



Titelbild: Das schwarze Loch (Quelle: Talkspace, 2017)

Depressionen und die Auswirkungen auf das Lebensführungssystem von Betroffenen

Herausforderungen und Handlungsansätze für die Klinische Sozialarbeit

Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

Bachelor-Arbeit

Alexandra Keiser und Milena Föhn

Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang Sozialarbeit
Kurs VZ 15-1 & TZ 14-3

Alexandra Keiser & Milena Föhn

**Depressionen und die Auswirkungen auf das Lebensführungssystem
von Betroffenen**

Herausforderungen und Handlungsansätze für die Klinische Sozialarbeit

Diese Bachelor-Arbeit wurde im August 2018 in 3 Exemplaren eingereicht zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialarbeit**.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Dieses Werk ist unter einem
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag
lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California
95105, USA.

Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle
Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz <http://creativecommons.org/>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten
Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur
Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder
angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber
unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt
aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt,
mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers
dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeiterinnen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2018

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

Depressionen sind in der Schweiz weit verbreitet. Diese psychische Erkrankung hat für Betroffene grosse Auswirkungen im Alltag. In dieser Arbeit wird vor allem der Frage nachgegangen, welche Auswirkungen eine Depression auf das Lebensführungssystem haben kann. Das Lebensführungssystem besteht aus verschiedenen Handlungssystemen. Deshalb werden das private soziale Netz, Familie und Partnerschaft, Arbeit, Wohnen, Kultur und Freizeit, Schattenwelten und das professionelle Helfernetz als Handlungssystem genauer beschrieben. In dieser Arbeit wird verdeutlicht, dass die Auswirkungen beträchtlich sind und aufgrund dessen die Klinische Sozialarbeit als unterstützende Profession im Behandlungsprozess sehr wichtig ist.

Im Weiteren werden Herausforderungen und Handlungsmöglichkeiten für die Klinische Sozialarbeit beschrieben. Dabei liegt der Fokus weiterhin auf der Depression. Das sozialtherapeutische Case Management wird mit seinen drei Ebenen als wertvolle Methode für die Klinische Sozialarbeit erachtet. Die erste Ebene beschreibt das Case Management mit ihren Schritten Assessment, Planung, Durchführung, Monitoring und Evaluation. Die zweite Ebene beschreibt die methodische Dimension wie Anwaltschaft und Empowerment, Bildung und Ressourcenerschliessen, Befähigung und Verwirklichungschancen, Soziale Intervention und Intervention in sozialen Systemen und die interprofessionelle Praxis. Als dritte Ebene wird die psycho-soziale Beratung und soziale Netzwerkarbeit thematisiert. Im Zusammenhang mit der psycho-sozialen Beratung wird auf die Krisenintervention und den Umgang Suizidalität eingegangen.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	I
Inhaltsverzeichnis.....	II
Abbildungsverzeichnis.....	IV
Tabellenverzeichnis	IV
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Motivation	2
1.3 Fragestellung	3
1.4 Berufsrelevanz	4
1.5 Aufbau der Bachelorarbeit	5
2 Soziale Dimension und Depression.....	6
2.1 Gesundheits- und Krankheitsverständnis der Sozialen Arbeit.....	6
2.2 Gegenstand Klinische Sozialarbeit.....	7
2.3 Depression als Krankheit.....	8
2.3.1 Definition	8
2.3.2 Komorbidität.....	9
2.3.3 Diagnostik	10
2.3.4 Verlauf und Prognosen	12
2.3.5 Risikofaktoren und Erklärungsansätze.....	14
2.3.6 Behandlungsmöglichkeiten	15
2.4 Definition der sozialen Dimension.....	16
2.4.1 Koordinaten psycho-sozialer Diagnostik.....	17
2.4.2 Regenbogenmodell.....	19
2.4.3 Modell des Lebensführungsystems.....	22
2.5 Zwischenfazit	27
3 Depression im Lebensführungssystem	29
3.1 Handlungssystem privates soziales Netz	29
3.2 Handlungssystem Familie.....	31
3.2.1 Ehe und Partnerschaft	32
3.2.2 Kinder	35
3.3 Handlungssystem Arbeit	38
3.4 Handlungssystem Wohnen.....	40
3.5 Handlungssystem Kultur und Freizeit	41
3.5.1 Stigmatisierung.....	44

3.6	Handlungssystem Schattenwelt	45
3.6.1	Sucht.....	45
3.6.2	Suizidalität	46
3.7	Handlungssystem Professionelles Helfernetz	48
3.8	Zwischenfazit	51
4	Herausforderungen für die Klinische Sozialarbeit	52
4.1	Komplexität der Problemlagen.....	52
4.2	Klinische Sozialarbeit unter Legitimationsdruck	54
4.3	Zwischenfazit	55
5	Sozialtherapeutisches Case Management als Handlungsansatz	56
5.1	Das Case Management im Allgemeinen.....	56
5.2	Ökonomisierung der Sozialen Arbeit	59
5.3	Das sozialtherapeutische Case Management.....	60
5.3.1	Erste Kerndimension: Case Management	63
5.3.2	Zweite Kerndimension: durchgängige methodische Dimensionen	67
5.3.3	Dritte Kerndimension: psycho-soziale Beratung und Netzwerkarbeit	77
5.4	Zwischenfazit	87
6	Schlusswort	88
6.1	Beantwortung der Fragestellungen	88
6.2	Persönliches Fazit.....	92
6.3	Ausblick	94
7	Quellenverzeichnis.....	95

Abbildungsverzeichnis

Titelbild: Das schwarze Loch	
Abbildung 1: Diagnose depressiver Episoden nach ICD-10 Kriterien	11
Abbildung 2: Verläufe unipolarer depressiver Störungen	13
Abbildung 3: Koordinaten psycho-sozialer Diagnostik	18
Abbildung 4: Gesundheitsdeterminanten	21
Abbildung 5: Aufbau des konsolidierten Wissenskorpus	23
Abbildung 6: Das Lebensführungssystem	25
Abbildung 7: Einkommensdifferenzen bei depressiven Symptomen.....	39
Abbildung 8: Sozialtherapeutisches Case Management	62

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Hauptkategorien affektiver Störungen nach ICD-10.....	10
Tabelle 2: Auswirkungen einer mütterlichen Depression	35

1 Einleitung

Fachpersonen der Sozialen Arbeit sind in unterschiedlichen Arbeitsfeldern tätig und werden im Laufe der Praxistätigkeit höchstwahrscheinlich mit Menschen konfrontiert, welche an einer Depression erkrankt sind. Um diese Menschen in ihrer individuellen Lebensführung optimal begleiten und beraten zu können, müssen Sozialarbeitende über verschiedene Kompetenzen verfügen. Einerseits braucht es Fachwissen über das Krankheitsbild Depression sowie über die Auswirkung der Erkrankung auf die Lebensführung der Betroffenen. Zum anderen braucht es Wissen über mögliche methodische Ansätze der Fallbearbeitung, welche sich oftmals sehr komplex gestaltet. Die vorliegende Bachelorarbeit soll Wissen zur Krankheit vermitteln, die vielfältigen Auswirkungen der Krankheit auf die soziale Dimension aufzeigen und mögliche Handlungsansätze erläutern.

1.1 Ausgangslage

Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation WHO (2008) werden im Jahr 2030 Depressionen die höchste Krankheitslast in der Weltbevölkerung darstellen (S. 50-51). Affektive Störungen, welche die Depression beinhaltet, gehören zu den häufigsten psychischen Störungen (Niklas Baer, Daniela Schuler, Sylvie Füglistler-Dousse & Florence Moreau-Gruet, 2013, S. 10). Innerhalb von einem Jahr erkrankt ca. 7% der Bevölkerung erstmals oder wiederholt an einer Depression. Ein Viertel bis ein Fünftel leidet mindestens einmal im Leben unter einer behandlungsbedürftigen Depression. Depressionen sind in der Schweiz der zweithäufigste Grund für eine Hospitalisierung (S. 93). An einer Depression erkrankte Menschen sind durch die Krankheit auf verschiedenen Ebenen betroffen und es stellen sich vielfältige Herausforderungen im Alltag, wie im Rahmen dieser Arbeit aufgezeigt wird.

Die weite Verbreitung der Krankheit bedingt, dass Sozialarbeitende in unterschiedlichen Settings auf Menschen treffen werden, welche an einer Depression erkrankt sind (Hel-

mut Pauls, 2013, S. 12). Besonders in der Klinischen Sozialarbeit werden Sozialarbeitende mit depressionsbetroffenen Menschen konfrontiert, sei es in ambulanten oder stationären Settings (ebd.). Die Soziale Arbeit ist seit jeher in unterschiedlicher Form im Gesundheitsbereich tätig und begleitet Menschen bei ihrer Genesung und Reintegration in die Gesellschaft (Hans-Günther Homfeldt & Albert Mühlum, 2005, S. 9-10). Dabei arbeitet sie mit vielen anderen Professionen und Disziplinen zusammen (Brigitte Geissler-Piltz, Albert Mühlum & Helmut Pauls, 2005, S. 13). Pauls (2013) sagt, dass Klinische Sozialarbeit immer wichtiger wird, da Menschen, welche sich im Modernisierungsprozess nicht mehr zurecht finden, Strukturen der Hilfe benötigen (S. 11-12). Um die daraus resultierenden Herausforderungen und sozialen Probleme zu erfassen, zu bewerten und zu bearbeiten, braucht die Klinische Sozialarbeit Wissen, geeignete Methoden und Diagnoseinstrumente (Peter Sommerfeld, Regula Dällenbach, Cornelia Rügger & Lea Hollenstein, 2016, S. 13-16). Ein Blick in die Literatur zeigt, dass die Klinische Sozialarbeit viel Potential hat aber noch zu wenig professionalisiert ist und aktuell vielmehr als Hilfsprofession betrachtet und beigezogen wird (Sommerfeld et al., 2016, S. 5).

1.2 Motivation

Die Autorinnen durften eigene Praxiserfahrung in der Klinischen Sozialarbeit im stationären Setting sowie spezifisch in der Beratung von Menschen mit Depressionen machen. Die Beratung gestaltete sich oftmals sehr komplex, da die Krankheit viele Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche hatte. Mit dieser Arbeit soll aufgezeigt werden, dass eine psychische Erkrankung nicht statisch, sondern dynamisch betrachtet werden muss und nicht nur auf einer bio-psycho Ebene stattfindet, sondern auch eine soziale Dimension hat. Dies bedingt eine Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen und Professionen. Während der eigenen Praxistätigkeit haben die Autorinnen eine kooperative, konstruktive Zusammenarbeit oftmals vermisst.

Die Autorinnen möchten mit dieser Arbeit verdeutlichen, dass auch die Soziale Arbeit legitimiert ist, ihre Kompetenzen einzubringen. Zudem wollen die Autorinnen herausfin-

den, wie die Klinische Sozialarbeit ihre Praxistätigkeit professionalisieren und ihre Arbeitsweise methodisch und wissenschaftlich untermauern kann, um diese Legitimationsansprüche zu stärken. Den Autorinnen ist es ein grosses Anliegen, mit dieser Arbeit Fachpersonen der Sozialen Arbeit zu sensibilisieren und auf die Wichtigkeit der Klinischen Sozialarbeit als Disziplin der Sozialen Arbeit aufmerksam zu machen. Somit richtet sich die vorliegende Arbeit nicht nur an Professionelle der Klinischen Sozialarbeit, sondern vielmehr an alle Sozialarbeitende.

1.3 Fragestellung

Basierend auf der Ausgangslage und der Motivation haben sich drei Hauptfragen herauskristallisiert.

- 1. Welche Auswirkungen erleben Menschen mit Depressionen auf der sozialen Dimension?**
- 2. Welche Herausforderungen stellen sich Professionellen der Klinischen Sozialarbeit?**
- 3. Welche Handlungsansätze können zur Bearbeitung der sozialen Dimension verwendet werden?**

Um die Hauptfragen beantworten zu können, ist es notwendig, vorgängig einige Teilfragen zu beantworten.

- **Was ist der Gegenstand der Klinischen Sozialarbeit?**
- **Was ist das Gesundheitsverständnis der Sozialen Arbeit?**
- **Was ist eine Depression?**
- **Was beinhaltet die soziale Dimension und wie wird diese definiert?**

Anhand dieser Fragen wollen die Autorinnen aufzeigen, dass eine psychische Erkrankung nicht statisch, sondern dynamisch betrachtet werden muss, nicht nur auf einer bio-

psycho Ebene stattfindet, sondern auch eine soziale Dimension hat, welche in vielfältiger Weise von einer Depressionserkrankung beeinflusst wird. Zudem soll ein Überblick an möglichen Handlungsansätzen und Methoden für die komplexe Fallbearbeitung geschaffen werden, welcher die Legitimation der Klinischen Sozialarbeit aufzeigt.

1.4 Berufsrelevanz

Die Soziale Arbeit ist einem stetigen Wandel unterworfen und setzt sich mit sozialen Problemen an der Schnittstelle von Gesellschaft und Individuum auseinander (Sommerfeld et al., 2016, S. 47). Pauls (2013) sagt, dass die generalistisch ausgerichtete Sozialarbeit aufgrund moderner Entwicklungen immer mehr an ihre Grenzen stösst und fordert deshalb mehr spezifisches Wissen und methodische Kompetenzen (S. 11-12). Sommerfeld et al. (2016) geben zu verstehen, dass Soziale Arbeit in der Psychiatrie unabdingbar ist und sehr viel Potential hat (S. 1-2). Sie zeigen jedoch auch auf, dass die Klinische Sozialarbeit faktisch nicht aufgebaut ist, geschweige denn professionalisiert ist (S. 5). Geisler-Piltz et al. (2005) bemängeln, dass die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen zur Selbstabwertung neigt und sich beispielsweise gegenüber Ärzten und Ärztinnen unterlegen fühlt (S. 20). Unter anderem wird dies auch darauf zurückgeführt, dass sich Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit für die Praxistätigkeit zu wenig gut vorbereitet fühlen. Um das Selbstbewusstsein zu stärken und nicht länger als Hilfsprofession für andere Berufsgruppen tätig zu sein, ist die Klinische Sozialarbeit je mehr denn je gefordert, eigene Instrumente, Methoden, Leitsätze und Konzepte für ihre Kernaufgaben zu erarbeiten und ihr Handeln zu legitimieren (ebd.). Im Juni 2018 fand in Olten die 8. Fachtagung der Klinischen Sozialarbeit statt (Fachhochschule Nordwestschweiz, 2018). Bekannte Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen griffen in ihren Vorträgen und Workshops diese Themen immer wieder auf, was die Aktualität dieser Thematik verdeutlicht (ebd.).

1.5 Aufbau der Bachelorarbeit

Die vorliegende Arbeit wurde mittels Literaturrecherche erstellt. Nach der Einleitung ins Thema folgt mit dem zweiten Kapitel eine Auseinandersetzung mit verschiedenen Begriffen, um die beiden Hauptfragen beantworten zu können. Die Autorinnen greifen das Gesundheits- und Krankheitsverständnis der Sozialen Arbeit auf und beschreiben den Gegenstand der Klinischen Sozialarbeit. Anschliessend wird das Krankheitsbild Depression genauer analysiert und einige relevanten Daten und Fakten genannt. Um beschreiben zu können, welche Auswirkungen die Krankheit auf die soziale Dimension der Betroffenen hat, ist es von Nöten, diese zuerst zu definieren. Diesbezüglich werden mehrere Modelle vorgestellt und analysiert.

Im dritten Kapitel wird anhand des ausgewählten Modells beschrieben, welche konkreten Auswirkungen die Krankheit Depression auf die soziale Dimension haben kann. Dabei werden verschiedene Handlungssysteme der individuellen Lebensführung angesprochen und wichtige Aspekte, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, benannt und genauer ausgeführt.

Aufgrund der Erkenntnisse aus den vorherigen drei Kapiteln werden im vierten Kapitel Herausforderungen für die Klinische Sozialarbeit aufgezeigt. Zudem wird die Berufsrelevanz der Klinischen Sozialarbeit im Behandlungsprozess nochmals betont.

Im fünften Kapitel wird aufbauend auf den vorherigen Kapiteln das sozialtherapeutische Case Management als mögliche Methode für den Behandlungsprozess vorgestellt. Dieses Case Management hat drei Dimensionen und ist als Werkzeugkoffer zu verstehen, der indes viele konkrete Methoden und grundlegende Arbeitsprinzipien bereithält.

Zwischen den einzelnen Kapiteln werden kurze Zwischenfazits gemacht. Zum Schluss werden die Fragestellungen nochmals aufgegriffen und beantwortet, ein persönliches Fazit sowie einen Ausblick gemacht.

Alle Kapitel wurden von beiden Autorinnen verfasst.

2 Soziale Dimension und Depression

In diesem Kapitel werden zuerst relevante Begriffe analysiert und definiert. Zu Beginn wird beschrieben, auf welches Gesundheits- und Krankheitsverständnis die Soziale Arbeit Bezug nimmt. Danach wird die Klinische Sozialarbeit als Disziplin der Sozialen Arbeit genauer beleuchtet, bevor dann die Depression als Krankheit beschrieben wird. Abschliessend werden drei Modelle vorgestellt, welche es ermöglichen, die soziale Dimension sichtbar zu machen.

2.1 Gesundheits- und Krankheitsverständnis der Sozialen Arbeit

Die WHO wurde 1948 gegründet (Weltgesundheitsorganisation, 2018). Sie hat das Ziel, für alle Völker das höchstmögliche Gesundheitsniveau zu erreichen und ist federführend in globalen Gesundheitsfragen, in der Gesundheitsforschung sowie im Erstellen von Normen und Standards (ebd.). Die WHO beschreibt den Begriff Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit, sondern auch als Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens (WHO, 2005, S. 1). Aus dieser Beschreibung lässt sich das bio-psycho-soziale Modell ableiten (Sommerfeld et al., 2016, S. 87). Dieses Modell wurde von George L. Engel in den 1970er-Jahren entwickelt (Rainer Ningel, 2011, S. 55). Zu dieser Zeit dominierte ein biomedizinisches Krankheitsmodell (Georg L. Engel, 1977, S. 130). Es liess kaum Platz für soziale und psychologische Dimensionen von Krankheit. Engel entwickelte daher sein bio-psycho-soziales Modell, wodurch biomedizinische Aspekte auch in Zusammenhang mit psychischen und sozialen Aspekten betrachtet werden sollten (S. 132-133). Dabei beeinflussen und bedingen sich die drei Ebenen gegenseitig (Sommerfeld et al., 2016, S. 86). Nach Pauls (2013) sind Erkrankungen das Resultat komplexer Interaktion dieser drei Dimensionen (S. 33).

Dieses Verständnis wird gerade für die Klinische Sozialarbeit relevant, da die soziale Dimension einer Krankheit aufgeführt wird und somit auch die Gleichrangigkeit der drei Ebenen ausdrückt (Pauls, 2013, S. 32).

Psycho-soziale Integration und soziale Unterstützung werden in der Gesundheitsforschung als die besten Schutzfaktoren von körperlichen und psychischer Erkrankungen gesehen (Pauls, 2013, S. 32). Zudem sind soziale Unterstützung und psycho-soziale Integration eines der besten Heilmittel. Dies bedeutet, dass gerade Integration bzw. Re-Integration in die soziale Umgebung und der Wiederaufbau psychisches und sozialen Wohlbefindens einen zentralen Stellenwert hat. Es gibt keine Medikamente, die dieses Defizit ausgleichen können (ebd.). Somit wird klar, wie wichtig die Klinische Sozialarbeit im Behandlungsprozess ist.

2.2 Gegenstand Klinische Sozialarbeit

Der Ursprung der Klinischen Sozialarbeit liegt in den USA (Pauls, 2013, S. 13). Ende der 1960er und Anfang der 1970er Jahre tauchte der Begriff „clinical social work“ im professionellen Sprachgebrauch auf. Der Begriff wurde populär und es entstanden Initiativen zur Schaffung von eigenen Berufsvereinigungen für Klinische Sozialarbeitende. 1978 erfolgte die Anerkennung der „clinical social work“ und wurde zur eigenen, spezialisierten Profession (S. 14). Dies lässt sich nicht ohne weiteres mit der Klinischen Sozialarbeit in der Schweiz vergleichen. Zwischen den USA und Deutschland, Österreich oder der Schweiz ist eine unterschiedliche Entwicklung erkennbar. Inzwischen ist die Klinische Sozialarbeit eine Teildisziplin der Sozialen Arbeit (S. 22). Erfolgt die Soziale Arbeit in Behandlungskontexten, wird von Klinischer Sozialarbeit gesprochen (Helmut Pauls & Albert Mühlum, 2005, S. 7). Der Behandlungskontext meint die Beteiligung an Behandlungsprozessen und das Wahrnehmen von eigenen Beratungs- und Behandlungsaufgaben (ebd.). Die Klinische Sozialarbeit ist nicht nur im stationären, sondern auch im teilstationären oder ambulanten Feld tätig (Pauls, 2013, S. 18). Pauls (2013) erfasst die Klinische Sozialarbeit als ein integrierter professioneller Ansatz zur Verbesserung der psycho-sozialen Passung zwischen Individuum und Umwelt (S.17).

Die zentrale Aufgabe liegt darin, notwendige Veränderungen der psycho-sozialen Lebenslage und Lebensweise zu erreichen (Pauls, 2013, S. 17). Zusätzlich erwähnt Ningel (2011), dass die Wechselwirkung zwischen psychischen und sozialen Belastungen berücksichtigt werden muss (S. 4). Die besondere Qualifikation der Klinischen Sozialarbeit

besteht darin, mittels methodisch reflektierter psycho-sozialer Arbeit unterstützungsbedürftigen eine bessere Lebensqualität zu ermöglichen (Pauls & Mühlum, 2005, S. 7). Dies versucht die Klinische Sozialarbeit mittels Hilfe für die einzelne Person und einer Änderung der gesellschaftlichen Lebensbedingungen zu erreichen (Pauls, 2013, S. 9). Zur Zielgruppe gehören Personen mit psycho-sozialen Problemen, oftmals mit Multiproblemsituationen (S. 17). Die Klientel ist vielfältig und umfasst zum Beispiel psychisch kranke Menschen, Drogen- und Alkoholabhängige, behinderte Menschen aber auch Menschen in entwicklungs- und situationsbedingten Krisen, traumatisierte Personen und weitere. Wichtige Arbeitsfelder der Klinischen Sozialarbeit sind unter anderem die Psychiatrie, Rehabilitation, Akutspitäler, der Strafvollzug oder auch heilpädagogische Einrichtungen (Pauls & Mühlum, 2005, S. 7). Die Klinische Sozialarbeit betont die Alltags- und Lebensweltorientierung. Sie hat eine ganzheitliche Sicht auf die persönliche und sozokulturelle Situation der Klientel (S. 8).

2.3 Depression als Krankheit

Die Krankheit Depression bedeutet für die Betroffenen und ihr Umfeld neue Herausforderungen. Um zu verstehen, welche Auswirkungen die Erkrankung auf die soziale Dimension mitbringen kann, ist es für Professionelle der Sozialen Arbeit unerlässlich sich mit dem Krankheitsbild auseinanderzusetzen. Im folgenden Abschnitt wird die Depression als Krankheit konkreter beschrieben.

2.3.1 Definition

Die Depression gehört zur Gruppe der affektiven Störungen welche durch eine Veränderung der Stimmung (Affektivität) und des Antriebs charakterisiert sind (Daniel Hell, Jérôme Endrass & Jürg Vontobel, 2003, S. 113). Es gibt uni- bzw. monopolar verlaufende Depressionen und manisch- depressive Störungen (Martin Hautzinger & Thomas D. Meyer, 2011, S. 1). Der Hauptunterschied einer unipolaren und bipolaren Störung liegt in der Abwesenheit bzw. dem Vorliegen einer manischen Phase (S. 4). Die depressive

Phase ist durch eine niedergeschlagene, dysphorische Stimmung gekennzeichnet verbunden mit Antriebslosigkeit, Interessenverlust, Veränderung im Appetit sowie Schlaf- und Konzentrationsstörungen (Hautzinger & Meyer, 2011, S. 2). Dies kann weiter zu Selbstwertproblemen, Schuld und tiefer Hoffnungslosigkeit führen. Im schlimmsten Fall führt dies zu Suizidgedanken und Suizidhandlungen. In einer manischen Phase zeigt sich ein gesteigerter Antrieb mit einer deutlich gehobenen und euphorischen Stimmung. Es werden viele Pläne gemacht und hohe weitreichende Ziele gesetzt. Auffallend ist ein gesteigertes Selbstwertgefühl, das sich bis zu Wahnvorstellungen ausdehnen kann (ebd.).

In dieser Arbeit ist es aufgrund des beschränkten Umfangs nicht möglich, auf die unipolare und bipolare Störung differenziert einzugehen. Im Weiteren wird nur auf die unipolare Depression eingegangen.

2.3.2 Komorbidität

Komorbidität beschreibt das gleichzeitige Auftreten von mehreren Erkrankungen (Katharina Becker & Jürgen Bengel, 2009, S. 420). Dabei können verschiedenen somatischen Erkrankungen, verschiedenen psychischen Störungen oder auch psychische und somatische Erkrankungen auftreten. Es gibt viele Erklärungsmöglichkeiten im Rahmen der Komorbidität. Somit kann sich zum Beispiel eine psychische Erkrankung als Reaktion auf eine somatische Erkrankung und deren Behandlung entwickeln. Teilweise gibt es auch keine kausalen Zusammenhänge zwischen einer somatischen und psychischen Erkrankung (S. 421).

Depressionen zeigen eine hohe Quote an Komorbidität (Martin Hautzinger, 2010, S. 16). Häufige weitere Diagnosen sind Angst- und Panikstörungen, Substanzabhängigkeiten, Ess- und Persönlichkeitsstörungen sowie somatoforme Störungen (DGPPN, BÄK, KBV & AWMF, 2015, S. 41). Eine differenzierte diagnostische Abklärung ist von grosser Bedeutung, da die Komorbidität die Behandlung und Prognose einer depressiven Episode erschwert (ebd.).

2.3.3 Diagnostik

Die WHO hat eine international einheitliche Klassifikation aller Krankheiten herausgegeben, die International Classification of Disease, kurz ICD (Pierre Dinner, 2010, S. 213). Da inzwischen die 10. Revision besteht, wird die Klassifikation ICD-10 genannt. Das ICD-10 definiert alle Kriterien, die für eine bestimmte Krankheit gelten und hat den Zweck, eine präzise und international vergleichbare Diagnosestellung zu ermöglichen (ebd.).

F30	Manische Episode
F31	Bipolar affektive Störung
F32	Depressive Episode
F33	Rezidivierende depressive Störungen
F34	Anhaltende affektive Störungen
F38	Sonstige affektive Störungen
F39	Nicht näher bezeichnete affektive Störungen

Tabelle 1: Hauptkategorien affektiver Störungen nach ICD-10 (Quelle: DGPPN et al., 2015, S. 28)

In der Tabelle sind die Hauptkategorien affektiver Störungen nach ICD- 10 ersichtlich (DGPPN et al., 2015, S. 28). Die unipolare Depression wird im ICD- 10 als depressive Episode klassifiziert. Die depressive Episode wird zudem im Schweregrad unterschieden, welcher leicht, mittelgradig oder schwer sein kann (ebd.).

Folgende Abbildung gibt einen kurzen Überblick für die Diagnostik der depressiven Episode.

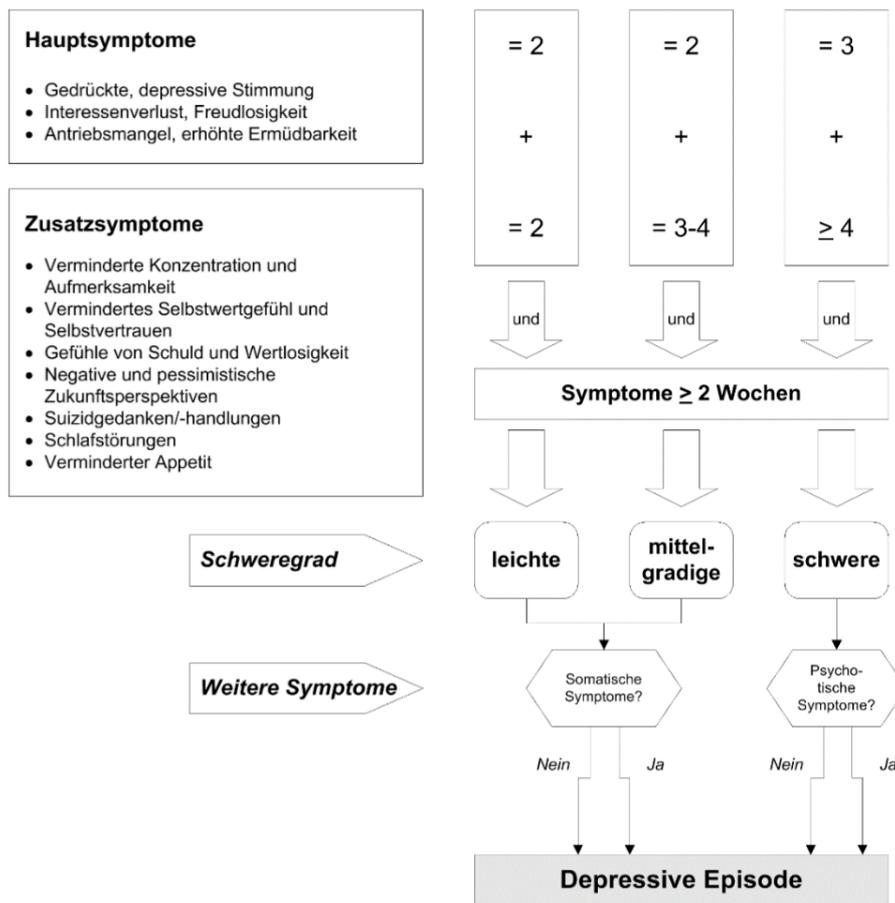


Abbildung 1: Diagnose depressiver Episoden nach ICD-10 Kriterien (Quelle: leicht modifiziert nach DGPPN et al., 2015, S. 33)

Es wird ersichtlich, dass für die Diagnostik Haupt- und Zusatzsymptome relevant werden. Damit eine Diagnose für eine depressive Episode gestellt werden kann, müssen folgende Kriterien erfüllt sein (DGPPN et al., 2015, S. 32): Es müssen mindestens zwei, bei einer schweren Episode sogar drei, Hauptsymptome mindestens 14 Tage lang vorhanden sein. Damit anschliessend der Schweregrad bestimmt werden kann, müssen zu den Hauptsymptomen bei einer leichten Episode mindestens zwei, bei einer mittelgradigen drei bis vier und bei einer schweren Episode mindestens vier Zusatzsymptome bestehen (ebd.). Ein weiteres Klassifikationsinstrument ist das Diagnostische und Statistische Manual (DSM) (Dinner, 2010, S. 219). Dieses Manual wurde von der Amerikanischen Psychiatischen Vereinigung ausgearbeitet, welche versuchten, das ICD in das DSM zu integrieren (ebd.). Das Ziel vom DSM ist es, mit klaren Beschreibungen diagnostischer Kategorien Personen mit psychischen Störungen zu diagnostizieren, zu untersuchen und

zu behandeln (Dinner, 2010, S. 219). Für das diagnostische Verfahren stehen zahlreiche Instrumente wie Messinstrumente, strukturierte und standardisierte Interviews, psychologische Tests, Fragebögen, Skalen sowie Selbst- und Fremdbeurteilungsbögen zur Verfügung (Hautzinger, 2010, S. 16-17).

Wenn das bio-psycho-soziale Modell handlungsleitend für die Behandlung von Depressionen sein soll, muss beachtet werden, dass nicht nur biologische und psychologische Diagnosen gestellt werden, sondern auch eine soziale Diagnose gestellt wird (Pauls, 2013, S. 202). Geissler-Piltz et al. (2005) verstehen unter psycho-sozialer Diagnostik die multidimensionale Erfassung von problem- bzw. störungsrelevanten Merkmalen der Belastungen und Ressourcen von Klientinnen und Klienten (S. 101). In folgenden Kapiteln wird die soziale Diagnostik noch mehrere Male aufgegriffen und beleuchtet.

Die Symptomatik ist nicht nur für die medizinische Diagnostik und Behandlung zentral. In der vorliegenden Arbeit spielen die Symptome vor allem bei den Auswirkungen auf das Lebensführungssystem eine zentrale Rolle, was im dritten Kapitel differenzierter ausgeführt wird.

