen depressiven Erkrankungen und interpersonellen Belastungen an. Zugespißt sieht die IPT in zwischenmenschlichen Problemen einen wesentlichen Einfluss auf die Entstehung psychischer Störungen. Sie ist als fokussierte, halbstrukturierte und zeitlich begrenzte Kurzzeittherapie konzipiert und bedient sich in paradigmatischer Weise unterschiedlicher therapeutischer Methoden. Gezielt zur ambulanten Behandlung von akuten unipolaren depressiven Episoden entwickelt, wird sie heute auch für zahlreiche psychische Krankheiten modifiziert. 1984 veröffentlichten Klerman und Weissmann das erste Therapiemanual zur IPT.<sup>83</sup> Die theoretischen Bezüge gehen auf Adolf Meyer zurück. Dieser schweizerische Psychiater prägte mit seinem Konzept der Psychobiologie 1957 die amerikanische Psychiatrie. Die Sichtweise Meyers war entscheidend beeinflusst von Darwin. Er betrachtete psychische Störungen als misslungenen Versuch des Individuums, sich an veränderte Umweltbedingungen und dabei insbesondere an psychosoziale Stressoren anzupassen. Damit rückte er das psychosoziale Umfeld in das Blickfeld des psychiatrischen Interesses. Gerade das Anpassungsverhalten des Patienten sah Meyer geprägt von frühen Erfahrungen in der Familie und in anderen sozialen Gruppen. Meyers Ansatz wurde von einem seiner Schüler, Harry Stack Sullivan erweitert und ergänzt. Sullivan fasste die gesamte Psychiatrie als Wissenschaft interpersoneller Beziehungen auf und rückte sie in die Nähe der Soziologie, Anthropologie, und Sozialpsychologie. Wie Meyer formulierte auch Sullivan seine Konzepte auf Basis beobachtbarer und verifizierbarer Daten und stand damit wiederum in Kontrast zu Freud, der zu dieser Zeit einen gravierenden Einfluss auf die amerikanische Psychiatrie ausübte. Nach Schramm gilt Sullivan als der bekannteste Vertreter der Interpersonellen Schule, die zwischen den 30er und 40er Jahren in Washington gegründet worden.<sup>84</sup> Aufbauend auf die Arbeiten der Interpersonellen Schule von Sullivans, auf bindungstheoretischen Überlegungen sowie auf Forschungsergebnisse zu Risiko- und Schutzfaktoren depressiver Erkrankungen stellten Klerman und Weissmann den Zusammenhang der Depression mit interpersonellen Belastungen als handlungsleitendes Element der IPT heraus. Es wird ein multifaktorielles Störungsmodell der Depression zugrunde

---

<sup>82</sup> vgl. Schramm 1996, S. 309

<sup>83</sup> vgl. Hannig/Berking 2012 S. 55

<sup>84</sup> vgl. Schramm 1996, S. 78

gelegt und gerade dem interpersonellen Kontext eine zentrale Rolle zugeschrieben. Zwischenmenschliche Belastungen werden als Auslöser, aufrechterhaltende Bedingung und Folge depressiver Erkrankungen betrachtet. Umgekehrt kann das Vorliegen einer Depression die psychosoziale Funktionsfähigkeit der betroffenen Person stark beeinträchtigen und so zu weiteren zwischenmenschlichen Problemen führen.<sup>85</sup> Laut Schramm untermauern folgende Befunde den empirischen Hintergrund der IPT: Das emotionale Bindungsverhalten hat eine hohe Bedeutung in der Entwicklung des Individuums. Ein wirksamer Schutz vor Depression bietet eine vertrauensvolle Beziehung. Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen Stressereignissen (life-events) und dem Auftreten und Verlauf einer Depression. Gerade chronische soziale oder zwischenmenschliche Belastungen nehmen Einfluss auf das Auftreten einer Depression, insbesondere bei Partnerschaftsproblemen. Es besteht ein gesicherter Zusammenhang zwischen dem Auftreten einer Depression und der Beeinträchtigung sozialer Leistungsfähigkeit in Form gestörter partnerschaftlicher oder anderer Beziehungen oder dysfunktionalem Kommunikationsverhalten.<sup>86</sup> Bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung depressiver Störungen scheint nicht nur die Quantität, sondern hauptsächlich die Qualität sozialer Beziehungen, die Sullivan als „sicherheitsspendend“ bezeichnet, eine Rolle zu spielen. Vorrangigen Stellenwert hat dabei die Paarbeziehung. Bei der IPT wird konsequenterweise der Behandlungsschwerpunkt auf die Verbesserung der gegenwärtigen Interaktions- und Kommunikationsmuster der Betroffenen und seinen Bezugspersonen gelegt.<sup>87</sup> Die therapeutische Arbeit findet im Hier und Jetzt statt. Ansatzpunkt sind die interpersonellen Belastungen, die aktuell bestehen und mit der depressiven Episode zusammenhängen. Können sie gelöst werden, ist auch eine Verbesserung der depressiven Symptomatik zu erwarten. Behandlungsziele der IPT sind die Symptomremission, die Reduktion der interpersonellen Probleme sowie der Aufbau und Nutzung eines sozialen Netzwerks. Aus dem multifaktoriellen biopsychosozialen Störungsmodell der Depression ergibt sich eine Offenheit dafür, dass die IPT nicht nur als monotherapeutisches Verfahren, sondern auch in Kombination mit antidepressiver Medikation angewendet werden kann. Vier zentrale interpersonelle Problemfelder werden angenommen. Ein Feld ist die Trauer. Sie betrifft die Unfähigkeit der Person, nach dem Tod einer Bezugsperson einen normalen Trauerprozess zu durchlaufen. Als zweites Feld werden unbewältigte Rollenwechsel behandelt. Diese können bei der Aufgabe alter oder der Aufnahme neuer sozialer Rollen entstehen. Mögliche Rollenveränderungen sind z.B. der Beginn oder das Ende einer Beziehung oder einer beruflichen

---

<sup>85</sup> vgl. Hannig/Berking 2012 S. 55

<sup>86</sup> vgl. Schramm 1996, S. 85

<sup>87</sup> vgl. Schramm 1996, S. 85

Anstellung, Familiengründung, Berentung oder die Diagnose einer medizinischen Erkrankung. Interpersonelle Konflikte stellen das dritte Problemfeld dar. Diese können entstehen, wenn der Patient und die ihm nahestehenden Personen unterschiedliche Erwartungen an ihre Beziehung haben. Und als viertes Feld geht es um interpersonelle Defizite, die relevant werden, wenn keine der anderen drei Bereiche als Problembereiche identifiziert werden können. Zentrale Themen sind soziale Verarmung oder Schwierigkeiten im Eingehen oder Aufrechterhalten zwischenmenschlicher Beziehungen in der Vorgeschichte.<sup>88</sup> Obwohl eigentlich als Individualtherapie konzipiert, erlaubt die IPT, dass Partner, Familienangehörige oder andere Bezugspersonen in bestimmte Abschnitte der Therapie miteinbezogen werden. Dadurch wird eine dreifache Zielsetzung verfolgt. Der Therapeut erhält zusätzliche Informationen, gewinnt die Mitarbeit des Partners oder der Familie, und zwischenmenschliche Konflikte oder Kommunikationsstörungen sind leichter zu lösen. Die therapeutische Schweigepflicht bezieht sich auf alle Familienmitglieder.<sup>89</sup>

