

Lea Melikjan & Marianny Triviño

# Wenn ich auf einmal alleine in der Partnerschaft bin...

Beratung von Partnerinnen und Partner depressiver Menschen  
in der Sozialen Arbeit

Bachelor-Thesis der Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit  
Mai 2017



Sozialwissenschaftlicher Fachverlag Edition Soziothek

Edition Soziothek  
c/o Berner Fachhochschule BFH  
Soziale Arbeit  
Hallerstrasse 10  
3012 Bern  
www.soziothek.ch

Lea Melikjan & Marianny Triviño: Wenn ich auf einmal alleine in der Partnerschaft bin... Beratung von Partnerinnen und Partner depressiver Menschen in der Sozialen Arbeit

ISBN 978-3-03796-636-5

Schriftenreihe Bachelor-Thesen der Berner Fachhochschule BFH – Soziale Arbeit.

In dieser Schriftenreihe werden Bachelor-Thesen von Studierenden publiziert, die mit Bestnote beurteilt und zur Publikation empfohlen wurden.



Dieses Werk wurde unter einer Creative-Commons-Lizenz veröffentlicht.

Lizenz: CC-BY-NC-ND 4.0

Weitere Informationen: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Sie dürfen:

Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten

Unter 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.

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

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Lea Melikjan

Marianny Triviño

# **Wenn ich auf einmal alleine in der Partnerschaft bin...**

Beratung von Partnerinnen und Partner depressiver Menschen in der Sozialen Arbeit



Bachelor-Thesis zum Erwerb  
des Bachelor-Diploms

Berner Fachhochschule  
Fachbereich Soziale Arbeit

## Abstract

In der Schweiz erkranken jedes Jahr rund 7 % der Bevölkerung erstmals oder wiederholt an einer Depression. Von den Symptomen dieses Störungsbildes sind die Partnerinnen resp. Partner auf emotionaler Ebene sowie im Alltag ebenfalls erheblich betroffen. In der vorliegenden Thesis wird untersucht, welche Belastungen Partnerinnen und Partner aufgrund der Depression der erkrankten Person erleben und wie sie mit diesen umgehen. Weiter wird der Fragestellung nachgegangen, wie Sozialarbeitende Angehörige einbeziehen können und inwiefern dabei insbesondere die Methode der systemischen Beratung bei betroffenen Paaren unterstützend wirken kann.

Zunächst wird in der Thesis der Forschungsstand zum Störungsbild Depression, zu den Belastungen von Angehörigen psychisch erkrankter Personen und zu deren Bewältigungsformen aufgearbeitet. Um diese allgemeinen Erkenntnisse mit Einsichten zur spezifischen Situation von Partnerinnen und Partnern depressiver Menschen zu erweitern, wurden problemzentrierte Interviews mit Betroffenen durchgeführt. Aus der empirischen Untersuchung geht hervor, dass als Folge der depressiven Erkrankung viele zusätzliche alltägliche Aufgaben für die Partnerinnen und Partner anfallen. Als stark belastend wurden der soziale Rückzug der depressiven Person, die fehlende Kommunikation, das negative Stimmungsbild sowie die Angst vor einer Suizidhandlung genannt. Die Symptome der depressiven Person lösen Gefühle wie Hilflosigkeit und Verzweiflung aus. Zudem fühlten sich alle drei befragten Personen von professioneller Seite her alleine gelassen bzw. nicht hinreichend einbezogen. Als hilfreiche Strategien im Umgang mit den aufgeführten Belastungen nannten die befragten Personen eine räumliche sowie emotionale Abgrenzung, das Pflegen von unterstützenden sozialen Beziehungen, das Sprechen über ihre Situation sowie die Aufrechterhaltung einer eigenen Lebensgestaltung.

In der Verknüpfung der dargestellten Befunde mit dem methodischen Ansatz der systemischen Beratung wird ersichtlich, dass ein frühes Einbeziehen der Partnerinnen und Partner in die Behandlung eines depressiven Menschen sinnvoll ist. Diese sollten aus systemischer Sicht als wertvolle Ressource betrachtet werden, welche es vor drohender Überlastung zu bewahren gilt. Bevor Betroffene beraterisch unterstützt werden können, ist eine zeitnahe Entlastung bei alltäglichen Aufgaben nötig. In einem weiteren Schritt kann im Hinblick auf die Qualität der Paarbeziehung sowie der emotionalen Belastungen eine systemische Beratung angebracht sein. In dieser können gemeinsam neue Verhaltensmuster erarbeitet werden. Aufgrund dieser Erkenntnisse sollten Sozialarbeitende bei der Arbeit mit depressiven Menschen in einem eher medizinischen Umfeld über die Belastungen der Partnerinnen und Partner Bescheid wissen und deren Einbezug fördern.

# **Wenn ich auf einmal alleine in der Partnerschaft bin...**

Beratung von Partnerinnen und Partner depressiver Menschen in der Sozialen Arbeit

Die Bachelor-These wurde für die Publikation formal  
überarbeitet, aber im Inhalt nicht geändert.

Bachelor-These zum Erwerb  
des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule  
Fachbereich Soziale Arbeit

Vorgelegt von

Lea Melikjan

Marianny Triviño

Bern, Mai 2017

Begutachtet von

Prof. Dr. Lättsch David

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abbildungs- und Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Einleitung</b> .....	<b>8</b>
<b>1.1. Ausgangslage</b> .....	<b>8</b>
<b>1.2. Fragestellung, Ziel der Arbeit</b> .....	<b>9</b>
<b>1.3. Aufbau der Arbeit</b> .....	<b>10</b>
<b>2. Psychiatrie</b> .....	<b>11</b>
<b>2.1. Die Soziale Arbeit in der Psychiatrie</b> .....	<b>14</b>
<b>2.2. Angehörige in der Psychiatrie</b> .....	<b>15</b>
<b>3. Depression</b> .....	<b>16</b>
<b>3.1. Formen von Depression</b> .....	<b>16</b>
3.1.1. Major Depression .....	17
3.1.2. Dysthymie .....	18
3.1.3. Bipolare Störung.....	19
<b>3.2. Diagnose</b> .....	<b>20</b>
<b>3.3. Symptome der Depression</b> .....	<b>22</b>
3.3.1. Emotionale Symptome .....	23
3.3.2. Kognitive Symptome.....	23
3.3.3. Physiologisch-vegetative Symptome .....	24
3.3.4. Behaviorale/motorische Symptome .....	25
<b>3.4. Verlauf</b> .....	<b>25</b>
<b>3.5. Ätiologie</b> .....	<b>26</b>
<b>3.6. Komorbidität</b> .....	<b>28</b>
<b>3.7. Epidemiologie</b> .....	<b>28</b>
<b>3.8. Suizidalität</b> .....	<b>29</b>
<b>4. Angehörige und Belastungen</b> .....	<b>31</b>
<b>4.1. Begriffserklärung: Angehörige</b> .....	<b>31</b>

<b>4.2. Familie und Partnerschaft .....</b>	<b>32</b>
<b>4.3. Partnerschaft als Ressource .....</b>	<b>33</b>
<b>4.4. Belastungen von Angehörigen .....</b>	<b>34</b>
<b>4.5. Auswirkungen auf Partnerinnen und Partner depressiver Personen .....</b>	<b>37</b>
4.5.1. Wechselwirkungen in der Partnerschaft mit einer depressiven Partnerin oder einem depressiven Partner.....	38
<b>4.6. Bewältigungsformen und -strategien .....</b>	<b>40</b>
<b>5. Professionelle Unterstützung für Angehörige.....</b>	<b>43</b>
<b>5.1. Einbezug von Angehörigen .....</b>	<b>43</b>
5.1.1. Formen des Einbezugs von Angehörigen .....	44
5.1.2. Rechtliche Aspekte beim Einbezug von Angehörigen.....	45
5.1.3. Interventionen und Interventionsziele .....	46
5.1.4. Strategien im Umgang mit Angehörigen.....	48
5.1.5. Informationsvermittlung .....	48
<b>5.2. Angehörigenupport.....</b>	<b>49</b>
<b>5.3. Die Angehörigenberatung .....</b>	<b>50</b>
5.3.1. Systemische Beratung.....	51
5.3.1.1. Entwicklung .....	51
5.3.1.2. Grundprinzipien und Haltung.....	52
5.3.1.3. Menschenbild .....	54
5.3.1.4. Wirkfaktoren der systemischen Beratung.....	54
5.3.1.5. Vorgehensweisen und Techniken der systemischen Beratung.....	57
5.3.2. Mehrpersonengespräche.....	60
5.3.2.1. Das Angehörigengespräch.....	60
5.3.2.2. Systemische Paarberatung .....	62
<b>6. Empirischer Teil .....</b>	<b>64</b>
<b>6.1. Methodenbeschreibung: Problemzentriertes Interview.....</b>	<b>64</b>
<b>6.2. Zugang zum Material und Datenerhebung.....</b>	<b>65</b>
<b>6.3. Inhaltsanalyse.....</b>	<b>67</b>

<b>6.4. Ergebnisse</b> .....	<b>68</b>
6.4.1. Interviewpartnerinnen und -partner .....	69
6.4.2. Auftreten der Depression.....	71
6.4.2.1. Situation der Paare beim (erneuten) Auftreten der depressiven Episode(n).....	71
6.4.2.2. Erste erkennbare Veränderung der depressiven Person .....	72
6.4.2.3. Reaktion der gesunden Partnerinnen resp. Partner .....	74
6.4.2.4. Erkennen bzw. Nichterkennen des Störungsbildes .....	75
6.4.3. Auswirkungen der depressiven Symptome .....	76
6.4.3.1. Erlebte depressive Symptome.....	76
6.4.3.2. Auswirkungen auf den Alltag .....	77
6.4.3.3. Auswirkungen auf die Emotionswelt der gesunden Partnerinnen resp. Partner und die Paarbeziehung .....	79
6.4.4. Umgang mit der belastenden Situation .....	82
6.4.4.1. Internale Ressourcen des gesunden Partners bzw. Partnerin .....	82
6.4.4.2. Umgangsformen und Bewältigungsstrategien.....	83
6.4.5. Unterstützungen .....	85
6.4.5.1. Private Unterstützung .....	85
6.4.5.2. Professionelle Unterstützung.....	87
6.4.5.3. Erwartungen/Wünsche .....	89
6.4.6. Ratschläge an andere Betroffene.....	89
<b>7. Diskussion</b> .....	<b>90</b>
<b>7.1. Belastungen und Umgang</b> .....	<b>91</b>
<b>7.2. Systemische Beratung von betroffenen Paaren</b> .....	<b>98</b>
<b>8. Schlussfolgerung</b> .....	<b>105</b>
<b>9. Literaturverzeichnis</b> .....	<b>109</b>
<b>10. Anhang</b> .....	<b>117</b>