2.3.4 Verlauf und Prognosen

Typisch für eine Depression ist ein episodischer Verlauf (DGPPN et al., 2015, S. 26). Dies bedeutet, dass die Krankheitsphasen zeitlich begrenzt sind und häufig wieder abklingen (ebd.). Eine durchschnittliche Episodendauer bei einer unipolaren Depression ohne therapeutische Massnahme dauert sechs bis acht Monate (Mathias Berger, Dietrich van Calker, Eva-Lotta Brakemeier & Elisabeth Schramm, 2012, S. 424). Durch eine passende Therapie kann die depressive Phase auf ungefähr 16 Wochen verkürzt werden (Ronald C. Kessler et al., 2003, S. 3095). Wie die untenstehende Abbildung zeigt, kann eine unipolare Depression sehr unterschiedlich verlaufen (DGPPN et al., 2015, S. 26).

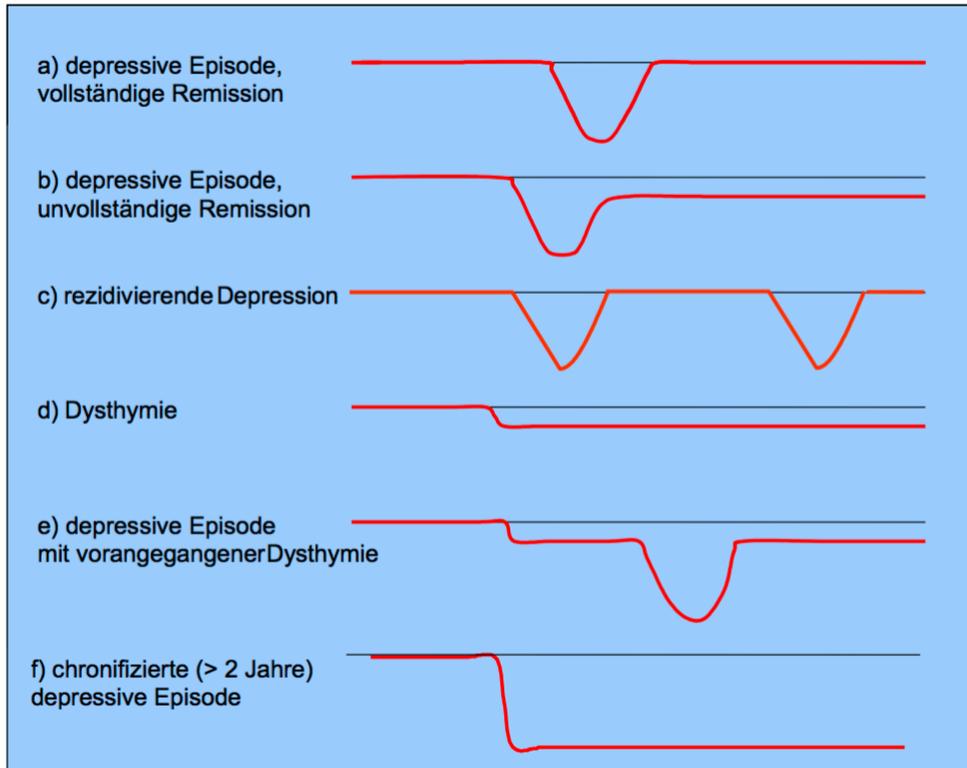


Abbildung 2: Verläufe unipolarer depressiver Störungen (Quelle: DGPPN et al., 2015, S. 26)

Im Beispiel a) ist eine vollständige Remission sichtbar, das heisst eine vollständige Genesung und eine symptomfreie Folgezeit (DGPPN et al., 2015, S. 26). Im Gegensatz findet im Beispiel b) keine volle Remission statt. Es besteht eine Residualsymptomatik (ebd.). Die Residualsymptomatik beschreibt Symptome, die nach Beendigung einer Behandlung noch vorhanden sind (Harmut O. Häcker & Kurt-H. Stapf, 2009, S. 854). Dieser Verlauf erhöht das Risiko, erneut an einer depressiven Episode zu erkranken, was im Beispiel c) sichtbar ist (DGPPN et al., 2015, S. 26). Die Dysthymie (Beispiel d) ist eine anhaltende getrübe Stimmung. Für eine Diagnose muss die Symptomatik seit mindestens zwei Jahren bestehen. Daraus kann sich ebenfalls eine depressive Episode entwickeln (Beispiel e)). Im Beispiel f) ist eine chronische Depression ersichtlich. Die depressive Episode muss länger als zwei Jahre dauern ohne Besserung oder Remission, um als solche eingestuft zu werden (ebd.).

In einer Langzeitstudie wurden über 400 Personen mit einer unipolaren Depression untersucht. Innerhalb von sechs Monaten liegt die Remissionsrate bei 50% (DPGGN et al., 2015, S. 26). Nach zwei Jahren wiesen noch 21 % der Personen trotz Behandlung weiterhin eine Symptomatik auf. Nach einer Ersterkrankung kommt es bei mindestens 50 %

zu einer weiteren depressiven Episode (S. DPGGN et al., 2015, 27). Nach einer zweiten Episode erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Erkrankung auf 70% und bei einer dritten Episode auf 90% (Kupfer, 1991; zit. in DPGGN et al., 2015, S. 27).

2.3.5 Risikofaktoren und Erklärungsansätze

Es können verschiedene biologische, psychologische und soziale Faktoren an der Entstehung einer Depression beteiligt sein (Hell et al., 2003, S. 117). Es wird davon ausgegangen, dass kein Faktor alleine für die Entstehung einer Depression verantwortlich ist (Hautzinger, 2010, S. 23). Es zeigt sich, dass vor dem Ausbruch einer Depression gehäuft negative Ereignisse und / oder belastende chronische Schwierigkeiten auftreten. Zudem werden Vulnerabilitätsfaktoren beschrieben, die eine Depression begünstigen. Dazu zählen beispielsweise die Zugehörigkeit zur unteren sozialen Schicht, ein weibliches Geschlecht, nicht vorhandenes soziales Netz, Berufstätigkeit und ein geringes Selbstwertgefühl (S. 24).

Ebenfalls können Aspekte der Persönlichkeit zentral sein (Hautzinger, 2010, S. 25). Personen mit emotional impulsiver (aggressiver) und labiler (ängstlicher) Art erkranken eher an einer Depression. Auch sozial zurückhaltende, gehemmte und leicht verunsicherte Kinder sind gefährdet, bis zum 21. Lebensjahr an einer Depression zu erkranken (S. 26). Die soziale Abhängigkeit nimmt ebenfalls eine zentrale Rolle bei der Entstehung einer Depression ein. Hautzinger (2010) beschreibt die erlernte Hilflosigkeit als einen möglichen Auslöser (S. 28). Durch den Kontrollverlust von unangenehmen Bedingungen führt dies zu Verunsicherung, Angst, Rückzug und Passivität. Die Nichtkontrollerfahrung kann zu einer Einstellung der persönlichen Hilflosigkeit führen und sich auf weitere Bereiche und Bedingungen ausweiten (ebd.). Eine andere Erklärungsmöglichkeit sind dysfunktionale kognitive Schemata (Hautzinger, 2010, S. 30-31). Diese entstehen durch belastende Erfahrungen während dem Sozialisationsprozess, aktuelle stressreiche oder traumatische Erfahrungen oder durch das Ansammeln von negativen Erfahrungen. Es zeigt sich eine negative Sicht der Welt, der eigenen Person und der Zukunft (S. 30-31).

Das Morbiditätsrisiko steigt bei Personen, die mit depressiv erkrankten Person verwandt sind (Hautzinger, 2010, S. 32). Weiterhin bleibt unklar, wie der Übertragungsweg erfolgt und wie die genetische Grundlage konkret aussieht. Neben genetischen Faktoren haben auch Neurotransmissionen eine Bedeutung (S. 33-34). Verschiedene Neurotransmitter (Botenstoffe) können eine Entstehung einer Depression begünstigen. Solche Neurotransmitter sind z.B. Serotonin oder Dopamin. Für Sozialarbeitende ist es sehr zentral zu wissen, dass auch soziale Belastungssituationen eine Depression auslösen können (Hell et al., 2003, S. 117). Dies können zum Beispiel persönliche Verluste wie Trennung oder Tod eines Partners oder Arbeitslosigkeit sein (ebd.). Ebenfalls können Stressreaktionen bzw. die Stressbewältigung einen Einfluss auf die Entstehung haben (DGPPN et al., 2015, S. 24). Auch eine Verbindung von Depression und Burn-out wird erwogen (S. 25).

2.3.6 Behandlungsmöglichkeiten

Die Behandlung einer Depression besteht aus drei Teilen, der Gesprächstherapie, einer biologischen Therapie und weiteren helfenden Massnahmen (Dinner, 2010, S. 139). Die Gesprächstherapie nimmt eine zentrale Stellung ein. Sie soll stützend, aufklärend und beratend sein. Die Psychotherapie (Gesprächstherapie) kann die gleiche Wirksamkeit wie eine Therapie mit Antidepressiva haben (S. 145). Es gibt verschiedene psychotherapeutische Richtungen und jede brachte verschiedene Behandlungskonzepte hervor. Zur biologischen Behandlung gehört unter anderem die medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva, Schlaftherapie und Lichttherapie (S. 139-140). Antidepressiva können den depressiv gestörten Regelkreis des zentralen Nervensystems positiv beeinflussen und führen zu einer bleibenden Aufhellung der Depression (S. 159). Zusätzlich helfende Massnahmen, sogenannte Begleittherapien wie Musik-, Bewegungs-, Tanztherapie etc. sind wertvolle Bausteine in der Depressionsbehandlung (S. 140). Zum anderen sind auch Beschäftigungstherapien wie Ergotherapie oder Maltherapie unterstützend. Für die Bearbeitung und Auflösung von Konfliktmustern ist auch eine Paar- und Familientherapie sinnvoll (S. 141). Wichtig zu erwähnen sind hier auch die Angehörigenarbeit und die Psychoedukation (Jeannette Bischkopf, 2005, S. 93). Psychoedukation bedeutet, dass

Klienten und Klientinnen sowie ihr soziales Umfeld über die Erkrankung informiert werden (Bischkop, 2005, S. 93). Die Psychoedukation wird im Kapitel 5.3.2 noch genauer beschrieben. Sozialarbeiterische oder sozialpädagogische Interventionen zählen ebenfalls zu Begleittherapien (DGPPN et al., 2015, S. 55).

Um einen möglichst grossen Behandlungserfolg zu erzielen, ist eine individuelle Kombination der verschiedenen therapeutischen Bereiche sinnvoll (Dinner, 2010, S. 41). Da Depressionen immer wieder auftreten können, ist eine Rezidivprophylaxe, also eine Rückfallverhütung notwendig (DGPPN et al., 2015, S. 47-48). Die Rezidivprophylaxe hat zum Ziel, das Auftreten einer erneuten depressiven Episode langfristig zu verhindern (S. 47). Dies kann eine medikamentöse Behandlung und / oder eine psychotherapeutische Langzeitbehandlung sein (Angela Mahnkopf, 2015, S. 117).

In diesem Unterkapitel lag der Fokus vor allem auf den medizinischen und psychologischen Behandlungsmethoden. Basierend auf dem bio-psycho-sozialen Gesundheitsverständnis wird klar, dass auch die soziale Dimension einer Behandlung bedarf. Es ist zwar gewagt den Begriff soziale Behandlung zu nennen, denn dieser Wortgebrauch ist im deutschsprachigen Raum unüblich (Pauls, 2013, S. 177). Behandeln bedeutet zielgerichtetes, planmässiges und methodisches Handeln. Der Begriff wird im wissenschaftlichen Sprachgebrauch oft mit dem Begriff Intervention synonym gebraucht. Rein aus der Definition wird ersichtlich, dass die Klinische Sozialarbeit jedoch durchaus behandelnd wirken kann (ebd.). Im Rahmen dieser Arbeit kann die Unterscheidung zwischen Therapie, Beratung und Behandlung nicht weiter ausdifferenziert werden. Trotzdem wird im Kapitel fünf der Fokus auf die soziale Behandlung im Sinne von einem zielgerichteten, planmässigen und methodischen Handeln eingegangen.

2.4 Definition der sozialen Dimension

Nach den Ausführungen zum bio-psycho-sozialen Gesundheitsverständnis der WHO wurde aufgezeigt, dass eine Krankheit nicht nur auf medizinischer Ebene betrachtet werden kann, sondern dass es vielmehr darum geht, eine Krankheit als mehrdimensional zu begreifen.

In der vorliegenden Arbeit befassen sich die Autorinnen mit den Auswirkungen einer Depression auf die individuelle Lebensführung der Betroffenen. Um diese Auswirkungen zu erfassen und beschreiben, ist das Beiziehen eines Modells, welches die soziale Dimension aufzeigt, respektive beleuchtet, unumgänglich. Im vorliegenden Abschnitt werden verschiedene Modelle erläutert und analysiert. Anschliessend wird beschrieben und begründet, welches Modell für die vorliegende Arbeit geeignet ist.

2.4.1 Koordinaten psycho-sozialer Diagnostik

Pauls (2013) hat die Koordinaten der psycho-sozialen Diagnostik erstellt (S.205-210). Silke Brigitta Gahleitner und Helmut Pauls (2014) beschreiben, dass das Wort Diagnostik ursprünglich vom Griechischen abstammt und übersetzt so viel wie eine Entscheidung, Unterscheidung durch Erkenntnis oder Urteil bedeutet (S. 61). Aufgrund von Erkenntnissen und der Bildung eines Urteils soll also eine Entscheidung beziehungsweise Unterscheidung getroffen werden. Gahleitner und Pauls (2014) plädieren dafür, dass sich insbesondere die Klinische Sozialarbeit dazu verpflichten soll, die psychischen, physischen, sozialen und auch alltags-situativen Ebenen zu beleuchten (S. 61). Dies fordert einen Bearbeitungsprozess, welcher interprofessionell und mehrdimensional ist (ebd.).

Pauls (2013) ist ebenfalls der Überzeugung, dass die Entstehung eines Problems nie isoliert betrachtet werden kann (S.205). Er beschreibt, dass die Klientel bei der Klinischen Sozialarbeit im Zentrum stehen, ohne das soziale System ausser Acht zu lassen (S. 191). Dies bedeutet, dass bei der Bearbeitung psycho-sozialer Probleme die individuelle Lebenssituation der Klientel, ihre Bedürfnisse und ihre Probleme immer im Mittelpunkt stehen (ebd.).

Um die Mehrdimensionalität der Probleme zu erfassen, ist es laut Pauls (2013) hilfreich, wenn ein „strukturierendes und ordnendes Orientierungsmodell“ benutzt werden kann (S. 206). Pauls hat dafür die Koordinaten der psychosozialen Diagnostik erstellt, wie folgende Abbildung zeigt.

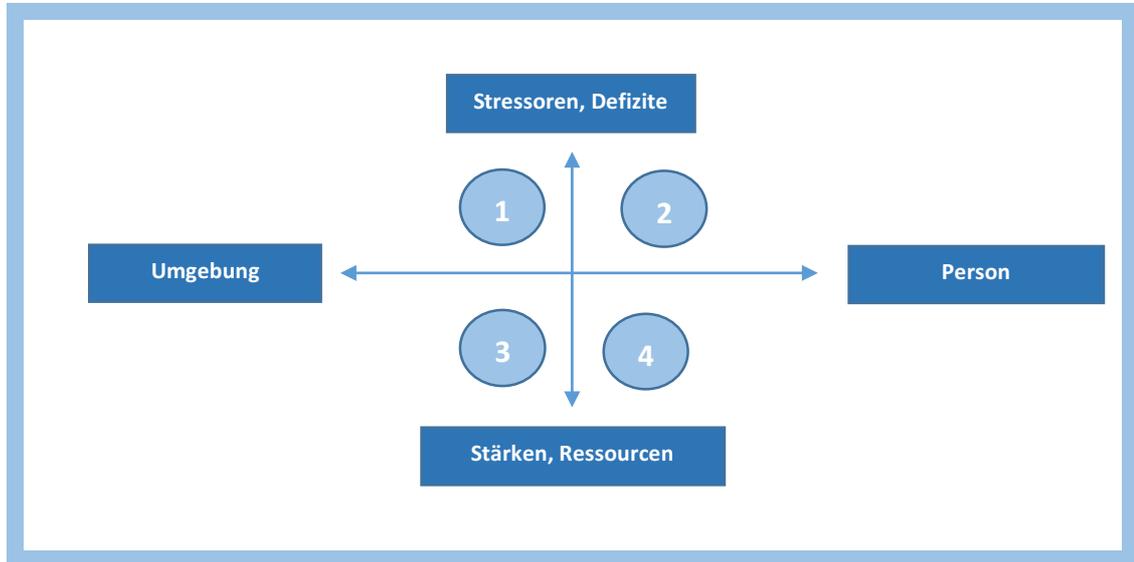


Abbildung 3: Koordinaten psycho-sozialer Diagnostik (Quelle: eigene Darstellung auf der Basis von Pauls, 2013, S. 209)

Pauls (2013) beschreibt zwei Achsen in seinem Modell (S. 206-211): einerseits die horizontale Achse mit der Personen- versus Umweltorientierung und andererseits die vertikale Achse mit Stärken/Ressourcen versus Stressoren/Defizite. Aufgrund der zwei Achsen ergeben sich vier Quadranten, welche je einen anderen Schwerpunkt aufzeigen. Im ersten Quadranten stehen die ökosozialen Defizite. Damit sind die Belastungen gemeint, welche sich aus der Umwelt ergeben. Ein Beispiel dafür sind fehlende finanzielle oder materielle Ressourcen. Im zweiten Quadranten stellen die individuellen Belastungen und Defizite. Dies können beispielsweise angeborene oder auch erworbene Einschränkungen und Behinderungen geistiger, körperlicher und psychischer Natur sein. Im dritten Quadranten sind die Umweltbedingungen zu finden, welche positiv sind. Im letzten Quadranten sind die persönlichen und individuellen Stärken und Ressourcen zu finden. Dazu gehören beispielsweise soziale Fähigkeiten und psychische Ressourcen. Die Quadranten 2 und 4 können den biologisch-medizinischen, psychologischen sowie psychosozialen Bedingungen zugeordnet werden. Der erste und dritte Quadrant können den sozialen und sozio-emotionalen Dimensionen zugeordnet werden. Zu diesen Dimensionen gehören beispielsweise das soziale Netzwerk, zwischenmenschliche Beziehungen

sowie positive Umweltbedingungen wie Arbeitsbedingungen, Wohnqualität und Förderprogramme. Anhand der Koordinaten können konkret erfasste Daten, zu denen förderliche und hinderliche Bedingungen, interne und externe Ressourcen, Schutzfaktoren und Defizite, aber auch Stressoren und allfällige Konflikte gehören, erfasst und übersichtlich dargestellt werden (Pauls, 2013, S. 209). So wird es möglich, im Dialog mit der Klientel, zu erfahren, welche Bereiche der individuellen Lebenswelt bearbeitet werden sollen (Gahleitner & Pauls, 2014, S. 69). Zusätzlich kann herausgearbeitet werden, welche Ressourcen dafür genutzt werden können und wo aufgrund Defiziten konkrete Unterstützung benötigt wird. Dank dieser Analyse können spezifische Interventionen abgeleitet und geplant werden (ebd.).

Das Modell zeigt sich auf den ersten Blick sehr übersichtlich. Jedoch kann es nicht einfach so mit Daten und Fakten ausgestattet werden. Gahleitner und Pauls (2014) bemerken, dass sich anhand der psycho-sozialen Koordinaten nur das Fundament der Fallanalyse darstellen lässt (S. 69-70). Die Koordinaten stehen am Ende des Diagnostikprozesses, zuvor sind weitere Schritte der Analyse und Datenerfassung notwendig. Die gesammelten Informationen werden dann in den Koordinaten erfasst (S. 69-70). Aufgrund dessen wird das Modell in der vorliegenden Arbeit auch nicht verwendet. Es braucht Einiges an Vorarbeit, bis die Koordinaten und Quadranten gefüllt werden können. Zudem wird nur zwischen zwei Achsen unterschieden. Auf den ersten Blick ist die individuelle Lebenswelt der Betroffenen Personen nicht umfassend ersichtlich.

2.4.2 Regenbogenmodell

Ilona Kickbusch und Katrin Engelhardt (2008) beschreiben, dass die Wissenschaft wie auch die Politik erkannt und belegt haben, dass Gesundheit durch mehrere Faktoren beeinflusst wird und nicht nur anhand individuellen Verhaltensmustern erklärt werden kann (S. 19-20). Vielmehr wird die Gesundheit von sozioökonomischen Faktoren, der eigenen Lebensweise, der Umwelt und auch durch persönliche Faktoren wie Alter, Geschlecht und den Genen beeinflusst (S. 20).

Peter Franzkowiak, Hans Günther Homfeldt und Albert Mühlum (2011) beschreiben ebenfalls, dass die Gesundheit jedes Menschen im direkten Zusammenhang mit der sozialen und individuellen Lebenswelt steht (S. 41). Diese sozialen oder auch strukturellen Bedingungen beeinflussen die Gesundheitssituation jeder Person in indirekter und direkter Weise. Gesellschaftliche Faktoren, welche auf die Gesundheit einwirken, sind in den Gesundheitswissenschaften als soziale Determinanten der Gesundheit definiert. Diese strukturellen Faktoren bedingen Ungleichheiten innerhalb der Bevölkerung (S. 43-44). Margaret Whitehead und Göran Dahlgren (2006) beschreiben in ihrem Bericht für das WHO Regionalbüro in Europa verschiedene Beispiele systematisch bedingter sozialer Ungleichheiten in Bezug auf die Gesundheit (S. 5-7).

Dahlgren und Whitehead haben aufgrund dieser Erkenntnis ein Modell entwickelt, welches die Gesundheitsdeterminanten aufzeigt und beschreibt (Whitehead & Dahlgren, 1991; zit. in Franzkowiak et. al, 2011, S. 42). Das Modell ist global sehr verbreitet, da es allgemein verständlich aufgebaut ist. So beschreiben sie beispielsweise, dass zur individuellen Lebenswelt jeder Person soziale Normen und Netzwerke sowie Lebens- und Arbeitsbedingungen stehen, welche im Verhältnis von der wirtschaftlichen und kulturellen Umwelt stehen. Die Gesundheitsdeterminanten werden von individuellen, kommerziellen und politischen Entscheidungen beeinflusst. Diese Faktoren können sowohl positiv, schützend oder risikoreich sein. Whitehead und Dahlgren gehen zudem davon aus, dass sich die Gesundheit, respektive Krankheit sowie die individuellen Lebensbedingungen gegenseitig beeinflussen (ebd.). In der Abbildung ist ersichtlich, welche Faktoren eben positiv oder negativ auf die Gesundheit einwirken können (Kickbusch & Engelhardt, 2008, S. 23-25). Dem Modell kann jedoch nicht entnommen werden, wie die einzelnen Determinanten in den unterschiedlichen Ebenen konkret zusammenwirken oder wie sie sich im Laufe der Zeit entwickeln und verändern.

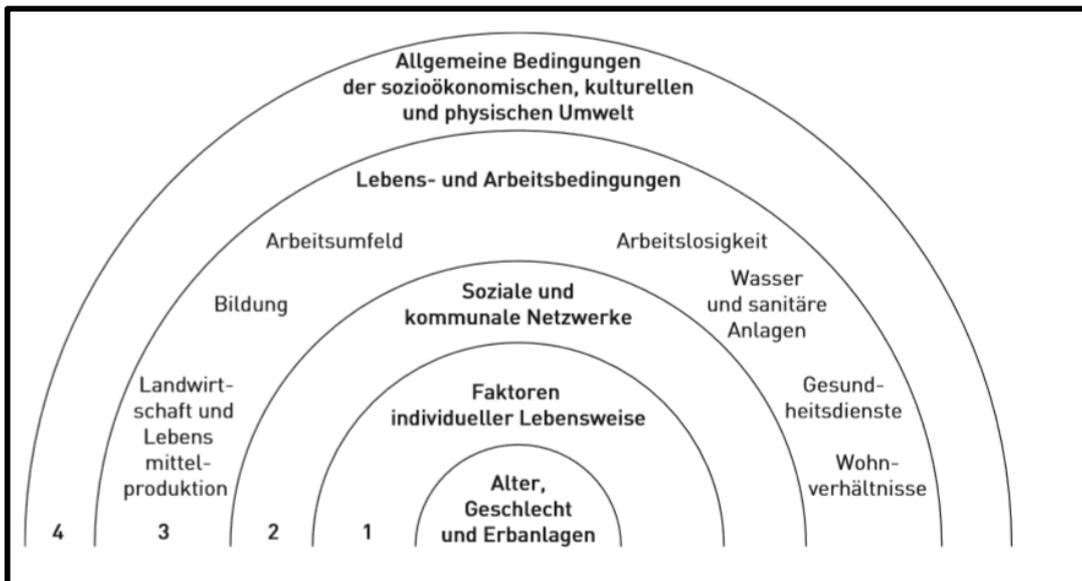


Abbildung 4: Gesundheitsdeterminanten (Quelle: leicht modifiziert nach Kickbusch & Engelhardt, 2008, S. 23)

Kickbusch und Engelhardt (2008) weisen darauf hin, dass es zwischen den Determinanten direkte wie auch indirekte Wirkzusammenhänge gibt (S. 25). Als Beispiel nennen sie, dass statistisch in den meisten Ländern einen Zusammenhang zwischen der Gesundheit und dem Einkommen aufgezeigt werden kann. Das konkrete Zusammenwirken der Einflussfaktoren ist jedoch schwierig zu benennen. Die Autorinnen weisen auch auf einen Nachteil des Modells hin. Durch das Aufzeigen der Determinanten und das Zusammenwirken derjenigen wird möglicherweise den individuellen Handlungsspielräumen der Betroffenen nicht genügend Beachtung geschenkt. Die WHO fordert diesbezüglich, dass auf die individuellen Ressourcen, welche sich positiv auf die Gesundheit auswirken, Wert gelegt werden sollte (ebd.).

Das soziologisch geprägte Modell wurde entwickelt, um aufzeigen zu können, dass soziale Faktoren auf die Gesundheit einwirken. In der vorliegenden Arbeit gehen die beiden Autorinnen jedoch der Frage nach, welche Auswirkungen eine Depression auf die soziale Dimension hat. Deswegen eignet sich das Konzept der Gesundheitsdeterminanten für die vorliegende Arbeit weniger. Es zeigt jedoch bereits sehr schön auf, in welche Lebensbereiche ein Individuum eingebettet ist. Um dem weiter nachzugehen, stellen die Autorinnen nun das Modell der Lebensführung vor.

2.4.3 Modell des Lebensführungssystems

Sommerfeld et al. (2016) bemängeln, dass die Klinische Sozialarbeit zu wenig professionalisiert ist (S. 5). Um dieser fehlenden Professionalität gerecht zu werden, haben sie ein eigenes Konzept erarbeitet, die konsolidierte Wissensbasis. Für Sommerfeld et al. (2016) ist dieses Konzept „ein entscheidendes, weil notwendiges, bislang fehlendes Element auf dem Weg zur Professionalisierung der Sozialen Arbeit im Allgemeinen und in der Psychiatrie im Besonderen“ (S. 13). Bei der konsolidierten Wissensbasis sind Methoden der Praxis sehr wichtig, diese werden mit theoretischem, empirischem und technologischem Wissen aufgearbeitet und untermauert (S. 23). Solch eine Konsolidierung ist als Prozess angelegt und ist sehr dynamisch, da immer wieder neue Methoden aufgenommen und überprüft werden. Dies soll dazu führen, dass für Fachpersonen ein solider und wissenschaftlich fundierter Bezugsrahmen vorhanden ist, der auch gegen aussen so vertreten, verteidigt und vor allem auch gelehrt werden kann (S. 24). Sommerfeld et al. (2016) haben ein Set an Instrumenten für die Diagnostik sowie für Interventionen erarbeitet, welches auf ihren Forschungen basiert, da sie bemerkt haben, dass in der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen die soziale Dimension oftmals nicht wahrgenommen wird und infolgedessen gar nicht oder nur am Rande bearbeitet wird (S. 6). Dies ist der Fall, obwohl Befragungen ergeben haben, dass die soziale Dimension von Professionellen, welche im Arbeitsfeld Psychiatrie arbeiten, als sehr wichtig betrachtet wird. Problematisch scheint, dass die befragten Personen keine konkreten Vorstellungen vom Inhalt der sozialen Dimension haben. Nebst der scheinbar fehlenden Professionalisierung sei dies auch auf das Fehlen der Thematik in der Forschungsliteratur zurück zu führen (ebd.). Sommerfeld et al. (2016) beschreiben, dass eine Erkrankung eng mit der individuellen Lebenswelt gekoppelt ist und Wechselwirkungen zwischen Erkrankung und sozialer Dimension bestehen (S. 7-8). Die soziale Dimension wird als Lebensführungssystem bezeichnet, welches jedoch nicht nur als Ursachenfeld in Frage kommt, sondern durch die Erkrankung auch belastet wird (S. 8). Daher eignet sich das Modell sehr gut, um die Lebensbereiche der depressiven Person darzustellen und die Auswirkungen konkreter zu beschreiben.

Der konsolidierte Wissenskorpus

Beim Modell des konsolidierten Wissenskorpus wird systematisch wissenschaftliches Wissen eingebaut und auch die Praxis miteinbezogen (Sommerfeld et al., 2016, S. 34-36). Die Wissenschaft und die Praxis beziehen sich hierbei systemisch aufeinander und sind kooperierend.

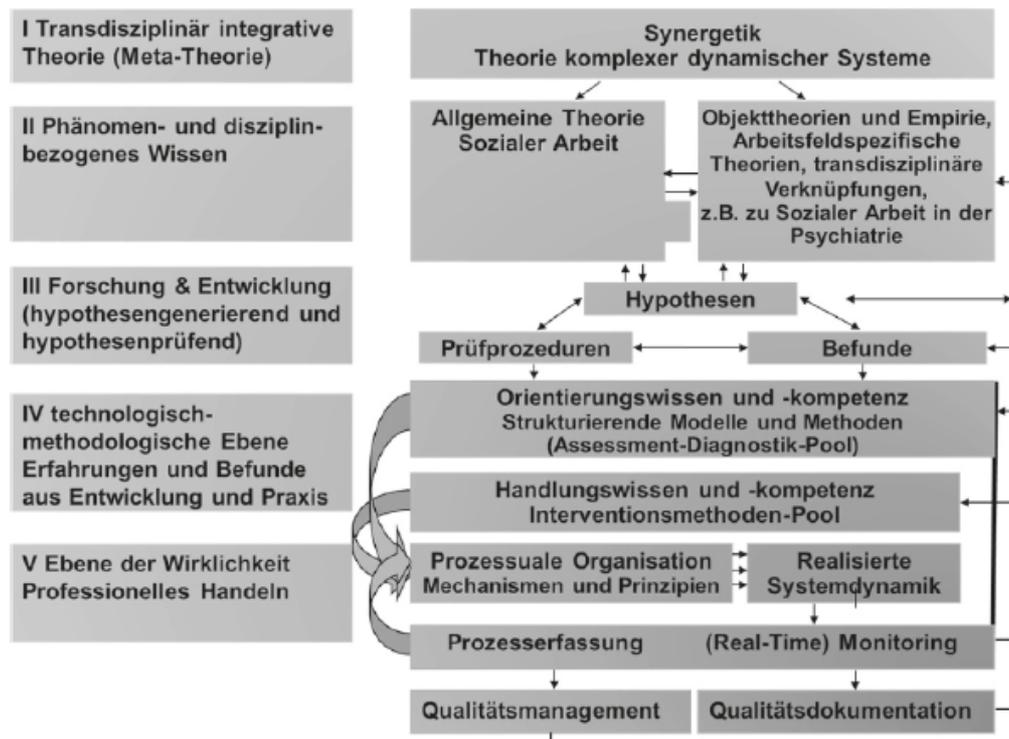


Abbildung 5: Aufbau des konsolidierten Wissenskorpus (Quelle: Sommerfeld et al., 2016, S. 36)

Die vorliegende Grafik zeigt auf, wie solch ein Wissenskorpus aufgebaut ist. Der Wissenskorpus soll es ermöglichen, die soziale Dimension, respektive ein Lebensführungssystem, umfassend und adäquat zu erfassen, zu beschreiben und aufgrund deren Analyse anschliessend Interventionen zu planen, damit die Individuen (wieder) ein gelingendes Leben führen können (S. 36-37). Nachfolgend wird, um das Lebensführungssystem erklären zu können, auf einzelne Aspekte des Wissenskorpus eingegangen.