#### 5.4.1. Miteinbeziehen der Bezugspersonen in der Anfangsphase

Nach Aussage von Schramm ist es hilfreich, bei der Erhebung der Vorgeschichte des Erkrankten die Bezugspersonen einzubeziehen, um zusätzliche Informationen und Beurteilungen zu erhalten. Besonders in Bezug auf die Informationsvermittlung kann der Erkrankte von der Teilnahme seiner Familienangehörigen profitieren, und dem Therapeuten wird die Möglichkeit gegeben, die Unterstützung und Mitarbeit der Familie zu gewinnen. Durch die gezielte umfassende Aufklärung können neben Ärger-Gefühlen auch Schuldgefühle, übertriebene Befürchtungen, Überfürsorglichkeit und Gefühle der Hilflosigkeit bei der Familie reduziert werden. Neben der Erklärung von typischen Symptomen der Erkrankung und dem Erleben der Erkrankung als Angehöriger steht auch die Empfehlung von weitergehenden Hilfen für die Bezugspersonen im Fokus. Hier werden eigene Therapien oder auch Angehörigengruppen empfohlen. Erfahrungsgemäß besteht ein weiterer Vorteil, Angehörige in den therapeutischen Prozess zu integrieren, darin, dass sich die langfristige Compliance des Patienten erhöht. Nicht selten sind es die Familienmitglieder, die den Erkrankten motivieren, Sitzungen einzuhalten oder die Medikamente auch weiterhin einzunehmen.<sup>90</sup>

---

<sup>88</sup> vgl. Hannig/Berking 2012 S. 56

<sup>89</sup> vgl. Schramm 1996, S. 266

<sup>90</sup> vgl. Schramm 1996, S. 268

#### 5.4.2. Einbezug der Bezugspersonen bei interpersonellen Auseinandersetzungen

Während der depressiv Erkrankte noch unter ausgeprägten Symptomen leidet und schwer depressiv ist, wird zuerst medikamentös behandelt. Später kann dann die Bezugsperson, bzw. der Partner mit einbezogen werden. Das Erstgespräch dient dem Herauskrystallisieren der unterschiedlichen Erwartungen an die Beziehung, dem Paarkonflikt und anderer üblicher Konflikte, wie z.B. finanzielle Schwierigkeiten, sexuelle Probleme, Kindererziehung, Angst vorm Verlassenwerden. Nach Schramm liegen immer Kernkonflikte zugrunde, wie der Kampf um Macht und Kontrolle, die Erlangung von Autonomie oder die Übernahme von Verantwortung. Es wird in der Therapie bestimmt, welche Kommunikationsmuster bestehen und welche -fehler lassen sich identifizieren? Sind die relevantesten Kommunikationsmuster identifiziert und dem Paar bewusst gemacht, wird versucht, alternative beziehungsfördernde Kommunikationsgewohnheiten zu entwickeln.

#### 5.4.3. Einbezug von Bezugspersonen in Krisensituationen

Bei Verdacht auf Suizidalität während oder im Verlauf der Behandlung ist es wichtig, die Angehörigen einzubeziehen. Das gleiche gilt unter Umständen, wenn ein depressiver Rückfall auftritt oder andere Krisensituationen auftreten. Die Familienangehörigen werden über Sofortmaßnahmen aufgeklärt, wie Krisen und Suizidankündigungen zu bewältigen sind. Gerade bei Suizidalität sind die Angehörigen angehalten, die stationäre Aufnahme des Erkrankten einzuleiten. Schramm beschreibt die Möglichkeit, den suizidal Erkrankten von den Familienmitgliedern durchgehend beobachten zu lassen. Ist die Gefahr nicht so groß, kann der Erkrankte an Wochenenden, Feiertagen und nach Arbeitsschluss mit den Familienangehörigen zusammen sein.<sup>91</sup>

### 5.5. Sozialpsychiatrischen Beratung

#### 5.5.1. Stellung und Aufgaben von Beratung in der Sozial- und Gemeindepsychiatrie

„In der Sozial- und Gemeindepsychiatrie stellt „Beratung“ kein isoliertes Element dar, sondern bildet einen festen und beständig präsenten Bestandteil innerhalb eines breiten und integrierten (Be-) Handlungskonzepts in der „Versorgungskette“ des so genannten gemeindepsychiatrischen Verbunds.“<sup>92</sup>

---

<sup>91</sup> vgl. Schramm 1996, S. 242

<sup>92</sup> Schramm 1996, S. 241

Es bestehen enge Verzahnungen, vielfältige Überschneidungen und Berührungspunkte zwischen Beratung und den anderen sozialpsychiatrischen und psychosozialen Handlungsformen. Diese finden sich u.a. bei der Krisenintervention, Rehabilitation, Begleitung, Betreuung, Assistenz und Therapie, aber auch in der Bildung und Erziehung bis hin zu Fragen der Lebensführung und Lebensplanung. Sozialpsychiatrische Beratung basiert auf einer lebensweltorientierten Perspektive und einer interdisziplinären und teamorientierten sozialpsychiatrischen Grundhaltung. Damit einhergehend stellen methodische Grundregeln beratender Gesprächsführung vor allem aus der klientenzentrierten Gesprächstherapie, der Kommunikationstheorie und der systemischen Familientherapie die Eckpfeiler der Sozialpsychiatrischen Beratung dar.<sup>93</sup> Die Grundhaltung zeichnet sich durch ein Bemühen um subjektive empathisches und hermeneutisch-rekonstruktives Verstehen des psychisch kranken Anderen, durch Anerkennung, Akzeptanz und Aushaltenkönnen seiner Differenz/ Verschiedenheit und damit verbundener Formen der Lebensführung aus, wobei gleichzeitig eine orientierende, haltgebende und klare fachliche sowie persönliche Positionierung seitens der Fachkräfte verdeutlicht werden soll. Ein gemeinsames Ziel der sozial-psychiatrischen Beratung mit den anderen Handlungsfeldern der Gemeindep psychiatrie besteht darin, ratsuchenden Klienten bzw. Nutzern und ihren Angehörigen für die Bewältigung des Lebens mit einer psychischen Erkrankung Orientierung, Klarheit, Wissen, Bearbeitungs- und Bewältigungskompetenzen zu vermitteln, Ihnen realistische Wahlmöglichkeiten zu eröffnen, ihre Entscheidungsfähigkeit zu stärken, sie zur Selbstverantwortung und Selbstbestimmung zu ermutigen, sie bei der Nutzung und Erschließung eigener Ressourcen zu unterstützen. Vorhandene Kompetenzen können in der Beratung aufgespürt werden und gefördert werden. Alternative Handlungsmuster werden mit den Ratsuchenden gemeinsam aufgebaut und erprobt.<sup>94</sup> Die Schwerpunkte der Beratung von chronisch psychisch Kranken und deren Angehörigen liegt in der Analyse, Klärung und Unterstützung der Betroffenen bei der Auseinandersetzung mit der Krankheit und ihrem Verlauf, der Bewältigung der alltäglichen Lebensführung mit der Krankheit und den Versuchen in dieser Lage, die eigene Identität neu zu bestimmen, in Familie und Beruf wieder Fuß zu fassen sowie ein weitestgehend selbstständige und selbstbestimmte Existenz zu führen. Kardoff spricht von einem Ausloten der aufgrund der Krankheit beeinträchtigten Handlungsspielräume von „Gegebenen und Möglichen“ für ein Leben mit der psychischen Krankheit innerhalb ihres Lebensfeldes, ihres Milieus und ihrer Lebenslage. Dazu gehört außerdem die Unterstützung der Erkrankten und deren Angehörige durch