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

### Abbildungen

Titelbild abgerufen von <http://www.handelsblatt.com/unternehmen/beruf-und-buero/buero-special/depression-machen-maenner-frauen-krank/7176326.html>

Abbildung 1: Verlauf einer rezidivierenden Major Depression.....	S. 18
Abbildung 2: Verlauf einer Dysthymie.....	S. 18
Abbildung 3: Depressive Störungen: Diagnose nach ICD-10.....	S. 21
Abbildung 4: Depressives Verhalten als Botschaft (Wechselwirkungen zwischen depressiven Personen und ihren Partnern).....	S. 40
Abbildung 5: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell.....	S. 67

### Tabellen

Tabelle 1: Symptomatik von suizidal-depressiven Patientinnen und Patienten.....	S. 30
Tabelle 2: Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker.....	S. 35
Tabelle 3: Emotionale Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. ....	S. 35
Tabelle 4: Belastungen im Vergleich.....	S. 92
Tabelle 5: Emotionale Belastungen im Vergleich.....	S. 94
Tabelle 6: Bewältigung von Partnerinnen und Partner depressiver Personen nach Form und Strategie.....	S. 96

## 1. Einleitung

### 1.1. Ausgangslage

Wird der Blick vom depressiv erkrankten Menschen auf dessen soziales Umfeld gewendet, zeigt sich, dass die Depression nicht ausschliesslich Auswirkungen auf die erkrankte Person hat. Davon betroffen sind auch Angehörige wie Eltern, Kinder oder Partnerinnen resp. Partner, welche möglicherweise mit der erkrankten Person zusammenleben und in einem engen emotionalen Verhältnis zu ihr stehen. Die Symptome einer Depression können für die Partnerin resp. Partner des erkrankten Menschen unter anderem die Übernahme von diversen Aufgaben im Alltag bedeuten. Zudem sind sie mit einem Verlust von Interesse oder Freude sowie beispielsweise mit einem negativen Denken konfrontiert. Somit scheint die depressive Symptomatik einen Einfluss auf das Zusammenleben, die Beziehung, die gemeinsame Kommunikation, die Alltagsbewältigung und gegebenenfalls auf die finanzielle Situation zu haben. Unter der affektiven Störung Depression leidet ein bedeutender Teil der Schweizer Bevölkerung: Rund 7 % der Schweizerinnen und Schweizer erkranken in einem Jahr wiederholt oder zum ersten Mal an einer unipolaren Depression (Baer, Schuler, Füglistler-Dousse & Moreau-Gruet, 2013, S. 10). Eine Studie vom Netzwerk Angehörige Psychiatrie besagt, dass Angehörige von depressiven Menschen mit 25 % die höchst vertretene Personengruppe bei Beratungen für Angehörige von psychisch erkrankter Menschen sind (Lambert, 2017, S. 7). Dies gibt einen Hinweis auf das Ausmass der Belastungen sowie die Dringlichkeit von geleisteter Unterstützung. Nach Bischkopf (2008) lassen sich die Auswirkungen einer depressiven Störung auf die Partnerschaft als gravierend bezeichnen (S. 241). Partnerinnen und Partner von depressiven Menschen stehen unter einer hohen emotionalen Belastung und werden dadurch "zu besonders verletzlichen Menschen" (Scherer & Lambert, 2017, S. 8). Zudem korreliert die Beziehungsqualität mit einer Depression in dem Sinn, dass eine belastende Beziehung als Risikofaktor für das Auftreten einer Depression gelten kann (Paulitsch & Karwautz, 2008, S. 131) und eine Depression die Beziehungsqualität beeinträchtigt (Bodenmann, 2009, S. 69). Dies lässt erkennen, dass Partnerinnen resp. Partner von depressiven Personen als Ressource für die erkrankte Person gelten können, jedoch auch gefährdet sind, selbst an einer Depression zu erkranken.

Sozialarbeitende treten während ihrer Arbeit in Kontakt mit depressiv erkrankten Menschen resp. deren Partnerinnen oder Partner. Dies geschieht insbesondere im psychiatrischen Kontext. Aufgrund des hohen Prozentsatzes an Menschen mit einer depressiven Erkrankung in der Schweizer Bevölkerung ist dies auch in einem nicht medizinischen Arbeitsgebiet der

Fall. Eine berufliche Interaktion mit einem depressiven Menschen kann beispielsweise in einem Sozialdienst geschehen, wenn die Erkrankung von der Invalidenversicherung nicht anerkannt wurde. Somit ist es relevant, dass Sozialarbeitende auf die Belastungen von Partnerinnen und Partner sensibilisiert sind und neben der Klientin resp. dem Klienten auch deren soziales Umfeld im Blick haben. Zudem sollten Sozialarbeitenden geeignete Umgangsformen mit den Belastungen bekannt sein, damit sie die Partnerinnen und Partner wirkungsvoll beraten können. Um einen passenden Einbezug von belasteten Partnerinnen und Partner von depressiven Menschen bieten zu können, benötigen Sozialarbeitende ausserdem die nötige Kenntnis über die Zusammenarbeit mit Angehörigen depressiver Menschen, welche sich in einer Behandlung befinden. Da Partnerinnen und Partner aus sozialarbeiterischer Sicht als Ressource für die depressive Person gelten und gleichzeitig gefährdet sind, in eine Überlastung zu geraten, gilt es sie darin zu unterstützen, gesund zu bleiben.

Die Motivation der Autorinnen für die Wahl des genannten Themenbereichs resultierte aus der Erfahrung, dass Angehörige wenig oder keine Berücksichtigung bei der Behandlung der Patientinnen und Patienten in Psychiatrien finden. Der Einbezug der Angehörigen erfolgt nicht nur von medizinischem, psychologischem und pflegerischem Fachpersonal selten, sondern ist auch bei Sozialarbeitenden wenig zu beobachten. Zudem wurde durch Erzählungen und einzelne Gespräche deutlich, dass der Belastungsgrad bei Angehörigen depressiver Menschen, insbesondere bei Partnerinnen und Partner, als hoch bewertet wird.

## **1.2. Fragestellung, Ziel der Arbeit**

In den letzten Jahrzehnten waren Angehörige von psychisch erkrankten Personen Gegenstand von diversen empirischen Untersuchungen, welchen zu entnehmen ist, dass Angehörige verschiedenen Belastungsfaktoren ausgesetzt sind. Dabei existieren unterschiedliche empirische Belege dafür, ob je nach Verwandtschaftsgrad oder Enge der Beziehung die Auswirkungen von psychischen Störungen unterschiedlich ausfallen. Bei vielen Publikationen wurde nicht explizit zwischen Kindern, Eltern, Freunden oder anderen Bezugspersonen unterschieden. Ausserdem wurden jeweils Angehörige von Personen mit verschiedenen psychischen Störungen zusammen untersucht. Diese Thesis will spezifisch über das Störungsbild Depression sowie über die Angehörigenuntergruppe Partnerinnen und Partner Erkenntnisse erheben.

Ausgehend vom aufgearbeiteten Forschungsstand werden in dieser Thesis folgende Fragestellungen untersucht:

*Welche Belastungen erleben Partnerinnen und Partner im Zusammenleben und in der Beziehung mit einem depressiven Menschen und welche Umgangsformen werden von ihnen angewendet? Wie können Sozialarbeitende dabei, insbesondere mit systemischer Beratung, unterstützend wirken?*

Die Thesis beabsichtigt anhand von erlebten depressiven Symptomen der Partnerin resp. des Partners auf emotionale sowie alltägliche Belastungen zu schliessen. Dabei soll zudem das subjektiv erlebte Ausmass der Belastungen erfasst werden. Anhand von den Belastungen sollen in einem weiteren Schritt die Reaktionen, Umgangsformen sowie Bewältigungsstrategien der Partnerinnen und Partner erhoben werden. Dabei ist der erlebte Erfolg dieser Umgangsformen von Interesse. In einem nächsten Schritt will diese Thesis die Wirksamkeit systemischer Beratung spezifisch auf belastete Paare prüfen. Anhand dieser Erkenntnisse sollen Schlüsse für Sozialarbeitende, welche mit depressiven Menschen resp. ihren Partnerinnen oder Partner arbeiten, gezogen werden. Dabei ist einerseits die Frage zu beantworten, wie der Einbezug von Partnerinnen und Partner geschehen soll. Andererseits soll geklärt werden, wie eine, auf die belastende Situation von betroffenen Paaren ausgerichtete, systemische Beratung aussehen sollte.

### **1.3. Aufbau der Arbeit**

Die vorliegende Thesis ist grundsätzlich in drei Teile aufgeteilt. In einem ersten Teil erfolgt eine theoretische Einbettung in den Themenbereich der Thesis. Anschliessend wird bezüglich der ersten Forschungsfrage die empirische Untersuchung dargelegt. In einem dritten Teil werden die Ergebnisse mit dem aktuellen Forschungsstand in Bezug gesetzt und die systemische Beratung auf die Ergebnisse angewendet. Im Folgenden werden die drei Teile detaillierter aufgeführt.