Meta Ebene – die Grundlage

Zu Beginn steht die Meta-Ebene. Dies ist die definierte Perspektive, welche eingenommen wird, um die Themen im Arbeitsfeld, hier das Feld der Klinischen Sozialarbeit in der Psychiatrie, zu betrachten (Sommerfeld et al., 2016, S. 37). Sie bildet quasi einen theoretischen Rahmen. Dem konsolidierten Wissenskörper zugrundeliegend, und somit auch dem Lebensführungssystem, ist die Feststellung, dass sich die Soziale Arbeit mit Schnittstellen zwischen Individuen und der Gesellschaft befasst (Sommerfeld et al., 2016, S. 47). Zwischen Individuen und der Gesellschaft besteht ein dynamisches, jedoch stetig wandelbares und sich entwickelndes Verhältnis, welches sich nicht trennen lässt. Zudem existieren Menschen nicht einfach, sondern sie setzen sich mit sich, der Welt und der Gesellschaft auseinander und führen in diesem Sinne ihr Leben. Diese Lebensführung ist in die Gesellschaft als soziale Mitwelt integriert. Und umgekehrt ist die Gesellschaft die Summe aller individuellen Lebensführungen und reproduziert sich so immer wieder (S. 48-49). Sommerfeld et al. (2016) bezeichnen dieses gleichzeitige individuelle Führen des eigenen Lebens sowie die Reproduktion der sozialen Systeme als strukturelle Koppelung (S. 52). Die Soziale Arbeit beschäftigt sich im Rahmen dieser psycho-sozialen Dynamiken mit den individuellen Lebensführungen, welche problematisch sind. Würde die soziale Dimension ausser Acht gelassen werden, würden viele relevante Faktoren nicht bearbeitet werden (ebd.).

Eine weitere Grundlage stellen die systemtheoretischen Ansätze dar. Sommerfeld et al. (2016) gehen davon aus, dass soziale Systeme sich selbst organisieren und versuchen, sich aufrecht zu erhalten (S. 53-54). Wenn einzelne Komponenten spontan eine Beziehung bilden, entsteht ein System und es bildet sich eine Ordnung. Dies geschieht spontan, beschränkt jedoch auch die Freiheiten der einzelnen Elemente, was die gegenseitige Bindung stabilisiert. Infolge dessen wird ihre Aktivität strukturiert und geordnet. Solange sich diese Ordnung, reproduzieren kann, so lange reproduziert sich auch das System selbst. Dies wird als zirkuläre Kausalität bezeichnet (S. 53-54.).

Die soziale Dimension als Lebensführungssystem

Abgeleitet von diesen Hintergründen wollten Sommerfeld et al. (2016) ein Modell entwickeln, das eben dieses selbstorganisierte Zusammenwirken sozialer Strukturen darstellen kann (S. 56-65). Dieses Modell wird als Lebensführungssystem bezeichnet. Dabei gelten Menschen als sozio-biologische Systeme, welche mit der Gesellschaft als sozio-kulturelle Systeme für das eigene Überleben in Beziehung treten. Somit bilden das System Individuum und das System Gesellschaft, beide mit unterschiedlicher Ausstattung, ein eigenes Handlungssystem (S. 58-59). Ein Individuum interagiert mit vielen unterschiedlichen Akteuren (S. S. 62). Das gesamte Lebensführungssystem setzt sich aus diesen einzelnen Handlungssystemen des Individuums zusammen. Wichtig ist dabei, sich bewusst zu sein, dass es einen Unterschied macht, wo sich ein Individuum und auch die einzelnen Subsysteme im Grossen und Ganzen befinden (S. 60-63.).

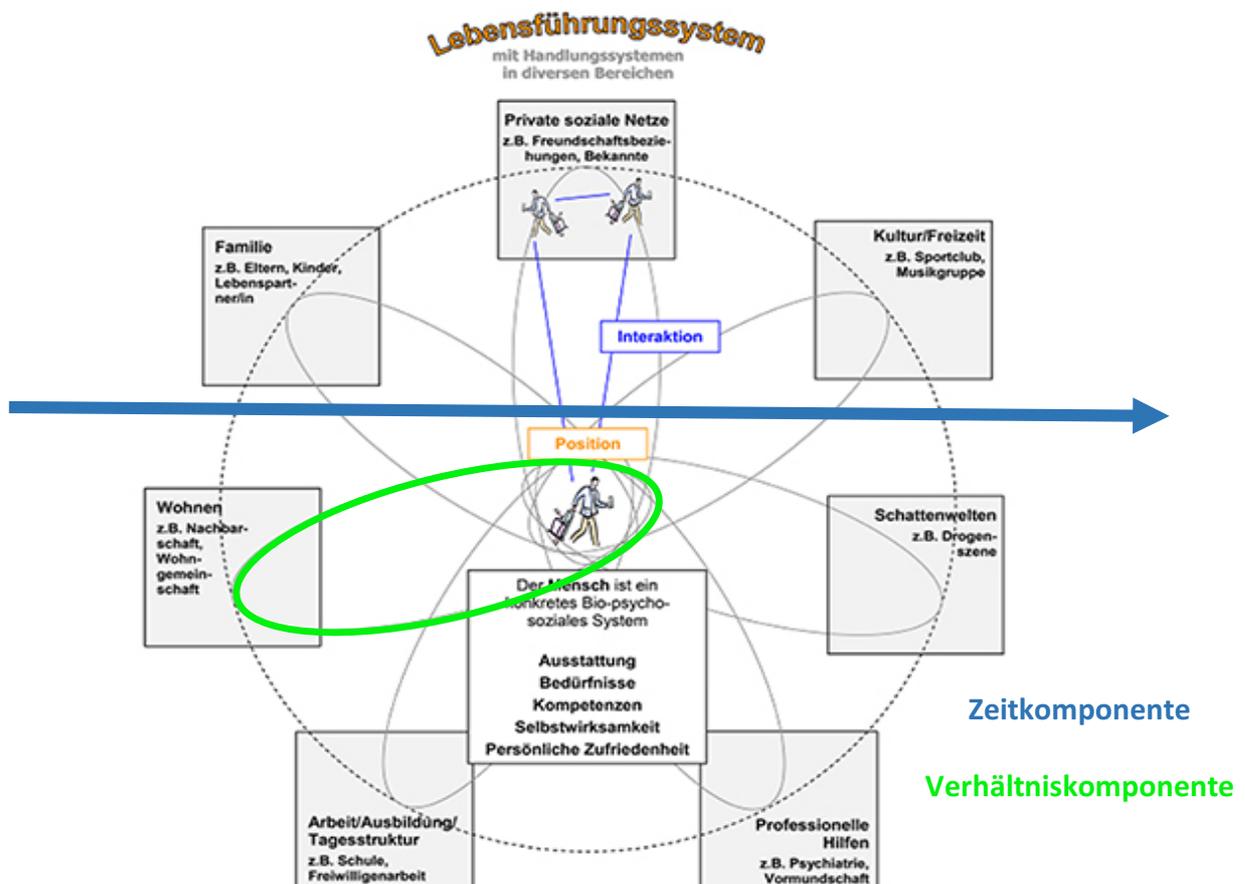


Abbildung 6: Das Lebensführungssystem (Quelle: leicht modifiziert nach Sommerfeld et al., 2016, S. 327)

In der Abbildung ist ersichtlich, dass das Lebensführungssystem aus verschiedenen Elementen zusammengesetzt ist (Sommerfeld et. al, 2016, S. 323-324). Im Kern des Lebensführungssystems steht das Individuum als bio-psychisches System mit persönlicher Ausstattung als aktueller IST-Zustand. Zur Ausstattung gehören diverse Merkmale wie beispielsweise Alter, Geschlecht, Religion, Migration, Wohnung, Arbeit und Ausbildungen, aber auch Erfahrungen von Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit (S. 323-324). Ein weiteres Element sind die Integrationsbedingungen in die einzelnen Teilsysteme, den sogenannten Handlungssystemen sowie auch die Wechselwirkungen dazwischen. Diese Systembedingungen können anhand eines systemischen Beratungsgesprächs erfasst werden (S. 327-329.). In einem weiteren Schritt geht es dann darum, das Lebensführungssystem genauer zu erkunden und wichtige Zusammenhänge von Ursachen und Wirkungen zu erkennen und Hypothesen zu bilden, so dass mögliche Interventionen geplant und bewertet werden können (S. 339). Die Informationen über das Lebensführungssystem werden im Beratungsgespräch gesammelt (S. 323-324).

Folgend auf der Erkenntnis, dass die soziale Dimension sehr komplex ist und die soziale Dimension eng mit einer psychischen Krankheit verbunden ist, fügte Cornelia Rügger (2011) in ihrer Masterarbeit dem Lebensführungssystem noch eine Zeit- und eine Verhältniskomponente hinzu (S. 50). Nur so lässt sich eine Lebenssituation umfassend darstellen. Die Zeitkomponente ist auf die Biographie bezogen und fragt nach dem Wann und dem Woher. Sie zeigt auf, in welchem zeitlichen Verlauf verschiedene Entwicklungen respektive Ereignisse stattgefunden haben. Dies kann punktuell, beispielsweise ein einschneidendes Erlebnis oder über einen längeren Zeitraum, beispielsweise die erhaltene Erziehung, geschehen sein. Die Verhältniskomponente zielt hingegen auf die Was- und die Wo-Frage ab. Sie zeigt auf, in welchen Positionen und mit welchen Interaktionen ein Mensch im Lebensführungssystem eingebunden ist (ebd.). Sie beinhaltet nicht nur die persönliche Ausstattung des Individuums, sondern auch die Integrationsbedingungen in verschiedene Handlungssysteme innerhalb des Lebensführungssystems (Sommerfeld et al., 2016, S. 129. Ausgehend davon lassen sich bei einer Fallanalyse bereits erste Risiko- und Schutzfaktoren erkennen (ebd.).

Die Systemgrenze endet nicht beim Individuum, sondern mündet in anderen Systemen (Sommerfeld et al., 2016, S.60). Nicht immer ist es für ein Individuum vorteilhaft, in sozialen Systemen integriert zu sein. Denn diese Systeme können vom Individuum nicht immer verlassen werden oder es kann zu negativen Eskalationen kommen (S. 62.). Das Wohlbefinden und auch die Lebenssituation jedes Menschen sind also auch vom gesamten Lebensführungssystem abhängig (S.63).

Die Autorinnen haben sich für diese Darstellung entschieden, da sich das Modell sehr gut eignet, um die einzelnen Bereiche der Lebenswelt bildlich darzustellen und konkrete Beispiele der von Inhalten der Handlungssysteme ersichtlich sind. Die einzelnen Handlungssysteme werden von Sommerfeld et al. in der Literatur jedoch nur bedingt definiert. In verschiedenen Publikationen sind zudem verschiedene Darstellungen zu finden, bei der gar die einzelnen Begriffe der Handlungssysteme nicht identisch sind.

2.5 Zwischenfazit

Die Klinische Sozialarbeit geht von einem bio-psycho-sozialen Verständnis aus. Dabei sind Erkrankungen ein Resultat komplexer Interaktionen zwischen diesen drei Dimensionen. Somit wird auch die Gleichrangigkeit der drei Ebenen klar. Aus dem bio-psycho-sozialen Verständnis wird ersichtlich, dass sich die Klinische Sozialarbeit den Problemlagen anzunehmen hat. Die Klinische Sozialarbeit nimmt sich, wie andere Professionen, dem Behandlungsprozess an. Dabei haben Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit den Fokus auf psycho-soziale Lebenslagen und Lebensweisen. Zudem geht es um die psycho-soziale Passung zwischen Individuum und Umwelt. Dadurch soll eine bessere Lebensqualität ermöglicht werden. Da Fachpersonen der Sozialen Arbeit in jeglichen Feldern mit Depressionserkrankten in Kontakt kommen, ist Fachwissen über eine Depression unabdingbar. Dies ist vor allem für die Klinische Sozialarbeit zentral, denn Depressionserkrankungen nehmen weltweit zu.

Eine unipolare Depression ist charakterisiert durch eine gedrückte und depressive Stimmung, durch Interessenverlust und Freudlosigkeit, Antriebsmangel und durch erhöhte Ermüdbarkeit. Eine unipolare Depression kann unterschiedliche Verläufe einnehmen.

Zur Entstehung einer Depression gibt es verschiedene Erklärungsansätze. Zudem können Risikofaktoren eine Depressionsentstehung begünstigen. Zur Behandlung einer Depression stehen unterschiedliche Ansätze zur Verfügung.

Es gibt unterschiedliche Modelle, die es erlauben, die soziale Dimension einer Depression zu erfassen. Die Autorinnen haben sich für das Lebensführungssystem entschieden, welches aus verschiedenen Handlungssystemen wie Familie, privates und soziales Netz, Kultur und Freizeit, Schattenwelten, professionelle Hilfen, und aus Arbeit und Wohnen besteht. Dabei gestalten das System Individuum mit seiner Ausstattung und das System Gesellschaft in der Interaktion zusammen ein Handlungssystem.

3 Depression im Lebensführungssystem

Wie im zweiten Kapitel benannt, wird die soziale Dimension anhand des Modells des Lebensführungssystems beschrieben. Mit dem Wissen über die Depression als Krankheit, das Lebensführungssystem sowie über den Gegenstand der Klinischen Sozialarbeit, wird nun im dritten Kapitel konkret auf die Auswirkung der Depression auf die soziale Dimension eingegangen. Die Auswirkungen einer Depression können nicht abschliessend thematisiert werden, da diese sehr umfangreich sind. Nachfolgend gehen die Autorinnen auf einige Aspekte ein, welche in der Literatur ausführlich benannt werden.

3.1 Handlungssystem privates soziales Netz

Angehörige von Menschen mit Depressionen erleben durch die Krankheit ebenfalls grosse Belastungen (Hermann Spiessl, Rita Schmid, Georg Wiedemann & Clemens Cording, 2005, S. 215). Umso wichtiger ist es, das soziale Umfeld in den Behandlungsprozess (Thomas Müller-Rörich, Kirsten Hass, Françoise Margue, Annekäthi van den Broek & Rita Wagner, 2013, S. 138). Seit einigen Jahren interessiert sich auch die Forschung für die Situation der Angehörigen und die Auswirkungen auf das soziale Umfeld wurden untersucht (Maria Fischer, Georg Kemmler & Ulrich Meise, 2004, S. 57-58). Kurt Hahlweg und Donald H. Baucom (2008) bezeichnen die Auswirkungen einer psychischen Erkrankung auf das soziale Umfeld als gravierend (S. 62). Dabei spielt die Art der Erkrankung eine geringe Rolle. Es werden zwei Arten von Belastungen, die subjektiven sowie objektiven Belastungen beschrieben. Zu den objektiven Belastungen werden beobachtbare Probleme und Einschränkungen, welche aus der Erkrankung resultieren, gezählt. Dies können beispielsweise finanzielle Belastungen, Einschränkungen aufgrund der Krankheitssymptome oder auch mangelnde soziale Unterstützung sein. Als subjektive Belastung wird die tatsächlich individuell erlebte Belastung der Angehörigen bezeichnet (S. 63). Johannes Jungbauer, Jeannette Bischkopf und Matthias C. Angermeyer (2001) beschreiben, dass die subjektiv wahrgenommene Belastung von den kognitiven Prozessen, den persönlichen Bewältigungsstrategien und auch von eigenen Ressourcen abhängig ist (S. 105).

Die vielfältigen Beziehungen können durch eine Depression sehr stark negativ belastet werden. Nicht nur die Partnerschaft ist davon betroffen, sondern auch Beziehungen zu Kindern, Freunden und Nachbarn (Baer et al., 2013, S. 65-68). Natürlich spielen die Symptome der Erkrankung eine grosse Rolle, wie im zweiten Kapitel ausführlich beschrieben wurde. Fehlende Initiative, Selbstvorwürfe und Scham führen oft dazu, dass sich Betroffene vom sozialen Umfeld distanzieren, wodurch auch die zwischenmenschlichen Beziehungen leiden (Helga Kessler & Daniel Hell, 2011, S. 122). In verschiedenen Studien wurde verschiedene Phänomene beobachtet (Laura Epstein Rosen & Xavier F. Amador, 2008, S. 18-21). Studienteilnehmer- und Teilnehmerinnen ohne Depression, welche für kurze Zeit mit einer fremden, depressiven Person zusammen trafen, berichteten nach dem Treffen über Aggressionsgefühle sowie stärkere Ängste und wollten die Person nicht erneut treffen (Epstein Rosen & Amador, 2008, S. 18-19). Die Forschung kam zur Erkenntnis, dass die Verhaltensweisen depressiver Personen vom Umfeld als negativ empfunden worden sind und die Menschen sogar auf Distanz halten (S. 18). Eine Studie, welche das Zusammenwohnen zweier Studenten oder Studentinnen in einem Studentenwohnheim untersuchte, stellte Folgendes fest: Bei den Studienkollegen, welche mit einer depressiven Person zusammen wohnten, kam es viel häufiger zu Konflikten, Streit und die direkte Kommunikation nahm ab. Die Studenten und Studentinnen, welche nicht depressiv waren, fühlten sich im Vergleich zur Kontrollgruppe frustriert, traurig, wütend und bevorzugten es, ihre freie Zeit nicht mit ihren depressiven Mitbewohnern oder Mitbewohnerinnen zu verbringen (S. 19).

Epstein Rosen und Amador (2008) beschreiben den sogenannten *Circulus vitiosus*, ein Interaktionsmodell der Depression, welches sich als abwärts gerichtete Spirale darstellt (S. 154). Depressive Personen verhalten sich klagend, setzen sich selbst herab und sind hilfeschend. Dies wirkt auf das soziale Umfeld abstossend und sorgt dafür, dass sich dieses immer mehr distanziert. Oftmals verspürt das soziale Umfeld jedoch Mit- und Schuldgefühle gegenüber der erkrankten Person und versucht, diese zu Beginn zu unterstützen (ebd.). Je länger die Depression andauert, desto mehr reagiert das soziale Umfeld ungeduldig, wütend sowie überfordert und zieht sich zurück, was die depressive Symptomatik der erkrankten Person verstärkt und das Risiko der sozialen Isolation zunehmend erhöht (Epstein Rosen & Amador, 2008, S. 154.). Nebst Unverständnis oder

Überforderung empfinden einige Familien es auch als ein Tabu, über die Erkrankung zu sprechen und machen die Diagnose zur privaten Angelegenheit, welche selbst gelöst werden muss (Müller-Rörich et al., 2013, S. 150).

Angehörige erleben mitunter auch finanzielle Mehrbelastungen, Diskriminierung, Einschränkungen in ihrer Freizeit und am Arbeitsplatz, gesundheitliche Probleme und emotionale Herausforderungen und müssen oft viel Zeit für die Betreuung investieren (Spiessl et al., 2005, S. 216). Durch die psychische Erkrankung ist auch das psychische Gleichgewicht des sozialen Umfelds bedroht (Niklas Baer & Theodor Cahn, 2009, S. 221-222). Angehörige haben erhöhte Werte von psychischer Unausgeglichenheit, ihr Gesundheitszustand ist schlechter und häufig entwickeln sich sogar chronische Probleme. Angehörige psychisch erkrankter Menschen besuchen häufiger einen Arzt und sind auch öfters in Spitälern hospitalisiert (ebd.). Epstein Rosen und Amador (2008) beschreiben, dass Angehörige im Vergleich zu anderen Menschen viel mehr Sorgen sowie Wutgefühle haben, selbst oftmals sehr erschöpft sind und ein höheres Risiko haben, selbst eine Depression zu bekommen oder eine psychische Störung zu entwickeln (S. 16-17).

3.2 Handlungssystem Familie

Das Handlungssystem Familie bezeichnet das soziale Umfeld im engsten Kreis, wozu Eltern, Lebenspartner und Lebenspartnerinnen, Kinder sowie Ehemänner und Ehefrauen gezählt werden. Nachfolgend werden aufgrund der besseren Lesbarkeit nur noch die Begriffe Partner oder Partnerin verwendet, damit sind jedoch Ehepartner respektive Ehepartnerinnen sowie Lebenspartner und Lebenspartnerinnen eingeschlossen. Die beschriebenen Auswirkungen im privaten sozialen Netz sind auch für die engere Familie spürbar. Nachfolgend werden einige Aspekte vertiefter beleuchtet.

3.2.1 Ehe und Partnerschaft

In neueren Studien, welche die engsten Beziehungen von depressiven Personen untersuchten, erhielt man ähnliche Resultate bei den bereits im Kapitel 3.1 genannten Studien (Epstein Rosen & Amador, 2008, S. 18-19). Nur fielen die Resultate noch auffälliger und deutlicher aus. Nahestehende Menschen depressiver Personen zeigten sich im Vergleich viel häufiger wütend, entmutigt, apathisch, zurückgezogen, hoffnungslos, reizbar, ängstlich und niedergeschlagen (S. 20.). Auch hat man festgestellt, dass zwischen Depressivität und Partnerschaft beziehungsweise Ehe, einen Zusammenhang besteht. Datenerhebungen haben gezeigt, dass Personen mit einer Depression öfters ohne Partnerschaft leben (Baer et al., 2013, S. 65-68). Dabei gibt es geschlechterspezifische Unterschiede. Bei Frauen leben mehr als ein Drittel ohne festen Partner oder ohne feste Partnerin (S. 65). Im Alter akzentuiert sich der Zusammenhang noch mehr. Bei Erkrankten über 65 Jahren lebt mehr als die Hälfte ohne Partner oder Partnerin. Die Erhebungen haben gezeigt, dass ein zunehmender Depressivitätsgrad mit einer vermehrten Partnerlosigkeit verbunden ist (S. 65-66). Zudem wurde festgestellt, dass Personen, welche depressiv sind und in einer Partnerschaft leben, mit zunehmender Depressivität immer weniger emotionale Unterstützung durch den Partner oder die Partnerin erfahren. Betroffene, denen es im Vergleich am besten geht, erhalten auch am meisten emotionale Unterstützung und nehmen diese auch wahr. Dies ist ein grosses Problem, denn depressive Personen benötigen dringend emotionale Unterstützung. Das Verhalten des Umfelds ist zwar verständlich, doch für Betroffene bricht eine grosse Ressource weg (S 67-68.).

Die Ergebnisse einer Zürcher-Studie belegen, dass Depressionsbetroffene eine höhere Scheidungs- und Trennungsrage aufweisen (Adrian Frei, Vlade Ajdacic-Gross, Wulf Rössler & Dominique Eich-Höchli, 2004, S. 298). Personen, welche zwischen dem 20. Und 40. Lebensjahr an einer Depression erkrankten, waren im Vergleich zu Personen ohne Depression 1.8-mal wahrscheinlicher unverheiratet (S. 300). Zudem hatten diese Personen ein 1.6-fach erhöhtes Risiko, mit 40 Jahren geschieden oder getrennt zu sein (S. 301). Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass soziale Rückzugstendenzen vorhanden sind und die Ehen und Partnerschaften von depressiven Menschen viel stärker belastet sind (S. 302.).

Jeannette Bischkopf, Bettina Wittmund und Matthias C. Angermeyer (2002) haben untersucht, welche gesundheitlichen und finanziellen Belastungen Partnerinnen und Partner erleben (S. 11-15). Es lässt sich sagen, dass sich depressive Störungen vielfältig auf die Lebensgestaltung der Betroffenen und ihres Partners oder ihrer Partnerin auswirken. Dies vor allem, wenn die Krankheit akut ist (S. 11). Die befragten Partnerinnen und Partner berichteten alle von Veränderungen im alltäglichen Zusammenleben (S. 13-14). Bischkopf et al. (2002) gliederten die Aussagen in sechs Teilbereiche (S. 13-14).

Herausforderungen aufgrund wechselnden Symptomen

Der Krankheitsverlauf lässt sich nicht genau vorhersagen und es kommt aufgrund der depressiven Symptome zu Veränderungen (Bischkopf et al., 2002, S. 13). Für die Partnerinnen und Partner schienen Aktivitäten, wie das Planen der Ferien, als unüberwindbar. Die unvorhersehbaren Wechsel der Stimmungslage und auch die Ungewissheit bezüglich Verlauf und Dauer der Krankheit beeinträchtigen solche Aktivitäten (ebd.). Wenn die depressive Phase lange andauerte oder immer wieder neue Episoden auftraten, verstärkten sich die Sorgen der Partnerinnen respektive der Partner (Bischkopf et al., 2002, S.14). Besonders bei Suizidversuchen erlebten diese grosse Ängste und Anspannungen und entwickelten oftmals das Gefühl, auf die erkrankte Person aufpassen zu müssen (ebd.).

Sozialer Rückzug mit Folgen

Für die Familie wird der soziale Rückzug der depressiven Person als schwerer Einschnitt erlebt, da es oftmals auch einen Rückzug für die Familie bedeutet (Bischkopf et al., 2002, S. 13). Zum anderen berichteten die Befragten, dass sie sich verpflichtet fühlten, die Initiative zu ergreifen und Entscheidungen zu übernehmen, was zu Konflikten führen kann. Zudem kann Unsicherheit und Überforderung der Partnerinnen und Partner dazu führen, dass sie sich selbst vermehrt zurückziehen und gemeinsame Aktivitäten seltener stattfinden (ebd.).

Die Rollen in der Partnerschaft

Die Rollenmuster und Verantwortlichkeiten werden infolge der Erkrankung neu definiert (Bischkopf et al., 2002, S. 13). Die gesunde Person übernimmt während einer Krankheitsphase der Partnerin oder des Partners oftmals alle Verpflichtungen, wie Haushaltsführung, Kindererziehung und viele weitere. Dies kann ebenfalls zusätzliche Konflikte auslösen (ebd.).

Lebensplanung und finanzielle Absicherung

Angehörige der erkrankten Personen befürchten oftmals den sozialen Abstieg (Bischkopf et al., 2002, S. 14). Dies steht im Zusammenhang mit erlebten oder auch antizipierten Einkommenseinbußen durch Jobverlust, Arbeitsunfähigkeit oder auch eine allfällige Berentung (ebd.).

Kommunikation und Sexualität

Während der akuten Erkrankung wird die Kommunikation von Partnerinnen und Partner als sehr stark beeinträchtigt und das gemeinsame Zusammenleben als problembelastet wahrgenommen (Bischkopf et al., 2002, S. 13). Diese Belastungen wirken sich auch auf die Sexualität aus. Mitunter kann es sein, dass Intimität aufgrund der depressiven Symptome gar keinen Platz mehr hat (ebd.). Während einer Depression kann es sein, dass die Sexualität aufgrund der Krankheit selbst oder aufgrund von Medikamenten beeinträchtigt sind (Müller-Rörich et al., 2013, S. 148). In einer Partnerschaft kann dies schnell zum Problem werden, wenn Bedürfnisse plötzlich sehr unterschiedlich sind und nicht mehr befriedigt werden können (ebd.).

3.2.2 Kinder

Zahlen aus der Schweiz zeigen, dass rund ein Drittel der depressiven Menschen Kinder haben (Baer et al., 2013, S. 84). Kinder nehmen eine Depressionserkrankung der Eltern ebenso wahr und sind von ihren Auswirkungen betroffen. In einer Studie konnten Helmut Remschmidt und Fritz Matthejat (1994), feststellen, dass besonders die Vorbildfunktion der Eltern gegenüber den Kindern deutlich beeinträchtigt ist (S. 295-296). Zudem stellten sie fest, dass die Kinder im kognitiven und emotionalen Bereich mit stärkeren psychischen Symptomen belastet waren und diese Kinder auch vermehrt Störungen im Sozialverhalten zeigten (S. 295.). Diesbezüglich konnte nachgewiesen werden, dass bei Depressionsbetroffenen Defizite im kognitiven und emotionalen Verhaltensbereich bestehen, welche sich bei den Kindern manifestieren. Dadurch erhöht sich auch das Risiko der Kinder, selbst zu erkranken (S. 296). Eine kanadische Studie stellte fest, dass grosse Auswirkungen auf Kinder von depressionsbetroffenen Müttern bestehen (Canadian Paediatric Society, 2004, S. 575-576). In der untenstehenden Grafik ist ersichtlich, welche Auswirkungen auf den Ebenen des Verhaltens und der Kognition und später auch in der Schule, beobachtet worden sind.

Entwicklungs- alter	Auswirkungen
Pränatale Phase	Inadäquate Kinderversorgung, zu wenig Nährstoffe, erhöhtes Risiko einer Frühgeburt, geringes Geburtsgewicht, Prä- Eklampsie und spontane Abtreibungen
Säugling Verhalten	Wütende, schützende Bewältigungsstrategien, Passivität, Rückzug, selbstregulierendes Verhalten
Kognition	Verminderte kognitive Leistung
Kleinkind Verhalten	Verminderter Ausdruck an Autonomie, verminderte Interaktion, internalisierendes und externalisierendes Problemverhalten
Kognition	Vermindertes kreatives Spielen, verminderte kognitive Leistung
Schulalter Verhalten	Beeinträchtigte Anpassungsfähigkeit, internalisierendes und externalisierendes Problemverhalten, affektive Störungen, Angststörungen, Verhaltensstörungen
Schule	Verminderter IQ, Aufmerksamkeitsdefizit, Hyperaktivität
Pubertät Verhalten	Affektive Störungen, Angststörungen, Phobien, Panikstörungen, Verhaltensstörungen, Substanzmissbrauch, Alkoholabhängigkeit
Schule	Aufmerksamkeitsdefizit, Hyperaktivität, Lernstörungen

Table 2: Auswirkungen einer mütterlichen Depression (Quelle: eigene Darstellung auf der Basis von Canadian Paediatric Society, 2004, S. 576)

Eine Erkrankung der Mutter wirkt sich, wie in der Grafik ersichtlich, nicht nur während dem Säuglingsalter auf die Kinder aus, sondern auch während den Kleinkindjahren, der Schulzeit und der Pubertät (Canadian Paediatric Society, 2004, S. 575-576). Wichtig zu erwähnen ist, dass die Forschung schlechte Erziehung nicht immer als Auslöser einer psychischen Erkrankung bei Kindern verantwortlich machen konnte. Vielmehr kamen der Depressivitätsgrad, die Zeit der Erkrankung, der Verlauf, gekoppelt mit potentiellen Risikofaktoren wie verminderte soziale Unterstützung und finanzielle Belastungen, als Auslöser in Frage (S. 575-576.).

Das Problem der Mutterlastigkeit

Fritz Mattejat, Christian Wüthrich und Helmut Remschmidt (2000) beschreiben, dass die Ergebnisse der Forschung darauf hindeuten, dass sich eine Erkrankung der Mutter stärker auf das Kind auswirkt, als eine des Vaters (S. 167). In der Forschung und in der Literatur findet man jedoch eine starke Mutterlastigkeit, welche sie als „mother-bashing“ bezeichnen (Geraldine Downey & James C. Coyne, 1990, S. 71 - 72). Downey und Coyne (1990) bemängeln ein deutliches und konsequentes, auch wenn unbeabsichtigtes Kritisieren der Mutter (S. 72). In vielen Studien wurden die Entstehung einer Störung der Kinder als Folge von Schwierigkeiten der depressiven Mutter zugeschrieben. Downey und Coyne rufen dazu auf, dass Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen sich dieser Stolperfalle bewusst sein sollten und ihren Fokus nicht nur auf die angeblichen Mängel von depressiven Müttern legen sollen (ebd.)

Ein Grund für die Mutterlastigkeit stellt beispielsweise die epidemiologische Verteilung der Depression dar oder auch indem, dass die gesunden Ehepartner, oftmals die Väter, zu wenig berücksichtigt worden sind (Mattejat et al., 2000, S. 167) Aufgrund der Mutterlastigkeit in der Forschung ist noch nicht klar, ob eine Erkrankung des Vaters dasselbe Erkrankungsrisiko für die Kinder darstellt (ebd.).

In einer Studie wurde nachgewiesen, dass die Krankheiten auch eine genetische Komponente haben und zu gewissen Prozentsätzen vererbbar sind, wie bereits im Kapitel 2.3.5 benannt wurde (Mattejat & Remschmidt, 1994, S. 295-296). Es ist nicht klar bewiesen, ob die genetische Vulnerabilität an sich oder vielmehr die psychosozialen Auswirkungen, von denen die Familie betroffen ist, für die Entstehung einer Störung der Kinder

verantwortlich sind (Mattejat et al., 2000, S. 164-166). Ein möglicher Suizid eines Elternteils oder finanzielle Einschränkungen einhergehend mit einem möglichen sozialen Abstieg stellen zusätzlich zur Depression eine Belastung dar. Schwere Erkrankungen bedingen häufig einen stationären Aufenthalt und das erkrankte Elternteil wird einige Zeit von den Kindern getrennt. In Familien mit solchen Belastungsfaktoren treten zudem häufiger partnerschaftliche Konflikte und Störungen in der Eltern-Kind Beziehung auf (S. 165.). Beispielsweise kann es zu einer Parentifizierung kommen. Johannes Jungbauer (2010) beschreibt Parentifizierung als unangemessene Übernahme von Verantwortung der Kinder für die eigenen Eltern (S. 17-19). Diese Kinder wirken oft reifer als Gleichaltrige und übernehmen Aufgaben sowie Rollen, welche ihrem Alter nicht angemessen sind (S. 19). So versuchen sie beispielsweise, den erkrankten Elternteil zu umsorgen und emotional zu stabilisieren, den Haushalt zu führen und für ihre Geschwister da zu sein (S. 18-19). Kinder zeigen unterschiedliche Bewältigungsstrategien für solche belastenden Situationen. Die Kinder, welchen es auf den ersten Blick gelingt, die Probleme zu bewältigen, indem sie versuchen, die Situation zu kontrollieren, pragmatische Lösungen zu finden und Verantwortung zu übernehmen, sind besonders anfällig für den Prozess der Parentifizierung. Ihnen fällt es oft schwer, sich abzugrenzen (S. 19).