---

<sup>93</sup> vgl. Kardoff E. 2004, S. 1097

<sup>94</sup> Ebd, S. 1098

biografische Arbeit zur Neubestimmung von Lebenszielen und Lebensführung in retrospektiv-prospektiver Hinsicht.<sup>95</sup>

#### 5.5.2. Besonderheiten und spezifische Aufgaben sozialpsychiatrischer Beratung

Psychische Erkrankungen haben die allgemeine Besonderheit, sowohl eine psychophysische Beeinträchtigung und Bedrohung individuellen Wahrnehmens, Denkens, Fühlens und Erlebens zu sein als auch eine fundamentale Störung von Kommunikations- und Interaktionsprozessen aufzuweisen. Die psychische Erkrankung wird als Irritation der eingelebten alltäglichen sozialen Ordnung und der in ihr geltenden Normalitätserwartungen erlebt. Aus den Eigenarten der jeweiligen Krankheits- und Störungsbilder ergeben sich besondere Anforderungen, wie z.B. besondere Bedürfnisse nach Distanz, überwachte Wahrnehmungen, Hyperaktivität oder Antriebs- und Motivationsverluste. Dazu kommen sekundäre Folgeerscheinungen wie schnelle Erschöpfbarkeit aufgrund starker Dauermedikation, Gefühle der Perspektivlosigkeit als Ergebnis sozialen Abstiegs oder als Resultat abgebrochener Beziehungen und sozialer Ausgrenzung. Mit diesen allgemeinen Besonderheiten muss die Beratung umgehen. Das zweite in diesem Zusammenhang angeführte Argument bezieht sich auf die Themen der Beratung, die sich mit den häufig chronifizierenden und dabei nur begrenzt voraussehbaren Verläufe der Krankheit befassen wird sowie den damit verbundenen langfristigen Auswirkungen auf individuelle Lebensgestaltung, Beziehungsformen und Familienleben. Hier spielen die existenziellen Lebensbereiche Wohnen und Arbeit eine große Rolle. Die durch Belastungen und Unsicherheiten geprägten ambivalenten Gefühle der Angehörigen kommen in der Beratung zum Tragen. Ein dritter Schwerpunkt der sozialpsychiatrischen Beratung stellt der meist nur bedingt freiwillig, durch Angehörige veranlasste oder einer zwangsweisen, gesetzlich begründeten Zuweisung Betroffener zum psychiatrischen Behandlungssystem dar. Einhergehend damit ergeben sich Probleme von Vertrauensbildung und „compliance“, mit der Sicherung individueller Grundrechte und der Wahrung der Menschenwürde in der psychiatrischen Behandlung.<sup>96</sup> Ein vierter Schwerpunkt liegt in den Besonderheiten des sozialpsychiatrischen Versorgungssystems mit seinen vielfältigen und heterogenen Angeboten begründet. Es müssen die Auswirkungen der institutionalisierten Behandlungsformen auf die Betroffenen, wie Hospitalisierung aufgegriffen werden. Dazu kommen konfliktträchtige Kooperations- und Koordinationsprobleme und die komplizierten finanziellen und sozialrechtlichen Zuständigkeiten, die sich aus der institutionenabhängigen Lebenslage eines Großteils psychisch Kranker ergeben.<sup>97</sup> Abschließend spielt bei der

---

<sup>95</sup> ebd S. 1098

<sup>96</sup> vgl. Kardoff E. 2004, S. 1098

<sup>97</sup> vgl. Kardoff E. 2004, S. 1099

sozialpsychiatrischen Beratung, die nach wie vor von gesellschaftlichen Vorurteilen geprägte Stellung psychisch kranker Menschen eine große Rolle. Dazu gehört ihre häufig sozial-materiell benachteiligte Lebenslage. Hier bedarf es eines umfassenden Hintergrundwissens, einer spezifischen psychiatrischen Arbeitshaltung sowie einiger zentraler Arbeitskonzepte in den psychiatrischen Einrichtungen.<sup>98</sup>

### 5.5.3. Angehörigenberatung

Die Angehörigenberatung ist gewinnbringend für die meisten Menschen, da nicht alle Informationen erlesen werden können und es anschaulicher und angenehmer ist, sich in einem Gespräch zu informieren. Für die Angehörigenberatung ist das Einverständnis des Patienten erforderlich. Prinzipiell können alle an der Behandlung beteiligten Personen als Ansprechpartner in Frage kommen. Der behandelnde Arzt (ein niedergelassener Psychiater mit eigener Praxis oder an einer psychiatrischen Klinik) kann z.B. mit den Angehörigen über die Erkrankung sprechen, über Behandlungsmöglichkeiten und über ihren Beitrag, den Angehörige zur Gesundung des Patienten leisten können. Bewährt haben sich „Trialogische Gespräche“, an denen sowohl Angehörige, Patienten als auch professionelle Helfer beteiligt sind. Hauptinhalte dieser „Trialogischen Gespräche“ sind z.B. die Besprechung des Therapiekonzepts, die Vorbereitung auf die Entlassung nach einem stationären Aufenthalt, die Klärung eines familiären Konflikts oder die Lösung eines praktischen Problems im beruflichen Alltag. Diese Form von Gespräch wird in dieser Arbeit später noch einmal reflektiert.

Informations- und Beratungsmöglichkeiten für Angehörige bieten ebenfalls die Gesundheitsämter, Sozialämter, allgemeine Sozialdienste, sozialpsychiatrische Dienste, Krisendienste, Beratungsstellen kirchlicher oder freier Träger oder sonstige soziotherapeutische Einrichtungen. Zusätzlich gibt es die Möglichkeit einer Telefonberatung durch Kliniken, Praxen, ambulante Beratungseinrichtungen oder Selbsthilfeorganisationen der Angehörigen psychisch Kranker. Dies stellt ein niedrigschwelliges Setting dar, um die Hemmschwelle der Angehörigen möglichst niedrig zu halten.<sup>99</sup>