Im ersten Kapitel dieser Thesis wird einleitend das Gebiet Psychiatrie sowie die psychiatrische Behandlung in Kliniken betrachtet. Darin findet ebenfalls die Klinische Soziale Arbeit sowie die Angehörigenarbeit im psychiatrischen Kontext Eingang. Anschliessend wird im Hinblick auf die Belastungen von Partnerinnen und Partner von depressiven Menschen auf das Störungsbild Depression eingegangen. Dabei werden verschiedene Aspekte wie Formen von Depression, Diagnose, insbesondere die Symptome sowie der Verlauf der Störung thematisiert. Zusätzlich wird die Verteilung sowie die Entstehung des Störungsbildes behandelt. Des Weiteren wird in mehreren Kapiteln auf Angehörige im Allgemeinen und auf die Untergruppe Partnerinnen und Partner psychisch Kranker resp. depressiv erkrankter

Personen eingegangen. Darin werden Belastungen von Angehörigen sowie mögliche Auswirkungen auf die Partnerschaft behandelt. Zudem wird für ein Verständnis der Umgangsformen von Partnerinnen und Partnern depressiv erkrankter Personen auf den Bewältigungsprozess, Bewältigungsformen, sowie Bewältigungsstrategien eingegangen.

In einem weiteren Schritt wird auf Basis von Konzepten aus dem Pflegebereich der Einbezug von Angehörigen im psychiatrischen Kontext sowie Angehörigenunterstützung thematisiert. Um die zweite Forschungsfrage theoretisch zu untermauern, wird anschliessend auf Beratungsgespräche mit Angehörigen, systemische Beratung sowie auf Paarberatung eingegangen.

Im empirischen Teil der Thesis werden sowohl das methodische Vorgehen sowie die eruierten Ergebnisse dargestellt. Anhand von problemorientierten Interviews wird das Belastungserleben von Partnerinnen und Partner, deren Umgangsformen mit den erlebten Belastungen sowie die erlebte Unterstützung untersucht. Nach dem Diskussionsteil werden Schlüsse anhand der erlangten Erkenntnisse für die Soziale Arbeit gezogen.

## 2. Psychiatrie

Der Begriff *Psychiatrie* stammt aus dem Griechischen und wird aus zwei Begriffen zusammengesetzt: Seele (griech. *psyche*) und ärztliche Heilkunde (griech. *iatreia*). Die Psychiatrie ist ein Gebiet der Medizin, welches sowohl die Lehre und Erforschung der psychischen Störungen und Erkrankungen von Menschen als auch die Diagnostizierung und Behandlung beinhaltet (Paulitsch & Karwautz, 2008, S. 13). Das Gebiet der Psychiatrie umfasst zahlreiche Teilgebiete wie die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Gerontopsychiatrie, die forensische Psychiatrie oder die klinische Psychiatrie und die Sozialpsychiatrie. Während beispielsweise die klinische Psychiatrie die „klinischen Erscheinungen psychischer Störungen und deren Ätiologie, Diagnostik, Therapie und Prävention“ (Hell, Endrass, Vontobler & Schnyder, 2011, S. 16) behandelt, setzt sich die Sozialpsychiatrie mit den sozialen Beziehungen von Menschen mit einer psychischen Störung und deren Umfeld auseinander. Dieser soziale Faktor wird im Gebiet der Sozialpsychiatrie im Zusammenhang mit der Entstehung, dem Verlauf und der Behandlung einer Krankheit betrachtet (Hell et al., 2011, S. 16).

In der Psychiatrie stehen im klinischen sowie im wissenschaftlichen Bereich nebst der Medizin andere Disziplinen und Teildisziplinen wie beispielsweise die Biologie, die klinische Psychologie, die Psychotherapie, die Soziologie, die Pflegewissenschaft usw. miteinander in Beziehung. Grund dafür ist die Grundannahme, dass die biologischen, psychischen und sozialen Aspekte, die mit dem Erscheinungsbild einer psychischen Störung sowie deren Entstehung und Verlauf zusammenhängen, in einer Wechselbeziehung zu einander stehen

(Paulitsch & Karwautz, 2008, S. 13). Der Einbezug dieser verschiedenen Aspekte ist heute in der Psychiatrie vorherrschend und wird u.a. als „biopsychosozial[er] oder ‚pluridimensional[er]“ (Paulitsch & Karwautz, 2008, S. 13) Ansatz bezeichnet. Dieser Ansatz bzw. dieses Krankheitsmodell in der Psychiatrie zeigt auf, dass es eine Krankheit in mehreren Dimensionen zu betrachten gilt, um eine Gesamtdiagnose erstellen und somit einen koordinierten interprofessionellen Hilfeplan erarbeiten zu können.

### Psychiatrische Versorgung

„Eine Theorie der Entstehung und Behandlung der psychiatrischen Erkrankungen sowie ein Versorgungssystem bildeten sich im 18. Jahrhundert heraus“. (Bosshard, Ebert, & Lazarus, 2013, S. 19) Die heutige psychiatrische Versorgung von Menschen mit einer psychischen Störung charakterisieren Klecha und Borchardt (2007) mit folgenden drei Säulen:

- Die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung, welche in Kombination ein breites Spektrum der psychischen Störungen hinreichend behandeln kann
- Die zeitlich begrenzte Rehabilitation
- Die Inklusion in die Gesellschaft

(S. 9)

Die *psychiatrische Behandlung* beinhaltet sowohl die somatische Behandlung, bei welcher der Einsatz von Psychopharmaka im Zentrum steht, wie auch die soziale Therapie, in welcher auf die gegenseitige Beeinflussung vom Betroffenen und dessen sozialen Umfeld Einfluss genommen wird und schliesslich das ärztliche Gespräch. Bei der Behandlung von psychischen Störungen ist die *psychotherapeutische Behandlung* ein weiteres zentrales Element, wobei die Verhaltenstherapie, die psychodynamische Psychotherapie und störungsspezifische Verfahren (bspw. die Interpersonelle Psychotherapie bei Depression) angewendet werden (ebd.).

Die *Rehabilitation* als zweite Säule der psychiatrischen Versorgung kommt dann zur Anwendung, wenn eine rezidivierende Störung, eine Chronifizierung des Krankheitsverlaufs oder eine therapieresistente Störung vorliegt. Die Betroffenen sind trotz adäquater Behandlung meist in ihrer Teilhabe an alltäglichen Bereichen wie Arbeit und sozialem Umfeld eingeschränkt, weshalb die Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen medizinische, berufliche, soziale und pädagogische Massnahmen zur Partizipation in den verschiedenen Lebensbereichen und der eigenen Lebensgestaltung umfasst (ebd.).

Sind die Rehabilitationsfähigkeiten und -möglichkeiten eines Betroffenen erschöpft oder ausgeschöpft und besteht weiterhin ein Hilfebedarf, rückt die dritte Säule (*Inklusion in die Gesellschaft*) in den Vordergrund. Dabei werden längerfristige psychosoziale

Unterstützungen oder Hilfen notwendig, wie beispielsweise betreutes Wohnen (ebd.). Ausserdem unterscheiden Klecha und Borchardt bei der psychiatrischen Versorgung in Einrichtungen zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungen. Die *stationäre Abteilung* einer psychiatrischen Einrichtung ist mit einer gewissen Anzahl psychiatrischer Betten ausgestattet und für eine Region mit entsprechender Zahl an Einwohnerinnen und Einwohner und deren psychiatrischer Gesundheitsversorgung zuständig. Die Anzahl psychiatrischer Betten sowie die durchschnittliche Belegdauer haben sich im Vergleich zum vorigen Jahrhundert stark verringert. Dies bedeutet, dass heute die Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten in einer psychiatrischen Einrichtung relativ kurz ausfällt, dafür mehr Aufnahmen verzeichnet werden. Der Begriff „Drehtürpsychiatrie“ ist dafür bezeichnend (S. 25).

Unter anderem werden Menschen in einer akuten psychischen Krise und Menschen mit akuten und schweren Krankheitssymptomen stationär behandelt (S. 26). Das Behandlungsteam in einer stationären Abteilung setzt sich aus verschiedenen Fachdisziplinen zusammen und steht unter ärztlicher Leitung. Zu den Fachdisziplinen einer stationären Behandlung zählen Ärztinnen und Ärzte, Pflegerinnen und Pfleger, Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeuteninnen und Psychotherapeuten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Körpertherapeutinnen und Körpertherapeuten usw. (ebd.). Daraus ergeben sich Leistungen wie die Erstellung von Diagnosen, verschiedene Therapieangebote, Belastungserprobung, Unterbringung und Verpflegung (S. 114).

Tages- und Nachtkliniken, Wohnheime und geschützte Werkstätten hingegen sind Bereiche mit einer *teilstationären* Versorgungsstruktur. Die Tagesklinik dient als Überbrückung vom stationären Aufenthalt zur ambulanten Behandlung und Betreuung oder als temporäre Stabilisierung bei einer Krise oder nach einer akuten Episode. Die Patientinnen und Patienten leben ausserhalb der Psychiatrie und kommen tagsüber in die psychiatrische Einrichtung. Im Zentrum steht die psychische Stabilisierung sowie die Tagesstruktur der Patientinnen und Patienten. Die Tageskliniken bieten eine breite Palette an Therapie- und Beschäftigungsangeboten, welche die Patientinnen und Patienten in Anspruch nehmen können, und welche sich je nach Einrichtung stark unterscheiden (S. 25-26).

Die Wohnheime sind eine Unterbringungsform für Patientinnen und Patienten, welche von Pflegenden und/oder Sozialarbeitenden betreut oder begleitet werden. Geschützte Werkstätten gehören ebenfalls zu den teilstationären Einrichtungen. Psychisch Kranke oder Menschen mit einer Behinderung erhalten dort einen Arbeitsplatz in einem geschützten Rahmen, welcher sich nach ihren Möglichkeiten und Fähigkeiten richtet. Im Fokus steht

hierbei eine berufliche Wiedereingliederung oder eine dauerhafte Arbeit im zweiten Arbeitsmarkt (S. 26-28).