Abschliessend lässt sich nicht genau evaluieren, welcher Faktor der genaue Auslöser für die Entwicklung einer psychischen Störung von Kindern darstellt. Obwohl Kinder psychisch kranker Eltern ein erhöhtes Risiko für eine psychische Krankheit haben, entwickeln bei weitem nicht alle Kinder eine psychische Störung (Mattejat et al., 2000, S. 167). Viele Familien funktionieren trotz Diagnose sehr gut und können den Bedürfnissen der Kinder gerecht werden. Zeigen Kinder ein auffälliges Verhalten, kann dies auch ein Resultat der Auseinandersetzung mit der Situation sein. Die Ergebnisse dieser Auseinandersetzung sind abhängig von den Umweltbedingungen und davon, was das Kind selbst an genetischen Bedingungen, Persönlichkeit, Intelligenz und sozialer Kompetenz etc. mitbringt. Kinder reagieren denn auch ganz unterschiedlich auf eine Erkrankung der Eltern (ebd.)

3.3 Handlungssystem Arbeit

Depressive Personen erleben ihre Arbeitssituation sehr viel bedrohlicher als psychisch gesunde Menschen (Baer et al., 2013, S. 105). Dies bedeutet, dass sie häufig durch Arbeitsanforderungen überfordert sind, unter Ängsten leiden, sich unfair behandelt fühlen, Spannungen am Arbeitsplatz erleben, sich nervös fühlen und Angst haben, ihren Arbeitsplatz zu verlieren. Diese Faktoren führen bei Betroffenen oft zu Stress am Arbeitsplatz. Der Stress führt zur Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und wirkt psychisch noch mehr destabilisierend. Schliesslich erhöht dies die Arbeitsabsenzen und die Invalidität wird erhöht. Es zeigt sich, dass Personen mit depressiven Symptomen nach der Arbeit viel mehr erschöpft sind als gesunde Menschen (S. 106). Dies führt dazu, dass Betroffene den Eindruck haben, dass neben der Arbeit das Privatleben zu kurz kommt. Weiter wird das Risiko eines Arbeitsplatzverlustes bei Depressivität doppelt so hoch eingeschätzt als bei Personen ohne Depressivität. Besonders auffällig ist, dass depressive Personen nach der Arbeit nicht mehr abschalten können. Der Wert ist fast doppelt so hoch wie bei Befragten ohne Depressivität. Weiter kann gesagt werden, dass depressive Erwerbstätige ihre aktuelle Arbeit häufig als nicht ideal empfinden und sie beschäftigen sich oft mit dem Gedanken, eine neue Stelle zu suchen. Einen Stellenwechsel würden sie aber nicht machen, da sie denken, es würde noch mehr Nachteile mit sich bringen. Oft schlucken sie den Ärger hinunter. Es zeigt sich, dass die negativen Gedanken von depressiv Erkrankten über ihre Arbeitssituation stark von ihrem krankheitsbedingten veränderten Erleben beeinflusst werden (S. 107). Depressionen haben lange oder häufige Arbeitsausfälle und Leistungseinbussen zur Folge, was bis zur Kündigung führen kann (Kathrin Lindner, 2009, S. 66). In akuten Phasen kann es vorkommen, dass die betroffene Person wegen ihrer Selbstwertproblematik um eine Rückstufung der Kompetenzen oder um eine Versetzung vom bisherigen Arbeitsplatz bittet. Es muss erwähnt werden, dass Depression Erkrankte ausserhalb der schweren Krankheitsphase meistens zuverlässige, korrekte und leistungsorientierte Menschen sind, welche oft nicht nein sagen können und wollen. Dies kann zu einer weiteren Überforderung führen (ebd.). Aufgrund der Depressionssymptome gehen betroffene Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer häufiger einer Teilzeitarbeit nach (Baer et al., 2013, S. 99).

Ebenfalls können depressive Symptome vor allem bei Männer zu einer Einbusse im Erwerbseinkommen bedeuten (Baer et al., 2013, S. 100). Folgende Abbildung gibt einen Einblick auf die Lohnveränderung bei Männern und Frauen mit Depressionssymptomen.

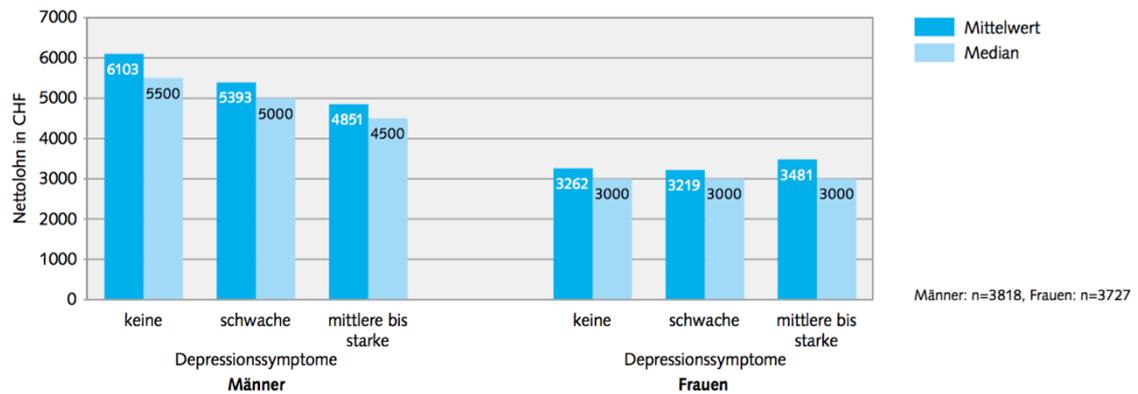


Abbildung 7: Einkommensdifferenzen bei depressiven Symptomen (Quelle: Baer et al., 2013, S. 100)

Es wird ersichtlich, dass der Nettolohn vor allem bei den Männern mit dem Schweregrad der depressiven Episode abnimmt. Es muss jedoch beachtet werden, dass die Lohn einbusse durch vermehrte Teilzeitarbeit erfolgen kann und dass die Mehrheit der Betroffenen in weniger qualifizierten Berufen arbeitet (Baer et al., 2013, S. 101).

Im Vergleich von Depressionen mit fünfzehn anderen häufigen chronischen Erkrankungen (z.B. Migräne, Asthma und Rückenschmerzen etc.) zeigte sich, dass die Depression die stärksten Auswirkungen auf die Produktivität am Arbeitsplatz hat (Roland Kessler et al., 2008, S. 814). Es zeigt sich, dass Betroffene mit mittleren bis starken depressiven Symptomen in vier Wochen während mehr als einem Drittel der Arbeitstage fehlten (Baer et al., 2013, S. 101). Aufgrund der aufgeführten Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz, führen affektive Störungen immer mehr zur Invalidisierung und somit nimmt auch die Ausgliederung von Personen mit affektiven Störungen aus dem Arbeitsmarkt zu (S. 31-32).

Depressionen lösen nicht nur individuelle Probleme aus, sondern haben grosse volkswirtschaftliche Folgen. In Europa werden die Folgekosten von affektiven Störungen auf rund 100 Milliarden Euro geschätzt (Gustavsson et al., 2011; zit. in Baer et al., 2013, S. 9). Davon entsteht ein Drittel durch medizinische Behandlung und soziale Versorgung und zwei Drittel sind indirekte Kosten. Indirekte Kosten werden durch verminderte Produktivität am Arbeitsplatz, Arbeitsabsenzen und Invaliditätskosten verursacht (ebd.). In der Schweiz wurden die Folgekosten 2010 auf über elf Milliarden Schweizer Franken errechnet (Yuki Tomonaga et al., 2013, S. 247).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich Depressionen sehr negativ auf die Arbeit auswirken können. Da die Arbeit in den meisten Industrieländern einen grossen Wert hat, kann dies weitere Folgen mit sich ziehen (Silke Esterl, 2015, S. 247). Verschiedene Aspekte können ohne Arbeit nicht mehr erfüllt werden. Das Lösen von Arbeitsaufgaben gibt ein Gefühl von Handlungskompetenz. Durch die Zusammenarbeit mit anderen wird ein Kontaktfeld geschaffen. Die Erfahrungen, Kenntnisse und Fähigkeiten bilden eine Grundlage für die Identität und das Selbstwertgefühl. Zudem verschafft die Arbeit eine soziale Anerkennung. Durch die Arbeit lässt sich der Tag strukturieren und gibt einen sozialen Orientierungsrahmen. Ebenfalls ist das daraus resultierende Einkommen wegleitend für die Freizeitgestaltung (ebd.). Das Einkommen ermöglicht eine soziale Integration und die Partizipation (Rolf Haubl, 2013, S. 111).

3.4 Handlungssystem Wohnen

Bezüglich Wohnsituation von Menschen mit einer Depression gibt es nur wenige Angaben. Alleinlebende berichten häufiger von depressiven Symptomen als Personen, die mit anderen zusammen leben (Baer et al., 2013, S. 38). Rund vier Fünftel der Personen mit depressiven Symptomen wohnen zu Hause und mit anderen Personen zusammen (S. 80). Bei Klientel, welche in privaten Praxen, behandelt werden, leben 60.3 % mit anderen Personen zusammen. Bei Personen, die in stationärer Behandlung sind, leben ca. 47.2% zu Hause mit anderen Personen zusammen und 52.8% leben alleine oder in betreuten Einrichtungen (ebd.).

Auch eine Studie aus dem Kanton Zürich beschäftigt sich mit diesem Thema. Bei Personen, die zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr an einer Depression erkranken, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit im Alter von 40 Jahren alleine zu wohnen, um das 5,7-fache (Frei et al., 2004, S. 300-301). Aufgrund der vorliegenden Symptomatik von Antriebslosigkeit, Freudelosigkeit und Interessenverlust könnte man die Hypothese bilden, dass auch die Haushaltsführung eine Herausforderung darstellt. Veronika Schröter (2017) beschreibt, dass die Antriebslosigkeit einen Menschen in ein Messie-Verhalten führen kann (S. 38). Es steht jedoch nicht die Sammeltätigkeit im Vordergrund, sondern dass sich Menschen mit einer Depression kaum aufrufen können, Ordnung zu halten. Die Ausprägung der Vermüllung und Verwahrlosung kann eine Begleiterscheinung verschiedener Erkrankungen sein (S. 36). Wie erwähnt kann dies auch bei einer schweren und mittelschweren Depression der Fall sein. Eine Vermüllung und Verwahrlosung kann aber auch anderweitige Ursachen haben (S. 35). In einer Untersuchung über das Vermüllungssyndrom von Peter Dettmering und Renate Pastenaci (2016) wurde bestätigt, dass zwei Drittel der untersuchten Personen verschieden ausgeprägte Stimmungen aufwiesen (S. 60).

Abschliessend kann gesagt werden, dass allgemein sehr wenig Literatur zum Thema Depression und Wohnen vorhanden ist. Ersichtlich wird jedoch, dass doch sehr viele Betroffene alleine wohnen und der soziale Rückzug, Ängste und Antriebsmangel dadurch noch mehr verstärkt werden könnten.

3.5 Handlungssystem Kultur und Freizeit

Dieses Handlungssystem ist nicht einfach zu definieren. In verschiedenen Grafiken von Sommerfeld et al. (2016) werden verschiedene Inhalte als Beispiel genannt (S. 59 + S. 327). So werden Musikgruppen und Sportvereine im näheren Umfeld des Individuums genannt, aber auch gesellschaftliche Bedingungen wie die Politik (S. 59 + S. 327). Zum Thema Freizeit und Depression gibt es kaum Literatur. Generell lässt sich aus den Ausführungen im Kapitel 3.3 jedoch ableiten, dass die soziale und kulturelle Teilhabe durch mögliche Einkommenseinbussen schwieriger wird. Ebenso kann durch verschiedene

Symptome die Kraft fehlen, an Freizeitaktivitäten teilzunehmen. Die soziale Isolation würde sich dann verstärken. Nachfolgend werden nun Auswirkungen auf der gesellschaftlichen Ebene beleuchtet.

Die Gesellschaft scheint sich fortlaufend mit psychischen Krankheiten auseinanderzusetzen. Esterl (2015) beschreibt, dass sich der Blick der Gesellschaft auf die Depression im Laufe der Zeit stetig verändert hat (S. 16). Die Entstehung der Depression wurde unterschiedlichen Faktoren zugeschrieben, beispielsweise inneren oder äusseren Umstände, der Weiblichkeit oder auch der Männlichkeit (ebd.). Während der Epoche der Aufklärung wurden psychisch kranke Menschen in Anstalten verwahrt und vor allem mit Schocktherapien behandelt, denn zu dieser Zeit war es für die Gesellschaft nahezu unvorstellbar, dass es Menschen gibt, welche offensichtlich nicht glücklich sind (Esterl, 2015, S. 184). Später entwickelte sich aus solchen Behandlungsansätzen die Psychiatrie (ebd.). In den 1940er Jahren wurde die Depression beispielsweise als Begleiterscheinung anderer psychischen Erkrankungen zugeschrieben, heute wird sie als eigenständige Krankheit betrachtet (Esterl, 2015, S. 16). Doch auch heute existieren verschiedene Ansichten zur Depression. Charlotte Jurk (2008) beschreibt beispielsweise, dass in der modernen Gesellschaft die Selbstverwirklichung als Ideal, als Norm gilt und eine Depression dementsprechend als Krise verstanden wird, welche selbstverschuldet sein soll (S. 178). Kenneth J. Gergen (2002) sagt, dass unsere Beschreibung, Darstellung und Erklärung der Depression vor allem aus Beziehungen abgeleitet wird (S. 67). Die Gesellschaft reduziert die komplexe Umwelt dahingehend, dass sie mit ihr klarkommt und sie Dinge vereinfacht betrachten kann (Esterl, 2015, S. 52). Das Denken wird insofern leichter, umso mehr die Vieldeutigkeit ausgeblendet wird und die Welt in plus und minus oder auch schwarz und weiss eingeordnet wird (ebd.). Eine Depression lässt sich jedoch nicht immer so einfach zuordnen (Esterl, 2015, S. 75). Das Krankheitsbild kann sich sehr unauffällig zeigen, existiert oftmals im Verborgenen und ist auf den ersten Blick weder als abweichendes Verhalten noch als körperliche Schädigung erkennbar (ebd.). Auch Axel Groenemeyer beschreibt, dass psychische Krankheiten eine Auswirkung auf die Gesellschaft haben. Nicht nur die Medizin, inklusive Psychiatrie, erachten psychische Störungen als ein Thema für sich, sondern auch die Soziologie (Groenemeyer, 2008, S. 114-115). Die Vorstellung, dass psychisch kranke Menschen auch sozial eingebunden werden sollen und dass gesellschaftliche Bedingungen krankmachend sein können, war in den

60er und 70 Jahren weit verbreitet. Groenemeyer sagt jedoch, dass diese medizinisch-psychiatrischen und sozialen Diskurse immer in gesellschaftliche, kulturelle und auch politische Entwicklungen eingebettet sind (S. 114-115). Es gibt verschiedene Gesellschaften und alle kennen sowohl Störungen wie auch Abweichungen von sozialen Erwartungen (Groenemeyer, 2008, S. 122). Diese werden häufig unter der Perspektive der Verantwortlichkeit interpretiert und folglich differenziert behandelt. Abweichendes Verhalten wird als Unfähigkeit oder Unwilligkeit, die gesellschaftlich vorgeschriebenen Rollen einnehmen zu wollen, beschrieben. Alle Gesellschaften haben für diese Abweichungen in Bezug auf Unfähigkeit die kulturelle Kategorie der Krankheit entwickelt. Auf diese Kategorie wird dann reagiert, sei es mit Hilfsangeboten, mit Behandlungsmöglichkeiten oder auch mit Entlastung. Gesellschaften machen in Bezug auf psychische Krankheiten also Zuschreibungen. Diese Zuschreibungen werden durch verschiedene Faktoren wie Politik, Historik und auch der Kultur beeinflusst. Ob ein Verhalten als Problem betrachtet wird, hängt unter anderem davon ab, welche Erwartungen von Normalität eine Gesellschaft vertritt und welche Rollenstruktur zur Verfügung gestellt wird. Moderne Gesellschaften entwickelten für diese kulturelle Kategorie der Krankheit ein medizinisches Versorgungssystem. Auch dieses ist wieder durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst und lässt Raum für die Entwicklung von spezifischen institutionellen und auch organisationalen Eigenwerten, Wissensbestände, Behandlungsformen etc. (ebd.). Groenemeyer (2008) beschreibt zudem, dass die Zuschreibung einer Diagnose und somit die Kategorisierung der Krankheit Betroffenen Raum für die Einnahme der Krankenrolle eröffnet, denn das Leid hat endlich einen Namen (S. 124). Esterl (2015) beschreibt, dass sich das gesellschaftliche Denken in den letzten Jahren positiv verändert hat (S. 198). Die Toleranz gegenüber Betroffenen scheint grösser geworden zu sein, so dass Betroffene weniger Hemmungen haben müssen, ihr Leiden auch öffentlich mitzuteilen (ebd.).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die gesellschaftliche Betrachtung der Depression von deren eigenen Selbstbild, der Definition eines gelungenen oder auch misslungenen Lebens, der Rolle von Körper und Seele und dem aktuellen Welt- und Menschenbild abhängt (Esterl, 2015, S. 297). Diese Betrachtungen, Stimmungslagen, Gefühle und unsere Interpretationen sind einem ständigen Wandel unterworfen (Esterl, 2015, S. 299).

3.5.1 Stigmatisierung

Obwohl ein sozialer Sensibilisierungsprozess stattgefunden hat, wurde die Akzeptanz gegenüber Betroffenen nicht automatisch grösser (Baer & Cahn, 2009, S. 217). Baer und Cahn beschreiben, dass Menschen ein Abwehrverhalten aktivieren, weil sie aufgrund der gestiegenen Wahrscheinlichkeit, selbst zu erkranken, ihre psychische Verletzlichkeit ins eigene Selbstbild integrieren müssen. Infolgedessen versuchen Menschen, psychische Krankheit irgendwie einzuordnen, um die gefühlte Drohung fern zu halten. Psychische Krankheiten werden bagatellisiert, verleugnet, als Neuerscheinung beschrieben oder als selbst verschuldetes Problem dargestellt. Menschen aktivieren also ihren Selbstschutz, welcher die Integration von Betroffenen erschwert (ebd.).

Baer und Cahn (2008) bezeichnen die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen als ein grosses Problem für deren Krankheitsverlauf und die Integration (S. 224-226). Die Stigmatisierung ist eine Form von gesellschaftlicher Diskriminierung und wird von Betroffenen und ihren Angehörigen oft als zusätzliche Belastung wahrgenommen (Spectra, 2017). Baer und Cahn (2009) übersetzen Stigmatisierung mit Brandmarkung (S. 224). Menschen mit psychischen Störungen sehen sich mit vielen Vorurteilen konfrontiert. Sie werden von der Gesellschaft als gefährlich, unzuverlässig, dumm, faul oder sogar unberechenbar bezeichnet (S. 225). Dies scheint ungerechtfertigt, denn wie im Kapitel 3.3 beschrieben, sind depressive Menschen ausserhalb der Krankheitsphase oftmals sehr leistungsorientiert und zuverlässig. Die Universitätsklinik Zürich hat erforscht, dass 25 bis 30 % der Bevölkerung Psychiatriepatienten das Stimmrecht aberkennen wollen (Baer & Cahn, 2009, S. 225). Rund 40% der Bevölkerung denkt, dass depressive Personen sich einfach zusammenreissen können und wieder gesund werden. Zwei Drittel möchte weder eine psychisch kranke Person als Freund oder Freundin, noch würden sie Betroffene für eine Arbeitsstelle empfehlen oder ihnen eine Wohnung vermieten. Spannend ist, dass auch Fachpersonen wie Pflegende oder Psychologen und Psychologinnen, ebenso stigmatisierend sind und eine erkrankte Person beispielsweise nicht in der Nachbarschaft wollen. Aufgrund dessen scheint klar, dass die Stigmatisierung nicht nur aufgrund fehlenden Informationskampagnen stattfindet (ebd.). Nebst der öffentlichen Stigmatisierung kann es zusätzlich zu einer Selbststigmatisierung kommen. Die Betroffenen werten sich selbst ab, indem sie die Vorurteile ihnen gegenüber selbst

übernehmen und ihr Selbstwertgefühl mindern (Spectra, 2017). Leider fehlt es an Bewusstsein für nachhaltige und umfassende Interventionen zu sorgen, welche das Stigma verringert und die Integration Betroffener verbessert (Baer & Cahn, 2009, S. 211).

3.6 Handlungssystem Schattenwelt

Das Handlungssystem Schattenwelt wird von Peter Sommerfeld, Lea Hollenstein und Raphael Calzaferri (2011) am Rande der Gesellschaft angesiedelt (S. 312-313). In diesen Randzonen herrschen unterprivilegierte Verhältnisse, die sich von der sogenannten normalen Lebensführung unterscheiden und dadurch oft stigmatisiert werden. Zu diesem Handlungssystem gehören Subkulturen, welche von der gelebten gesellschaftlichen Norm sehr stark abweichen und dadurch quasi im Schatten der Gesellschaft leben (S. 312-313.). Nachfolgend werden zwei Aspekte, welche die Autorinnen diesem Handlungssystem zugeordnet haben, genauer ausgeführt. Zum einen wird genauer auf die Suizidalität eingegangen. Denn die Suizidrate bei Menschen mit Depressionen ist höher als bei der Allgemeinbevölkerung, wie im Kapitel 3.6.2 genauer ausgeführt wird. Zudem kann das Thema Suizidalität gerade auch im Kontext der Klinischen Sozialarbeit in der Zusammenarbeit mit Depressionsbetroffenen immer wieder auftauchen. Zum anderen wird auf die Suchtthematik eingegangen, da sich zwischen Sucht und Depressionen einen signifikanten Zusammenhang zeigt.

3.6.1 Sucht

Die Komorbiditätsquote bei depressiven Menschen ist stark erhöht, wie im Kapitel 2.3.2 beschrieben wurde. Menschen, welche an Depressionen erkranken, haben möglicherweise zusätzlich ein Suchtproblem (Epstein Rosen & Amador, 2008, S. 229-231). Studien zeigten einen signifikanten Zusammenhang zwischen Sucht und Depressionserkrankung. Insbesondere zum Thema Alkohol und Depression liegen einige Zahlen vor.

Verschiedene Studien konnten aufzeigen, dass bis zu 50% aller Personen mit Alkoholabhängigkeit auch an einer Depression leiden (Epstein Rosen & Amador, 2008, S. 229). Epstein Rosen und Amador (2008) haben festgestellt, dass Menschen mit Depressionen ihre Krankheit manchmal mit Suchtmittel wie Alkohol, Drogen kurieren (S. 230). Diese Substanzen ermöglichen es, die Symptome wie Antriebslosigkeit, Schlafstörungen oder auch Appetitlosigkeit vorübergehend zu mildern und die Stimmung zu heben. Insbesondere Männer scheinen ihre Erkrankung mit exzessiven Alkoholkonsum zu verstecken (ebd.). Wenn sich zur Depression eine Suchterkrankung entwickelt, wird die Depression als Grunderkrankung betrachtet (DGPPN et al., 2015, S. 131). Kennzeichnend für diese sogenannte primäre Depression ist, dass die Symptome stark ausgeprägt sind, bei Abstinenz des Suchtmittels zurückkehren und bereits vor dem Suchtmittelmissbrauch vorhanden waren (ebd.). Depressionen kommen jedoch nicht nur als Ursache von Suchterkrankungen in Frage, sondern können auch eine Folge von Alkohol- und Drogenmissbrauch sein (Epstein Rosen & Amador, 2008, S. 229-231). Oftmals ist nicht klar, ob zuerst eine Suchterkrankung oder eine Depression vorlag. Epstein Rosen und Amador (2008) beschreiben, dass eine Depression, welche in Folge des Substanzmissbrauchs auftritt, für gewöhnlich kurzlebig und begrenzt ist und wieder verschwindet, sobald die betroffene Person den Konsum gestoppt hat (S. 231). Solche Depressionen, welche infolge von Substanzmissbrauch auftreten, werden als sekundäre Depression bezeichnet (DGPPN et al., 2015, S. 131).

3.6.2 Suizidalität

Suizidalität umfasst alle Gefühle, Gedanken, Impulse und Handlungen, die einen selbstzerstörerischen Charakter haben (Michael Eink & Horst Haltenhof, 2017, S. 22). Das eigene Versterben wird aktiv angestrebt bzw. direkt oder indirekt in Kauf genommen. Somit umfasst die Suizidalität einen breiten Bereich von menschlichem Erleben und Verhalten. Dies kann das Bedürfnis nach Ruhe, den Wunsch, tot zu sein, oder auch Gedanken und Pläne für die Selbsttötung bis zu konkreten suizidalen Handlungen umfassen. Eine suizidale Handlung kann als Kurzschlusshandlung erfolgen oder sich über einen längeren Zeitraum entwickeln (ebd.). Die suizidale Handlung meint alle Handlungen, die

von der betreffenden Person mit einer als geeignet erachteten Methode ausgeführt werden, mit der Absicht, das eigene Leben zu beenden. Endet eine solche Handlung tödlich, wird von einem Suizid gesprochen (Eink & Haltenhof, 2017, S. 24). Es zeigt sich, dass die Schweiz innerhalb von Europa eine überdurchschnittliche hohe Suizidrate aufweist (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2018). Im Jahr 2014 war die Suizidrate bei rund 1036 Personen. Zudem ist das Suizidrisiko bei Männern dreimal höher als bei Frauen (ebd.). Bei depressiven Menschen ist das Suizidrisiko etwa dreissigmal höher als in der Allgemeinbevölkerung (Harris & Barraclough, 1997; zit. in DGPPN et al., 2015, S. 40). 60 – 70% der Personen in einer akuten depressiven Episode haben Suizidgedanken (DGPPN et al., 2015, S. 40). Es gibt verschiedene Risikofaktoren, welche zu einem Suizid beitragen können (Eink & Haltenhof, 2017, S. 27 + 65). Nebst der Depression stellen beispielsweise das männliche Geschlecht, das Alter oder auch der Zivilstand Risikofaktoren dar. Menschen zwischen 15 und 34 Jahren und älter als 70 Jahren aber auch geschiedene oder alleinlebende und vereinsamte Menschen sind stärker gefährdet. Weitere Risikofaktoren sind: die Zugehörigkeit zur Ober- und Unterschicht, Arbeitslosigkeit, das Leben in der Stadt, Suizide in der Familie oder im näheren Umfeld, lebensbedrohliche und schmerzhaftes Erkrankungen, psycho-soziale Krisen und frühere Suizidversuche (Eink & Haltenhof, 2017, S. 27 + S. 65). Die Suizidalität spielt zu Beginn, im Verlauf und manchmal auch gegen Ende der Behandlung einer Depression eine zentrale Rolle (Mahnkopf, 2015, S. 68). Die Gefühle der Ausweglosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Wertlosigkeit und die tiefe Verzweiflung können das Erleben und Denken von Personen mit einer Depression so stark beeinflussen, dass die Betroffenen keinen anderen Ausweg mehr sehen und dem Leben ein Ende setzen möchten (ebd.).

Ein Suizidversuch ist ein Resultat einer komplexen Kombination von emotionalen, sozialen und biologischen Faktoren (Epstein Rosen & Amador, 2008, S. 253). Der innere Schmerz von depressiven Personen ist schier unerträglich und sie sind bereit, zum äussersten Mittel zu greifen, um dieses Leiden zu beenden. Ein Suizidversuch kann ein verzweifelter Hilfescrei sein, oder das Resultat der Überzeugung, dass es keinen anderen Ausweg mehr gibt (ebd.). Da im Modell des Lebensführungssystems davon ausgegangen wird, dass sich die Handlungssysteme gegenseitig beeinflussen, ist wichtig zu erwähnen, dass ein Suizidversuch (mit oder ohne tödlichem Ende) für Familienangehörige und Freunde ein traumatisches Ereignis ist und immense Auswirkungen haben kann (S. 262).

Menschen, die nach einem Suizidversuch oder nach einem tatsächlichen Suizid zurückbleiben, haben oft Gefühle wie Trauer, Wut, Zorn, Schuld, Reue, Verwirrung und grosse Verzweiflung. Ein solches Ereignis löst in allen Beteiligten Erschütterung und starke Gefühlsaufwallungen aus (Epstein Rosen & Amador, 2008, S. 262-263). Durch die Behandlung der Depression und der Gesundheit verschwinden die oben erwähnten Gefühle und damit verkleinert sich auch das Suizidrisiko (Dinner, 2010, S, 60).

3.7 Handlungssystem Professionelles Helfernetz

Laut Kessler und Hell (2011) können sich Professionelle oftmals nicht vorstellen, wie sich eine Depression anfühlt (S. 133). Dennoch sind psychiatrische oder psychotherapeutische Fachpersonen für Betroffene oft die einzigen Vertrauenspersonen, von denen sie verstanden werden (Baer & Cahn, 2009, S. 222). Auch Fachpersonen der Sozialen Arbeit können in unterschiedlichen Settings wichtige Ansprechpersonen sein. Pauls (2013) betont, dass beispielsweise in Deutschland nichtärztliche respektive nichtpsychotherapeutische Professionen wie die Soziale Arbeit in der psychiatrischen Versorgung mitwirken und dafür durchaus qualifiziert sind (S. 127). Deshalb sind nachfolgend bei der Beschreibung möglicher Auswirkungen alle Fachpersonen eingeschlossen, welche Teil des Behandlungsprozesses sind. Eine gute Beziehung ist dabei sehr wichtig, denn viele Studien konnten aufzeigen, dass sich die Qualität der Beziehung zwischen Therapeut, Therapeutin und der Klientel in einem positiven Behandlungsergebnis widerspiegelt (Christiane Steinert & Falk Leichsenring, 2017, S. 66).

Baer und Cahn (2009) bemängeln, dass professionelle Beziehungen zwischen Fachpersonen und Betroffenen, in der auch das erlebte Leiden und die Defizite, welche eine Krankheit mit sich bringt, gewürdigt werden, immer öfters abgewertet werden (S. 222). Anliegen wie Selbstbestimmung und Ressourcen- und Kundenorientierung werden immer wichtiger und oftmals werden die wirklichen Bedürfnisse psychisch kranker Menschen jedoch verkennt (S. 222-223).

Wie bereits zu Beginn dieser Arbeit erwähnt, gehört die Depression zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Dies widerspiegelt sich unter anderem auch in der starken

Zunahme von psychiatrischen Fachpersonen (Baer & Cahn, 2009, S. 226). Innerhalb von rund 21 Jahren stieg die Zunahme von psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen um das 18-fache (ebd.). Im Kapitel 3.5 wurde beschrieben, dass sich die Gesellschaft gezwungenermassen mit der Krankheit auseinandersetzt und für den Aufbau eines Versorgungsnetzes sorgt. In der Schweiz ist die Versorgung psychisch kranker laut Baer und Cahn (2009) insgesamt gut ausgebaut (S. 226). Durch den Einbezug von neuem Wissen und gemachten Erfahrungen wird das Versorgungsnetz laufend angepasst (S. 226-228). In verschiedenen Kantonen und auch auf Bundesebene laufen Projekte zur Früherkennung, Sensibilisierung, Suizidprävention und zur Stärkung der Zusammenarbeit mit Hausärzten (S. 227-228). Eine bessere Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Disziplinen der Medizin ist sicher förderlich, denn Baer und Cahn (2009) weisen darauf hin, dass noch immer rund 60% psychisch kranker Menschen zuerst viel zu lange in somatischen Spitälern behandelt werden (S. 226). Zudem überweisen Hausärzte und Hausärztinnen sowie allgemeinmedizinische Spitäler noch viel zu wenig an spezialisierte Institutionen und Angebote (ebd.). Dies ist nicht optimal, denn je früher eine depressive Behandlung in Anspruch genommen wird, desto günstiger ist die Verlaufsprognose (Baer et al., 2013, S. 82). So erhöht sich beispielsweise auch die Wahrscheinlichkeit, nach einer Erkrankung wieder an den Arbeitsplatz zurückzukehren (ebd.). Experten und Expertinnen weisen darauf hin, dass im psychiatrischen Versorgungsnetz der Schweiz noch Verbesserungspotential herrscht (Baer & Cahn, 2009, S. 227). Insbesondere kritisieren sie, dass ein Mangel an Frühintervention und Frührehabilitation, teilstationären sowie aufsuchenden Angeboten herrscht. Auch die Verknüpfung verschiedener Schnittstellen und Professionen wie Pflege, Medizin und der Arbeitswelt wird bemängelt (ebd.). Baer und Cahn (2009) plädieren für die Stärkung einer ganzheitlichen Betrachtungsweise von psychischer Krankheit und Gesundheit, denn nur so werden sich die Integrationschancen für Betroffene verbessern (S. 230).