---

<sup>98</sup> vgl. ebd. S. 1099

<sup>99</sup> vgl. Pitschel-Walz 2018, S. 107f

#### 5.5.4. Klientenzentrierte Angehörigenberatung

##### **Wahrnehmung eigener Belastungen**

Die Erkrankung Depression hat vielfältige Auswirkungen auf die Familienangehörigen der Betroffenen. Das Ziel der Angehörigenberatung liegt zunächst einmal in der Aufdeckung der Auswirkungen auf die Familie. Zur Einschätzung der Belastung der Angehörigen ist es hilfreich, sich Fragen zu den objektiven Faktoren der Krankheit zu stellen. Handelt es sich um eine akute Phase? Leben die Angehörigen mit dem depressiv Erkrankten zusammen? Wie lange dauert diese Phase schon an? Wie schwer depressiv ist der Kranke? Das Belastungsrisiko der Angehörigen wird durch folgende Faktoren beeinflusst: Existiert ein klares Bild von der Krankheit bei den Angehörigen? Wie gehen die Angehörigen mit der Diagnose um, befürchten oder erleben sie Stigmatisierung? Schon allein das Wissen um die Krankheit und das Gefühl, mit ihr umgehen zu können, kann auch starke Belastungen ausgleichen. Nach Auffassung von Bischoff ist das Thema Stigmatisierung oder Befürchtungen davor ein Hauptpunkt der Beratung. Das Thema jeder Beratung lautet: Kläre auf und ermutige! Die Beratung als klientenzentrierter Ansatz beschäftigt sich mit der Ermutigung, einen selbstbewussten Umgang mit der Diagnose Depression zu finden. Es gilt, das Repertoire an Verhaltensweisen zu erweitern. Um eine Einschätzung von Belastungen in den Familien zu ermöglichen, gilt es, die eigene gesundheitliche Situation der Familienangehörigen mitzudenken. Welche gesundheitlichen Beschwerden, Ängste, Befürchtungen und Sorgen haben Angehörige? Welche Unterstützungen sind gerade in akuten Krankheitsphasen möglich? Wie kann langfristig negative Folgen von Stress vorgebeugt werden? Und welche individuellen Strategien haben Angehörige, mit Stress umzugehen, was tut ihnen gut, was hilft Ihnen? Nützlich ist es in der Beratung, mit Symbolisierungen zu arbeiten. Zum Beispiel können die Angehörigen Karten schreiben, in welchen Bereichen sie sich derzeit engagieren. Wohin ihre Kräfte gehen. Auf der anderen Seite kann ein Stapel Karten sein, auf denen alle Dinge notiert sind, die dem Angehörigen aufbauen und ihm gut tun. Hilfsangebote sollten nach Phase der Erkrankung angeboten werden. Zum Beginn der Erkrankung sind Informationen über die Erkrankung sowie Erfahrungsberichte hilfreich. In der akuten Phase können praktische Unterstützungen nützlich sein, wie z.B. Hilfen im Haushalt oder Kinderbetreuung. Ein Ziel der Beratung umfasst die Vernetzung mit anderen Familien, um so zur Stärkung von Selbsthilfe und zum Erfahrungsaustausch beizutragen. Ein wichtiger Bestandteil der Angehörigenberatung besteht darin, die Familie darin zu unterstützen, ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und Mittel zu deren Befriedigung zu finden. Die konsequent klientenzentrierte Haltung eignet sich nach Auffassung von Bischoff in der Angehörigenberatung dazu, erst einmal Platz zu schaffen für die Sorgen, Nöte, Bedürfnisse des Angehörigen. Hierzu

eignet sich auch eine Form des Focusing. Dies sind Entspannungsübungen, die mental auf Ideen von „Durchatmen“, „Kraft sammeln“ und „Frieden finden“ zielen. Erst nachdem beim Angehörigen Ruhe eingetreten ist, können schmerzhaft emotionale Erfahrungen erlebt werden, die durch das permanente „In-Gang-Sein“ zuvor nicht wahrgenommen wurden.<sup>100</sup>

### **Symptomverständnis**

In der Angehörigenberatung geht es um die Unterstützung der Partner, Geschwister und Eltern, die Symptome der Depression wahrzunehmen und zu verstehen. Angehörige versuchen, das Auftreten depressiver Symptome in die Beziehungsgeschichte, in die Lebensgeschichte des Erkrankten mit ihren Beziehungserfahrungen und aktuellen Erlebnissen zuzuordnen. Die sogenannte Laiensicht greift zunächst auf den allgemeinen Lebenskontext des Erkrankten bzw. des Paares, bevor die Wahrnehmung als Krankheit erfolgt. Solange die Familie schlüssige alternative Interpretationen für die Symptomatik hat, werden erst alternative Eigenbehandlungen versucht. Die Lösungsversuche betreffen den erkrankten Partner, der seine Symptome lange Zeit verdeckt bzw. versteckt. Das Paar könnte lange Zeit gemeinsam versuchen, „alte Wunden zu heilen“. Laut Angermeyer et al. 2001 würden die meisten Angehörigen zuerst einen Freund, dann die Familie, zu Rate ziehen. Dann würden Selbsthilfegruppen aufgesucht werden. Nur 12 % der Angehörigen würden einen Psychiater aufsuchen. Erst wenn bisherige Interpretationen und Lösungsversuche scheitern oder zusätzliche Informationen eine Neuinterpretation bedingen, werden die erlebten Veränderungen in einem medizinisch-psychiatrischen Kontext wahrgenommen.

Der Gegenstand der Beratung ist das Ernstnehmen der Wahrnehmung der Angehörigen. Die Familie des Erkrankten könnte die Depressionsdiagnose zwar öffentlich einsehen, aber im Geheimen nach wie vor mit ihren Zweifeln ringen. Dies kann als „doppelte Buchführung“ betrachtet werden. Dieser Zwiespalt kann das Verhältnis zwischen Berater und Familie empfindlich stören. Bei der Arbeit mit Familien ist das Verstehen ihrer Wahrnehmung und ihren Interpretationen wichtig.<sup>101</sup>

### **Angehörige als Co-Therapeuten und Grenzen**

„Die größten Menschen sind jene, die anderen Hoffnung geben können.“ Jean Jaures

Nach Aussage von Pitschel-Walz werden die Angehörigen des Erkrankten zu den wichtigsten Mitbehandlern der Ärzte und Psychotherapeuten. Die Familie kann Bedingungen schaffen, die

---

<sup>100</sup> vgl. Bischkopff 2005, S. 75f

<sup>101</sup> vgl. Bischkopff 2005, S. 31

dem Betroffenen helfen, aus der Depression herauszubekommen. Den Angehörigen muss immer wieder bewusst gemacht werden, dass es nicht ihre Aufgabe ist, jemanden aus der Depression herauszuholen. Dafür ist der Betroffene selbst zuständig, indem er diese Arbeit Schritt für Schritt leistet und das Genesungstempo selbst bestimmt. Angehörige und Therapeuten können ihm nur zur Seite stehen, und ihn auf dem Weg aus der Depression begleiten. Dies bedeutet für die Beratung der Angehörigen, sie aufzufordern, sich über die Erkrankung zu informieren. In der Allgemeinbevölkerung ist das Wissen über die Krankheit Depression nicht sehr groß oder es existiert allenfalls Halbwissen. Neben der Angehörigenberatung kann auf Informationsquellen in Ratgeberbüchern, auf Informationsplattformen, Psychoedukative Angehörigengruppen sowie dem direkten Kontakt zum Behandler verwiesen werden.<sup>102</sup> Eine Möglichkeit, den Angehörigen zu stärken, liegt in der Beratung hingehend zum unterstützenden Verhalten gegenüber dem Erkrankten. Wenn es dem Angehörigen gelingt, dem Erkrankten zuzuhören, für ihn da zu sein, ihn zu verstehen und das Gefühl von Wichtigkeit zu geben, ist ein nicht zu unterschätzender Beitrag geleistet. Angehörige werden eine Vielzahl von Alltagsaufgaben allein bewältigen müssen, sollen aber nicht alles automatisch allein tun. Der Erkrankte soll immer wieder mit einbezogen werden. Auch die Entscheidungsschwäche als Symptom der Depression soll wahrgenommen werden und durch geeignete direkte Kommunikation überbrückt werden. Die Autonomie des Erkrankten zu wahren und ihm nicht alle Tätigkeiten und Entscheidungen abzunehmen, ist ein wichtiges Beratungsthema. Die eigenen Gefühle, wie Frustration, Resignation, Hilflosigkeit, Gereiztheit werden in der Beratung wahrgenommen und besprochen. Der Umgang mit dem tabuisierten Thema des Suizids stellt eine große Herausforderung in der Beratung dar. Die Angehörigen sind von Unsicherheit und Angst betroffen, wie sie über Suizidgedanken und Suizidplänen mit dem Erkrankten sprechen können. Häufig wird dieses Thema tabuisiert. Sie befürchten, erst durch das Gespräch den Erkrankten auf den Gedanken des Suizids zu bringen. Den Angehörigen kann nicht die ganze Last der Suizid-Verhütung aufgebürdet werden. Langfristig kann die Rund-Um-Die-Uhr-Bewachung eines suizidgefährdeten Menschen nicht allein durch die Angehörigen getragen werden. Die rechtzeitige Einschaltung eines Krisendienstes oder die frühzeitige Einschaltung professioneller Hilfe ist ein zentrales Anliegen in der Angehörigenberatung.<sup>103</sup>