Zur *ambulanten Versorgung* gehören beispielsweise Ambulatorien, welche jeweils einer Klinik oder einem Spital angegliedert sind. Ambulante Behandlungen werden meist durch Fachärzte und Fachärztinnen der Psychiatrie, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Sozialarbeitende ausgeführt, wobei je nach Klinik das Behandlungsangebot variiert. Die Patientinnen und Patienten leben ausserhalb der psychiatrischen Einrichtung und nehmen punktuell das ambulante Angebot wahr (S. 28-29).

## 2.1. Die Soziale Arbeit in der Psychiatrie

Wie oben deutlich wurde, ist die Soziale Arbeit in der Praxis im Gesundheitssystem bzw. im Arbeitsfeld der Psychiatrie ein Bestandteil des Versorgungsapparats. Geschichtlich gesehen weist die Soziale Arbeit eine lange Tradition im Gesundheitswesen auf und verfolgt seit ihren Ursprüngen in der Armutsbekämpfung fürsorgliche und resozialisierende Ziele. Mit der Auflösung der Anstaltspsychiatrie um die 1970er Jahre und mit dem Aufkommen der Sozialpsychiatrie wuchsen die Argumente der Sozialen Arbeit im Bezug auf die Bedeutung ihrer Profession in der Psychiatrie und auf ihre Relevanz in der interdisziplinären Versorgung (Sommer, Dällenbach, Rügger & Hollenstein, 2016, S. 9). Trotzdem kommt der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen nach Einschätzung von Sommer et al. (2016) aktuell noch immer ein vergleichsweise geringes Ansehen von Seiten der etablierten Disziplinen zu (S. 11). Sie werde eher als eine „funktional enggeführte Hilfsprofession“ (ebd.) betrachtet. Angesichts der neueren Literatur zur klinischen Sozialarbeit wird jedoch klar, dass aktuell starke Bestrebungen bestehen, eine konzeptionelle und theoretische Grundlage für die klinische Sozialarbeit als eigenständige Fachdisziplin aufzubauen. Pauls (2013) bezeichnet das sozialarbeiterische Berufsfeld im Gesundheitswesen als klinische Sozialarbeit. Er definiert sie als „integrierten professionellen Ansatz zur Verbesserung der psychosozialen Passung zwischen Klientin oder Klient bzw. Klientensystem und Umwelt. Klinische Sozialarbeit ist eine spezialisierte beratende und behandelnde Soziale Arbeit in den Feldern des Sozial- und Gesundheitswesens“ (S. 17).

Die klinische Sozialarbeit trägt als gesundheitsfördernde Fachsozialarbeit einen Teil zur Rehabilitation von psychisch erkrankten Menschen bei (Homfeldt, 2013, S. 20). In Ergänzung zu den anderen Disziplinen (Psychologie, Medizin und Pflege) hat die klinische Sozialarbeit (psycho)soziale Problemlagen von psychisch erkrankten Menschen zum Gegenstand ihres professionellen Handelns (Lindenau, 2008, S. 193). Die Lebensbewältigung, die selbständige und selbstbestimmte Lebensführung sowie die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sind dabei Grundpfeiler. Dies bedeutet, dass sich die klinische

Sozialarbeit im Spannungsfeld zwischen individuellen Bedürfnissen sowie Fähigkeiten der Betroffenen und den gesellschaftlichen Bedingungen und Anforderungen bewegt (Bosshard et al., 2013, S. 49). In anderen Worten gestaltet sie institutionelle Übergänge und die Förderung von Inklusion in gesellschaftlichen und alltäglichen Bereichen wie Bildung, Arbeit, Wohnen, Versorgung, Koordination von Leistungsträgern, gesundheitlichem Wohlergehen und Kommunikation (Homfeldt, 2013, S. 20).

## 2.2. Angehörige in der Psychiatrie

Durch die Veränderung der Psychiatrie hat sich auch die Rolle von Angehörigen in einem psychiatrischen Behandlungsprozess stark gewandelt. Angehörige galten noch vor einigen Jahrzehnten eher als "Störenfriede", welche sich in medizinische Angelegenheiten einmischten, wenn sie nicht sogar als Ursprung und Erklärung für die psychische Krankheit bzw. Störung der Betroffenen betrachtet wurden (Scherer & Lambert, 2017, S. 12). Nach umfassenden Psychiatriereformen und einem neuen Auftrag wurden viele Betroffene nach einer stationären Behandlung wieder zurück nach Hause verlegt, wo sich dann die Angehörigen weiter um sie zu kümmern hatten. Dadurch erhielten die Angehörigen eine neue Rolle. Die Angehörigen waren zudem bei den neu aufkommenden therapeutischen Interventionen von grossem Interesse für die Anamnese, sowie für die Psychopathologie (ebd.). Der Beginn der Angehörigenbewegung in Europa ist in den 70er Jahren zu finden. Diese hatte hauptsächlich zwei Ziele für sich definiert: Selbsthilfe und gesundheitspolitische Aktivität (S. 13). Heute treffen Fachpersonen häufig auf informierte und kompetente Angehörige, welche eine partnerschaftliche Kooperation anstreben. Der Einbezug von Angehörigen ist heute ebenso zentraler geworden: In Psychiatrien wird auf Angehörigenberatung aufmerksam gemacht. Die Messung der Zufriedenheit von Angehörigen ist wichtig für den Qualitätsstandard von Institutionen, in welchen Angehörige als Anspruchsgruppe definiert werden (ebd.). Mit dem aktiven Einbezug von Angehörigen und einer entsprechenden Öffentlichkeitsarbeit wird heute versucht, einen Beitrag gegen die Stigmatisierung sowie zur Sensibilisierung gegenüber der Situation von Angehörigen zu leisten. Angehörige sind gesundheitspolitisch gesehen wichtige Leistungsbringer (S. 14). Durch den Abbau von Betten in Psychiatrien in den letzten dreissig Jahren wurde die Belastung für Angehörige von Betroffenen grösser (ebd.). Mit dem Aufkommen des Vulnerabilität-Stress-Modells<sup>1</sup> als Erklärung für die Entstehung psychischer Störungen wurde

---

<sup>1</sup> „Gemäss eines Vulnerabilitäts-Stress-Modells wird angenommen, dass prädisponierende konstitutionelle Faktoren genetischer bzw. familiengenetischer Art und frühe adverse soziale und umwelt-bezogene Ereignisse und Bedingungen zur Ausbildung einer erhöhten Vulnerabilität beitragen, die sich wiederum über entwicklungsbiologische, psychologische und soziale Prozesse weiter akzentuieren oder abschwächen kann.“ (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 891).

der Fokus zunehmend auf die stützende Funktion von Angehörigen sowie den positiven Einfluss, welchen sie auf die Betroffenen ausüben können, gelegt (ebd.). Um Partnerinnen und Partnern, Familienmitgliedern und sonstigen Angehörigen die Möglichkeit zu geben, eine stützende Rolle einzunehmen, benötigen sie Unterstützung und Informationen von Fachpersonen (S. 15). Nach Jungbauer (2005) besteht die sogenannte Angehörigenarbeit darin, den betroffenen Familien oder Paaren Unterstützung anzubieten und sie beim Umgang mit ihren Sorgen und Belastungen zu begleiten (S. 30). Dabei denkt Jungbauer neben dem Einbezug von Angehörigen auch an die direkte Hilfe, Begleitung und Entlastung von Angehörigen. Der professionelle Einbezug der Angehörigen in der Psychiatrie wird in Kapitel 5 eingehender behandelt.

### **3. Depression**

Um ein differenziertes Verständnis der Belastungen erhalten zu können, welche Partnerinnen und Partner von depressiven Menschen erleben, wird im Folgenden relevantes Wissen über das Störungsbild Depression dargelegt. Die Auswahl der dargestellten Wissensbestände wurde für eine Leserschaft getroffen, welche mit depressiven Menschen arbeitet, jedoch über keine medizinische Ausbildung verfügt.

Das Störungsbild Depression gehört diagnostisch zu den affektiven Störungen. Bei diesen sind die Stimmung sowie die Affektivität der betroffenen Menschen über eine längere Zeit verändert. Affektivität meint das gesamte Gefühls- und Gemütsleben, dies umfasst Affekte, Stimmungen und Emotionen (Drong & Lachemann, 2016, S. 39). Von aussen betrachtet zeigt sich das Störungsbild Depression hauptsächlich durch einen reduzierten Antrieb, eine deprimierte Stimmung sowie Interessens- und Lustlosigkeit (Bull, 2015, S. 121). Die Depression beeinflusst und verändert den gesamten Menschen: das Gefühlsleben, die Leistungsfähigkeit, das inhaltliche und formale Denken, den Antrieb, das Interesse und kann zudem somatische Beschwerden hervorrufen (Hautzinger, 2006, S. 8-9). Es ist jedoch nicht jede traurige Stimmung und betrübte Gefühlslage mit einer Depression gleichzusetzen (S. 8).

#### **3.1. Formen von Depression**

Nach heutigen Erkenntnissen kann eine depressive Störung in unterschiedlichen Formen auftreten. In den untenstehenden Kapiteln wird auf eine einzelne depressive Episode, sich wiederholende depressive Episoden, eine langjährige weniger ausgeprägte depressive Stimmung sowie auf die manisch-depressive respektive die bipolare Störung eingegangen. Diese werden in dieser Arbeit der Vollständigkeit wegen genannt, aber nur kurz ausgeführt.

### 3.1.1. Major Depression

Es kann zwischen einer einzelnen Episode einer Major Depression sowie einer rezidivierenden (wiederkehrenden) Major Depression unterschieden werden. Nach dem DSM-5 muss Folgendes erfüllt sein, damit von einer einzelnen depressiven Episode gesprochen werden kann:

#### Major Depression, einzelne Episode (ICD-10: F32)

- A) Das Vorhandensein einer einzelnen Episode einer Major Depression.
- B) Die Episode kann nicht besser durch eine schizoaffektive Störung erklärt werden und überlagert nicht eine Schizophrenie, schizophrenieforme Störung, wahnhaftige Störung oder psychotische Störung.
- C) Es trat niemals eine manische Episode, eine gemischte Episode oder eine hypomanische Episode auf.

(Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 881)

Die Episoden der Major Depression werden diagnostisch nach den Schweregraden leicht, mittel, und schwer unterschieden (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 882). Zudem wird nach dem Vorliegen weiterer Symptome (wie z.B. psychotischen oder melancholischen Merkmalen) und bestimmter angenommener Ursachen (z.B. Post-partum-Beginn) differenziert (ebd.). Etwa die Hälfte aller Betroffenen befinden sich nur ein Mal in ihrem Leben in einer depressiven Episode (ifightdepression, 2016). Die durchschnittliche Dauer einer Episode einer Major Depression liegt bei vier bis acht Monaten (ebd.). Zudem muss sie mindestens zwei Wochen andauern, kann sich aber auch über Monate bis zu Jahren hinziehen.

Sobald sich die depressiven Episoden wiederholen, wird von einer rezidivierenden Depression gesprochen. Um eine solche Diagnose zu erfüllen, muss nach DSM-5 Folgendes zutreffen:

#### Major Depression, rezidivierend (ICD-10: F33)

- A) Das Vorhandensein von zwei oder mehreren Episoden einer Major Depression (Episoden werden als getrennt gewertet, wenn in einem mindestens zweimonatigen Intervall die Kriterien für eine Episode einer Major Depression nicht erfüllt sind.).
- B) Die Episode kann nicht besser durch eine schizoaffektive Störung erklärt werden und überlagert nicht eine Schizophrenie, schizoprenieforme Störung, wahnhaftige Störung oder nicht näher bezeichnete psychotische Störung.

- C) In der Anamnese gab es niemals eine manische Episode, eine gemischte Episode oder eine hypomane Episode (Dieser Ausschluss gilt nicht, wenn alle einer manischen, gemischten oder hypomanen Episode ähnlichen Symptombilder substanz- oder behandlungsindiziert oder die direkte Folge eines medizinischen Krankheitsfaktors waren.).

(Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 881)

Auf der Abbildung 1 wird ersichtlich, dass sowohl die depressiven Episoden als auch das freie Intervall unterschiedlich lange andauern können. Ebenso kann sich die Schwere der depressiven Episoden unterscheiden.

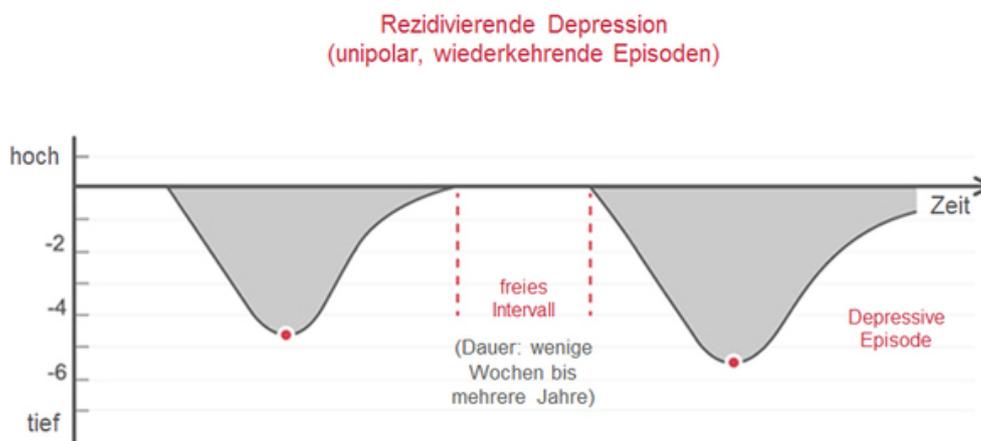


Abbildung 1. Verlauf einer rezidivierenden Major Depression. Nach ifightdepression, 2016.

### 3.1.2. Dysthymie

Bei einer Dysthymie bestehen die depressiven Symptome akut weniger stark ausgeprägt, sie sind jedoch langjährig. Das Hauptmerkmal der dysthymen Störung ist eine depressive Verstimmung an der Mehrzahl der Tage über mindestens zwei Jahre hinweg (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 882). Es dürfen dabei jedoch nicht alle Kriterien für eine Major Depression erfüllt sein. Auf der folgenden Abbildung ist der Verlauf einer Dysthymie dargestellt.

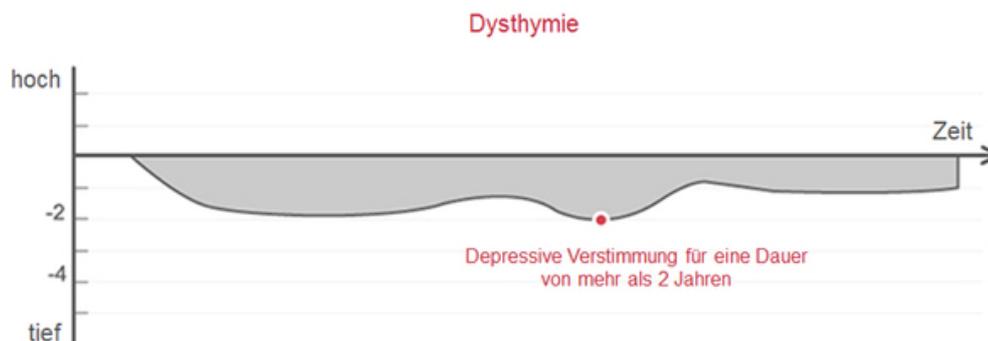


Abbildung 2. Verlauf einer Dysthymie. Nach ifightdepression, 2016.

Für die Diagnose *Dysthymie* müssen neben der depressiven Verstimmung zusätzlich mindestens zwei der folgenden Symptome bestehen:

- Energiemangel oder Erschöpfung
- Freudlosigkeit
- Appetitlosigkeit oder übermässiges Bedürfnis zu essen
- Schlaflosigkeit oder übermässiges Schlafbedürfnis
- Geringes Selbstwertgefühl
- Konzentrationsstörungen oder Entscheidungsschwierigkeiten
- Hoffnungslosigkeit

(Hautzinger, 2006, S. 14).

Von einer „Double Depression“ wird gesprochen, wenn nach einer mindestens zweijährigen dysthymen Symptomatik eine Episode einer Major Depression auftritt (ebd.).

### **3.1.3. Bipolare Störung**

Bei dieser Störungsform treten neben den depressiven (entsprechen den Merkmalen der Episoden der Major Depression) auch manische Phasen auf. Im Gegensatz zu der unipolaren Depression, ist die bipolare Störung nach Klicpera (2009) stärker genetisch verankert (S. 79). Die Merkmale einer manischen Episode sind folgende:

- A) Manische Episode sollte mindestens eine Woche dauern.
- B) Abnorme, anhaltende gehobene, expansive oder reizarme Stimmung besteht über die meiste Zeit des Tages.
- C) Mindestens drei oder mehr zusätzliche Symptome (in deutlichem Ausmass):
  - übersteigertes Selbstwertgefühl, Grössenideen
  - vermindertes Schlafbedürfnis (3 Stunden Schlaf reichen aus)
  - vermehrte Gesprächigkeit, Rededrang
  - Ideenflucht, Gedankenrasen
  - erhöhte Ablenkbarkeit, Beschäftigung mit irrelevanten Reizen
  - Gesteigerte Betriebsamkeit, psychomotorische Unruhe
  - übermässige Beschäftigung mit angenehmen Aktivitäten, die unangenehme Folgen haben
- D) Einbusse der Leistungsfähigkeit und des sozialen Funktionsniveaus

(Hautzinger, 2006, S. 15).

Den Betroffenen scheint es in manischen Phasen objektiv gesehen oftmals gut zu gehen, da sie viel Energie haben und über ein hohes Selbstwertgefühl verfügen. Es kann jedoch auch zu aggressiven Stimmungen und Gereiztheit kommen (ebd.). Das Umfeld einer manisch-depressiven Person wird von den Betroffenen häufig als bremsend erlebt. Sobald die Stimmung dreht und eine depressive Episode beginnt, wird diese häufig als schlimmer erlebt, als dies bei unipolaren Erkrankungen der Fall ist (ebd.). Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass ein und dieselbe Person sich innert kürzester Zeit sehr verändern kann. In den manischen Phasen begehen die Betroffenen häufig Taten oder treffen Entscheidungen, welche dramatische Konsequenzen auf das Leben der bipolaren Person und deren Umfeld haben. Diese sind meist schwerwiegender als in depressiven Phasen.

### 3.2. Diagnose

Die moderne Diagnostik wird für das Identifizieren und Zuordnen einer Krankheit bzw. einer Störung (deskriptive Funktion) sowie für das Einteilen des Störungsbildes in eine Klasse oder einen Abschnitt (klassifikatorische Funktion) genutzt (Paulitsch & Karwautz, 2008, S. 75). Diese Diagnose erleichtert das Auswählen der passenden Behandlungsmethoden. Durch das Erstellen einer Diagnose kann zudem eine prognostische Aussage über die Therapierbarkeit gemacht werden, sie dient der Dokumentation und hat bezüglich der Psychoedukation auch eine therapeutische Funktion (ebd.). In der Psychopathologie<sup>2</sup> wird von *Symptomen* (krankhaft werden Symptome erst, wenn sie durch eine bestimmte Schwere, Häufigkeit und Dauer zu einer Belastung für die Betroffenen führen), *Syndromen* (Kombination von Symptomen, bestimmte Konstellationen sind entsprechend für bestimmte Krankheiten bzw. Störungsbilder typisch) und schliesslich *Störungen* bzw. *Krankheiten* gesprochen (S. 87). Sobald Ursache, Symptomatik, Verlauf, Prognose und Therapie einer Störung bekannt und vereinheitlicht oder mit einem entsprechenden Konzept untermauert sind, kann von *Krankheit* gesprochen werden (S. 79). „Der Ausdruck *Störung* ist zwischen den Begriffen *Syndrom* und *Krankheit* beheimatet und soll einen klinisch erkennbaren Komplex von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten anzeigen, der neben einer individuellen Belastung eines Patienten auch zu einer Beeinträchtigung von psychosozialen Funktionen führt. Hingegen sollte *Krankheit* – als Konzept – daher bei den meisten

---

<sup>2</sup> Psychopathologie: „Wissenschaftliche Methodenlehre der Psychiatrie zur Erfassung von abnormen seelischen Zuständen und Geisteskrankheiten aus den psychischen Veränderungen. Die Psychopathologie kann sich verstehen als die Wissenschaft von der Anwendung psychologischer Denkkategorien auf psychische Krankheiten bzw. psychisch Kranke. Sie untersucht somit die psychische Seite der Regeln psychischer Anomalien und psychischen Krankseins. – Die Psychopathologie hat keine eigene Geschichte, sondern folgt dem Lauf der allgemeinen Psychiatrie. Ihre praktischen Aufgaben sind die der Erkennung, Beschreibung und Analyse des psychischen Krankseins.“ (Peters, 2007, S. 440)

psychischen Phänomenen nicht verwendet werden, da bei ihnen sowohl Ursache als auch Therapie kontrovers diskutiert werden“ (ebd.).