Depressionsbetroffene zeigen verschiedene Symptome und Verhaltensmuster, wie in den Kapiteln 2.3 beschrieben worden ist. Dies beeinflusst auch Fachpersonen. Hans-Onno Röttgers & Carsten Konrad (2017) beschreiben, dass das Verhalten der Patienten das Verhalten des Therapeuten, der Therapeutin stimuliert und dass dieser Stimulationsprozess auch umgekehrt stattfindet (S. 137). Jobst Finke (2017) beschreibt, dass de-

pressive Personen, welche sehr hilflos und unterstützungsbedürftig wirken, bei Fachpersonen den Impuls auslösen, handlungsmächtig zu sein und immer passende Lösungen anbieten zu wollen (S. 114). Finke (2017) beschreibt auch, dass Depressionsbetroffene dazu neigen, doppeldeutige Botschaften an die behandelnden Personen zu vermitteln (S. 113). Dies kommt daher, dass depressive Personen oftmals zwischen Zuwendungserwartungen und sehr hohen Selbstidealen hin- und hergerissen sind (ebd.). Betroffene sind meist bescheiden und versichern, dass sie weder Zuwendung noch Beachtung erwarten, da dies mit ihrem Selbstideal nicht übereinstimmt und ihre Schuldgefühle sich noch verstärken würden (S. 113-114). Finke (2017) beschreibt jedoch, dass depressive Menschen ihre Enttäuschungen bezüglich nicht erfüllten Erwartungen oftmals ganz subtil zu verstehen geben (S. 114). Diese streiten sie bei einer Klärung der Beziehung zwischen Therapeutin und Therapeuten und Klienten und Klientin meist ab und fahren mit dieser subtilen Vorwurfshaltung weiter. Das professionelle Helfersystem kann dadurch verunsichert werden. Einige Fachpersonen fühlen sich womöglich auch schuldig oder ärgerlich und resignieren (ebd.) Finke (2017) rät, dass Fachpersonen dabei nicht vergessen sollten, dass dieses Verhaltensmuster zur Krankheit gehört und die betroffenen Personen selbst unter dieser Ambivalenz leiden (S. 114). Es kann sein, dass es bei manchen Betroffenen zu einer Therapieresistenz kommen kann. Dabei bestehen Betroffene scheinbar darauf, dass keine therapeutische Intervention funktioniert und sie den Therapeuten, die Therapeutin an sich selbst scheitern lassen wollen. Bei behandelnden Fachpersonen ruft dies häufig ein gesteigertes Engagement hervor, welches aber schnell in Wut und Resignation münden kann und dazu führen kann, dass sie Klientinnen und Klienten abschieben möchten. Zudem fühlen sich viele Fachpersonen in diesen Situationen inkompetent (ebd.). Auch Steiner und Leichsenring (2017) beschreiben, dass Fachpersonen in der Begleitung von depressiven Personen, die sich sehr hilflos und unsicher zeigen, dazu neigen, sich sehr für diese Menschen zu sorgen (S. 75). Dies kann sogar dazu führen, dass Fachpersonen für depressive Personen denken, zu viele Lösungen präsentieren und sie in ihrer Kompetenz unterschätzen (ebd.) Steiner und Leichsenring (2017) sagen, dass die eine typische Gegenübertragungsreaktion darstellt und fordern, dass Fachpersonen ihr Handeln immer wieder kritisch hinterfragen (S. 75).

3.8 Zwischenfazit

Im Kapitel drei gingen die Autorinnen der Frage nach, wie sich eine Depression auf das Lebensführungssystem auswirken kann. Es konnte aufgezeigt werden, dass die Depression als Krankheit nicht statisch, sondern vielmehr dynamisch betrachtet werden muss und vielfältige Auswirkungen auf das Lebensführungssystem, welches aus mehreren Handlungssystemen besteht, mitbringt. In jedem Handlungssystem sind unterschiedliche Bedingungen vorzufinden und depressive Personen treffen auf unterschiedliche Herausforderungen. Ausgehend von den Kapiteln zwei und drei lässt sich zudem die Schlussfolgerung ziehen, dass zwischen Depression und Lebensführungssystem Wechselwirkungen bestehen. Fachpersonen, welche am Behandlungsprozess beteiligt sind, müssen sich bewusst werden, dass eine Depressionserkrankung nebst der biologischen und psychologischen Ebene auch eine soziale Dimension hat, welche ebenfalls behandelt werden muss. Daraus resultieren jedoch einige Herausforderungen für die Klinische Sozialarbeit, welche im nächsten Kapitel ausgeführt werden.

4 Herausforderungen für die Klinische Sozialarbeit

Im dritten Kapitel wird ersichtlich, welche problematischen Auswirkungen eine Depression auf das Lebensführungssystem haben kann. In der Gegenstandsbeschreibung der Klinischen Sozialarbeit (siehe Kapitel 2.2) wird aufgezeigt, dass die zentrale Aufgabe der Klinischen Sozialarbeit darin besteht, psycho-soziale Lebenslagen und Lebensweisen zu verändern und die Lebensqualität zu steigern. Deshalb ist die Klinische Sozialarbeit gezwungen, sich mit diesen Auswirkungen der Depression auf das Lebensführungssystem zu befassen was zahlreiche Herausforderungen mit sich bringt.

4.1 Komplexität der Problemlagen

Die Klinische Sozialarbeit wird laut Johannes Herwig-Lempp und Ludger Kühling (2012) in ihrer Komplexität und in ihrer Verantwortung gewaltig unterschätzt, obwohl diese in komplexen Fällen oft eine grosse Verantwortung haben und mehr als nur beraten (S. 51). Die Aufträge für die Sozialarbeit sind viel komplexer als in der Therapie, denn in den meisten Fällen haben nicht nur die Klientinnen und Klienten Aufträge und Erwartungen, sondern auch deren Umfeld (S. 52). Es kann sein, dass sich die verschiedenen Aufträge widersprechen, dass nicht alle gleichzeitig bearbeitet werden können oder dass es schwierig ist, stimmige Ziele für alle Beteiligten zu formulieren. Es liegt nun an der Klinischen Sozialarbeit, mit diesen komplexen Auftragslagen umzugehen (ebd.).

Hinter den unterschiedlichen Aufträgen stehen unterschiedliche Arten des Begründens, Kommunizierens und Denkens, was zu unterschiedlichen Absichten, Zielen und Handlungen führt (Herwig-Lempp & Kühling, 2012, S. 52). Zudem gibt es institutionelle Rahmenbedingungen und gesetzte Grenzen, die beachtet werden müssen. Von Fachpersonen der Sozialen Arbeit wird eine Allparteilichkeit verlangt (ebd.). Auch der Berufskodex macht deutlich, dass die Soziale Arbeit mit mehrdimensionalen Problemlagen konfrontiert ist und somit eine komplexe Auftragslage entsteht (Avenir Social, 2010, S. 7). Es wird beschrieben, dass der Umgang mit Interessenkollisionen und Widersprüchen und das Zurechtfinden in Loyalitätskonflikten ein Teil der Sozialer Arbeit ist (Avenir Social,

2010, S. 7). Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sind zudem meistens in einer Schnittstellenposition und stellen Verbindungen zwischen unterschiedlichen Beteiligten wie Klientel, Angehörige, Ämtern, Arbeitgebern, Behandlungsteam etc. her (Herwig-Lempp & Kühling, 2012, S. 55). Die komplexen Problemlagen verlangen ausgereifte Handlungskompetenzen und spezifisches Wissen. Professionelle der Sozialen Arbeit haben Einblick in eine Reihe von ganz unterschiedlichen theoretischen Disziplinen und ein umfangreiches Methodenrepertoire, das sich mit anderen Disziplinen und Professionen überschneidet (S. 56). Herwig-Lempp und Kühling (2012) betonen, dass die Soziale Arbeit als Königsdisziplin im psycho-sozialen Feld betrachtet werden kann (S. 55). Wie bereits mehrmals erwähnt, arbeitet die Klinische Sozialarbeit mit verschiedenen anderen Disziplinen und Professionen zusammen. Im Kapitel 5.3.2 wird die Interprofessionelle Praxis konkreter ausgeführt.

Im Lebensführungssystem beeinflussen sich die Handlungssysteme untereinander ebenfalls und es entsteht eine Dynamik, welche sehr herausfordernd sein kann (Sommerfeld et al., 2016, S. 48-49). Nicht zu vergessen ist auch die Dynamik zwischen den bio-psycho-sozialen Ebenen (Pauls, 2013, S. 112). Pauls (2013) erwähnt, dass die Klinische Sozialarbeit auf einem komplexen Niveau agiert und sichergestellt werden muss, dass biologische und psychologische Aspekte berücksichtigt werden (S. 112). Gerade die Zusammenarbeit mit depressiven Menschen stellt eine grosse Herausforderung dar. Der schwankende Krankheitsverlauf und die Symptome bedingen eine flexible Anpassung der Ziele und Interventionen (Michael Monzer, 2013, S. 289-240). Bei depressiven Menschen kann es auch zu Krisen kommen, welche für Fachpersonen oftmals sehr herausfordernd sein können, da sie in der Lage sein müssen, diese zu erkennen und angepasst darauf zu reagieren (Manfred Neuffer, 2009, S. 155).

4.2 Klinische Sozialarbeit unter Legitimationsdruck

Die Klinische Sozialarbeit hat zudem mit dem Legitimationsdruck zu kämpfen (Geissler-Piltz et al., 2005, S. 20). Damit die Klinische Sozialarbeit im Gesundheitswesen als eigenständige Profession anerkannt wird, ist sie auf Theorien und Methoden angewiesen und muss diese klar definieren (ebd.). Auch die steigenden beruflichen Anforderungen an Klinisch Sozialarbeitende und die Komplexität der Problemlagen erfordert ein planvolles Handeln (Marianne Bosshard, Ursula Ebert & Horst Lazarus, 1999, S. 75). Ein planvolles Handeln verlangt eine Methode. Wichtig ist, dass Menschen nicht einer Methode untergeordnet werden (ebd.). Pauls (2013) beschreibt, dass der Sozialen Arbeit die schwierigsten Klientinnen und Klienten anvertraut werden (S. 124). Trotzdem werden der Sozialen Arbeit die Mittel und Methoden vorenthalten, welche eine bestmögliche Arbeitsweise mit den Betroffenen ermöglichen würde (ebd.). Zum Beispiel wird die psycho-soziale Beratung abgewertet und zu wenig respektiert (Geissler-Piltz et al., 2005, S. 151). Dies bedeutet nach Geissler-Piltz et al. (2005), dass die soziale Dimension in der Gesundheitsarbeit weiterhin verkennt und auf einen substanziellen Beitrag der Sozialarbeit verzichtet wird (S. 151). Damit die soziale Dimension psychischer Erkrankten durch sozialarbeiterisches Handeln in der Psychiatrie bearbeitet werden kann, ist eine Methode zwingend notwendig (Sommerfeld et al., 2016, S. 217).

Es wird deutlich, dass die Klinische Sozialarbeit vor verschiedene Herausforderungen gestellt ist, welche sie einbeziehen muss. Denn die Soziale Arbeit setzt sich zum Ziel, Menschen sozial zu integrieren (Avenir Social, 2010, S. 6). Somit hat die Soziale Arbeit Lösungen für soziale Probleme zu finden, zu entwickeln und zu vermitteln, egal welche Herausforderungen sich ergeben. Ebenfalls sind Notlagen von Menschen und Gruppen zu verhindern, zu beseitigen oder zu lindern, so dass diese an der Gesellschaft teilhaben können. So muss die Soziale Arbeit Menschen begleiten, betreuen oder schützen, um so ihre Entwicklung zu fördern, zu sichern oder zu stabilisieren. Zudem sind Veränderungen zu fördern, die Menschen unabhängiger werden lassen (ebd.). Fachpersonen der Sozialen Arbeit müssen nach theoretischen, methodischen und ethischen Kriterien der Profession handeln, auch wenn dies im Widerspruch zu Autoritäten steht (Avenir Social, 2010, S. 11). Es wird ersichtlich, dass die Klinische Sozialarbeit Methoden braucht. Deshalb wird im Kapitel fünf eine mögliche Methode vorgestellt.

4.3 Zwischenfazit

Die Klinische Sozialarbeit ist mit verschiedenen Herausforderungen konfrontiert. Sie muss sich mit komplexen Problemlagen auseinandersetzen. Dies bedeutet, dass verschiedene Aufträge und Erwartungen an die Fachpersonen gelangen. Zudem können Rahmenbedingungen und Grenzen weiter zu Einschränkungen und Herausforderungen führen. Das heisst, die Klinische Sozialarbeit ist immer wieder mit Widersprüchen konfrontiert und es wird sehr viel Wissen verlangt. Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit müssen sich also Wissen von unterschiedlichen theoretischen Disziplinen aneignen und ein umfangreiches Methodenrepertoire besitzen. Zusätzlich spielt die ganze Dynamik im Lebensführungssystem und zwischen den bio-psycho-sozialen Ebenen eine grosse Rolle. Nebst dem bringt auch eine Krankheit wie die Depression weitere Herausforderungen mit. Nebst der klassischen Fallarbeit hat die Klinische Sozialarbeit mit grossem Legitimationsdruck zu kämpfen. Sie wird im Gesundheitswesen noch zu wenig als eigenständige Profession anerkannt. Somit sind Professionelle gezwungen planvoll zu handeln und sich einer wissenschaftlich fundierten Methode zu bedienen.

5 Sozialtherapeutisches Case Management als Handlungsansatz

Sommerfeld et al. (2016) beschreiben, dass die Soziale Arbeit in der Psychiatrie folgende handlungswissenschaftliche Leitfragen verfolgen sollte:

„Was ist zu tun, um einen Menschen nach einem stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik bei der Bewältigung der anstehenden Aufgaben für eine gelingende Lebensführung zu helfen? Wie muss die Soziale Arbeit und ihr gesetzliches und gesellschaftliches Umfeld beschaffen sein, um optimale Ergebnisse zu erzielen?“ (S. 22)

Diese Fragen sind berechtigt, insbesondere, da im dritten Kapitel die vielfältigen Auswirkungen und komplexe Problemlagen einer Depression aufgezeigt worden sind. Diese Auswirkungen stellen eine grosse Herausforderung für die Klinische Sozialarbeit dar. Ausgehend vom bio-psycho-sozialen Gesundheit- und Krankheitsverständnis müssen alle Ebenen als gleichwertig betrachtet und einbezogen werden. Die systemische und ganzheitliche Bearbeitung der psycho-sozialen Probleme bedarf eines geeigneten Handlungsansatzes. In diesem Kapitel das sozialtherapeutische Case Management als mögliche Methode für die Klinische Sozialarbeit vorgestellt.

5.1 Das Case Management im Allgemeinen

Anhand des Case Management kann die Prozesshaftigkeit sowie die psycho-soziale Komplexität strukturiert und bearbeitet werden (Sommerfeld et al., 2016, S. 217). Das Case Management ist keine neue Erfindung, sondern seit Anfang ein Bestandteil der Sozialen Einzelfallarbeit (Geissler-Piltz et al., 2005, S. 110). Seinen Ursprung hat das Case Management in der Sozialen Arbeit (Wolf Rainer Wendt, 2008, S. 17). In den USA erfolgte in der Sozialen Arbeit in den 70er- Jahren ein Wechsel von stationären zu ambulanten Angeboten für betagte, psychisch kranke, sozial auffällige und behinderte Men-

schen (Andrea Früh, 2012, S. 7). Somit wurde die Unterstützungslandschaft immer komplizierter. Man verlangt mehr Koordination durch die Soziale Arbeit. Durch diese Veränderung wurde das Case Management entwickelt. In den 90er- Jahren etablierte sich die Methode auch in der Schweiz. Vor allem im Suchtbereich war das Case Management sehr zentral. Etwa zehn Jahre später interessierten sich auch vermehrt Versicherungen und das Gesundheitswesen für die Methode. Vor allem eine mögliche Kostenreduktion durch bessere Koordination und Vernetzung machte die Methode attraktiv. Auch in der Sozialen Arbeit verbreitete sich das Case Management in den Bereichen wie Psychiatrie, Altersarbeit oder wirtschaftliche Hilfe weiter. Eine flächendeckende Umsetzung des Case Management innerhalb der Sozialen Arbeit ist jedoch nicht Realität (ebd.). Das Netzwerk Case Management Schweiz (2014) definiert das Case Management folgendermassen:

„Case Management ist ein Handlungskonzept zur strukturierten und koordinierten Gestaltung von Unterstützungs- und Beratungsprozessen im Sozial-, Gesundheits- und Versicherungsbereich. In einem systematisch geführten, kooperativen Prozess werden Menschen in komplexen Problemlagen ressourcen- und lösungsorientiert unterstützt und auf den individuellen Bedarf abgestimmte Dienstleistungen erbracht. Die Erreichung gemeinsam vereinbarter Ziele wird angestrebt. Case Management will Grenzen von Organisationen und Professionen überwinden und eine organisationsübergreifende Steuerung des Unterstützungsprozesses gewährleisten. Dazu werden Netzwerke initiiert und gepflegt. Case Management respektiert die Autonomie der Klientinnen und Klienten, berücksichtigt die Anforderungen des Datenschutzes und nutzt und schont die Ressourcen im Klient- sowie Unterstützungssystem. Die bedarfsbezogene Weiterentwicklung des Versorgungsangebotes wird gefördert.“ (S. 5)

Ersichtlich ist, dass das Netzwerk Case Management Schweiz das Case Management als ein Handlungskonzept beschreibt (Case Management Schweiz, 2014, S. 5). Aus der Recherche auf der Internetplattform von Case Management Schweiz geht heraus, dass ein Handlungskonzept auch als Methode gemeint wird, welches anfänglich wie oben beschrieben, in den 70er- Jahren erstellt wurde (Netzwerk Case Management Schweiz,

2018). Wobei Michael Galuske (2005) beschreibt, dass die Begriffe Konzept und Methode nicht dasselbe bedeuten (S. 30). Ein Konzept geht es mehr um die analytische und reflexive Verknüpfung der Zielbeschreibung, der Vorgehensweise und die Analyse des konkreten Gegenstandes (Galuske, 2005, S. 30). Bei einer Methode liegt der Fokus vielmehr auf dem konkreten, tatsächlichen Vorgehen. Teilweise gibt es Handlungsansätze, die zugleich Konzept und Methode sind, da sie beide Schwerpunkt aufgreifen (ebd.). Im Weiteren wird mit dem Case Management von einem methodischen Ansatz ausgegangen, da dies die Soziale Arbeit wie oben erwähnt erschaffen worden ist und als Methode betitelt wurde.

Netzwerk Case Management Schweiz (2014) unterscheiden drei Ebenen im Verfahren vom Case Management: Einzelfallebene, Organisationsebene und Versorgungsebene (S. 7). Im Weiteren wird nur noch auf die Einzelfallebene eingegangen, die sich auf die konkrete Zusammenarbeit mit der Klientel, den Aufbau und die Steuerung von fallbezogenen Unterstützungsnetzen bezieht (ebd.).

Das Case Management eignet sich für Situationen, die mehrfach belastet sind und die auf eine längere Unterstützung angewiesen sind (Neuffer, 2009, S. 58). Da Konflikt- und Belastungsbereiche immer differenzierter werden und traditionelle Systeme wie die Grossfamilie oder eine funktionierende Nachbarschaft, wegfallen, ist von einer Bedarfszunahme auszugehen (ebd.). Laut Früh (2012) begleiten Case Managerinnen und Case Manager die Klientel über einen längeren Zeitraum und bieten so einen konstanten Kontakt. Die herkömmliche Fallarbeit kann dies kaum leisten (S.7). Im psychiatrischen Kontext zielt das Case Management nicht auf die Erkrankung, sondern auf die Lebensführung des psychisch kranken Menschen (Wendt, 2008, S. 221). Alexander Kobel (2010) beschreibt einen zentralen Punkt: Nicht der Mensch soll mit dem Case Management verändert werden, sondern das Zusammenwirken von Menschen und ihrer Umwelt (S. 205). Was sich mit den Ausführungen zum Lebensführungssystem deckt. Ziel ist es, die Fähigkeiten des Klienten oder der Klientin zu einem selbstbestimmten Leben zu fördern, individuelle und im Umfeld liegende Ressourcen zu verknüpfen und eine bestmögliche Effektivität und Effizienz im professionellen Unterstützungsprozess zu bieten (Jürgen Beushausen, 2016, S. 272). Pauls (2013) ergänzt, dass vor allem in der ambulanten Versorgung von chronisch psychisch Kranken Defizite vorhanden sind (S. 302). Betroffene

stehen oft ohne genügende personenbezogene psycho-soziale Unterstützung da. Die herkömmliche medizinische Versorgung medizinische und psychologische Fachpersonen ist völlig unzureichend. Er ist der Meinung, dass deshalb der berühmte Drehtüreffekt (immer wiederholende stationäre Behandlungen) entsteht und erhebliche Kosten verursacht (S. 302). Pauls (2013) fordert, dass Betroffene unter anderem Begleitung, Beratung und Unterstützung bei der Koordination von Therapie und Hilfsangeboten erhalten (S. 302). Dabei könnte durchaus das sozialtherapeutische Case Management angewendet werden (Neuffer, 2009, S. 58).

5.2 Ökonomisierung der Sozialen Arbeit

Wie im Kapitel 5.1 erwähnt, bedienen sich auch andere Arbeitsbereiche wie Versicherungen oder Krankenkassen an der Methode Case Management. Dabei stehen meist Kosteneinsparungen im Vordergrund (Früh, 2012, S. 7). Für die Soziale Arbeit bedeutet dies ein gewisser Druck und es wird über eine mögliche Ökonomisierung diskutiert (ebd.). Ökonomisierung bedeutet, dass wirtschaftliche Prinzipien immer mehr in den Vordergrund rücken und Rahmenbedingungen verändern (Martin Albert, 2006, S. 26). Die Anforderung an die Soziale Arbeit planmässig, effektiv und effizient zu handeln steigen (Neuffer, 2009, S. 33). Es entsteht ein Spannungsfeld zwischen fachlicher Qualitätsoptimierung und ökonomischer Kostengestaltung sowie ein Zielkonflikt zwischen fachlicher Qualität und der möglichst schnellen Selbstbemächtigung der Klientinnen und Klienten (S. 35). In Case Management Konzepten wird meist an erster oder spätestens an zweiter Stelle das Ziel, Kosten einzusparen, benannt. Somit begibt sich Case Management in die Abhängigkeit und Fremdbestimmung durch die Ökonomie (S. 52). Das Case Management berücksichtigt nach Neuffer (2009) jedoch nicht nur öko-soziale und strukturelle Ansichten, sondern zeichnet sich auch aus durch:

- Die Notwendigkeit von Beziehungsarbeit
- Grosse Sensibilität hinsichtlich psychischer Bedürfnisse und Prozesse, die soziale und gesundheitliche Probleme begleiten
- Ein dynamisches systemisches Verständnis

- Einbezug persönlicher Ressourcen und Eigenverantwortung der Klientel
- Effektivität und Wirksamkeit in der Fallarbeit (S. 18).

Nach Neuffer (2009) konnte bisher noch keine Untersuchung eindeutig nachweisen, dass Case Management Kosten einspart (S. 52). Grundsätzlich wurde das Case Management eingeführt, um den Klientinnen und Klienten den Zugang zu den notwendigen Unterstützungsleistungen zu ermöglichen. Durch die Koordination sollten Mehrfachbetreuungen verhindert werden und die Kooperation der beteiligten Leistungserbringer verbessert werden. Nichtprofessionelle Leistungen und die Stärkung der eigenen Ressourcen der Klientinnen und Klienten sowie die professionelle Hilfe hat das Ziel, so wenig wie möglich in die Lebenswelt einzugreifen und Interventionen nur so lange wie nötig einzusetzen. Die aufgezählten Aspekte können positive wirtschaftliche Ergebnisse mit sich bringen, dies soll jedoch nicht das Ziel sein. Vielmehr müssen die Bedürfnisse und Wünsche der Klientinnen und Klienten im Vordergrund stehen (S. 53). Ebenfalls helfen berufsethische Grundsätze, die in der Schweiz von Avenir Social benannt werden, der Ökonomisierung entgegen zu wirken (Neuffer, 2009, S. 38). Geissler-Piltz et al. (2005) ergänzen, dass der Begriff Case Management zu einer magischen Bezeichnung wurde, doch nicht jede Person auf ein Case Management angewiesen ist (S. 110).

5.3 Das sozialtherapeutische Case Management

Nach den allgemeinen Ausführungen wird nun das sozialtherapeutische Case Management genauer vorgestellt. Wie im Kapitel 5.1 von mehreren Autorinnen und Autoren bestätigt werden nebst dem Case Management noch weitere Schlüsselqualifikationen verlangt.

Sommerfeld et al. (2016) versuchen, diese zentralen Aspekte in einer Erweiterung der Methode des Case Managements zu beachten (S. 218). Sie bezeichnen es als ein sozialtherapeutisches Case Management (ebd.). Dies ist jedoch keine neue Erfindung, sondern wurde bereits 1997 von Norma R. Raiff und Barbara K. Shore beschrieben und von Sommerfeld et al. ergänzt. Raiff und Shore (1997) schlagen bereits ein zweidimensiona-

les Modell vor (S. 40). Dieses Modell beinhaltet ebenfalls das Case Management als Methode und weitere Aspekte für die Fallarbeit und bereits Begriffe wie Anwaltschaft, klinischer Rahmen, Empowerment und multidisziplinäre Praxis (Raiff & Shore, 1997, S. 40). Auch Jens Clausen und Ilse Eichenbrenner (2010) sprechen von einem sozialpsychiatrischen Case Management, welches die Klientel unterstützt, in dem zuerst die psychosoziale Situation analysiert und der Hilfebedarf erfasst wird und anschliessend passende Unterstützung organisiert (S. 125). Wendt (2008) ergänzt, dass es auch um das Integrieren von therapeutischen Massnahmen und Bemühungen um die Integration der Klientinnen und Klienten in ihre soziale Umwelt geht (S. 220). Für die vorliegende Arbeit bedeutet dies nun konkret, dass es eben um die Integration in das bestehende Lebensführungssystem geht.

Folgende Definitionsversuche sollen den Begriff sozialtherapeutisch nochmals näher beleuchten. Bereits 1926 konzipierte Alice Salomon Grundlinien für soziale therapeutische Förderung und Fürsorge im Rahmen der Sozialen Arbeit (Pauls, 2013, S. 290). Die Soziale Therapie bzw. Sozialtherapie ist begrifflich unscharf und wird als Synonym verwendet (Geissler-Piltz et al., 2005, S. 108). Jedoch ist klar, dass sie kein Bestandteil der Psychotherapie ist, sondern ein Teilgebiet der Klinischen Sozialarbeit. Sozialtherapie basiert auf einer helfenden Beziehung und verwendet psycho-soziale Methoden (ebd.). Auf die helfende Beziehung wird nachfolgend nochmals genauer eingegangen. Menschen mit bio-psycho-sozialen Defiziten sind durch mangelnde soziale Unterstützung verletzlich und benötigen für konstruktive Auseinandersetzungen Hilfe und Übung (Geissler-Piltz et al., 2005, S. 108). Somit können soziale und kommunikative Kompetenzen trainiert, zwischenmenschliche Beziehungen gepflegt und die soziale Integration verbessert werden (ebd.). Folgende zwei Aspekte sind nach Pauls (2013) für die Sozialtherapie leitend: Zum einen die professionelle zwischenmenschliche Hilfe basierend auf einer professionellen therapeutischen Beziehung. Zum anderen, wie es bereits auch andere Autorinnen und Autoren erwähnt haben, die Integration in das strukturierte und organisierte System menschlichen Zusammenlebens (S. 290). Sozialtherapie umfasst Behandlungsmethoden, die bei psychischen Erkrankungen mit schweren sozialen Beeinträchtigungen Einfluss auf die Lebensweise und auf die Lebenslage der Betroffenen nehmen (S. 294). Es sollen konstruktive psychosoziale Verhaltensweisen geübt werden (Geissler-Piltz et al.,

2005, S. 108). Dies bedingt den Erwerb und Aufbau aber auch die Differenzierung, Optimierung, Unterstützung und Einübung von Fertigkeiten, was beispielsweise durch Rollenspiele erfolgen kann (S. 109).

Nach den Ausführungen zum Case Management und zur Sozialtherapie wird nun das sozialtherapeutische Case Management von Sommerfeld et al. (2016) vorgestellt.

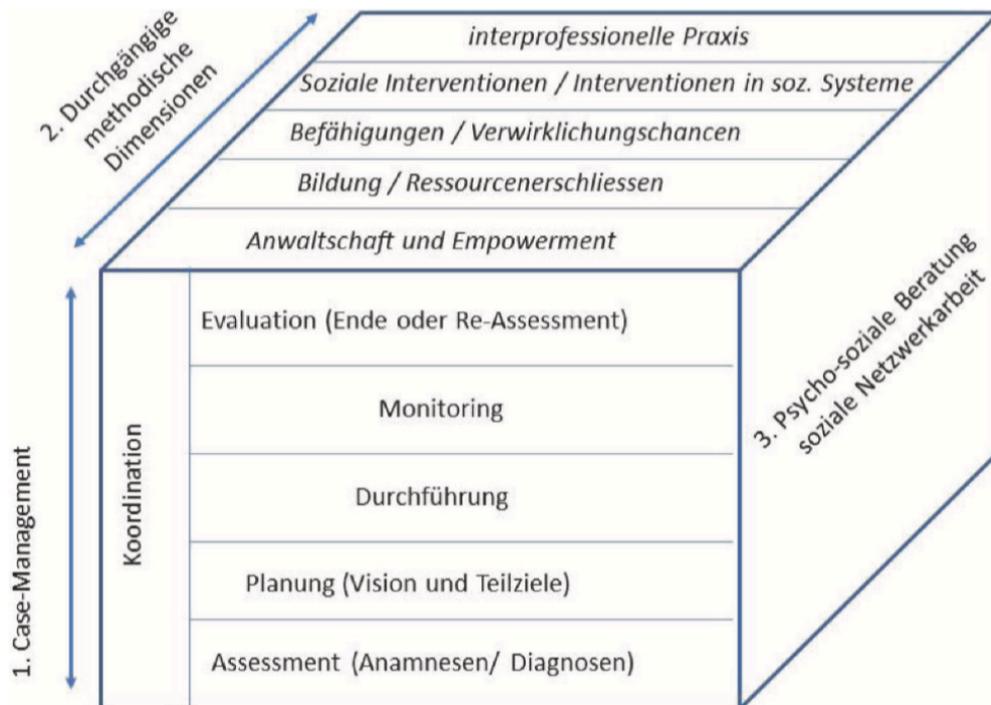


Abbildung 8: Sozialtherapeutisches Case Management (Quelle: Sommerfeld et al., 2016, S. 221)

Sommerfeld et al. (2016) beschreiben drei Kernmethoden (S. 220-222). Zum einen das Case Management, welches von den üblichen Arbeitsschritten des Case Management geprägt ist. Zum anderen die methodischen Dimensionen, die während dem ganzen Case Management Prozess sehr zentral sind. Zu guter Letzt die dritte Kerndimension, die psycho-soziale Beratung und soziale Netzwerkarbeit, die laut Sommerfeld et al. als weitere zentrale Methode neben dem Case Management beachtet werden muss (S. 225). Die drei Kerndimensionen werden nicht nur von Sommerfeld et al. so beschrieben, sondern auch weitere Autoren und Autorinnen zeigen die Wichtigkeit der psycho-sozialen Beratung auf. Pauls (2013) erwähnt, dass die psycho-soziale Beratung ein konstituierendes Element der Klinischen Sozialarbeit ist (S. 255). Geissler-Piltz et al. (2005) beschreiben die psycho-soziale Beratung als Kernkompetenz der Klinischen Sozialarbeit (S.

107). Ebenfalls die methodischen Dimensionen sind in der Sozialen Arbeit nicht unbekannt. Es zeigt, dass Sommerfeld et al. versuchten, alle zentralen Aspekte für die Klinische Sozialarbeit in einem Modell darzustellen. Im Weiteren wird das Kapitel nach diesen drei Kernmethoden strukturiert.