---

<sup>102</sup> vgl. Pitschl-Walz 2018, S. 105f

<sup>103</sup> vgl. Pitschel-Walz 2018, S. 113

## 5.6. Psychoedukation in der Therapeutische Angehörigengruppe

„Beratung und Betreuung der Angehörigen können eventuell wichtiger und wirksamer sein als jene des Patienten.“<sup>104</sup> Bei psychoedukativen Ansätzen wird die Situation der Partner selbst zum Gegenstand der Intervention. Es wird dem depressiv Erkranktem und dessen Partner Entlastung und Unterstützung angeboten. In den letzten Jahrzehnten sind vor allem im angloamerikanischen Raum eine Reihe von Programmen zur Aufklärung und Entlastung der Angehörigen depressiver Patienten entstanden. Sie beziehen sich alle auf die Problembereiche Krankheit und Beziehung. Es werden Elemente aus dem Erwerb von Krankheitswissen, Kommunikationsregeln und individuelle Stressbewältigungskompetenzen kombiniert. Ziel der psychoedukativen Ansätze ist die Vermittlung von Wissen über das Störungsbild Depression sowie über die Grundlagen und Probleme menschlicher Kommunikation.<sup>105</sup> Nach Pitschel-Walz, Bäuml, Kissling wird unter Psychoedukation die zielorientierte und strukturierte Vermittlung präventiv relevanter Informationen von Professionellen an die Betroffenen, kombiniert mit den psychotherapeutischen Wirkfaktoren einer Gruppentherapie verstanden. Die umfassende Aufklärung über die Erkrankung, die Förderung von Compliance, Angstreduktion, eine Veränderung der Lebensweise und eine Verbesserung der Copingfähigkeiten stellen allgemeine Ziele der Psychoedukation dar. Psychoedukative Interventionen wurden in der Psychiatrie vorrangig in der Behandlung schizophrener Erkrankter entwickelt und erprobt. Der Begriff „psychoeducation“ wurde 1980 von Anderson erstmals in der Schizophreniebehandlung eingeführt und zur Charakterisierung einer Familienintervention, in der Informationsvermittlung und therapeutisches Handeln miteinander verbunden wurden. Aufbauend hierauf entstanden unterschiedliche Formen psychoedukativer Interventionen, wie z.B. Psychoedukative Patientengruppen, psychoedukative Angehörigengruppen, Psychoedukation als Bestandteil einer längerfristigen verhaltenstherapeutisch orientierten Familientherapie mit einzelnen oder mehreren Familien. Große Bedeutung hat hier die Einbeziehung der Angehörigen. In einer Metaanalyse konnte gezeigt werden, dass durch psychoedukative Familieninterventionen die Rückfallrate bei Schizophrenie um 20 Prozentpunkte reduziert werden. Dazu wurde ein positiver Effekt auf das krankheitsbezogene Wissen, die Compliance, die soziale Adaption und Lebensqualität der Patienten sowie eine Reduktion der Belastung von betroffenen Angehörigen, eine Steigerung hilfreichen Verhaltens von Angehörigen und eine Reduktion der Behandlungskosten nachgewiesen.<sup>106</sup>

---

<sup>104</sup> Bischkopf zit. Willi 1996, 2005 S. 93

<sup>105</sup> vgl. Bischkop 2005, S. 93

<sup>106</sup> vgl. Pitschel-Walz/ Bäuml/ Kissling 2018, S. 5f

Deutschsprachige Programme für Angehörige depressiver Patienten liegen kaum vor. Unter anderem wird der geringe Einbezug der Angehörigen in die Depressionsbehandlung auf mangelnde Ausbildungscurricula oder den fehlenden Einbezug der Angehörigenperspektive in bestehende Ausbildungsprogramme zurückgeführt. Erst in letzter Zeit werden vor allem im stationären Setting Gruppen für Angehörige depressiver Patienten angeboten und evaluiert.<sup>107</sup>

#### 5.6.1. Psychoedukation für Angehörige in Zahlen

Die Einbeziehung von Angehörigen in die stationäre wie ambulante Depressionsbehandlung gehört nach Pitschel-Walz, Bäuml, Kissling zum Standard. Befragungen ergeben jedoch, dass die Informationsbedürfnisse auf Seiten der Angehörigen affektiv Erkrankter heutzutage in der Routinebehandlung noch immer nicht angemessen befriedigt werden. 2011 wurden nur von etwa einem Viertel der psychiatrischen Akutkliniken psychoedukative Gruppen für Angehörige von depressiv Erkrankten angeboten. Damit kamen sie nur einem kleinen Prozentsatz von depressiv Erkrankten zugute. In einer Umfrage bei Angehörigen psychisch Kranker von Katsching 1997 gaben 93% der Befragten als Verbesserungswünsche „mehr Information für der Angehörige“ und 83% der Befragten „mehr Information für Patienten“ an. In einer Untersuchung von Magometschnigg 1997 stellte sich heraus, dass nur ein Drittel der Angehörigen stationär behandelte depressiver Patienten sich ausreichend über die Erkrankung informiert fühlt. Informationen sind in den Bereichen „Hilfreicher Umgang mit Depressiven“, Ursachen, psychologische Behandlung, Medikamente und Rückfallprävention gefordert.<sup>108</sup>

#### 5.6.2. Psychoedukative Angehörigengruppen

In vielen Kliniken besteht das Angebot, von sogenannten psychoedukativen Angehörigengruppen. Diese Gruppen werden von Psychologen oder Ärzten unter Einbezug der anderen Berufsgruppen geleitet. Es werden wichtige Informationen über die Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten gegeben. Die möglichen Hilfen, die die Angehörigen direkt leisten können, nehmen hier einen großen Teil ein. Hilfreich erweist sich der Erfahrungsaustausch der Teilnehmer untereinander. Gefühle wie Ärger, Angst oder Resignation, die sich oft im jahrelangen Umgang mit dem depressiv Erkrankten aufgestaut haben, können in der Gruppe offen angesprochen werden. Das Sprechen- Dürfen über den eigenen Unmut und die eigenen Ohnmachtsgefühle

---

<sup>107</sup> vgl. Bischof 2005, S. 93

<sup>108</sup> vgl. Vgl. Pitschel-Walz/ Bäuml/ Kissling 2018, S. 16

bildet die Basis für eine Entspannung des Familienklimas. Es kann eine Veränderung der inneren Einstellung des Angehörigen bewirken und damit auch eine Veränderung des Umgangs mit dem Erkrankten. Die gesunden Anteile des Erkrankten können besser wahrgenommen werden und die Botschaft des festen Glaubens an die Heilung kann besser vermittelt werden. Laut Pitschel-Walz können Angehörigengruppen Informationen über die Symptome, Ursachen und Diagnosen vermitteln. Sie bieten die Möglichkeit des Austauschs über medikamentöse Behandlung, psychotherapeutische Behandlung und ergänzende Therapiemöglichkeiten, über Selbsthilfemöglichkeiten sowie über den Umgang mit den Erkrankten. Der Erfahrungsaustausch kann zu einer Relativierung der vermeintlichen Einmaligkeit des eigenen Schicksals führen. Hier kann über Gefühle gesprochen und diese zugelassen werden, es kann sich über praktische Tipps für den Umgang mit dem Erkrankten ausgetauscht und gegenseitige Hoffnung gegeben werden.<sup>109</sup>