Diagnosen von psychischen Störungen werden heute hauptsächlich mithilfe der folgenden Klassifikationssysteme vergeben:

- ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) von der Weltgesundheitsorganisation (WHO)
- DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) von der American Psychiatric Association (APA)

(Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 881)

Das DSM-5 handelt ausschliesslich von psychischen Störungen. Das ICD-10 hingegen beinhaltet sowohl somatische Krankheiten wie psychische Störungen, im Kapitel F sind die klinisch-diagnostischen Leitlinien zu psychischen Störungen zu finden. Der Abschnitt F3 beschreibt jegliche affektive Störungen. Folgende Diagnosen werden nach ICD-10 bei einer depressiven Störung vergeben:

Depressive Störungen: Diagnose nach ICD-10
<b>F32 Depressive Episode</b>
F32.0 Leichte depressive Episode
F32.1 Mittelgradige depressive Episode
F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychothische Symptome
F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F32.8 Sonstige depressive Episode
F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet
<b>F33.0 Rezidivierende depressive Störung</b>
F33.0 Rezidivierende depressive Störung, ggw. leichte Episode
F33.1 Rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradige Episode
F33.2 Rezidivierende depressive Störung, ggw. schwere Episode ohne psychotische Merkmale
<b>F34 Anhaltende affektive Störung</b>
F34.0 Zylothyme Störung (Zyklothymia)
F34.1 Dysthyme Störung (Dysthymia)
F34.8 Sonstige anhaltende affektive Störung
F34.9 Anhaltende affektive Störung
<b>Sonstige</b>
F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt
F31 Bipolare Störungen (siehe dort)

Abbildung 3. Depressive Störungen: Diagnose nach ICD-10. Nach Dr. Elze, 2016.

In dieser Thesis wird hauptsächlich auf F33.0, die rezidivierende depressive Störung, eingegangen.

### 3.3. Symptome der Depression

Nach dem DSM-5 muss Folgendes erfüllt sein, um eine depressive Episode zu diagnostizieren:

- A) Mindestens fünf der folgenden Symptome sind über zwei Wochen aufgetreten und mindestens eines ist (1) depressive Verstimmung oder (2) Verlust an Interesse oder Freude.
1. depressive Verstimmung an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages
  2. deutlich vermindertes Interesse oder Freude an (fast) allen Aktivitäten, an fast allen Tagen
  3. deutlicher Gewichts-/Appetitsverlust oder Gewichtszunahme/Appetitsteigerung
  4. Schlaflosigkeit/vermehrter Schlaf an fast allen Tagen
  5. psychomotorische Unruhe/Verlangsamung an fast allen Tagen
  6. Müdigkeit/Energieverlust
  7. Gefühle von Wertlosigkeit/Schuld an fast allen Tagen
  8. Konzentrations- und Entscheidungsprobleme an fast allen Tagen
  9. wiederkehrende Gedanken an den Tod, wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung des Suizids
- B) Die Symptome erfüllen nicht die Kriterien der gemischten Episode.
- C) Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Einschränkungen.
- D) Die Symptome gehen nicht auf die direkte körperliche Wirkung von Substanzen (z.B. Kokainentzug) oder medizinische Faktoren (z.B. Hypothyreose) zurück.
- E) Die Symptome sind nicht besser durch einfache Trauer erklärbar (d.h. nach dem Verlust einer geliebten Person dauern die Symptome länger als zwei Monate an oder sie sind durch deutliche Funktionsbeeinträchtigungen, krankhafte Wertlosigkeitsvorstellungen, Suizidgedanken, psychotische Symptome oder psychomotorische Verlangsamung charakterisiert).
- (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 883)

In den folgenden Unterkapiteln werden die differenten Symptome, welche eine depressive Störung mit sich bringen kann, beschrieben. Dabei müssen neben den in der Diagnose genannten Symptome keine zusätzlichen bestehen um von einer depressiven Episode zu sprechen. Die folgenden emotionalen, kognitiven, physiologisch-vegetativen sowie verhaltenstechnischen und motorischen Symptome sind jedoch typisch für eine Depression.

### 3.3.1. Emotionale Symptome

Die Stimmung einer betroffenen Person zeigt sich meistens als „Mangel an emotionaler Ansprechbarkeit durch äussere Ereignisse“ (Klicpera, 2009, S. 75). Depressive Menschen geben zumeist an, dass sie sich niedergeschlagen, schwermütig und traurig fühlen (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 880). Neben der betrübten Stimmung führt die Depression häufig dazu, dass Betroffene eine starke Ängstlichkeit aufweisen (Klicpera, 2009, S. 75). Sie haben plötzlich vor Dingen und Situationen Angst, welche ihnen zuvor keine Mühe bereitet haben. Die Ängstlichkeit geht der depressiven Stimmung häufig voraus (ebd.). Neben der Ängstlichkeit kann auch ein Gefühl der Verzweiflung und somit der Hoffnungslosigkeit aufkommen (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 880). Durch die Depression können Betroffene mit Ärger schlechter umgehen und werden häufig reizbarer (Klicpera, 2009, S. 75). Die Reizbarkeit ist für das Umfeld besonders gut beobachtbar. Besonders bei Männern ist diese häufig sogar auffälliger als die depressive Verstimmung (ebd.). Mit der Depression geht häufig auch ein Gefühl von Einsamkeit einher (ebd.). Diese Einsamkeit entsteht durch das Gefühl, keine Menschen im sozialen Umfeld zu haben, welche einem wirklich nahe stehen. Zudem fühlen sich Betroffene häufig von niemandem geliebt. Dies gilt auch für Menschen, mit welchen sie bereits in einer engen Beziehung stehen, wie zum Beispiel die (Ehe-) Partnerin, der (Ehe-) Partner oder die Eltern. Das Gefühl von Wert- und Bedeutungslosigkeit fördert die Einsamkeit. Dies führt dazu, dass Betroffene „keinen Halt mehr haben und sich an nichts gebunden fühlen“ (ebd.). Eine weitere Auswirkung einer Depression sind Schuldgefühle. Diese hängen vom kognitiven Entwicklungsstand ab, somit unterscheidet sich die Intensität der Schuldgefühle je nach Alter der betroffenen Person (S.76). Zu den Schuldgefühlen kommt bei Depressivität auch eine Lustlosigkeit. Betroffene finden keine Tätigkeiten mehr, welche Ihnen Spass und Freude bereiten (ebd.). Dies gilt auch für Dinge, welche sie früher gerne getan haben. Die Lustlosigkeit kann zu einem Gefühl von Langeweile führen. Weiter fühlen depressive Menschen oftmals eine innere Leere, diese wird häufig auch als eine Gefühllosigkeit beschrieben (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 880). Somit empfinden Betroffene weder positive noch negative Gefühle. Diese beschriebenen Affektveränderungen können auch rein optisch – durch eine veränderte Körperhaltung und Mimik – beobachtet werden (ebd.).

### 3.3.2. Kognitive Symptome

Die Beeinträchtigung des Denkens von depressiven Menschen wurde von Aaron T. Beck in seiner mittlerweile klassischen Studie aufgezeigt: Die durch die Depression verursachte Beeinträchtigung im Selbstwertgefühl führt zu Selbstkritik, Sich-Herabsetzen und Selbsthass (Klicpera, 2009, S. 76). Diese negativen Gedanken gehen mit einem „Grübeln“ einher. Somit

haben Betroffene Zweifel und eine negative Einstellung gegenüber sich selber, den eigenen Fähigkeiten, dem eigenen Aussehen, der Umgebung sowie der Zukunft. Die negativen Selbstschemata sowie ein negativer Attributionsstil sind typisch für das Störungsbild Depression (S. 77). Zudem leiden Betroffene unter Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten, schwerfälligem und verlangsamtem Denken, Verzerrungen im Denken und übermässiger Besorgnis um die eigene körperliche Gesundheit (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 880). Die beschriebenen kognitiven Symptome sind auch im Verhalten von Betroffenen zu beobachten. Sie sind unsicher und es fehlt ihnen an Durchsetzungsfähigkeit (Klicpera, 2009, S. 76). Die Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls kann in extremen Fällen zum Zerstören von eigenen Gegenständen, zu Selbstverletzungen (ebd.) oder Suizidgedanken führen (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 880). Bei einer starken Ausprägung von einer Beeinträchtigung des Denkens kann es zu Wahn- bzw. wahnhaften Vorstellungen kommen, wobei Inhalte dieser Wahngedanken der depressiven Betrübnis entsprechen (Klicpera, 2009, S. 77).