5.3.1 Erste Kerndimension: Case Management

Im Modell von Sommerfeld et al. (2016) ist ersichtlich, dass das Case Management mit dem Assessment beginnt (S. 221). Nach ausgiebiger Literaturrecherche hat sich ergeben, dass das klassische Case Management mit dem Intaking startet. Nach Netzwerk Case Management Schweiz (2014) ist das Intake dem eigentlichen Case Management Prozess vorgelagert (S. 8). Das Intake beinhaltet die Kontaktaufnahme, die Klärung der Indikation bzw. der Zuständigkeit und die verbindliche Vereinbarung über die zukünftige Zusammenarbeit. Der Fall muss den Kriterien des Case Management Programms entsprechen. Wichtig ist, dass Klientinnen und Klienten über den Prozess sowie über die Ziele des Case Managements informiert sind (ebd.). Zu beachten ist, dass das Intaking aus weiteren Prozessschritten besteht (Monzer, 2013, S. 73). Dieser Prozess vom Intaking kann eine Hürde in der Inanspruchnahme sein (Kobel, 2010, S. 206). Die Person, die ein Case Management in Anspruch nehmen will, muss also ins Schema passen. Ebenfalls müssen Klientinnen und Klienten eine gewisse Komplexität aufweisen. Sommerfeld et al. (2016) beachten den Schritt Intaking jedoch nicht. Nachfolgend werden die verschiedenen Arbeitsschritte beschrieben.

Assessment

In diesem Prozessschritt geht es um die umfassende Erhebung und Einschätzung der Lebenssituation der Klientel (Netzwerk Case Management Schweiz, 2014, S. 8). Es wird eine ausführliche Anamnese gemacht und eine soziale Diagnose erstellt (Neuffer, 2009, S. 74). Wie anfänglich erwähnt, könnte hierzu die psycho-sozialen Koordinaten von Helmut Pauls oder auch das Lebensführungssystem von Sommerfeld et al. verwendet werden. Ebenfalls werden Ressourcen der Person und deren Umfeld ermittelt (S. Neuffer, 2009, S. 78). Anschliessend ist eine Einschätzung notwendig. Es gilt herauszufinden, was

der Klient oder die Klientin braucht, welche Anforderungen an die Klientinnen und Klienten gestellt werden, welche Ressourcen sind vorhanden oder welche fehlen um die belastende Situation zu meistern. Ebenfalls muss die Sichtweise des Betroffenen zwingend beachtet werden (Neuffer, 2009, S. 91-92). Durch das Herausarbeiten der Problembereiche ist es möglich, die Dringlichkeit und die Reihenfolge des Herangehens festzulegen (S. 93). Für die Abklärung der Fallsituation sollte daher ausreichend Zeit eingeplant werden (S. 94). Jedem qualifizierten sozialarbeiterischen Handeln geht ein Diagnoseprozess voraus (Pauls, 2013 S. 199). Diagnostische Bemühungen der Klinischen Sozialarbeit sind Teil eines gemeinschaftlichen Konzepts von Ärzten und Ärztinnen, Psychologinnen und Psychologen, Pädagogen und Pädagoginnen und Pflegekräften (S. 202). Bei sozialer Diagnostik geht es um die multidimensionale Erfassung von problem- und störungsrelevanten Merkmalen von konkreten Situationen und Ereignissen bzw. um Belastungen und Ressourcen von Personen (ebd.). Zur Erfassung der Lebenswelt stehen den Professionellen der Sozialen Arbeit mehrere Methoden, wie beispielsweise das Lebensführungssystem, zur Verfügung (Sommerfeld et al., 2016, S. 232). Laut Beuhausen (2016) können Genogramme oder Netzwerkanalysen sehr hilfreich sein (S. 277). Ebenfalls kann das Koordinatensystem, welches anfänglich vorgestellt wurde, hilfreich für ein Assessment sein (S. 291). Ningel (2011) betont, dass in dieser Phase vor allem der Aufbau einer tragfähigen und vertrauensvollen Beziehung wichtig ist (S. 110). Da mehrere Autoren und Autorinnen die Beziehungsgestaltung als sehr zentral erachten, wird diese im Kapitel 5.3.2 aufgegriffen.

Planung

Auf der Grundlage des Assessments werden in diesem Schritt lang-, mittel- und kurzfristige Ziele für den Unterstützungsprozess ausgehandelt (Netzwerk Case Management Schweiz, 2014, S. 9). Die Ziele sowie Massnahmen, die zur Erreichung beitragen, werden festgehalten (ebd.). Während der Zieldefinition wird der Klient oder die Klientin stets in den Prozess miteinbezogen (Neuffer, 2009, S. 108). Ziele ermöglichen reflektiertes praktisches Handeln (S. 99). Sie müssen korrigierbar sein, da soziale Probleme komplex sind und sich ständig verändern können. Zudem können Ziele für Klientinnen und Klienten Motivation erzeugen, Energien freisetzen und den Durchhaltewillen erhöhen. Ziele können selbstverpflichtend für Fachpersonen und deren Klientel sein. Während des ganzen

Hilfeprozesses ermöglichen Ziele Klarheit und Transparenz für alle Beteiligten (Neuffer, 2009, S. 100). Ziele ermöglichen am Ende erst die Evaluation und die Qualitätsentwicklung (ebd.). Monzer (2013) beschreibt die Ziele als sehr wichtig, denn damit können die Aktivitäten der Fallsteuerungen gegenüber Dritten legitimiert werden (S. 161). Die Ressourcen, die im Assessment erhoben wurden, haben nun eine zentrale Rolle. Damit Massnahmen entwickelt werden können, sind immer zuerst die vorhandenen Ressourcen zu beachten und allenfalls zusätzliche zu prüfen. Das Vorgehen wird für alle am Fall Beteiligten formuliert und kommuniziert. Somit werden Aufträge an die verantwortlichen Personen übergeben (S. 163) Dies kann in Form einer Hilfeplanung erfolgen (Neuffer, 2009, S. 114). Nach Sommerfeld et al. (2016) ist für die Entwicklungsplanung die psychosoziale Beratung zentral (S. 232). Untenstehend wird auf die psycho-soziale Beratung als dritte Kerndimension eingegangen.

Durchführung

In dieser Phase wird der Hilfeplan umgesetzt und versucht, die Ziele zu erreichen (Monzer, 2013, S. 203). Die vereinbarten Massnahmen werden initiiert und Verbindungen zwischen den Klientinnen und Klienten und den Hilferessourcen geschaffen (Ningel, 2011, S. 120). Dieser Prozess wird auch Linking genannt. Der Case Manager oder die Case Managerin hat den Auftrag, den Klienten oder die Klientin bei der Inanspruchnahme der Leistungen zu unterstützen. Hilfen aus dem Netzwerk werden vermittelt und Kontakte angebahnt (ebd.). Es kann hilfreich sein, den Klienten oder die Klientin zu den einzelnen Angeboten anfänglich zu begleiten (Neuffer, 2009, S. 121). Wichtig ist, dass es nicht nur Fachpersonen braucht, sondern dass auch nichtprofessionelle Helferinnen und Helfer sehr zentral sind und koordiniert werden müssen (S. 120). Auch im Lebensführungssystem wird ersichtlich, dass das soziale Umfeld wichtig ist. Die unterschiedlichen Systeme wie Familie, Schule, Sozialamt etc. müssen nun verstärkt untereinander kooperieren (Neuffer, 2009, S. 120). Der Case Manager oder die Case Managerin hat die Aufgabe, die Steuerungsfunktionen zu übernehmen. Er oder sie muss auch häufig selbst Unterstützungsleistungen übernehmen (ebd.). Innerhalb des Lebensführungssystems, können sich die verschiedenen Handlungssysteme untereinander beeinflussen und es entstehen Wechselwirkungen. Deshalb ist gerade die benannte Steuerungsfunktion von Neuffer notwendig. Zentral ist auch die Klärung der finanziellen Situation und spezifisch

der Kostenübernahme (Ningel, 2011, S. 120). Sommerfeld et al. (2016) zeigen auf, dass die finanzielle Grundsicherung in diesem Prozess zentral ist (S. 236). Es geht um jegliche materielle Grundsicherung im gesamten Lebensführungssystem. Die materielle Grundsicherung trägt einen wesentlichen Beitrag zur Steigerung der Lebensqualität bei und ist deshalb für Betroffene sehr wichtig (ebd.). Wie im Handlungssystem Arbeit beschrieben, kann die Depression eine Auswirkung auf die Erwerbstätigkeit haben und somit eine Lohnneinbusse mit sich ziehen. Somit muss gerade hier bei Betroffenen einen Fokus gesetzt werden. Sommerfeld et al. (2016) weisen darauf hin, dass eine Veränderung im Lebensführungssystem nur durch einen Lernprozess möglich ist (S. 237). Ohne individuellen Lernprozess verändert sich eine psycho-soziale Dynamik nicht. Eine reine strukturelle Veränderung im Lebensführungssystem durch den Case Manager oder die Case Managerin ist kaum sinnvoll. Entweder müsste nach der Implementierung ein Lernprozess stattfinden oder die alte Ordnung würde sich nach einiger Zeit wieder herstellen (ebd.).

Monitoring

In dieser Phase geht es darum, die festgelegten Ziele regelmässig zu überprüfen und zu bewerten (Monzer, 2013, S. 239). Ist zu erkennen, dass die vereinbarten Ziele nicht erreicht werden können, ist zu entscheiden, ob die Massnahme geändert wird oder die Ziele angepasst werden. Monzer (2013) erwähnt die Vermeidung von Abbrüchen und Krisen als das wichtigste Ziel in diesem Prozess (S. 239-240). Somit ist die Fachperson des Case Managements häufig anwaltschaftlich und sorgend für die Klientel tätig (S. 240). Die Anwaltschaft wird im Modell der zweiten Kernmethode zugeordnet. Krisen sind Bestandteil von psycho-sozialer Beratung und wird deshalb im Modell vom Sommerfeld et al. der dritten Kernmethode der psycho-sozialen Beratung zugeordnet (Sommerfeld et al., 2016, S. 221). Es wird nachfolgend noch auf beide Aspekte genauer eingegangen. Sommerfeld et al. (2016) ergänzen, dass in diesem Prozessschritt die psycho-soziale Dynamik dringend beachtet werden muss (S. 257). Es müssen nicht nur Ziele und Massnahmen überprüft werden, sondern auch die Frage, wie sich die psycho-soziale Dynamik entwickelt oder eben nicht (Sommerfeld et al., 2016, S. 257).

Evaluation (Ende oder Re-Assessment)

Dieser Prozessschritt beinhaltet die Prüfung und zusammenfassende Beurteilung der Ergebnisse (Netzwerk Case Management Schweiz, 2014). Die Grundlage bietet hier der formulierte Hilfeplan (S. 10). Ebenfalls muss in diesem Prozessschritt die Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten evaluiert werden (S. 11). Gesetzte Kriterien in der Hilfeplanung und beobachtete Veränderung in der Hilfestellung zeigen der Fachperson, wann die Unterstützung zu beenden ist (Neuffer, 2009, S. 127).

Das Beenden der Unterstützung und Massnahmen ist bewusst zu gestalten (Neuffer, 2009). Wenn nötig können weiterführende Massnahmen eingeleitet werden (S. 127). Der Abschluss im Case Management kann bei Klientinnen und Klienten zu Ängsten und Unsicherheiten führen (S. 129). Diese Themen müssen aufgenommen und thematisiert werden. Auch das Aktivieren einer Vertrauensperson für den Ablöseprozess kann sinnvoll sein (ebd.). Dies scheint vor allem bei depressiven Klientinnen und Klienten eine zentrale Rolle. Im Sinne der Rezidivprophylaxe wie im Kapitel 2.3.6 beschrieben, sollen weitere Unterstützungen aufgebaut werden.

5.3.2 Zweite Kerndimension: durchgängige methodische Dimensionen

Die zweite Kerndimension beinhaltet fünf methodische Aspekte. Es handelt sich dabei um Anwaltschaft und Empowerment, Bildung/Ressourcenerschliessen, Befähigung/Verwirklichungschancen, soziale Intervention/Intervention in soziale Systeme und interprofessionelle Praxis. Die Autorinnen ergänzen, dass bei der zweiten Kerndimension den Aspekt der Beziehungsgestaltung. Diese Kerndimensionen ist während dem ganzen Case Management Prozess zentral und nimmt auch während der psycho-sozialen Beratung einen wichtigen Aspekt ein. Im Weiteren werden die verschiedenen Aspekte kurz umrissen.

Anwaltschaft und Empowerment

Sommerfeld et al. (2016) beschreiben Anwaltschaft und Empowerment als zwei Arbeitsprinzipien der Sozialen Arbeit, die in einer Paradoxie zueinander aufgestellt sind (S. 222). Fachpersonen der Sozialen Arbeit möchten psychisch kranke Menschen möglichst in einer autonomen Lebensführung begleiten und befähigen oder ermächtigen (ebd.). Sommerfeld et al. (2016) postuliert, dass eine Balance zwischen Schutz und Verantwortungsübernahme gefunden werden muss (S. 222). Somit sollen Interventionen, wenn notwendig, anwaltschaftlich geschehen (ebd.) Dies bedeutet, Sicherheit zu schaffen und Barrieren aus dem Weg räumen (S. 222-223). Wie später im Kapitel 5.3.3, noch ausgeführt wird, nimmt die Anwaltschaft bei Krisen einen grossen Stellenwert ein. Aufgrund der individuellen Situation und der Bedürfnislage der Klientel, wird versucht, Angebote und Massnahmen zu gestalten, die notwendig und passend zur Lebenswelt sind (Monzer, 2013, S. 14). Somit übernimmt die Fachperson eine parteiliche Rolle für die Klientel, indem die Fachperson sie berät, begleitet und die Klientel die nötigen Unterstützungsangebote erhalten, um zukünftig ihre Interessen selbst durchsetzen zu können (ebd.). Monzer (2013) zeigt, dass nebst der Anwaltschaftlichkeit auch Empowerment eines der Kernelemente des Case Managements ist (S. 20). Im Case Management geht es nicht nur darum, jemanden zu versorgen, sondern das Augenmerk auf die Selbstbestimmung der Menschen zu legen (S. 21). Empowerment bedeutet für Fachpersonen, dass Selbstgestaltungskräfte der Klientel gefördert und erweitert werden müssen (Albert Lenz, 2002, S.15). Die Klientel sollen ihre eigene Lebenswelt eigenständig und eigenverantwortlich mitgestalten und Ressourcen produktiv zur Bewältigung belastender Lebensumstände einsetzen können. Handlungsleitend für die Empowerment- Perspektive sind Gedanken der Selbstbestimmung, Selbstorganisation und Eigenverantwortlichkeit (ebd.). Deshalb ist zu beachten, dass Entscheidungen als solche gekennzeichnet werden und so vermittelt werden, dass die betroffene Person alle nötigen Informationen besitzt (Monzer, 2013, S. 21). Ebenfalls sind Einschätzungen und Lösungen der Klientel höher zu bewerten als professionelle und die Autonomie der Klientel zu stärken (ebd.). Der Fokus richtet sich also auf die Fähigkeiten einer Person (Lenz, 2002, S. 35). Diese weist bereits auf die Ressourcenerschliessung hin, welche anschliessend beschrieben wird.

Damit Empowerment umgesetzt werden kann, sollen Professionelle aktiv zuhören und den Betroffenen Zeit geben, sich selber auszudrücken (Wulf Rössler & Christoph Lauber, 2013, S. 357). Stärken und Interessen müssen erfragt werden. Ebenfalls müssen Varianten aufgezeigt werden, damit eine echte Wahl getroffen werden kann. Anliegen und Vorstellungen der Betroffenen müssen miteinbezogen werden. Professionelle sollen Hilfe, Schwerpunkte und Leitplanken setzen. Zudem sind Anerkennung und Wertschätzung bedeutend, da gerade psychisch erkrankte Menschen kein hohes Selbstbewusstsein besitzen. Vor allem bei Depressionserkrankten fehlt dieses Selbstbewusstsein und muss deshalb besonders beachtet werden. Ebenfalls sind Fragen nach Wünschen, Befürchtungen, Bedürfnisse und bereits Erreichtem wichtig (ebd.). Die Grundsätze Selbstbestimmung und Ermächtigung sind im Berufskodex der Sozialen Arbeit erwähnt (Avenir Social, 2010, S. 8-9). Dies zeigt klar, dass Professionelle der Sozialen Arbeit einen besonderen Fokus darauflegen sollten.

Bildung und Ressourcenerschliessen

Empowerment verlangt nach Ressourcenerschliessung. Wird nach der Methode Case Management vorgegangen, werden die Ressourcen einer Person und deren Umfeld herausgearbeitet und anschliessend im Hilfeplan mit ein bearbeitet. Nach Esther Weber (2016) ist das Hauptziel einer Ressourcenerschliessung, dass die Klientel möglichst schnell möglichst viel Verantwortung und Mitarbeit übernehmen können (S. 31). Sie werden wieder autonomer sowie unabhängiger und können den Zugang zu weiteren Ressourcen selbständig bewerkstelligen (ebd.). Ressourcen sind Mittel, die zu einem gelingenden Alltag genutzt werden können (Sommerfeld et al., 2016, S. 223). Dies können Quellen, Rohstoffe und Hilfsmittel sein (Weber, 2016, S. 30). Es werden grundsätzlich drei Kategorien von Ressourcen unterschieden: Individuelle Ressourcen (z.B. persönliche Kompetenzen), soziale Ressourcen (z.B. soziale Netzwerke) sowie materielle Ressourcen (z.B. finanzielle Unterstützung) (Thomas Möbius, 2010, S. 14). Unter anderem wird auch Bildung als Ressource bezeichnet, um Bewältigungsaufgaben zu meistern (Sommerfeld et al., 2016, S.223). Bereits im Schritt der Durchführung erwähnt, erfordert eine Veränderung im Lebensführungssystem ein Lernprozess. Dieser Lernprozess führt zu einer Veränderung der Ausstattung einer Person (siehe Abbildung Lebensführungssystem) und wird somit als Bildung bezeichnet (Sommerfeld et al., S. 236-237). Bildung

kann auch im Rahmen der Psychoedukation erfolgen. Der Begriff Psychoedukation stammt aus Amerika und wurde anfangs der 1980er Jahre erstmals verwendet (Gabriele Pitschel-Walz & Josef Bäuml, 2013, S. 329). Mit dem Begriff sollte klar gemacht werden, dass bei der Behandlung von psychisch kranken Menschen auch die Vermittlung von Informationen, insbesondere zum Krankheitsbild, eine Rolle spielt (S. 329). Studien haben gezeigt, dass Psychoedukation auch bei einer Depressionserkrankung effektiv wirkt (S. 338). Es konnte nachgewiesen werden, dass sich das Wissen über die Krankheit vergrößerte und sich die Einstellung zur Erkrankung verbesserte. Die Compliance in Bezug auf die Medikamenteneinnahme wurde verstärkt, depressive Symptome wurden weniger und die Krankheit zeigte einen positiveren Verlauf (S. 338). Anhand der Psychoedukation sollen die Grundlagen zur Entfaltung von Empowerment gelegt werden (S. 328). Man möchte erreichen, dass die Betroffenen selbst mehr befähigt und ermächtigt werden und aktiv am Genesungsprozess beteiligt sind (S. 328 + S. 330). Auf die konkrete Umsetzung der Methode wird im Rahmen dieser Arbeit jedoch nicht weiter eingegangen, zählt die Psychoedukation denn auch eher als Methode der Psychotherapie (S. 333).

Empirische Untersuchungen haben ergeben, dass es spezifische und unspezifische Wirkfaktoren in der Psychotherapie gibt (Pauls, 2013, S. 147). Spezifische Wirkfaktoren sind besondere Vorgehensweisen in einem jeweiligen psychotherapeutischen Verfahren. Als unspezifische Wirkfaktoren werden weitere aktive Bestandteile bezeichnet, die nicht einer Therapieform zuzuordnen sind. Somit wird auch die Ressourcenaktivierung als ein unspezifischer Wirkfaktor benannt (S. 151). Dies ist nicht nur für die Psychotherapie sehr zentral, sondern eben gerade auch für die Klinische Sozialarbeit (S. 147). In der Ressourcenaktivierung werden Stärken, Möglichkeiten, Fähigkeiten und Motivation gefördert. Eine Ressourcenaktivierung ermöglicht der Klientel, andere und positive Seiten zu erkennen (S. 151). Ziel der Veränderung der Lebenslage und Lebensweise ist es unter anderem, eine Schaffung, Aktivierung und Verbesserung von Ressourcen zu erzielen (S. 183). Die Ressourcenaktivierung nimmt nicht nur während dem Case Management eine zentrale Rolle ein, sondern auch in der psycho-sozialen Beratung, die im nächsten Kapitel genauer ausgeführt wird (S. 192). Ressourcen von Klientel können besonders in Situationen erkannt werden, in denen die Probleme nicht auftreten bzw. in denen die Klientel sich besser fühlen oder in denen sie aktiv eigene Bewältigungskompetenzen einsetzen (Pauls, 2013, S. 375). Deshalb kann es gerade zentral sein, nach einer depressiven

Episode zentrale Ressourcen zu erfassen, damit diese in einer erneuten oder vor einer Episode wieder mobilisiert werden können. Das heisst also für Professionelle, die im Case Management tätig sind, Ressourcen auszukundschaften und einzufordern, Ressourcen zu erschliessen und auszuschöpfen und Ressourcen neu herauszubilden und zu schaffen (Neuffer, 2009, S. 25).

Befähigung und Verwirklichungschancen

Den aufgeführten methodischen Grundsätzen der Bildung, Ressourcenerschliessung, Anwaltschaft und Empowerment können auch die Grundprinzipien Befähigung und Verwirklichungschancen zugeordnet werden (Sommerfeld et al., 2016, S. 223). Im Weiteren wird nicht weiter auf die genaue Unterscheidung von Verwirklichungschancen/Befähigung und Empowerment/Ressourcenerschliessung eingegangen. Grundsätzlich fügt Sommerfeld et al. (2016) an, dass es um die Schaffung von Capabilities geht (S. 223). Der Capabilities-Ansatz beschreibt, dass die Soziale Arbeit die gesellschaftliche Aufgabe zugeschrieben wird, Menschen zu befähigen und dabei zu unterstützen, damit die zentralen menschlichen Bedürfnisse befriedigt und die zum Leben notwendigen Ressourcen erlangt werden können (Werner Thole, 2012, S. 42). Zudem sollen Menschen dabei unterstützen werden, Handlungsbefähigung und Verwirklichungschancen herauszubilden und zu nutzen, um somit Formen der Exklusion und Desintegration zu minimieren (S. 44). Capabilities verweisen somit nicht nur auf Kompetenzen oder Handlungsfähigkeiten, sondern auch auf Verwirklichungschancen und Entfaltungsmöglichkeiten (Holger Ziegler, Mark Schrödter & Nina Uelkers, 2012, S 304). Diese Capabilities sollen, trotz psychischer Erkrankung, zu einem subjektiv guten Leben führen und, der Würde des Menschen entsprechend, ein angemessenes Niveau an Lebensqualität darstellen (Sommerfeld et al. 2016, S. 223).

Soziale Interventionen und Interventionen in soziale Systeme

Ein Ziel der Sozialen Arbeit ist es, einen Ordnungswandel im Lebensführungssystem zu erreichen (Sommerfeld et al., 2016, S. 239). Dies kann mit Hilfe von sozialen Interventionen oder durch Interventionen in soziale Systeme erreicht werden. Bei der sozialen Intervention geht es um die konkrete methodische Umsetzung. Soziale Interventionen können auch als notwendige Zwischenstufen auf dem Weg zur vollständigen Re-Integration angesehen werden. Es geht um die Musterveränderung von Individuen um so Voraussetzungen zu schaffen, die eine Veränderung im jeweiligen Lebensführungssystem möglich machen (ebd.). Das Gegenstück von sozialer Intervention sind die Interventionen in soziale Systeme (S. 242). Dabei geht es konkret um die Veränderung der Integration von Individuum in ein bestimmtes System, also die Veränderung der Einbindung von Individuen in ein System (S. 246). Ein Beispiel hierzu wäre eine Integration an einen Arbeitsplatz. Im Weiteren wird nicht mehr genauer auf diesen Abschnitt eingegangen, denn aus systemtheoretischer Sicht würde sich eine Intervention in ein soziales System viel komplexer gestalten (Reinald Fass, 2009, S. 105-106). Eine umfassende Thematisierung der Systemtheorie, die Steuerung von Systemen und anschliessend der Intervention in soziale Systeme würde den Umfang dieser Arbeit überschreiten.

Interprofessionelle Praxis

Wie im zweiten Kapitel beschrieben, kann Gesundheit als ein multidimensionaler und multiperspektivischer Gegenstand beschrieben werden (Pauls, 2013, S. 20). Diese Bestimmung erfordert eine arbeitsteilige und interdisziplinäre Praxis im Behandlungsprozess (ebd.). Es gibt immer mehr Studien, die den Einfluss der sozialen Komponente nachweisen. Dementsprechend fordert die WHO international den Einbezug der sozialen Komponente in die primäre Gesundheitsversorgung (WHO, 2001; zit. in Pauls, 2013, S. 20). Aufgrund wachsender Komplexität menschlicher Gesundheitsprobleme braucht es zwingend die interprofessionelle Kooperation (Hans Günther Homfeldt, 2012, S. 497). Nach Homfeldt (2012) ergeben sich Probleme in der interprofessionellen Kooperation aus fehlenden Austausch in Bezug auf Infos, durch differente Menschenbildern der Professionen, durch unterschiedliche Einmischungsstrategien, durch fehlendes Wissen in Bezug auf die anderen Professionen und durch den Abbau unterschiedlicher rechtlicher

Standards (S. 497). Deshalb betont Homfeldt (2012) die Wichtigkeit von Aufgabenklärungen, der Flexibilität, dem Respekt und Vertrauen, der Zielverträglichkeit, der offenen Kooperation und den systembezogenen Perspektiven (S. 497-498). Auch Pauls (2013) fordert Regeln für ein bio-psycho-soziales Behandlungskonzept (S. 113). Die Regeln sollen die angemessene Berücksichtigung der verschiedenen Ebenen von Störungen und Erkrankungen während der Diagnostik und auch während der Intervention sicherstellen (ebd.). Folgende Regeln beschreibt Pauls (2013): Soziale, psychologische und medizinische Befunde und Bedingungen müssen von allen Professionen berücksichtigt werden (S. 114). Die primäre Disziplin initiiert und koordiniert Massnahmen auf anderen Ebenen der sekundären Mitbehandler. Der Behandlungsprimat kann bei Schwerpunktverlagerung der Behandlung wechseln und die primäre Disziplin wird zum sekundären Mitbehandler (ebd.).

Der Klient oder die Klientin mit seiner oder ihrer Lebensgeschichte steht immer mehr im Vordergrund (Ningel, 2011, S. 74). Dies fordert gemeinsame berufsübergreifende Strategien und eine gemeinsame Aufgabe. Die Bereitschaft zur Vernetzung und die Offenheit für Massnahmenkombinationen werden als professionell beschrieben (ebd.). Auch im Prozess vom Case Management ist eine interprofessionelle Zusammenarbeit unabdingbar. Monzer (2013) zeigt auf, dass ein einheitliches Fallverständnis zentral ist (S. 111). Trotzdem stellt die Interprofessionalität im Case Management eine besondere Herausforderung dar. Durch die Herstellung gemeinsamer Einsichten, Haltungen und vor allem die Förderung des gegenseitigen Interesses ist es möglich, das Potenzial für die Kooperation und die Koordination zu erhöhen (ebd.).

Es wird deutlich, dass sich die Autorinnen und Autoren über den Begriff Interprofessionalität und Interdisziplinarität nicht einig sind. Eine einheitliche Verwendung der Begriffe ist nicht Realität. Im Weiteren wird von den Autorinnen nur noch der Begriff interprofessionell verwendet, denn sie gehen von mehreren Professionen im Behandlungsprozess aus.

Nach diesen Ausführungen zur zweiten Kerndimension, wird klar, dass die Beziehung zwischen Fachperson und Klientel sehr bedeutsam ist. Aus Sicht der Autorinnen ist es

zwingend, die Beziehungsgestaltung auch zu den durchgängigen methodischen Aspekten zu zählen und dies beim vorliegenden Modell zu ergänzen. Aufgrund dessen wird nun auf die Beziehungsgestaltung eingegangen.

Beziehungsgestaltung als Fundament für das Case Management

Die Beziehungsgestaltung und die Gesprächsführung sind während dem ganzen Case Management Prozess sehr wichtig (Monzer, 2013, S. 107). Monzer (2013) betont jedoch, dass vor allem im Intaking die Beziehungsgestaltung zentral ist, da im Intaking die Zusammenarbeit im Rahmen des Case Managements entwickelt und ausgehandelt wird (S. 107). Die Beziehungsarbeit zwischen Klient oder Klientin und Case Manager oder Case Managerin steht nicht in Konkurrenz zu effektiver und effizienter Fallarbeit (Neuffer, 2009, S. 26). Das Case Management soll nicht nur als Koordination und Fallbegleitung verstanden werden, denn durchgehende Fallverantwortung erfordert Beziehungsarbeit, damit das Vertrauen der Klientinnen und Klienten erreicht wird. Die Case Managerin oder der Case Manager soll eine Ansprechperson ohne Hemmschwelle sein. Ebenfalls brauchen Klientinnen und Klienten eine vertrauensvolle Beziehung, um sich ihrer komplexen Situation zu stellen und um diese zu verändern. Dazu gehören auch die Herstellung von Motivation und die Wiederbemächtigung von Kompetenzen und Ressourcen (ebd.). Wie im dritten Kapitel ersichtlich wird, zeigen sich multikomplexe Problemsituationen bei Depressionserkrankten. Durch diese multikomplexen Problemsituationen erfahren Klientinnen und Klienten häufig unterschiedliche Anforderungen von professionellen und nicht professionellen Helferinnen und Helfer (Neuffer, 2009, S. 27.). Zudem sind die Anforderungen von unterschiedlichen Werten und Normen und institutionellen Aufträgen und Zwängen sowie gegensätzlichen Ansprüchen und Forderungen geprägt. Das führt bei Klientinnen und Klienten zu einem Vermissen von einer kontinuierlichen, empathischen und vertrauensvollen Person, die sie in diesen Anforderungen unterstützt (S. 26.) Es zeigt sich, dass die Beziehung das Fundament für den gesamten Unterstützungsprozess ist (S. 27). Die Haltung der beratenden Person ist für die Zusammenarbeit äusserst wichtig (Wolfgang Widulle, 2012, S. 52). Eine konstruktive Beziehung gelingt nur dann, wenn die Fachperson ein optimistisches und auch ressourcenorientiertes Menschenbild hat (Widulle, 2012, S. 52). Eine solch konstruktive Beziehung stellt die Grundlage für ein erfolgreiches Gespräch oder eine erfolgreiche Beratung dar (Widulle,

2012, S. 112-113). Im Behandlungsprozess mit depressiven Menschen stellt die persönliche Beziehung nebst konkreten Behandlungsmethoden eine wichtige Grundlage dar (Mahnkopf, 2015, S. 42). Sobald ein erster Kontakt mit der betroffenen Person aufgenommen wird, entsteht eine Beziehung, welche unterstützend oder auch hinderlich sein kann. Für einen wirksamen Behandlungsprozess soll die Beziehung von einer helfenden Grundhaltung geprägt sein. Das heisst, dass depressionsbetroffene Personen spüren, ob die Fachperson Zeit und Interesse mitbringt und die betroffene Person auf ihrem Weg unterstützen möchte und ob sie sie wertschätzt. Die helfende Grundhaltung soll von Anfang bis Ende des Prozesses gelebt werden und stellt die Grundlage für die weitere Zusammenarbeit dar (ebd.). Nachfolgend werden die wichtigsten Aspekte der helfenden Grundhaltung näher erörtert.

Empathie, Wertschätzung, Kongruenz

Empathie und Wertschätzung sind grundlegende Aspekte in der Beziehungsgestaltung mit depressiven Menschen (Mahnkopf, 2015, S. 43). Bereits Carl R. Rogers beschrieb, dass Empathie und Wertschätzung wichtige Grundpfeiler eines Gesprächs sind und fügte zudem den Aspekt der Kongruenz hinzu (Widulle, 2012, S. 56). Die drei Aspekte Empathie, Wertschätzung und Kongruenz sind Teil der klientenzentrierten Gesprächsführung, welche Rogers ab 1942 entwickelte (Sabine Weinberger, 1998, S. 29). Diese Methode der Gesprächsführung ist mittlerweile sehr weit verbreitet (ebd.). Rogers ist überzeugt, dass jede Person die Fähigkeit besitzt, sich konstruktiv weiterzuentwickeln. In der Beratung soll es darum gehen, dieses Entwicklungspotential zu aktivieren und positive Bedingungen für die Entwicklung zu schaffen (S. 30). Das Gegenüber und das Herstellen einer Beziehung steht also im Mittelpunkt (S. 30-31). Die Beziehung ist gekennzeichnet von Kongruenz, Wertschätzung und Empathie (S. 31).