### 5.6.3. Trialogische Gespräche

Im Rahmen der Informationsvermittlung, aber auch für die Beziehungsgestaltung im gesamten Hilfesystem ist die trialogische Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, Angehörigen und professionell Tätigen besonders wichtig. Sie ist eine wesentliche Voraussetzung für eine offene, vertrauensvolle und erfolgreiche Kooperation aller Beteiligten, auf deren Basis gemeinsame Interessen und Behandlungsziele verfolgt werden können. Ergebnisse der trialogischen Zusammenarbeit beschränken sich nicht nur auf die individuelle Therapiebeziehung, sondern haben Auswirkungen auf die angemessene Darstellung der Interessen der Patienten und Angehörigen in der Öffentlichkeit und Politik, auf die Qualitätsförderung und auf die Fortentwicklung der Versorgungsstrukturen. Ein gutes Übungsfeld dafür ist das sogenannte Psychoseseminar.<sup>110</sup> Gerade die ambulante Versorgung schwer psychisch Kranker in Deutschland leidet vor allem unter Fragmentierung. Damit sind zwei Hauptrisiken verbunden. Das erste Risiko zeigt sich darin, dass Bezugspersonen einer oder mehrerer Institutionen Beziehungen knüpfen, aber niemand ausreichend flexibel und tragfähig genug ist, um ernste Krisen aufzufangen und niemand das Versorgungssystem insgesamt letztverantwortlich koordinierend im Blick hat. Und das zweite Risiko besteht bezüglich der Einbeziehung der Angehörigen darin, dass umgekehrt Netzwerke geknüpft und gemanagt werden, aber niemand mehr eine belastbare Beziehung zum Patienten aufnimmt und entsprechend in eine langfristige und tragfähige dialogische bzw. unter

---

<sup>109</sup> vgl. Pitschel-Walz 2018, S. 108f

<sup>110</sup> vgl. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2013, S.20

Einbeziehung der Angehörigen trialogische Beziehung tritt. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) sieht das ambulante System vor die Herausforderung gestellt, verbindliche Verantwortung für die Gestaltung von Netzwerken und eine gute Beziehungsqualität mindestens in einer Person, möglichst aber in einem Team/ Netzwerk personenbezogen zusammenzubringen. Aufgrund der großen Bedeutung der Angehörigen, deren persönlicher Belastung und Bedürfnisse, Fähigkeiten zu entwickeln, mit der Erkrankung und allen damit verbundenen Problemen umzugehen, wurden zunehmend Konzepte entwickelt, in denen diese miteinbezogen werden. Die DGPPN empfiehlt, alle Angehörigen unabhängig ihres Verwandtschaftsverhältnisses, sowie andere relevante Bezugspersonen einzubeziehen. Familiengruppen, patientenzentrierte Angehörigengruppen bzw. bifokale Gruppen beziehen Patienten und Angehörige gleichermaßen ein. Daneben existieren unifokale Ansätze separater Angehörigengruppen, ohne gleichzeitige Einbeziehung der Patienten.<sup>111</sup> Im Rahmen der psychoedukativen Behandlungsverfahren von Depressionen ist es unstrittig, dass Betroffenen und deren Familien bzw. Angehörige in allen Stadien von Planung, Angebot und Evaluation psychiatrischer Hilfsangebote miteinbezogen werden sollen. Allerdings gehen die Ansichten über das Ausmaß einer gleichberechtigten Beteiligung auseinander. Laut DGPPN werden heute Psychiatrie-Erfahrene als Experten in eigener Sache angesehen, während Angehörige eine wichtige Funktion bei der Alltagsbewältigung und Rückfallverhütung haben, und professionell Tätige über das therapeutische Know-How verfügen. Gemeinsam können diese Kompetenzen durch den Trialog genutzt werden, indem Raum und Struktur für eine gleichberechtigte Begegnung von Erfahrenen, Angehörigen und professionell Tätigen in Behandlung, Öffentlichkeitsarbeit, Antistigma-Arbeit, Lehre, Forschung, Qualitätssicherung und Psychiatrieplanung geschaffen wird. Eine Form des Trialogs bilden die Psychoseminare, wobei diese nicht nur in Seminaren stattfinden, sondern auch in Gesprächsforen, die auf eine gleichberechtigte Verständigung über Psychosen und andere schwere psychische Erkrankungen zielen und beabsichtigen, ein besseres ganzheitliches Verständnis für die Erkrankung zu entwickeln und damit auch die Arbeit der Psychiatrie zu verändern. Psychoseminare unterscheiden sich von traditionellen Formen der Psychoedukation, da sie nicht in erster Linie der Psychoedukation oder anderen Formen der Informationsvermittlung dienen, sondern einen gegenseitigen Erfahrungsaustausch und Einblicke in das Erleben der Betroffenen ermöglicht. Auf Seiten der Betroffenen stellt der Trialog in Form eines Psychoseminars zudem eine Option zu mehr Verantwortungsübernahme dar und hat eine aktive Selbstbestimmung und die Verbesserung der Fähigkeit zum

---

<sup>111</sup> vgl. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2013, S. 82

Selbstmanagement zur Konsequenz. Neben den beschriebenen Psychoseseminaren ist die triadische Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, Angehörigen und professionell Tätigen im Rahmen der Informationsvermittlung, aber auch für die Beziehungsgestaltung im gesamten Hilfesystem besonders wichtig.<sup>112</sup>

### 5.7. Angehörigen-Selbsthilfegruppen

Das Zentrum der Angehörigenbewegung ist unstrittig die Angehörigengruppe. Ohne Hilfe fühlen sich die Angehörigen allein auf ihr schweres Lebensschicksal zurückgeworfen, welches in vielen Fällen kaum zu bewältigen ist. Zum Ausgangspunkt für eine Veränderung der Lebenssituation kann der Besuch einer Angehörigengruppe werden. Es kann Solidarität erlebbar gemacht werden und Perspektiven selbst in aussichtslosen Situationen abgezeichnet werden. In Angehörigengruppen wird der besonderen Situation von Angehörigen Rechnung getragen, die gekennzeichnet ist von Schuld, Scham, Angst und Ausweglosigkeit, Ratlosigkeit, Ohnmacht, Perspektivlosigkeit, häufig auch von wirtschaftlicher Not und Einsamkeit. Hier kann eine Angehörigengruppe in vielfacher Weise hilfreich sein.<sup>113</sup>

In Folge der allmählichen Etablierung gemeindenaher Versorgungsziele wurde die Notwendigkeit der Selbsthilfe von Angehörigen psychisch Erkrankter offenkundig. Die Angehörigen suchten zunehmend in ihren großen Belastungen um Hilfe und Gehör. Zusammenschlüsse von Angehörigen erfolgten entweder in Gruppen unter therapeutischer Anleitung bzw. mit professioneller Betreuung oder in Selbsthilfegruppen, Vereinen oder Aktionsgemeinschaften.<sup>114</sup>

Folgende Ziele und Themenschwerpunkte stehen in der Angehörigen-Selbsthilfe im Fokus:

**Aussprache:** das Gespräch in der Gruppe bietet oft die erste Möglichkeit, aus der bisherigen Isolation hervorzutreten. Der Gedanke: „Anderen geht es genauso wie mir“ ist eine in der Gruppe mögliche Erfahrung. Die Angehörigen können offen über schuldzuweisende Verwandte, Nachbarn, Ärzte und Therapeuten sprechen. Hier kann Verständnis, Mitgefühl und Entlastung erlebt werden.