### **3.3.3. Physiologisch-vegetative Symptome**

Wie bereits im Kapitel 3.3.1 erwähnt, verlieren Menschen durch eine Depression die Freude an Tätigkeiten, welche ihnen früher Spass bereitet haben. Antriebslosigkeit und Apathie stellen typische Symptome einer Depression dar (Klicpera, 2009, S. 76). Dies geht häufig mit einer Müdigkeit und Energielosigkeit einher (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 880). In besonders vielen Fällen leiden depressive Menschen unter Schlafstörungen, dies kann von Einschlafstörungen, zu Durchschlafstörungen bis zu einem krankhaft gesteigerten Schlafbedürfnis gehen (Klicpera, 2009, S. 77). Weiter kommt häufig ein sogenanntes „Morgentief“ (Schwierigkeiten am Morgen aus dem Bett zu kommen) bei depressiven Menschen vor (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 880). Dazu kommt bei Betroffenen eine Beeinträchtigung der Spontanität sowie eine Verlangsamung im Verhalten (Klicpera, 2009, S. 76). Andererseits kann eine depressive Störung auch zu einem unruhigen und agitierten Verhalten führen (ebd.). Eine Depression führt auch zu sozialer Isolation (ebd.). Dies geschieht durch einen Rückzug aus dem sozialen Netz und auch einem örtlichen Rückzug, indem sich die betroffene Person zum Beispiel zu Hause immer häufiger in ein Zimmer zurückzieht und an gemeinsamen Abendessen nicht mehr teilnimmt. In Bezug auf das Essverhalten kann eine Depression, wie die Diagnose bereits sagt, zu Appetitlosigkeit führen. Als weitere physiologisch-vegetative Symptome können Weinen, Libidoverlust, innere Unruhe, Spannungen, Wetterföhligkeit sowie allgemeine vegetative Beschwerden (u.a. Magenbeschwerden und Kopfdruk) genannt werden (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 880).

Neben den psychischen Symptomen leiden depressive Menschen sehr häufig auch unter körperlichen Beeinträchtigungen, dies können alltägliche somatische Beschwerden sein. In vielen Fällen ist bei depressiven Personen die Körperfunktion der Verdauung gestört (Klicpera, 2009, S. 77). In Bezug auf das Essverhalten kann jedoch auch eine Erhöhung der Nahrungszunahme ein Symptom einer depressiven Störung sein. Bei Kindern kann eine Depression zu einem Verlust der Kontrolle über Körperfunktionen führen, so dass es zum Einnässen oder -koten führt (ebd.). Neben einem allgemeinen körperlichen Unwohlsein sind bei Depression häufig Kopfschmerzen, Rückenschmerzen und andere chronische Schmerzen anzutreffen (ebd.).

### **3.3.4. Behaviorale/motorische Symptome**

Das Verhalten von depressiven Menschen kann durch eine verlangsamte Sprache und Motorik sowie eine geringe Aktivitätsrate gekennzeichnet sein. Häufig sind Betroffene in einer kraftlosen, gebeugten und spannungslosen Haltung anzutreffen (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 880). Das Gegenteil kann jedoch auch der Fall sein: ein nervöses, zappeliges und unruhiges Verhalten (ebd.). In Gesprächen mit depressiven Menschen sind eine maskenhafte traurige Mimik, ein weinerlich besorgter Gesichtsausdruck und die Vermeidung von Blickkontakt zu beobachten (ebd.). Ein weiteres Verhalten, welches im Zusammenhang mit Depression genannt werden muss, stellen Suizidhandlungen dar (dazu mehr im Kapitel 3.8.).

### **3.4. Verlauf**

Eine depressive Episode kann schleichend, jedoch auch sehr schnell beginnen. In den meisten Fällen dauert eine depressive Episode drei bis vier Monate an (insofern diese nicht behandelt wird), bis eine Remission eintritt (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 889). Die erste Episode im Leben kann in jedem Alter auftreten, der Mittelwert des Alters bei einer ersten depressiven Episode bei Erwachsenen liegt bei 25 bis 35 Jahren (ebd.). Bei etwa 5 – 10 % der Betroffenen ist ein chronischer Verlauf zu finden (Drong & Lachemann, 2016, S. 48).

#### Störungsverlauf einer Major Depression

Eine Major Depression verläuft in den meisten Fällen phasenhaft. Je höher die Anzahl der bereits durchlebten Episoden ist, desto wahrscheinlicher folgt eine Nächste (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 889). Die Verläufe der Major Depression sind sehr divergent (ebd.). Die Episoden können kurz aufeinander folgend auftreten oder es kann erst nach Jahren eine Nächste folgen. Ein ungünstiger Verlauf wird durch frühes Erstauftretungsalter, einen grösseren Schweregrad der depressiven Episoden, nur teilweise Remission, eine Double

Depression, familiär bedingte Prädisposition zu depressiven Störungen sowie komorbide Erkrankungen oder Störungen begünstigt (ebd.). Nach einer ersten depressiven Episode ist schwer vorauszusagen wie der zukünftige Verlauf sein wird und welche Diagnose gestellt werden kann.

### Störungsverlauf einer Dysthymie

Eine Dysthymie tritt häufig in einem jungen Alter (Kindheit, Jugendalter, frühes Erwachsenenalter) auf (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 890). Die dysthyme Störung verläuft, wie es die Diagnose bereits sagt, chronisch und langjährig. Eine spontane und vollständige Remission – ohne, dass sich die betroffene Person in Behandlung begibt – ist nur in 10 % der Fälle pro Jahr zutreffend (ebd.). Bei einer Dysthymie besteht ein erhöhtes Risiko, später an einer Major Depression zu erkranken (ebd.). Wenn die Dysthymie vor dem 21. Lebensjahr auftritt ist die Wahrscheinlichkeit einer Double Depression (bei diesem Störungsverlauf kommt es zu keiner vollständigen Remission zwischen den Verläufen und der Schweregrad der depressiven Episoden steigert sich von Mal zu Mal) erhöht (ebd.).

### **3.5. Ätiologie**

Grundsätzlich gilt heute, dass für die Entstehung einer Depression immer mehrere Faktoren zuständig sind. Es wird von einem multifaktoriellen Modell ausgegangen, wobei neurobiologische, genetische und auch psychosoziale Faktoren als Ursachen für das Entstehen und Auftreten einer depressiven Störung gesehen werden. (Paulitsch & Karwautz, 2008, S. 131) Nach heutigem Erkenntnisstand ist davon auszugehen, dass sich die Neurotransmitter (Botenstoffe) Serotonin, Noradrenalin und Dopamin bei depressiven Menschen nicht mehr genügend autonom regulieren (Ihde-Scholl, 2014, S. 69). Als *neurobiologischer Faktor* wird somit „das Konzept der Dysbalance von Neurotransmittersystemen“ (Paulitsch & Karwautz, 2008, S. 131) beziehungsweise ein Defizit von Serotonin und Noradrenalin betrachtet. Weiter werden „Regulationsstörungen im Hypothalamus-, Hypophysen-, Nebennierenrinden- und Schilddrüsenregelkreis als biologische Ursachen“ (ebd.) für das Auftreten einer Depression untersucht. Zusätzlich können somatische Erkrankungen sowie gewisse Medikamente ein Faktor für das Auftreten einer Depression sein. *Genetische Faktoren* gelten ebenso als Risikofaktoren für das Auftreten einer Depression (ebd.). Durch Studien konnte belegt werden, dass Kinder von depressiven Eltern ein erhöhtes Risiko haben, ebenfalls an Depression zu erkranken (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 891). Dies gilt besonders für die rezidivierende depressive Störung (Paulitsch & Karwautz, 2008, S. 131). Diverse psychosoziale Faktoren bzw. kritische Lebensereignisse gelten zudem als weitere Risikofaktoren für das Auftreten einer depressiven Störung. Solche „life events“ können Folgende sein: fehlende soziale Kontakte,

ein Verlust eines geliebten Menschen, Einsamkeit, ein Beziehungsabbruch bzw. eine Scheidung, Schwierigkeiten in der Partnerschaft, Alkoholabhängigkeit, somatische Erkrankungen oder auch eine Geburt (postnatale Depression) (ebd.). Nach Wiese, Lexow & Hahlweg (2008) "erweisen sich Konflikte und mangelnde Unterstützung in der Partnerschaft sowie die Unzufriedenheit mit der Partnerschaft als gute Prädiktoren einer späteren depressiven Erkrankung" (S. 224). Life events werden heute als Auslöser, jedoch nicht als eigentliche Ursache betrachtet. Dies geht mit dem Konzept von *Stressoren* (Auslöser für Stress) einher. Damit sind „äussere Reize (Lärm, Gefahrensituationen, Leistungsanforderungen), soziale Reize (soziale Isolation, soziale Ungleichheit, zwischenmenschliche Probleme) oder akute innere Konflikte“ (Nolting & Paulus, 2012, S. 171-172) gemeint. Live events gelten somit auch als Stressoren. Bei depressiven Menschen können jedoch auch bereits alltägliche Aufgaben wie zum Beispiel der Wocheneinkauf oder das Öffnen der Post Stress verursachen (Drong & Lachemann, 2016, S. 43). Als Stressoren können zudem Veränderungen jeder Art zählen, unabhängig davon ob diese als positiv oder negativ bewertet werden (ebd.). Dabei ist beispielsweise an einen Wohnortwechsel oder die Geburt des ersten Kindes zu denken (ebd.).