Empathie bedeutet, sich ins Gegenüber einfühlen zu können. Dies gelingt, wenn die beratende Person aktiv zuhört, offene Fragen stellt und Gedanken und Gefühle des Gegenübers verbalisiert und paraphrasiert (Widulle, 2012, S. 102). Verbalisieren und paraphrasieren bedeutet, dass man versucht das Gegenüber zu verstehen und die Gedanken zu verstehen und sie wiedergibt (s. 106). Aktives oder auch aufmerksames Zuhören bedingt, Blickkontakt zu halten und so Interesse zu zeigen, nonverbal zu kommunizieren,

beispielsweise zu nicken und den Erzählungen zu folgen. Das Erzählte soll immer wieder zusammengefasst werden, um zu überprüfen, ob man das Gegenüber richtig verstanden hat und um die Gesprächsinhalte zu ordnen (S. 104). Das Gegenüber sollte während dem Behandlungsprozess stets in der eigenen Person wertgeschätzt werden (Weinberger, 1998, S. 31). Rogers sagt dazu (Weinberger, 1998):

„Der Berater akzeptiert und anerkennt die positiven Gefühle, die ausgedrückt werden, auf die gleiche Art, in der er die negativen Gefühle akzeptiert und anerkannt hat. Diese positiven Gefühle werden nicht mit Beifall oder Lob akzeptiert.“ (S. 52)

Dies bedeutet konkret, dass das Gegenüber ohne Einschränkungen voll und ganz akzeptiert wird (S. 31). Eine positive Wertschätzung kann nur dann stattfinden, wenn diese nicht an Bedingungen geknüpft ist (S. 45). Dies bedeutet nicht, dass Fachpersonen den Äusserungen, Ideen und den Handlungen des Gegenübers zustimmen und somit inhaltlich immer gleicher Meinung sein müssen (S. 45). Zur Wertschätzung des Gegenübers gehört zudem Respekt, Sorge und Anteilnahme an den individuellen Lebensgeschichten zu zeigen (Mahnkopf, 2015, S. 44). Wichtig ist auch, dass sich Fachpersonen bewusst sind, dass nebst der direkten Kommunikation auch die nonverbale Kommunikation eine Rolle spielt und meine Haltung dadurch ebenfalls transportiert wird (Weinberger, 1998, S. 46). Positive Wertschätzung gegenüber anderen Menschen hat vielfältige Auswirkungen. Das Grundbedürfnis, anerkannt und akzeptiert zu werden, wird befriedigt. Eine positive Wertschätzung trägt ausserdem dazu bei, dass das Gegenüber laufend eine grössere Selbstachtung aufbauen kann, der Selbstwert wird also gestärkt (S. 49). Zudem erhält das Gegenüber die Möglichkeit, das eigene Angst- und Verteidigungsverhalten abzubauen und transparent über die empfundenen negativen und positiven Gefühle zu sprechen (S.50).

Mit Kongruenz ist gemeint, dass die beratende Person echt ist und nicht eine Rolle spielt (Weinberger, 1998, S. 31). Für Carl R. Rogers stellt Kongruenz die wichtigste Bedingung in der klientenzentrierten Gesprächsführung dar (Weinberger, 1998, S. 39). Er ist der Meinung, dass der Prozess nur dann erfolgreich ist, wenn die beratende Person sich nicht hinter einer Maske versteckt, sondern eben sich selbst ist. Die beratende Person

soll sich den eigenen Erlebnissen und Empfindungen bewusst sein und kann diese, sofern es angemessen ist, dem Gegenüber auch mitteilen. Dadurch wird die beratende Person fassbarer und lebt offen die eigenen Gefühle und Haltungen aus, was eine Begegnung von Person zu Person ermöglicht (S. 39-40). Kongruent zu sein bedeutet also, auch transparent zu sein, Interesse zu zeigen, die beschützende berufliche Rolle aufzugeben und vor allem offen zu sein für das eigene Erleben (S. 40). Kongruenz ist für die Beziehungsgestaltung deshalb so wichtig, weil das Gegenüber nur dann Vertrauen fassen kann, wenn die Fachperson ihm oder ihr als Person begegnet, also spürbar ist. Zudem wird auch das Gegenüber dazu angeregt, selbst offener, echter und mehr sich selbst zu sein (S. 42). Die beratende Person soll in der klientenzentrierten Gesprächsführung keine Ratschläge geben und keine Lösungen präsentieren (S. 31). Es geht vielmehr darum, dass während der Beratung neue Betrachtungsweisen gefördert werden, so dass die betroffene Person auch selbst eine Lösung finden kann (ebd.).

Nach den Ausführungen zur zweiten Kerndimension wird im nächsten Kapitel auf die dritte und letzte Kerndimension vom sozialtherapeutischen Case Management eingegangen. Die Kerndimension beinhaltet die psycho-soziale Beratung und Netzwerkarbeit.

5.3.3 Dritte Kerndimension: psycho-soziale Beratung und Netzwerkarbeit

Für die Klinische Sozialarbeit wurden seit den 1980er Jahren einige handlungsorientierende Konzepte entwickelt (Sommerfeld et al., 2016, S. 229). Sommerfeld et al. (2016) und auch andere Autorinnen und Autoren nennen mehrere qualifizierte Methoden (S. 229). Unter anderem gehören zu den Basiskompetenzen das Case Management, die psychosoziale Beratung und die Netzwerkarbeit. Dazu kommen Biographiearbeit, Empowerment, Sozialtherapie, Psychoedukation, Angehörigenarbeit, alltags- und lebensweltorientierte Methoden und auch Krisenintervention, um einige zu nennen (ebd.). Diese und andere Ansätze werden von Sommerfeld et al. (2016) als das methodische Repertoire, respektive Potential in der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie bezeichnet und auch als Werkzeugkoffer verstanden (S. 229). Unterschiedliche Konzepte und Methoden liegen quasi im Werkzeugkoffer bereit und können, je nach Fall oder Thematik, gewählt und verwendet werden (ebd.). Nachfolgend werden einige dieser Ansätze, welche sich

in Bezug auf die Begleitung von Menschen mit einer Depression besonders eignen, genauer ausgeführt.

Netzwerkarbeit

In diesem Abschnitt wird erneut nur auf die individuelle Ebene der Klientel eingegangen. Das Erschliessen und Gestalten sozialer Netzwerke ist eine Kernkompetenz Klinischer Sozialarbeit (Sommerfeld et al., 2016, S. 226). Mit sozialer Netzwerkarbeit wird das Hilfesystem aufgebaut, dass anschliessend koordiniert werden muss. Die Netzwerkforschung unterscheidet primäre Netzwerke (Familie, Freunde, Verwandte, Bekannte), sekundäre Netzwerke (z.B. Bildungssystem, Arbeitswelt, Gesundheitswesen, Sozialwesen) und tertiäre Netzwerke (Netzwerke, die zwischen privaten und öffentlichen Sektoren angesiedelt sind wie Selbsthilfegruppen, NGO's, Sportvereine) (S. 227). Das Lebensführungssystem einer Person wird auf die Integration unterschiedlicher Netzwerke analysiert und Möglichkeiten geprüft, die Integration in die Netzwerke zu verbessern. Es muss immer beachtet werden, inwieweit ein Netzwerk eine unterstützende Funktion hat und wie diese Unterstützung noch vermehrt aufgebaut werden kann (ebd.). Sind Netzwerke eher hinderlich oder gar nicht vorhanden, muss geprüft werden, wie die Schwierigkeit vermieden, umgangen oder gedreht werden kann (Sommerfeld et al., S. 227). Allenfalls ist ein Erschliessen von fehlenden Netzwerken notwendig (ebd.). Dies zeigt auf, dass es sinnvoll ist, möglichst frühzeitig die Netzwerke der Klientel zu berücksichtigen (Pauls, 2013, S. 318). Hier kann ebenfalls eine Verbindung zur Ressourcenerschliessung gemacht werden. Denn die Ressourcenfunktion wird immer wieder mit dem Netzwerk in Verbindung gebracht (ebd.). Neben dem Aufbau und der Förderung von Netzwerken ergänzt Pauls (2013), dass professionelle und nicht-professionelle Netzwerke verknüpft werden sollen (S. 319). Grundlegend dafür ist die Bereitschaft und Motivation der Klientel, Unterstützung aufzusuchen. Netzwerkarbeit kann direkt oder indirekt geschehen (S. 320). Indirekte Intervention in ein Netzwerk ist durch die Befähigung der Klientel möglich. Somit kann die Klientel selbst das Netzwerk beeinflussen, oder es kann eine direkte Beeinflussung des Netzwerks durch die Fachperson stattfinden (ebd.). Pauls (2013) macht darauf aufmerksam, dass Netzwerkinterventionen Gratwanderungen sein können vor allem in der Angehörigenarbeit (S. 326). Zum einen sind Angehörige Teil des

sozialen Systems - gleichzeitig sind sie nicht unbeteiligt im Zustandekommen der Leidenserfahrung. Es entstehen berechnigte Schuldgefühle und gerade diese Gefühle müssen in der Arbeit mit Angehörigen aufgenommen und relativiert werden (Pauls, 2013, S. 326).

Psychosoziale Beratung

Im deutschsprachigen Raum zählen Sozialtherapie, Case Management und psychosoziale Beratung zu den wichtigsten Handlungsansätzen in der Klinischen Sozialarbeit (Matthias Hüttemann, Cornelia Rügger & Günther Wüsten, 2015, S. 336). Die psychosoziale Beratung ist ein zielorientierter Interaktionsprozess zwischen Fachperson und Klientel. Die Fachperson unterstützt den Klienten oder die Klientin im Klären, Analysieren, Lösen und Bearbeiten der psychosozialen Anliegen (ebd.). Beratungen zu gestalten gilt in der Sozialen Arbeit als Schlüsselkompetenz (Weber, 2016, S. 22). Neuffer (2009) definiert Beratung folgendermassen:

„Beratung in der Sozialen Arbeit bezieht sich auf soziale Probleme, den Prozess der Hilfestellung und alle Systemebenen. Ihr Ziel ist eine verantwortete Veränderung der mehrdimensionalen Problemsituation von Personen und Gruppen. Dabei arbeitet sie kontextspezifisch, lösungs-, zukunfts- und ressourcenorientiert.“ (S. 160)

Widulle (2012) benennt Beratung als eine professionelle Verständigung und ein Brückenangebot zwischen zwei Systemen, spezifisch dem Problemsystem und dem Hilfesystem (S. 35). In der Sozialen Arbeit stehen jedoch nicht nur die Lösung des Problems und die Vermittlung zwischen den Systemen im Vordergrund. Vielmehr geht es auch darum, Wissen zu vermitteln und konkrete Hilfestellungen für verschiedene Probleme zu bieten (ebd.) Materielle, soziale und ökologische Lebensbedingungen und eine gelingende Lebensführung der zu beratenden Person stehen dabei im Fokus (S. 36). Ziel der psychosozialen Beratung ist nicht nur die Bearbeitung der benannten Probleme, Konflikte und Anliegen, sondern auch die Aktivierung von vorhandenen, teils ungenutzten Ressourcen (S. 37). Die Beratung gestaltet sich beziehungsorientiert und sie zielt auf eine starke Involvierung der zu beratenden Person mit deren Handeln, Denken und Fühlen (ebd.).

Die Schweizerische Gesellschaft für Beratung, stützt sich für ihr Verständnis von psychosozialer Beratung auf Horst-Eberhard Richter (Schweizerische Gesellschaft für Beratung, ohne Datum). Dieser definierte psychosoziale Beratung 1978 folgendermassen: "Psychosoziale Beratung sieht den Menschen in seinem gesamten psychosozialen Zusammenhang, verstrickt in innere Konflikte wie in soziale Schwierigkeiten mit Partnern und Bezugsgruppen im privaten Bereich und in der Arbeitswelt." (ohne Seitenangaben)

Die Schweizerische Gesellschaft für Beratung fügt hinzu, dass die psychosoziale Beratung die Eigenbemühungen der zu beratenden Person, sich im Hinblick auf die eigenen Verhaltens- und Erlebensmuster weiter zu entwickeln und die eigene Befindlichkeit, die Interaktion mit dem sozialen Umfeld und die Bewältigung von Lebensaufgaben zu verbessern, fördert (SGfB, 2010). Psychosoziale Beratung soll also, im Vergleich zu anderen Konzepten der Gesprächsführung, ein systematischer Veränderungsprozess initiieren, der auf verschiedene Ebenen und Systeme in das ganzheitlich betrachtete Lebensführungssystem einwirkt (ebd.). Damit Beratungen gelingend gestaltet werden können und die Klientel zur Kooperation bereit sind, braucht es eine Vertrauensbasis (Weber, 2016, S. 22). Die im Kapitel 5.3.2 genannten Grundlagen zum Beziehungsaufbau und zur Beziehungsgestaltung gelten also auch für die psychosoziale Beratung. Pauls (2013) beschreibt konkret, wie die psycho-soziale Beratung oder eben auch Behandlung erfolgen kann (S. 182). Die verbale und nonverbale Kommunikation bietet die Möglichkeit Beratungen, Sozialtherapie und Anleitung durchzuführen. Die Auseinandersetzung mit der sozialen Umgebung kann durch Übungen, lebenspraktische Hilfen und direkte soziale Unterstützung erfolgen. Die Soziale Netzwerkarbeit ermöglicht umfeldbezogene Interventionen und Kooperationen (ebd.).

In der psycho-sozialen Beratung depressiver Menschen spielen, wie bereits mehrfach verdeutlicht, die Krankheitssymptome und Verhaltensmuster eine Rolle. Depressive Menschen erleben oft grosse Schuldgefühle, Hilf- und Hoffnungslosigkeit, was sich bis zur Suizidalität zuspitzen kann. Mahnkopf (2015) beschreibt, dass es äusserst wichtig ist, den betroffenen Personen Hoffnung und Sicherheit zu vermitteln und dabei die geäusserten Beschwerden nicht zu verharmlosen oder zu ignorieren (S. 48). Betroffene haben berichtet, dass ihnen die hoffungsvolle Haltung der Fachpersonen geholfen hat, indem sie so ein Gegengewicht zur Schwere der Krankheit spürten (S. 52). Es ist also wichtig,

den betroffenen Personen während dem Behandlungs- respektive Beratungsprozess immer wieder aufzuzeigen und zu versichern, dass sie wieder gesund werden und sich ihr Gesundheitszustand verbessern wird (Mahnkopf, 2015, S. 48). Dabei sollte man nicht versuchen, Betroffene von dieser Annahme zu überzeugen. Zu Beginn erschweren die Symptome der Depression oft auch eine Annahme dieser Überzeugung Für Fachpersonen ist es wichtig, authentisch zu bleiben und sich der eigenen Kompetenzen und Professionalität bewusst zu sein, damit Betroffene sich sicher fühlen (ebd.). Mahnkopf (2015) beschreibt, dass man beispielsweise auf wissenschaftliche Erkenntnisse zurückgreifen kann, welche die Aussagen zur Prognose bestätigen (S. 48). Sie warnt davor, sich von der Hoffnungslosigkeit der Betroffenen mitreißen zu lassen oder die Vermittlung von Hoffnung als eine Art des Tröstens zu missverstehen (S. 49). Auch müssen Fachpersonen darauf achtgeben, dass sie im Eifer der Hoffnungsvermittlung nicht gänzlich über die Hoffnungslosigkeit der Betroffenen wegsehen, sondern diese wahrnehmen und ansprechen (S. 50-51). Ansonsten kann es sein, dass eine mögliche Suizidgefahr nicht erkannt wird. Zudem ist es wichtig, die eigenen Gefühle wahrzunehmen. Betroffene Personen merken, wenn Fachpersonen anstatt authentische eher mechanische Gespräche führen. Grundsätzlich sollte, trotz möglicher innerer Zweifel, dem Gegenüber Hoffnung vermittelt werden (S. 51).

Krisenintervention

Die Krisenintervention ist im sozialtherapeutischen Case Management nicht explizit erwähnt. Trotzdem wird sie an dieser Stelle aufgegriffen, da bei depressiven Menschen die Suizidalität eine Rolle spielen kann, wie im Kapitel 3.6.2 beschrieben worden ist. Aufgrund der erhöhten Suizidalität depressiver Menschen kann es folglich jederzeit während dem Case Management Prozess wie auch der psycho-sozialen Beratung zu einer akuten Krise kommen, bei der Krisenintervention gefragt ist. Neuffer (2009) sagt, dass ein Case Manager oder eine Case Managerin fähig sein muss, zumindest vorläufig Krisenhilfe zu leisten und mit einer Krisenintervention zu beginnen (S. 155). Er bezeichnet die Krisenintervention sogar als eine der Schlüsselqualifikationen im Case Management (ebd.).

Gerade bei Suizidalität entsteht für Fachpersonen oftmals ein Spannungsfeld bezüglich des eigenen Verständnisses von Suizidalität (Stefanie Kunz, Ulrike Scheuermann & Ingeborg Schürmann, 2004, S. 27). Fachpersonen bewegen sich zwischen der Perspektive, Suizidalität als Reaktion oder Symptom einer Erkrankung zu sehen und der, suizidales Verhalten als eigenständige Entscheidung zu akzeptieren (ebd.). Sozialarbeitende haben jedoch unter anderem die ethische Pflicht, Fürsorge zu leisten, soziale Notlagen zu lindern und zu beseitigen und Menschen zu schützen (Avenir Social, 2010, S. 6).

Die Suizidalität stellt oft eine Begleiterscheinung der Erkrankung dar, welches sehr bedrohlich ist, denn das Suizidrisiko nimmt mit zunehmender Schwere der Erkrankung stetig zu (Mahnkopf, 2015, S. 68). Eine zunehmende Handlungsunfähigkeit, einengende Affekte und Wahrnehmung, aber auch die Einengung der Kontaktaufnahme und der eigenen Werte, auf sich selbst gerichtete Aggressivität und aufdrängende Suizidgedanken weisen auf ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko hin (Kunz et al., 2004, S. 37). Erwin Ringel bezeichnete diesen Prozess in den 50er Jahren als präsuizidales Syndrom (Ringel, 1953; zit. in Kunz et. al, 2004, S. 37). Aufgrund dieser Erkenntnisse ist es für Fachpersonen unerlässlich, das Suizidrisiko niemals gänzlich auszuschliessen, sondern besonders sensibel zu sein (Kunz et al., 2004, S. 37). Ulrich Schnyer und Jean-Daniel Sauvant (1993) sagen, dass Kriseninterventionen häufig von interdisziplinären Teams gemacht werden, wobei verschiedene Professionen gleichwertig einbezogen werden (S. 57). Unter anderem sind dies Ärzte und Ärztinnen, Sozialarbeitende, Fachpersonen der Pflege und Psychologen und Psychologinnen - vor allem dann, wenn die Krise im stationären Setting aufgefangen wird (ebd.). Widulle (2012) beschreibt, dass Krisen für Fachpersonen sehr herausfordernd sein können (S. 124). Aus Krisen können bei unangemessener Reaktion der Fachpersonen und misslingender Krisenintervention Katastrophen, beispielsweise ein vollzogener Suizid, resultieren (S. 214). Wichtig ist vor allem, dass Ankündigungen von Suizid absolut immer ernst genommen werden (Kunz et al., 2004, S. 39). Auch wenn solch eine Ankündigung manipulativ sein kann, ist dies als Notsignal zu (ebd.). Eink und Haltenhof (2017) beschreiben einige Merkmale zur Einschätzung des Suizidrisikos (S. 74). Die beiden Autoren sagen beispielsweise, dass das Suizidrisiko steigt, je konkreter die Pläne werden und je weniger sich jemand gegenüber suizidalen Impulsen distanzieren kann (ebd.). Je tiefer sich eine Person in eine suizidale Krise verstrickt hat, je höher wird das Risiko einer suizidalen Handlung. Eine intensive Vorbereitung für das Leben

nach dem Tod sowie die Vermeidung, entdeckt zu werden, weisen ebenfalls auf ein erhöhtes Risiko hin (Eink & Haltenhof, 2017, S. 74). Wenn keine Intervention stattfindet, kann dies bedeuten, dass die Krise tödlich endet (Kunz et al., 2004, S. 39). Die Krisenintervention sollte also möglichst rasch gestartet werden und demzufolge eine Kontaktaufnahme mit der in der Krise steckenden Person stattfinden. Bereits die Kontaktaufnahme und Interaktion mit der betroffenen Person hat einen antisuizidalen Einfluss, da diese Punkte einer Isolation und einengender Gedankenwelt entgegenwirken (ebd.).

Natürlich stellt nicht nur die Suizidalität eine Krise dar. Widulle (2015) beschreibt eine Krise als deutlicher Einschnitt im Leben, welcher häufig aus extremen Situationen oder Erlebnissen resultiert und extreme Gefühle oder Handlungen als Reaktion nach sich zieht (S. 215). Während einer Krise erleben Betroffene häufig Orientier- und Sinnlosigkeit und sehen keine Auswege aus der Situation (ebd.). Systemisch betrachtet stellt eine Krise ein Ungleichgewicht im menschlichen System dar, welches durch biologische und/oder psychosozialen Belastungsfaktoren hervorgerufen worden sind (Weber, 2016, S. 80). Dabei reichen die eigenen Bewältigungsstrategien nicht mehr aus, um diese subjektiv erlebten Schwierigkeiten zu bewältigen. Im Hinblick auf anderweitige Belastungen unterscheidet sich die Krise vor allem in Bezug auf die Qualität der Bedrohung, in der Überforderung und auch in der Ungewissheit, wie es weiter geht (S. 80-81). Nach Weber (2016) haben Krisen folgende Charakteristika:

- Akut, überraschend und bedrohlich
- Einschneidende, verunsichernde, freudige und negative Ereignisse als Auslöser
- Inadäquate aggressive oder regressive Verhaltensweisen als Reaktion
- Kleine Ursachen, beispielsweise ein falsches Wort, haben während einer akuten Krise oft grosse Auswirkungen auf das Verhalten (S. 81)

Grundsätze

Bei der Krisenintervention liegt der Fokus darauf, die erlebte Überforderung, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Desorientierung der Betroffenen gemeinsam zu überwinden (Weber, 2016, S. 81). Dies fordert von den beratenden Personen eine direktive Intervention, die vorübergehende Übernahme von mehr Verantwortung für das Gegenüber sowie die Organisation von benötigten Dienstleistungen (S. 82). Wie bereits im Kapitel 5.3.2 erwähnt, kommt hier vor allem die Anwaltschaft zum Tragen. Während einer Krise sind Betroffene in ihrem Blickwinkel eingeengt und nicht mehr fähig, sich selbst Hilfe zu organisieren (Weber, 2016, S. 81-82). Weber (2016) macht darauf aufmerksam, dass die beratende Person frühestmöglich auch andere Fachkräfte beizieht, um sich selbst vor einer Überforderung zu bewahren (S. 82). Insbesondere bei Selbst- und/oder Fremdgefährdung ist es unerlässlich, mit dem sozialen Umfeld, Hausärzten und Hausärztinnen, Therapeuten und Therapeutinnen sowie anderen wichtigen Fachpersonen zusammenzuarbeiten (Widulle, 2012, S. 215). Nebst Einbezug des professionellen Helfersystems ist es wichtig, auch das soziale Umfeld einzubeziehen (Schnyder & Sauviant, 1993, S. 57). Wie im Kapitel 3.2 verdeutlicht, ist auch das Umfeld der depressiven Person mitbetroffen und muss sich in der neuen Situation zurecht finden. Zudem haben verschiedenen Untersuchungen gezeigt, dass ein tragfähiges soziales Netz sehr wichtig ist, um herausfordernde Aufgaben, Belastungen und Krisen besser bewältigen zu können (Kunz et al., S. 33). Nicht vorhandene oder weggebrochene sozial Netze sind nicht selten sogar Auslöser von Krisen (ebd.).

Phasen einer Krisenintervention

Zuerst folgt mit der Begrüssung das Herstellen eines ersten Kontaktes (Schnyder & Sauviant, 1993, S. 57). Zu Beginn ist es wichtig, das Setting zu klären und Voraussetzungen für ein konstruktives Gespräch zu schaffen (S. 58). Menschen in einer Krise sind meist angespannt und emotional belastet. Daher ist es wichtig, zu Beginn Ruhe und Klarheit zu schaffen. Dies kann erreicht werden, indem wesentliche, aber auch unscheinbare Punkte klar benannt werden (ebd.). Schnyder und Sauviant (1993) sprechen beispiels-

weise davon, sich mit Namen und Funktion vorzustellen, den zeitlichen Rahmen des Gesprächs festzulegen, zu benennen wo das Gespräch stattfindet und wer daran teilnimmt (S. 58). Danach beginnt das eigentliche Gespräch, während dem zunächst die Befindlichkeit der Person in der Krise angesprochen wird. Dies schafft eine Atmosphäre in der das Gegenüber, die eigenen Emotionen zu ordnen und anzusprechen kann (Schnyder & Sauvant, 1993, S 58). Danach folgt die Problem- respektive Situationsanalyse, bei der sich die Fachperson ein umfassendes Bild über die Krise verschafft (Schnyder & Sauvant, 1993, S. 59-62). Es ist zu klären, welche Bereiche betroffen sind, was der Auslöser der Krise war, welche Personen daran beteiligt und davon betroffen sind und ob eine Selbst- und/oder Fremdgefährdung besteht (S. 60-61). Möglicherweise hat die betroffene Person Bewältigungsstrategien, welche sie bisher erfolgreich, oder auch nicht, angewendet hat (S. 62). Es soll auch besprochen werden, welche internen und externen Ressourcen zur Krisenbewältigung vorhanden sind (ebd.). Nach der Problemanalyse folgt die Problemdefinition (S. 63). Dabei soll die Krise in klare und verständliche Worte gefasst werden, so dass sie fassbarer wird. Die beratende Person soll versuchen, geeignete und ungeeignete Bewältigungsstrategien aufzuzeigen. Dabei muss geklärt werden, ob die Krisenintervention ambulant oder stationär durchgeführt werden soll und ob die beratende Person überhaupt für die Krisenintervention geeignet ist oder wer allenfalls beigezogen werden kann (S. 63-64). Dann folgt die Zieldefinition, bei der zusammen mit der betroffenen Person realisierbare Zukunftsperspektiven und realistische Ziele erarbeitet werden (S. 64-65). Fachpersonen müssen dabei von der Realisierbarkeit überzeugt sein, um dem Gegenüber Hoffnung zu vermitteln (S. 64). Nach der Vereinbarung der Ziele folgt die Bearbeitung des Problems (S. 65). Es ist wichtig, dass grosse Veränderungen in Krisen wie beispielsweise die Kündigung der Arbeitsstelle vermieden werden (Weber, 2016, S. 81 + 85). Während der Bearbeitung kann es sein, dass die Ziele neu definiert werden müssen, da noch neue Aspekte auftauchen oder diese anders gewichtet werden (S. 65). Schnyder und Sauvant stellen eine Reihe von verschiedene Methoden und Techniken zur Bearbeitung der Krise vor, die an diesem Punkt nicht weiter ausgeführt werden. Wichtig ist jedoch, dass eine konfliktorientierte Beratung unbedingt vermieden wird (Weber, 2016, S. 84). Eine konfliktorientierte Beratung führt oft zur Verschärfung des Konflikts (Widulle, 2012, S. 222). Zudem sind Betroffene der zusätzlichen Belastung meist nicht gewachsen (ebd.). Wichtig ist auch, dass Betroffene auch in der Zeit zwischen

den Gesprächsterminen Unterstützung erhalten und auf ein soziales Netz zurückgreifen können (Weber, 2016, S. 84). Dies ist vor allem relevant, wenn die Krisenintervention im ambulanten Setting stattfindet. Nebst der Aktivierung von Bezugspersonen und sozialer Unterstützung sollen auch diese Bezugspersonen beraten werden, so dass sie nicht in eine Überforderung geraten. In der abschliessenden Phase soll geklärt werden, ob die Krise wirklich überwunden worden ist und ob die Beratung allenfalls, mit neu formulierten Zielen, weitergeführt werden soll oder ob sie beendet werden kann. Empfehlenswert ist, dass man gemeinsam überprüft, wie man Anzeichen einer sich anbahnenden Krise wahrnehmen kann und welche Strategien helfen, diese abzuwenden oder zu mildern (ebd.). Schnyder und Sauvant (1993) empfehlen nach einer gewissen Zeit ein sogenanntes Follow-up zu machen (S. 72). Ein fix vereinbarter Termin hilft Betroffenen, sich vom professionellen Helfersystem zu lösen und er vermittelt zudem Sicherheit, sich nochmals mit der Fachperson austauschen zu können (ebd.). Zudem kann es eine positive Erfahrung sein, an diesem Termin von positiven Veränderungen zu berichten (Weber, 2016, S.85). Gemeinsam kann vereinbart werden, ob die Beratung dann abgeschlossen werden kann oder ob sie mit neuen Zielen weitergeführt wird (ebd.). Schnyder und Sauvant (1993) empfehlen zu überprüfen, ob die betroffene Person allenfalls eine weiterführende Psychotherapie in Anspruch nehmen möchte (S. 72). Im Falle einer Krisenintervention während des Case Management, dauert der Behandlungs- respektive Beratungsprozess meist länger und ein konstanter Kontakt ist sowieso geplant, wie im Kapitel 5.1 beschrieben worden ist. Nach der erfolgreichen Bewältigung der Krise ist das Gleichgewicht des menschlichen Systems wieder hergestellt und es kann sein, dass die betroffene Person nach der überstandenen Krise eine positive Veränderung erlebt (Weber, 2016, S. 85). Es kann aber auch sein, dass durch die Krisenintervention das Gleichgewicht wiederhergestellt worden ist, es jedoch keine weiteren Veränderungen gibt. Im schlechtesten Fall wurde das Gleichgewicht zwar wiederhergestellt, das problematische Verhalten hat sich aber weiter verfestigt (ebd.).

5.4 Zwischenfazit

Das Case Management ist eine Methode der Sozialen Arbeit und ermöglicht eine strukturierte, koordinierte Gestaltung von Unterstützungs- und Beratungsprozessen. Die Methode eignet sich für komplexe und mehrfach belastete Situationen und ermöglicht Unterstützung über einen längeren Zeitraum. Es gibt verschiedene Ausgestaltungen des Case Managements. Das sozialtherapeutische Case Management unterscheidet sich vor allem darin, dass therapeutische Massnahmen und Bemühungen um die Integration der Klientel in ihre soziale Umwelt implementiert werden. Das sozialtherapeutische Case Management besteht aus drei Kerndimensionen: dem Case Management im engeren Sinne, einer durchgängig methodischen Dimension sowie aus der dritten Kerndimension, zu der die psycho-soziale Beratung und die Netzwerkarbeit gehört. Im Hinblick auf das Kernthema Depression haben die Autorinnen wichtige Methoden ergänzt und beschrieben. Im Allgemeinen sind in der Begleitung depressiver Menschen Empathie, Wertschätzung und Kongruenz grundlegend.

6 Schlusswort

Um die Thematik abzurunden, werden im Folgenden zuerst die zuvor aufgestellten Fragestellungen einzeln beantwortet, bevor das persönliche Fazit der Autorinnen sowie ein kurzer Ausblick folgt.

6.1 Beantwortung der Fragestellungen

Ziel dieser Arbeit war es, aufzuzeigen, dass eine Depression auf mehreren Ebenen relevant ist. Die Depression ist als ein Zusammenwirken von biologischen, psychologischen und sozialen Aspekten zu verstehen. Den Autorinnen war es wichtig, dass ersichtlich wird, welche Auswirkungen eine Depression auf die soziale Dimension haben kann. Zudem sollten mögliche Handlungsansätze und Methoden für die komplexe Fallarbeit aufgezeigt werden. Die aus der Ausgangslage und Motivation der Autorinnen entstandenen Haupt- und Teilfragen werden nun nochmals aufgegriffen und beantwortet. Um die Hauptfragen beantworten zu können, wurde zuerst zu folgenden Teilfragen recherchiert:

- ***Was ist der Gegenstand der Klinischen Sozialarbeit?***
- ***Was ist das Gesundheitsverständnis der Sozialen Arbeit?***
- ***Was ist eine Depression?***
- ***Was beinhaltet die soziale Dimension und wie wird diese definiert?***

Die Soziale Arbeit geht von einem bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnis aus, welches darlegt, dass eine Krankheit Betroffene in unterschiedlicher Weise betrifft. Die Klinische Sozialarbeit begleitet und unterstützt vorwiegend Personen mit psycho-sozialen Problemen in unterschiedlichen Settings. Die Verbesserung der psycho-sozialen Passung zwischen der Klientel und ihrer Umwelt gehört dabei zur Kernaufgabe dieser Teildisziplin der Sozialen Arbeit. Mit konkreten Interventionen sollen also Veränderungen in der Lebenssituation erreicht werden. Die Klinische Sozialarbeit vertritt dabei eine ganzheitliche Sicht in Bezug auf die individuelle Lebenssituation der Klientel.