**Vereinsamung:** Die Aussprache und das Klagen über die Situation des erkrankten Familienmitglieds bilden den Anfang, da es häufig nicht einmal in der eigenen Familie Ansprechpartner

---

<sup>112</sup> vgl. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2013, S. 84

<sup>113</sup> vgl. Deger-Erlenmeier/Walter 2001, S. 155f

<sup>114</sup> vgl. Fiedler/Niedermeier/Mundt 1986, S. 127

gibt. Erst danach und ganz allmählich kann der Weg wieder frei gemacht werden für die eigenen Bedürfnisse, den eigenen Platz, die eigene Lebensgeschichte und Perspektiven.

**Überforderung:** Gerade in diesen Gruppen wird es den Angehörigen erst bewusst, wie lange sie Gefühle wie Zorn, Angst, Ärger, Trauer und anderes mehr nicht ausgedrückt haben, weil sie befürchten oder erfahren haben, dadurch ihr krankes Familienmitglied zu belasten oder gar zum Auslösen einer Krise beizutragen. Sie erleben gleichzeitig, dass sie deshalb auch positive Gefühle wie Zuneigung, Freude, Anerkennung nicht mehr ausdrücken können. Die Angehörigen lernen Menschen mit dem gleichen Schicksal kennen und es können neue Freundschaften entstehen.

**Schuldgefühle:** Es werden immer wieder Fragen der Schuld an der psychischen Erkrankung ihrer Familienmitglieder aufgeworfen und gemeinsam bearbeitet. Das Gefühl der Schuld an der psychischen Erkrankung kann so dominant werden, dass Angehörige immer in die Vergangenheit blicken und nachforschen, was sie in früheren Jahren falsch gemacht haben. In diesen Gruppen kann Entlastung erfahren werden, indem die Angehörigen ermutigt werden, Vergangenes anzunehmen und den Blick in die Zukunft nicht zu scheuen.

**Orientierungshilfen:** Die Angehörigen haben die Möglichkeit, voneinander zu lernen. Sie können feststellen, dass bei vergleichbaren Problemen in sehr unterschiedlicher Weise reagiert werden kann.

Der Erfahrungsaustausch in der Gruppe erleichtert den Umgang mit dem psychisch erkrankten Familienmitglied und ermöglicht Perspektiven für die ganze Familie.

**Information:** In Angehörigengruppen werden Informationen über psychische Erkrankungen und Behinderungen, deren mögliche Ursachen, verschiedenartige Krankheitsverläufe, das soziale und das psychiatrische Versorgungssystem, finanzielle Hilfen u.a. vermittelt.

**Solidarität:** Die Gruppe kann ihr gesamtes Potenzial einsetzen, um für die Teilnehmer einen Weg aus einer schwierigen Situation herauszufinden. Angehörige können erleben, dass es Hilfen gibt, und fühlen sich ermutigt, auch außerhalb der Gruppe wieder Kontakte aufzunehmen. Dies stärkt das Selbstvertrauen. Die Gruppen können auch gegen soziale und gesundheitspolitische Missstände angehen.

Wenn Angehörige an Angehörigengruppen teilnehmen, können sie als neue, aktive und informierte Angehörige erlebt werden. Die Rolle als Angehöriger wird bewusst akzeptiert und er versteckt sich nicht mehr vor der Gesellschaft. Der Angehörige weiß, dass sein Verhalten für

den weiteren Verlauf der Krankheit möglicherweise nicht unwichtig ist und er weiß auch, dass er sehr viel mehr leiden muss, als andere Menschen, die kein psychisch krankes Familienmitglied haben.<sup>115</sup> Die Selbsthilfe -Angehörigengruppe ist eine von verschiedenen Arten von Angehörigengruppen, die sich in den letzten Jahren herausgebildet hat. Diese können als vollkommen selbstständige Selbsthilfegruppen die Form eines eingetragenen Vereins haben. Als zweite Variante gibt es Angehörigengruppen, die im Rahmen eines psychosozialen Hilfsvereins entstanden und mehr oder weniger stark in diesen Verein integriert sind und auch dessen Infrastruktur in Anspruch nehmen (Verwaltung, Räumlichkeiten etc.), sich dabei aber den Selbsthilfecharakter bewahren. Und als dritte Möglichkeit gibt es Angehörigengruppen, die ohne Anbindung und ohne vereinsrechtliche Struktur als lose Gruppierung mit reinem Selbsthilfecharakter bestehen. Manche dieser Gruppen haben sich den Status eines nicht eingetragenen Vereins gegeben.<sup>116</sup>

## 6. Zusammenfassung und Ausblick

Wie in der vorliegenden Arbeit dargestellt, gibt es eine Vielzahl von Möglichkeiten, Angehörige mit ihren erfahrenen Belastungen zu unterstützen und sie einzubeziehen in die Therapie. Doch Angehörige haben es in vielfacher Weise immer noch nicht leicht. Die Forderung, auch die gesunden Partner in die Behandlung miteinzubeziehen, um die Krankheit Depression bekämpfen zu können, wird kaum umgesetzt. Berufsprofessionelle weisen oft die Angehörigen sowohl im klinischen als auch im ambulanten Setting ab. Den Angehörigen wird kaum zugehört und ihnen wird auch kaum die Störung erklärt. Doch gerade die Angehörigen stellen eine wichtige Ressource für die Psychiatrielandschaft dar. Sowohl als Unterstützer nach dem Klinikaufenthalt oder in Krisensituationen, als Co-Therapeuten und auch als wichtige Informationslieferer für die Experten und Behandler. Auf die Forschungsfrage, inwieweit Konzepte der psychosozialen Beratung eine Unterstützung für Familien darstellen, die mit einem depressiv Erkrankten zusammenleben, kann hier ein deutliche Unterstützungsressource festgestellt werden. Die Auswirkungen in Form von mangelnden Informationen, Unsicherheit, Überforderung, Hilflosigkeit bis zur Entwicklung eigener Symptome aufgrund der starken Belastung können in vielfältigen Formen der Angehörigenarbeit aufgegriffen und bearbeitet werden. Die Familientherapie und die Paartherapie ermöglichen einen direkten Einbezug der Angehörigen in die Therapie. Da diese systemischen Ansätze aber keine Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse

---

<sup>115</sup> vgl. Deger-Erlenmeier/Walter 2001, S. 156f

<sup>116</sup> vgl. Deger-Erlenmeier/Walter 2001, S. 158

sind, werden sie nur marginal in deutschen Kliniken angewandt. Die Interpersonelle Psychotherapie setzt ihren Fokus auf den depressiv Erkrankten, lässt aber den Einbezug der Angehörigen zu. Es werden von Klerman und Weissmann interpersonelle Konflikte im Zusammenhang mit der Depression als handlungsleitendes Element herausgestellt. Inwiefern psychiatrische Kliniken die Angehörigen auch tatsächlich in die Interpersonelle Therapie einbeziehen, wäre in weiteren Studien zu klären. Die Beratung von Angehörigen mit den systemischen und klientenzentrierten Ansätzen zeigt sich als eine gute Möglichkeit, den Unterstützungswünschen der Angehörigen Rechnung zu tragen. Die sozialpsychiatrische Beratung allgemein, die dialogische Kommunikation aus den Strömungen des Psychoseseminars und auch die klientenzentrierte Beratung lassen sich sowohl im Klinikalltag, in den ambulanten Settings und auch beim Hausarzt bzw. psychiatrischen Erstbehandler umsetzen. Sie bieten in allen Bereichen der Psychiatrielandschaft Potenziale, Angehörige aufzufangen und schnelle Hilfe anzubieten. Ein etwas höherschwelliges Angebot stellen die expertengeleiteten Angehörigengruppen dar. Sie werden meist nach dem psychoedukativen Ansatz geführt und setzen auf den Erfahrungsaustausch zwischen den Angehörigen und einen entlastenden Gruppeneffekt. Dagegen als niedrighschwelliges Angebot der Unterstützung gelten die Angehörigen-Selbsthilfegruppen, die positive Effekte in Bezug auf Aussprache, Isolationsaufhebung, Antistigmatisierung, Solidarisierung und Orientierung bieten.

Die Möglichkeiten der Angehörigenarbeit in Form von Konzepten, Theorien, Manualen und Methoden sind so vielseitig, dass es für die Zukunft wünschenswert und notwendig wird, Berufsprofessionelle für das Thema der Angehörigenarbeit zu sensibilisieren und die aktive Umsetzung einzufordern.

## 7. Quellenverzeichnis

- Bäuml, Josef: Was versteht man unter Psychotherapie? In: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (Hrsg.): Mit psychisch Kranken leben. Rat und Hilfe für Angehörige. Bonn 2001. S. 97-121
- Bischkopf, Jeanette: So nah und doch so fern. Mit depressiv erkrankten Menschen leben. Köln 2015.
- Bischkopf, Jeanette: Angehörigenberatung bei Depression. München 2005
- Borbe R./ Hornung P./Buchkremer G.: Psychoedukation und Angehörigenarbeit. In: Möller Hans-Jürgen (Hrsg.): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Heidelberg 2011, S. 1036-1043
- Caspar, F./ Pjanic I./ Westermann S.: Klinische Psychologie. Basiswissen Psychologie. Wiesbaden 2018
- Deger-Erlenmaier, Heinz/ Heim, Susanne/ Sellner, Bertram: Die Angehörigengruppe. Ein Leitfaden für Moderatoren. Bonn 1997.
- Deger-Erlenmeier H./Walter K.: Selbsthilfe: die Angehörigengruppe. In: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (Hrsg.): Mit psychisch Kranken leben. Rat und Hilfe für Angehörige. Bonn 2001.S. 156-163
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde: S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin/Heidelberg 2013.
- Dörner K./Plog U.: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Bonn 1990.
- Fiedler, Peter/ Niedermeier, Thomas/ Mundt, Christoph: Gruppenarbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten. Materialien für die therapeutische Gruppenarbeit mit Angehörigen und Familien. München/Weinheim 1986.
- Hannig, W./ Berking M.: Interpersonelle Therapie. In: Berking M./Rief W.(Hrsg.): Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor. Band II. Therapieverfahren. Berlin/Heidelberg 2012, S. 55-63

- Kardoff E.: Sozialpsychiatrische Beratung In: Nestmann F./Engel F./ Sickendieck U.(Hrsg.): Das Handbuch der Beratung. Ansätze, Methoden und Felder. Band 2. Tübingen 2004, S. 1097-1109
- Kowalsky, J.: Paar- und Familientherapie und systemische Ansätze. In: Berking M./Rief W.(Hrsg.): Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor. Band II. Therapieverfahren. Berlin/Heidelberg 2012, S. 85-94
- Kurt R./ Herbrink R.: Sozialwissenschaftliche Hermeneutik und hermeneutische Wissenssoziologie In: Baur N./ Blasius J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung Wiesbaden 2014, S. 473-493
- Pitschel-Walz, Gabriele: Lebensfreude zurückgewinnen. Ratgeber für Menschen mit Depressionen und deren Angehörige. 2.Auflage. München 2018
- Reiter L.: Zur Rolle der Angehörigen in der Therapie depressiver Patienten. In: Reiter I./Brunner E.J./ Reiter-Theil S.(Hrsg.): Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive.2.Auflage. Berlin Heidelberg. 1997. S. 105-120
- Schramm Elisabeth: Interpersonelle Psychotherapie. Stuttgart 1996
- Spitzer, C.: Alles durch die schwarze Brille. Erscheinungsbild, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten von Depression. In: Von Angst bis Zwang. Ein ABC der psychischen Störungen: Formen, Ursachen und Behandlung. Hrsg: Barnow S./ Freyberger H./ Fischer W./ Linden M. Bern u.a. 2008, 3. Auflage, Seite 79-144
- Wolferdorf, Manfred.: Depressionen verstehen und bewältigen. 4.Auflage. Heidelberg 2011.
- Wolferdorf, Manfred: Krankheit Depression erkennen, verstehen, behandeln. Bonn 2001.

### **Internetquelle**

- Deutsches Ärzteblatt: WHO. Millionen leiden an Depression. URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/73297/WHO-Millionen-leiden-an-Depressionen>. Stand 26.06.2019
- DIMDI Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information: ICD-10-WHO Version 2019. URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kode-suche/htmlamt12019/block-f30-f39.htm#F33>. Stand 04.05.2019

Psychotherapeuten Kammer NRW: Zahlen & Fakten: Depression.URL: <https://www.ptk-nrw.de/de/mitglieder/publikationen/ptk-newsletter/archiv/ptk-newsletter-spezial/zahlen-fakten-depression.html>

Stand 12.08.2019

Widmer, Kathrin: Bewältigungsorientierte Paartherapie bei unipolaren Depressionen. Zürich 2009. URL: [www.bv-efl.de/jahrest/texte/S\\_2009\\_Vortrag\\_Widmer\\_Paartherapie\\_bei\\_Depression.pdf](http://www.bv-efl.de/jahrest/texte/S_2009_Vortrag_Widmer_Paartherapie_bei_Depression.pdf). Stand 13.07.2019

### **Zeitschrift**

Beer, Regina: Depression und Sexualität. Wenn der Rolle der Lust der gebührende Platz fehlt. In: Zeitschrift für Psychodrama und Soziom Nr. 15. 12.April 2016, S. 55-61

Jungbauer, Johannes/ Bischof, Jeanette/ Angermeyer, C.: Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. In: Psychiatrische Praxis Nr. 28, S. 105-114

Reich, Günter: Depression und Paarbeziehung. In: Psychotherapeut Nr. 48. 1.Januar 2003, Seite 2-14.

## **8. Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit versichere ich, dass ich diese Masterarbeit selbständig verfasst und keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die anderen Werken wörtlich oder sinngemäß entnommen sind, wurden in jedem Fall unter Angabe der Quellen (einschließlich des World Wide Web und anderer elektronischer Text- und Datensammlungen) kenntlich gemacht. Dies gilt auch für beigegebene Zeichnungen, bildliche Darstellungen, Skizzen und dergleichen. Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen. Mir ist bewusst, dass jedes Zuwiderhandeln als Täuschungsversuch zu gelten hat, aufgrund dessen die Masterthesis als nicht bestanden bewertet und die Anerkennung der Masterthesis als Leistungsnachweis/Modulprüfung (Scheinvergabe) ausgeschlossen wird. Ich bin mir weiter darüber im Klaren, dass das zuständige Prüfungsamt über den Betrugsversuch informiert werden kann und Plagiate rechtlich sogar als Straftatbestand gewertet werden.

Stavenhagen, der 18.08.2019 \_\_\_\_\_