Die Depression gehört zu den affektiven Störungen und kommt in unterschiedlicher Form vor. Zu den Symptomen dieser Störung zählen unter anderem Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Gefühle der Wertlosigkeit, Schuld sowie Hoffnungslosigkeit, was im schlimmsten Fall sogar zu Suizidgedanken und Suizidhandlungen führen kann. Personen, welche eine Depression haben, weisen zudem sehr häufig noch andere Erkrankungen auf. Für die Diagnosestellung gibt es verschiedene Klassifikationssysteme, welche jedoch aus der medizinischen sowie psychologisch-psychiatrischen Perspektive stammen. Die soziale Diagnostik wird selten benannt. Einer Depression können multidimensionale Ursachen zugrunde liegen. Nebst biologischen und psychologischen Faktoren können auch soziale Aspekte wie Bildungsniveau, sozialer Status, materielle Ressourcen oder einschneidende Erlebnisse eine Rolle spielen.

Um die Auswirkungen einer Depression und die komplexen Zusammenhänge auf die soziale Dimension der Betroffenen sichtbar zu machen und anschliessend zu bearbeiten, bedarf es zuerst einer Definition und einem Modell, welches diese Dimension sichtbar macht. Das Modell des Lebensführungssystems verdeutlicht, dass jedes Individuum in verschiedenen Handlungssysteme eingebunden ist. Anhand des Lebensführungssystems kann die individuelle Lebenssituation so rekonstruiert werden, dass die psychosoziale Dynamik zwischen Individuum und Gesellschaft ersichtlich wird. Dies ist die Grundlage für eine soziale Diagnose und dementsprechende Interventionen.

Nachdem die Teilfragen beantwortet werden konnten, widmeten sich die Autorinnen den drei Hauptfragen.

1. Welche Auswirkungen erleben Menschen mit Depressionen auf der sozialen Dimension?

Im dritten Kapitel konnte aufgezeigt werden, dass die Depression als Krankheit nicht statisch, sondern vielmehr dynamisch betrachtet werden muss und vielfältige Auswirkungen auf das Lebensführungssystem, welches aus mehreren Handlungssystemen besteht, mitbringt.

Im Handlungssystem privates soziales Netz wurde aufgezeigt, dass nicht nur die erkrankte Person von der Depression und ihren Auswirkungen betroffen ist, sondern auch

das gesamte soziale Umfeld Auswirkungen spürt. Je länger die Erkrankung dauert, desto eher fühlt sich das soziale Umfeld häufig überfordert und zieht sich zurück, was oftmals zu einer noch grösseren Isolation der depressiven Person führt. Ehepartner und Ehepartnerinnen, Lebenspartner und Lebenspartnerinnen sowie Kinder erleben die Auswirkungen meist noch intensiver und umfassender. Der Familienalltag ändert sich meist und es kommt zu Neudefinierungen einzelner Rollen. Familienmitglieder machen sich grosse Sorgen um die depressive Person. Sie erleben Ängste, Schuldgefühle und hegen Trennungsgedanken.

Das Handlungssystem Arbeit wird in unterschiedlicher Weise beeinflusst: Im Vergleich mit anderen Erkrankungen zeigt sich, dass eine Depressionserkrankung die höchste Einbusse im Hinblick auf die Produktivität am Arbeitsplatz hat. Für Betroffene kann dies zu einem Arbeitsplatzverlust, einer Invalidisierung und Ausgliederung aus dem ersten Arbeitsmarkt führen. Für die Volkswirtschaft bedeutet die Zunahme von Depressionen grosse wirtschaftliche direkte und indirekte Folgekosten.

Auch im Handlungssystem Wohnen macht sich eine Depressionserkrankung bemerkbar. Die Forschung hat herausgefunden, dass depressionsbetroffene Menschen viel häufiger alleine wohnen. Zudem kann es sein, dass sich Betroffene aufgrund der erlebten Symptome in ihrer Haushaltsführung eingeschränkt erleben.

Eine Depression hinterlässt auch in der Gesellschaft einen Eindruck. Über verschiedene Epochen und Zeiten setzte sich die Gesellschaft in unterschiedlicher Weise mit der Krankheit auseinander, entwickelte Kategorien, Diagnoseinstrumente und Behandlungsmethoden. Im Laufe der Zeit fand ein Sensibilisierungsprozess statt, die Akzeptanz ist jedoch nicht gestiegen und es kommt auch noch immer zur Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit Depressionen.

Beim Handlungssystem Schattenwelten wurden die beiden Aspekte Sucht und Suizidalität aufgegriffen. Es wurde ersichtlich, dass zwischen Depressionen und Sucht, insbesondere Alkohol, signifikante Zusammenhänge bestehen. Betroffene haben ein stark erhöhtes Suizidrisiko.

Auch auf das professionelle Helfernetz hat eine Depression Auswirkungen. Die Behandlung und Begleitung depressiver Personen birgt für Fachpersonen einige Fallstricke. Das Versorgungssystem für psychisch kranke Menschen ist in der Schweiz zwar gut, birgt jedoch Verbesserungspotential.

Die vielfältigen Auswirkungen auf die soziale Dimension und die Depression an sich bringen für die Klinische Sozialarbeit einige Herausforderungen mit. Deshalb gingen die Autorinnen im vierten Kapitel auf die Herausforderungen ein.

2. Welche Herausforderungen stellen sich Professionellen der Klinischen Sozialarbeit?

Die Depression, die Auswirkungen auf die soziale Dimension, die bio-psycho-soziale Dynamik der Erkrankung sowie die Interprofessionalität stellen grosse Herausforderungen für die Klinische Sozialarbeit dar. Eine der grössten Herausforderungen sind die verschiedenen Auswirkungen der Depression auf die Handlungssysteme. Zudem beeinflussen sich auch die Handlungssysteme untereinander. Der schwankende Krankheitsverlauf und die Symptome erschweren die Begleitung von Betroffenen. Im gesamten Unterstützungsprozess können immer wieder Krisen ausgelöst werden, die eine neue Einschätzung der Situation bedingen und neue Massnahmen erfordern. Für Fachpersonen ist Wissen über die Krankheit, über Interventionsmethoden und zum Umgang mit Depressionsbetroffenen unabdingbar. Gerade im interprofessionellen Setting kann auch die Zusammenarbeit mit anderen Professionen herausfordernd sein. Die Klinische Sozialarbeit muss dabei auch immer wieder um die Legitimation ihrer Profession kämpfen. Damit all diese Herausforderungen von Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit bewältigt werden können, braucht es Handlungsmöglichkeiten.

Daraus abgeleitet entstand die letzte Hauptfrage, welche im fünften Kapitel beantwortet worden ist.

3. Welche Handlungsansätze können zur Bearbeitung der sozialen Dimension verwendet werden?

Das dreidimensionale sozialtherapeutische Case Management bietet mit seinen drei Kerndimensionen ein umfassendes Modell für die Bearbeitung von sozialen Problemla-

gen. Die erste Kerndimension ist das Case Management, welches fünf Schritte beinhaltet: Assessment, Planung, Durchführung, Monitoring und Evaluation. Die zweite Kerndimension beinhaltet mehrere methodische Aspekte, die während des gesamten Case Managements sehr zentral sind. Dies umfasst Anwaltschaft und Empowerment, Bildung und Ressourcenerschliessen, Befähigungen und Verwirklichungschancen, Soziale Intervention und Interventionen in soziale Systeme sowie die interprofessionelle Praxis. Die Autorinnen fügten dabei noch grundlegende Aspekte der Beziehungsgestaltung hinzu, da die Beziehungsgestaltung im gesamten Behandlungsprozess unerlässlich ist. Die dritte Kerndimension beinhaltet die psycho-soziale Beratung sowie die Netzwerkarbeit. Die psycho-sozialen Beratung beinhaltet indes weitere Methoden, wie beispielsweise die Krisenintervention. Bei depressiven Menschen können immer wieder Krisen auftreten, was ein rasches Handeln der Fachperson bedingt. Das sozialtherapeutische Case Management eignet sich sehr gut für die Klinische Sozialarbeit, da es unterschiedliche Aspekte berücksichtigt und als Werkzeugkoffer verschiedene Methoden für unterschiedlichste Problemsituationen und Herausforderungen bereithält.

6.2 Persönliches Fazit

Während der Literaturrecherche zeigte sich, dass die Depression auf sehr biologischer und psychologischer Ebene thematisiert wird. Obwohl die Klinische Sozialarbeit im Gesundheitswesen schon länger präsent ist, war kein Buch auffindbar, welches die sozialen Aspekte einer Depression gründlich beschreibt. Es wird auch selten explizit darauf verwiesen, dass die Klinische Sozialarbeit bei der Begleitung und Bearbeitung der sozialen Dimension als Expertinnen und Experten fungieren kann und soll. Für Fachpersonen der Sozialen Arbeit ist es wichtig, sich bewusst zu sein, dass die soziale Dimension der Betroffenen mitbearbeitet werden soll, da die Integration in soziale Netzwerke als grosser Schutzfaktor dient.

Seit jeher steht die Soziale Arbeit unter Legitimationsdruck, vor allem im Klinischen Bereich. Während des Schreibprozesses wurde ersichtlich, dass Fachbegriffe von unterschiedlichen Autorinnen und Autoren unterschiedlich definiert werden, was zu einer Verunsicherung bei Professionellen führen kann. Es sollte unbedingt eine gemeinsame

Fachsprache aufgebaut werden. Zudem sollten auch einheitliche Diagnoseinstrumente für die soziale Diagnose verwendet werden. Aus Sicht der Autorinnen sollte die Klinische Sozialarbeit den Begriff soziale Behandlung nicht länger ignorieren. Jede Ebene im bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnis benötigt eine Diagnose und hat Behandlung zu Gute. Aus Sicht der Autorinnen müsste jedoch das Angebot im stationären sowie im ambulanten Setting bestehen. In ambulanten Psychotherapiepraxen werden kaum Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit angestellt, obwohl klar geworden ist, dass dies unerlässlich wäre. Das sozialtherapeutische Case Management könnte beispielsweise auch nach einem stationären Aufenthalt im ambulanten Bereich weitergeführt werden und zu einer Stabilität im Lebensführungssystem beitragen. Die Autorinnen möchten darauf hinweisen, dass nicht alle Klientinnen und Klienten auf ein sozialtherapeutisches Case Management angewiesen sind. Trotz einer Depressionserkrankung kann das Lebensführungssystem weiter intakt sein und ohne professionelle Hilfe funktionieren.

Es wurde ersichtlich, dass viele Forschungen zur Thematik oftmals von anderen Fachbereichen wie Medizin oder Psychologie stammen. Im Rahmen dieser Arbeit wurde jedoch offensichtlich, dass auch die Soziale Arbeit einen wesentlichen Beitrag zur Forschung leisten könnte. Somit würde man einen wesentlichen Beitrag zur Legitimation und Professionalisierung der Klinischen Sozialarbeit beitragen. Die Klinische Sozialarbeit soll sich nicht anderen Professionen unterordnen, sondern sich selbstbewusst vertreten.

Die Autorinnen konnten sich dank der intensiven Auseinandersetzung mit diesem Thema einige neue Kompetenzen anwerben. Das dynamische und systemische Verständnis von Krankheit und Lebensführung wurde vertieft. Zudem konnte neues, spezifisches Wissen über die Depression als Krankheit angeeignet werden. Im Rahmen der Arbeit wurde aufgezeigt, dass die Klinische Sozialarbeit einen wichtigen Platz im Behandlungsprozess einnehmen soll. Dies hat die Autorinnen dazu ermutigt, wieder selbstbewusster in der Praxis tätig zu sein und die eigene Expertise mutig zu vertreten.

Die Autorinnen hoffen, dass mit der vorliegenden Arbeit Wissenslücken bezüglich der sozialen Dimension einer Depression gefüllt und zur Legitimation der Klinischen Sozialarbeit beigetragen zu haben.

6.3 Ausblick

Während der Erarbeitung dieser Arbeit sind verschiedene Aspekte aufgetaucht, die für eine vertiefte Recherche interessant wären und in Zukunft gerne aufgegriffen werden können.

Einige Schweizer Psychiatrien arbeiten bereits mit einer Variante des Case Management. Es wäre spannend zu erfahren, wie diese Konzepte aussehen und welchen Nutzen sie für die Behandlung bringen. Auch könnte erforscht werden, welche Voraussetzungen es für die Umsetzung von Case Management braucht und was dazu beiträgt, das Konzept wirklich umzusetzen. Teilforschungen könnten beispielsweise im Rahmen von Projektarbeiten durchgeführt werden.

In der vorliegenden Arbeit wurde auf die Auswirkung einer Depression auf das Lebensführungssystem eingegangen, obwohl auch Wechselwirkungen oder Auswirkungen der sozialen Dimension auf eine Depression gegeben sind. Ebenfalls wäre spannend zu erfahren, wie sich die bio-psycho-soziale Ebene gegenseitig beeinflussen und welche Auswirkungen dies mit sich bringen würde. Eine Forschung oder Recherche zu diesen Themen würde neues bzw. erweitertes Wissen bringen.

Im Rahmen dieser Arbeit haben sich die Autorinnen auf eine psychische Erkrankung fokussiert. Es ist anzunehmen, dass andere psychische Erkrankungen andere Auswirkungen im Lebensführungssystem zeigen. Es ist jedoch zuzulassen, dass das sozialtherapeutische Case Management für alle Erkrankungen geeignet ist und nur einige wichtige Aspekte an die spezifische Erkrankung angepasst werden müssten.

Grundsätzlich tragen vor allem Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit dazu bei, dass diese Teildisziplin der Sozialen Arbeit weiter professionalisiert und legitimiert wird. Es ist wichtig, dass sich Fachpersonen der eigenen Expertise und Wichtigkeit im Behandlungsteam bewusst werden, sich selbstbewusst einbringen und anderen Professionen und Disziplinen auch immer wieder bewusst machen, welchen positiven Beitrag die Klinische Sozialarbeit beiträgt. Weitere Forschungen und Wirkungsmessungen zu diesem Thema tragen zu diesem geforderten Selbstbewusstsein und zur Legitimation bei.

7 Quellenverzeichnis

- Albert, Martin (2006). Die Ökonomisierung der Sozialen Arbeit. *Sozial Extra*, 30 (7), 26-31. Gefunden unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s12054-006-0237-9>
- AvenirSocial (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: AvenirSocial – Professionale Soziale Arbeit Schweiz.
- Baer, Niklas & Cahn, Theodor (2009). Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten. In Katharina Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (211-230). Bern: Hans Huber.
- Baer, Niklas, Schuler, Daniela, Füglistler-Dousse, Sylvie & Moreau-Gruet, Florence (2013). *Depressionen in der Schweizer Bevölkerung. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration* (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium [Obsan], Hrsg.). Gefunden unter https://www.obsan.admin.ch/stes/default/files/publications/2015/obsan_56_bericht.pdf
- Becker, Katharina & Bengel, Jürgen (2009). Belastungs- und Anpassungsstörungen. In Jürgen Bengel & Matthias Jerusalem (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (S. 416-426). Göttingen: Hogrefe.
- Berger, Mathias, van Calker, Dietrich, Brakemeier, Eva-Lotta & Schramm, Elisabeth (2012). Affektive Störungen. In Mathias Berger & Heide Hecht (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie* (S. 421-497). München: Elsevier GmbH.
- Beuhausen, Jürgen (2016). *Beratung lernen. Grundlagen Psychosozialer Beratung und Sozialtherapie für Studium und Praxis*. Berlin: Barbara Budrich.
- Bischkopf, Jeanette (2005). *Angehörigenberatung bei Depression*. München: Ernst Reinhardt.
- Bischkopf, Jeannette, Wittmund, Bettina & Angermeyer, Matthias C. (2002). Alltag mit der Depression des Partners. *Psychotherapeut* 47 (1), 11-15. Gefunden unter <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00278-001-0194-5>
- Bosshard, Marianne, Ebert, Ursula & Lazarus, Horst (1999). *Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der Psychiatrie. Lehrbuch*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Canadian Paediatric Society (2004). Position Statement - Maternal depression and child development. *Paediatric Child. Health.*, 9 (8), 575-583. Gefunden unter <https://www.cps.ca/en/documents/position/maternal-depression-child-development>

- Clausen, Jens & Eichenbrenner, Ilse (2010). *Soziale Psychiatrie. Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Dettmering, Peter & Pastenaci, Renate (2016). *Das Vermüllungssyndrom. Theorie und Praxis* (5. Unveränderte Aufl.). Magdeburg: Dietmar Klotz.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (2015). S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie. Unipolare Depression. Langfassung (2. Aufl.). Gefunden unter <https://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-2aufl-vers5-lang.pdf>
- Dinner, Pierre (2010). *Depression. 100 Fragen 100 Antworten. Hintergründe-Erscheinung-Therapie* (2. überarb. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Downey, Geraldine & Coyne, James C. (1990). Children of Depressed Parents: An Integrative Review. *Psychological Bulletin*, 108 (1), 50-76. Gefunden unter <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Oe3Wl-mLLmo8J:https://pdfs.semanticscholar.org/59c5/7d22ef714b0012af384d36450d92f9fad-faf.pdf+&cd=1&hl=de&ct=clnk&gl=ch>
- Eink, Michael & Haltenhof, Horst (2017). *Basiswissen: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen* (5. erweiterte Aufl.). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Engel, George L. (1977). The Need for a New Medical Model. A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129-136. Gefunden unter <http://www.jstor.org/stable/pdf/1743658.pdf?refreqid=excelsior%3Abf-cecd19b2d93d412c37f752e9fb97cc>
- Epstein Rosen, Laura & Amador, Xavier F. (2008). *Wenn der Mensch, den du liebst, depressiv ist. Wie man Angehörigen oder Freunden hilft* (6. Aufl.). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Esterl, Silke (2015). *Die Geschichte der Traurigkeit. Vom sozialen Wandel der Depression*. Marburg: Tectum.
- Fachhochschule Nordwestschweiz (2018). *8. Fachtagung Klinische Sozialarbeit 2018*. Gefunden unter <http://www.klinischesozialarbeit.ch/>
- Fass, Reinald (2009). *Helfen mit System. Systemsteuerung im Case Management*. Marburg: Tectum.
- Finke, Jobst (2017). Gesprächspsychotherapie der Depression. In Carsten Konrad (Hrsg.), *Therapie der Depression. Praxis der Behandlungsmethoden* (S. 97-116). Berlin Heidelberg: Springer.

- Fischer, Maria, Kemmler, Georg & Meise, Ullrich (2004). Burden – Distress – Lebensqualität. Drei Konzepte zur Erfassung der Situation von Angehörigen chronisch psychisch Erkrankter. *Psychiatrische Praxis*, 31 (2), 57-59. Gefunden unter <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-2003-812570>
- Franzkowiak, Peter, Homfeldt, Hans Günther & Mühlum, Albert (2011). *Lehrbuch Gesundheit*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Frei, Adrian, Ajdacic-Gross, Vlade, Rössler, Wulf & Eich-Höchli, Dominique (2004). Auswirkungen von depressiven Störungen auf objektive Lebensbereiche. *Psychiatrische Praxis*, 31 (6), S. 298-303. Gefunden unter <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-2003-814822>
- Früh, Andrea (2012). Chancen und Tücken von Case Management für die Soziale Arbeit. Ein kritischer Blick auf Case-Management-Projekte in der Deutschschweiz. *Sozial Aktuell* 44 (3), 7-9. Gefunden unter http://www.avenirsocial.ch/sozialaktuell/120425_sa_03_007_009.pdf
- Gahleitner, Silke Brigitta & Pauls, Helmut (2014). Biopsychosoziale Diagnostik als Voraussetzung für eine klinisch-sozialarbeiterische Interventionsgestaltung: Ein variables Grundmodell. In Silke B. Gahleitner, Gernot Hahn & Rolf Glemser (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit – Band 5. Psychosoziale Diagnostik* (S. 61-77). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Galuske, Michael. (2005). *Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (6. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Geissler-Piltz, Brigitte, Mühlum, Albert & Pauls, Helmut (2005). Selbstverständnis und professionsbezogene Verortung Klinischer Sozialarbeit. In Hans-Günther Homfeldt & Albert Mühlum (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit* (S. 11-28). München: Ernst Reinhardt.
- Gergen, Kenneth J. (2002). *Konstruierte Wirklichkeiten. Eine Hinführung zum sozialen Konstruktivismus*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Groenemeyer, Axel (2008). Eine schwierige Beziehung – Psychische Störungen als Thema soziologischer Analysen. *Zeitschrift für soziale Probleme und soziale Kontrolle*, 19 (2), 113-135. Gefunden unter <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/24467>
- Hahlweg, Kurt & Baucom, Donald H. (2008). *Partnerschaft und psychische Störung*. Göttingen: Hogrefe.
- Häcker, Hartmut O. & Stapf, Kurt-H. (Hrsg.). (2009). *Dorsch. Psychologisches Wörterbuch* (15. überarb. erweiterte Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.

- Haubl, Rolf (2013). Depression und Arbeitswelt. In Marianne Leuzinger-Bohleber, Ulrich Bahrke & Alexa Negele (Hrsg.), *Chronische Depression. Verstehen – Behandeln – Erforschen* (S. 111-128). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hautzinger, Martin (2010). *Akute Depression*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, Martin & Meyer, Thomas D. (2011). *Bipolar affektive Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Hell, Daniel, Endrass, Jérôme & Vontobel, Jürg (2003). *Kurzes Lehrbuch der Psychiatrie. Das Basiswissen mit Repetitionsfragen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Herwig-Lempp, Johannes & Kühling, Ludger (2012). Sozialarbeit ist anspruchsvoller als Therapie. *Zeitschrift für Systemische Therapie und Beratung*, 30 (2), 51-56. Gefunden unter <https://www.dgsf.org/service/wissensportal/Sozialarbeit%20ist%20anspruchsvoller%20als%20Therapie%20-2012.pdf>
- Homfeldt, Hans Günther (2012). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In Werner Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (4. Aufl.) (S. 489-501). Wiesbaden: VS Verlag.
- Homfeldt, Hans-Günther & Mühlum, Albert (2005). Vorwort der Herausgeber. In Homfeldt, Hans-Günther & Mühlum, Albert (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit* (S. 9-10). München: Ernst Reinhardt.
- Hüttemann, Matthias, Rügger, Cornelia & Wüsten, Günther (2015). Klinische Sozialarbeit. In Anna Maria Riedi, Michael Zwilling, Marcel Meier Kressing, Petra Benz Bartoletta & Doris Aebi Zindel (Hrsg.), *Handbuch Sozialwesen Schweiz* (2. überarb. Aufl.) (S. 334-338). Bern: Haupt.
- Jungbauer, Johannes (2010). Wenn Eltern psychisch krank sind – Belastungen, Entwicklungsrisiken, Hilfebedarf. In Johannes Jungbauer (Hrsg.), *Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Perspektiven für die Soziale Arbeit* (S. 14-46). Opladen & Farmington Hills: Barbara Budrich.
- Jungbauer, Johannes, Bischof, Jeannette & Angermeyer, Matthias C. (2001). Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker – Entwicklungslinien, Konzepte und Ergebnisse der Forschung, in: *Psychiatrische Praxis*, 28, (3), S. 105-114. Gefunden unter <https://www.thieme-connect.de/products/all/openurl?sid=primo.exlibrisgroup.com%3Aprimo3-Article-wos&pid=content%3Afull-text&date=2001&spage=105&stitle=10.1055%2Fs-00000062&issue=3&genre=article>
- Jurk, Charlotte (2008). *Der niedergeschlagene Mensch. Depression – Geschichte und gesellschaftliche Bedeutung einer Diagnose*. Münster: Westfälisches Dampfboot.

- Kessler, Helga & Hell, Daniel (2011). *Wege aus der Depression [Fokus Schweiz] : Burn-out, Lebenskrise, Stress*. Zürich: Beobachter Buchverlag.
- Kessler, Roland C., Berglund, Patricia, Demler, Olga, Jin, Robert, Koretz, Doreen et al. (2003). The Epidemiology of Major Depressive Disorder. Results From the National comorbidity Survey Replication. *The Journal of the American Medical Association*, 289 (23), 3095-3105. Gefunden unter https://www.researchgate.net/publication/10702828_The_Epidemiology_of_Major_Depressive_Disorder_Results_From_the_National_Comorbidity_Survey_Replication_NCS-R
- Kessler, Roland, White, Leigh Ann, Birnbaum, Howard, Qiu, Ying, Kidolezi, Yohanne et al. (2008). Comparative and Interactive Effects of Depression Relative to Other Health Problem on Work Performance in the Workforce of a Large Employer. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50 (7), 809-816. Gefunden unter <https://pdfs.semanticscholar.org/87da/326c861b2a583ba3f557542441642cb7778b.pdf>
- Kickbusch, Ilona & Engelhardt Katrin (2008). Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten. In Katharina Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 19-33). Bern: Hans Huber.
- Kobel, Alexander (2010). Sozialräumliches Case-Management oder fallweise Sozialraumorientierung?. In Petra Benz Bartoletta, Marcel Meier Kressig, Anna Maria Riedi & Michael Zwilling (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Schweiz. Einblicke in Disziplin, Profession und Hochschule* (S. 199-209). Bern: Haupt.
- Kunz, Stefanie, Scheuermann, Ulrike & Schürmann, Ingeborg (2004). *Krisenintervention. Ein fallorientiertes Arbeitsbuch für Praxis und Weiterbildung*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Lenz, Albert (2002). Empowerment und Ressourcenaktivierung – Perspektiven für die psychosoziale Praxis. In Albert Lenz & Wolfgang Stark (Hrsg.), *Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation* (S. 13-53). Tübingen: DGVT.
- Lindner, Kathrin (2009). *Krise als Chance – Depression als Weg. Krisenmanagement als Hilfsansatz der Sozialarbeit*. Marburg: Tectum Verlag.
- Mahnkopf, Angela (2015). *Basiswissen: Umgang mit depressiven Patienten*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Mattejat, Fritz, Wüthrich, Christian & Remschmidt, Helmut (2000). Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. *Nervenarzt*, 71 (3), 164-172. Gefunden unter <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs001150050025>

- Möbius, Thomas (2010). Ressourcenorientierung in der sozialen Arbeit. In Thomas Möbius & Sibylle Friedrich. *Ressourcenorientiert Arbeiten. Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Monzer, Michael (2013). *Case Management Grundlagen. Case Management in der Praxis*. Heidelberg: medhochzwei.
- Müller-Rörich, Thomas, Hass, Kirsten, Margue, Françoise, van den Broek, Annekäthi & Wagner, Rita (2013) *Schattendasein - Das unverstandene Leiden Depression* (2., überarb. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer.
- Netzwerk Case Management Schweiz (2014). *Definition und Standards Case Management*. Gefunden unter http://www.netzwerk-cm.ch/sites/default/files/uploads/fachliche_standards_netzwerk_cm_-_version_1_0_-_definitiv_0.pdf
- Netzwerk Case Management Schweiz (2018). *Fachwissen. Standards*. Gefunden unter <http://www.netzwerk-cm.ch/page/fachwissen>
- Neuffer, Manfred (2009). *Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien* (4. überarb. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Ningel, Rainer (2011). *Methoden der Klinischen Sozialarbeit*. Bern: Haupt.
- Pauls, Helmut (2013). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (3. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Pauls, Helmut & Mühlum, Albert (2005). Klinische Kompetenzen. Eine Ortsbestimmung der Sektion Klinische Sozialarbeit. *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 1 (1), 6-9. Gefunden unter <https://zks-verlag.de/wp-content/uploads/Zeitschrift-2005-1.pdf>
- Pitschel-Walz, Gabriele & Bäuml, Josef (2013). Psychoedukation. In Wulf Rössler & Wolfram Kawohl (Hrsg.), *Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis* (S. 328-341). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Raiff, Norma R. & Shore, Barbara K. (1997). *Fortschritte im Case Management*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Remschmidt, Helmut & Matthejat, Fritz (1994). Kinder psychotischer Eltern – ein vernachlässigte Risikogruppe. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 43 (8), 295-299. Gefunden unter <http://hdl.handle.net/20.500.11780/2104>
- Rössler, Wulf & Lauber, Christoph (2004). Empowerment. In Wulf Rössler & Wolfram Kawohl (Hrsg.), *Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis* (S. 352-363). Stuttgart: W. Kohlhammer.

- Röttgers, Hans-Onno & Konrad, Carsten (2017). Praxis des Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). In Carsten Konrad (Hrsg.), *Therapie der Depression. Praxis der Behandlungsmethoden* (S. 117-140). Berlin Heidelberg: Springer.
- Rüegger, Cornelia (2011). *Die soziale Dimension psychischer Krankheit und Gesundheit. Eine handlungstheoretische Wissensbasis der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie*. Masterarbeit. Fachhochschule Nordwestschweiz – Hochschule für Soziale Arbeit.
- Schnyder, Ulrich & Sauvant, Jean-Daniel (1993). *Krisenintervention in der Psychiatrie*. Bern: Huber.
- Schröter, Veronika (2017). *Messie-Welten. Das komplexe Störungsbild verstehen und behandeln*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schweizerische Gesellschaft für Beratung (ohne Datum). *Psychosoziale Beratung*. Gefunden unter <https://www.sgfb.ch/images/pdf/40d.pdf>
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2018). *Suizid*. Gefunden unter <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/suizid>
- Sommerfeld, Peter, Dällenbach, Regula, Rüegger, Cornelia & Hollenstein, Lea (2016). *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis*. Wiesbaden: Springer.
- Sommerfeld, Peter, Hollenstein, Lea & Calzaferri, Raphael (2011). *Integration und Lebensführung. Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden: Springer.
- Spectra (2017). *Stigma die zweite Krankheit*. Gefunden unter http://www.spectra-online.ch/spectra/themen/stigma-n-die-zweite-krankheit-630-10.html?_fumanNewsletterId=37206:be44e14ba8f4fa4bb2befd13f2666068
- Spießl, Hermann, Schmid, Rita, Wiedermann, Georg & Cording, Clemens (2005). Unzufriedene Angehörige – Kunstfehler psychiatrischer Behandlung oder ökonomische Notwendigkeit?. *Psychiatrische Praxis*, 32 (5), 215-217. Gefunden unter <https://www.thieme-connect.com/DOI/DOI?10.1055/s-2004-834777>
- Steinert, Christiane & Leichsenring, Falk (2017). Praxis der psychodynamischen Psychotherapie. In Carsten Konrad (Hrsg.), *Therapie der Depression. Praxis der Behandlungsmethoden* (S. 55-77). Berlin Heidelberg: Springer.

- Talkspace (2017). *The Stigma of Depression*. Gefunden unter <https://www.talkspace.com/blog/2017/09/the-stigma-of-depression/>
- Thole, Werner (2012). Die Soziale Arbeit – Praxis, Theorie, Forschung und Ausbildung. Versuch einer Standortbestimmung. In Werner Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (4. Aufl.) (S. 19-72). Wiesbaden: VS Verlag.
- Tomonaga, Yuki, Haettenschwiler, Josef, Hatzinger, Martin, Holsboer-Trachsler, Edith, Rufer, Michael et al. (2013). The Economic Burden of Depression in Switzerland. *Pharmaco Economics*, 31 (3), 237-250. Gefunden unter <https://search.proquest.com/docview/1462411034/fulltext/4DDA3BBC5D68452DPQ/1?accountid=15920>
- Weber, Esther (2016). *Beratungsmethodik in der Sozialen Arbeit. Das Unterrichtskonzept der Beratungsmethodik an der Hochschule Luzern- Soziale Arbeit* (4. unveränderte Auflage). Luzern: Interact.
- Weltgesundheitsorganisation (2018). *Die WHO in der Welt*. Gefunden unter <http://www.euro.who.int/de/about-us/organization/who-worldwide>
- Weltgesundheitsorganisation (2005). *Constitution of the world health organization*. Gefunden unter <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
- Weltgesundheitsorganisation (2008). *The global burden of disease. 2004 update*. Gefunden unter http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf
- Wendt, Wolf Rainer (2008). *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung* (4. überarb. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Weinberger, Sabine (1998). *Klientenzentrierte Gesprächsführung. Eine Lern- und Praxisanleitung für helfende Berufe* (8. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz.
- Widulle, Wolfgang (2012). *Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen* (2. durchges. Aufl.). Wiesbaden: Springer.
- Ziegler, Holger, Schrödter, Mark & Oelkers, Nina (2012). Capabilities und Grundgüter als Fundament einer sozialpädagogischen Gerechtigkeitsperspektive. In Werner Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (4. Aufl.) (S. 297-310). Wiesbaden: Springer.