Aus unterschiedlichen Therapieschulen stammen zudem verschiedene Konzepte, welche das Entstehen einer Depression zu erklären versuchen. Dazu gehören kognitions-theoretische Modellvorstellungen wie die *erlernte Hilflosigkeit*<sup>3</sup> (Paulitsch & Karwautz, 2008, S. 131), das *kognitive Modell*<sup>4</sup> von A. T. Beck oder das *Verstärkerverlustmodell*<sup>5</sup> (Drong & Lachemann, 2016, S. 41). Das *integrative Entstehungsmodell* nach Daniel Hell geht davon aus, dass hinter einer Depression auch ein Sinn stecken kann (ebd.). Aus dieser Sicht wird die Depression zu einer Art Copingstrategie in einer Lebenskrise. Demnach entsteht eine Depression, wenn die Betroffenen weder – entsprechend dem Fight-or-Flight-Syndrom als Stressreaktion nach Walter Cannon (1915) (zit. nach Allwinn, 2010, S. 48) – fliehen noch angreifen können. Die Depression stellt einen Kompromiss dar und sollte als Hilferuf

---

<sup>3</sup> Das Konzept der erlernten Hilflosigkeit geht davon aus, dass ein depressiver Mensch mehrere negative Erfahrungen durchleben musste und diese nicht aus eigener Kraft beenden konnte. Dadurch lernt der depressive Mensch, dass er solchen Ereignissen ausgesetzt ist und es daher keinen Sinn macht zu handeln. Somit denkt der depressive Mensch, dass er selber nichts bewirken kann und negative Erlebnisse nicht veränderbar sind. Diese erscheinen allgegenwärtig und als nicht vorübergehend. (Drong & Lachemann, 2016, S. 42)

<sup>4</sup> Das kognitive Modell geht davon aus, dass durch wiederkehrend negative Erfahrungen, die zu negativen Gedanken über sich, die Umwelt sowie die eigene Leistungsfähigkeit führen, eine negative Sicht auf sich selbst sowie die Welt entwickelt wird. Somit werden negativen Erlebnissen besonders viel Aufmerksamkeit geschenkt (selektive Wahrnehmung) und diese werden internalisiert. (Drong & Lachemann, 2016, S. 41)

<sup>5</sup> Das Verstärkerverlustmodell basiert auf dem Konzept des Lernens durch Konditionierung. Dabei wird davon ausgegangen, dass eine Depression entstehen kann, wenn Verhalten nicht mehr oder nur noch gering verstärkt wird (Drong & Lachemann, 2016, S. 42). Somit kann fehlendes Vorhandensein von Verstärkern in der Umwelt sowie fehlendes Verhalten der betroffenen Person, welches verstärkt werden kann, zu einer Depression führen.

betrachtet werden (Paulitsch & Karwautz, 2008, S. 132). Aus sozialarbeiterischer Perspektive führen sozial belastende Lebenssituationen wie Verlust, Überforderung oder Kränkung (Volz, 2012, S. 24) oftmals zu einem Ausbruch von Ersterkrankungen (Hell et al., 2011, S. 118).

### **3.6. Komorbidität**

Depressive Störungen gehen häufig mit somatischen Beschwerden sowie mit anderen psychischen Störungsbildern einher (Baer et. al., 2013, S. 4). Durchschnittlich weisen 75 % der Menschen mit einer depressiven Störung einmal im Verlauf ihres Lebens eine weitere psychische Störung (ohne Schlafstörungen) auf (Lätsch, 2016, S. 8). Bei Betroffenen mit mittlerer bis starker Depression sind praktisch immer auch körperliche Beschwerden anzutreffen (Baer et. al., 2013, S. 4). Depressionen können jedoch auch als Begleiterscheinung von somatischen Krankheiten sowie psychischen Störungen auftreten. Das Vorliegen von komorbiden Störungen oder Erkrankungen geht nach heutigen Erkenntnissen mit einer grösseren Beeinträchtigung für die Betroffenen sowie mit einer ungünstigeren Prognose (bezüglich Schwere, Fortdauer der Depression sowie Rückfällen) einher (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 888). Dies gilt sowohl für die Depression als auch für die komorbid auftretende Krankheit oder Störung. Besonders häufig treten Schlafstörungen sowie Angststörungen, wie bereits auch als Symptome beschrieben, komorbid mit einer Depression auf (ebd.): Rund 80 % der depressiv Erkrankten weisen während den depressiven Episoden auch Schlafstörungen auf (Lätsch, 2016, S. 8). Unter Symptomen einer Angststörung leiden rund 60 % der Betroffenen (ebd.). Ausserdem sind Substanzstörungen (sog. Doppeldiagnosen) bei depressiven Menschen häufig anzutreffen (Lätsch, 2016, S. 8). Bezüglich körperlichen Erkrankungen ist bei Diabetes, koronaren Herzerkrankungen, Schlaganfällen, neuro-degenerativen Erkrankungen (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 888), Asthma und Infektionskrankheiten (Lätsch, 2016, S. 8) eine Komorbidität mit Depressionen gesichert. Bei Menschen mit einer Major Depression sind höhere Raten an somatischen Beschwerden und Krankheiten anzutreffen (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 888).

### **3.7. Epidemiologie**

Depression ist die am häufigsten anzutreffende affektive Störung, sowie eine der häufigsten psychischen Störungen überhaupt (Bull & Poppe, 2015, S. 120). Die WHO bezeichnet Depressionen als „wichtigster Einzelfaktor für psychische Gesundheitsprobleme und als häufigster Grund für lange Fehlzeiten und Behinderungen in Europa“ (Dold, 2015, S. 7). Die Lebenszeitprävalenz liegt bei Männern bei 9 %, bei Frauen sogar bei etwa 17 % (Wolfersdorf & Etztersdorfer, 2011, S. 11). Durchschnittlich erfolgen laut der WHO 25 % aller Arztbesuche

aufgrund einer Depression, in vielen Fällen wird diese jedoch nicht erkannt (Dold, 2015, S. 7). Etwa 50 % der depressiven Menschen erhalten keine entsprechende Behandlung (ebd.). Gemäss der schweizerischen Gesundheitsbefragung (sgB) leiden innerhalb von einem Jahr 5,2 % der Schweizer Bevölkerung an einer Major Depression (Baer et.al., 2013, S. 4). Personen in betreuten Einrichtungen sind dabei nicht berücksichtigt, daher kann von 7 % (was dem Forschungsstand nahekommt) ausgegangen werden. Nach heutigem Wissensstand ist die Anzahl von depressiven Störungen in den letzten Jahrzehnten angestiegen (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 885). Die Betroffenen leiden häufiger unter einer Major Depression als unter einer Dysthymie.

Obwohl eine depressive Störung jede und jeden treffen könnte, sind Risikofaktoren bekannt. Als solche sind Alter (nach Mitte der Adoleszenz), Geschlecht (weiblich) (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 886), wie bereits erwähnt psychosoziale Stressoren, Lebensereignisse und sonstige Stressoren, die geographische Region (Stadt) (S. 888), der Familienstand (getrennt, geschieden, verwitwet oder ledig), und der sozioökonomische Status (tiefer Bildungsstand sowie Arbeitslosigkeit) zu nennen (Baer et. al., 2013, S. 4). Nicht zu vergessen ist zudem der Risikofaktor der erblichen Veranlagung (Kessler & Hell, 2011, S. 105).

### **3.8. Suizidalität**

Bei Todesursachenmeldungen in der Schweiz infolge von Suizid weisen, sofern eine Angabe vorliegt (in 53 % gibt es keine Angabe zu Begleitkrankheiten), 56 % auf eine depressive Störung hin (Bundesamt für Statistik, 2016, S. 4). Bei einer Suizidhandlung ist zwischen einem Suizidversuch und einem erfolgten Suizid zu unterscheiden. Ein Suizidversuch stellt den grössten Risikofaktor für einen Suizid dar. Suizidversuche werden häufiger von Frauen und jüngeren Menschen begangen, Suizide häufiger von Männern und älteren Menschen (Wolfersdorf & Etztersdorfer, 2011, S. 31).

Die Abklärung der Suizidalität ist bei depressiven Menschen zentral, „denn keine andere psychische Störung führt wie die Depression mit einer lebensverneinenden und selbstdestruktiven Tendenz zur Entwertung der eigenen Person, mit Gefühlen der Existenziellen Bedrohtheit, der Hoffnungslosigkeit und Zukunftslosigkeit so nahe an Suizidalität heran“ (Wolfersdorf & Etztersdorfer, 2011, S. 147). Über den Zusammenhang einer depressiven Störung und Suizidalität kann nach heutigem Wissensstand Folgendes ausgesagt werden:

- Suizidgedanken: 40 – 80 % aller von einer Major Depression Betroffenen (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 889)

- Suizidversuche: 20 – 60 % aller von einer Major Depression Betroffenen (ebd.)
- Suizide: bei 15 % aller von einer schweren Major Depression Betroffenen, welche sich in einer psychiatrischen Behandlung befinden (Paykel, Brugha & Fryers, 2005, S. 416)

Menschen mit einer schweren Major Depression begehen umso häufiger Suizid, je schneller aufeinander und häufiger die depressiven Episoden auftauchen. Der Suizidversuch oder erfolgte Suizid geschieht bei depressiven Menschen meist nicht in der „Talzone“ der depressiven Störung, sondern danach, wenn es den Betroffenen wieder besser geht (David Lätsch, pers. Mitteilung, 10.3.2016). Zu diesem Zeitpunkt wissen sie (oder glauben zu wissen), was beim nächsten Mal erneut auf sie zukommt und haben genügend Energie um eine Selbsttötung vorzunehmen (ebd.) Um die Suizidalität eines depressiven Menschen abschätzen zu können ist es zentral, die in Tabelle 1 beschriebenen Anzeichen dafür zu kennen.

Tabelle 1

*Symptomatik von suizidal-depressiven Patientinnen und Patienten*

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kognitive Symptome</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gedanken von Wertlosigkeit, eine Belastung für andere zu sein</li> <li>• Gedanken von Schuld und Selbstanklage sowie Scham</li> <li>• (pseudo-) altruistische Gedanken (es wäre besser für die Welt ohne die eigene Person)</li> <li>• Fehlendes Selbstbewusstsein</li> <li>• Gedanken von Verlust der eigenen Wertigkeit für die Welt</li> <li>• Gefühle, Gedanken von Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit</li> <li>• Einengung im Denken, Unfähigkeit zur Ablenkung</li> <li>• Depressiver Wahn vom Untergang der eigenen Person (hypochondrischer Wahn, nihilistischer Wahn) und der Welt, von existentieller Bedrohung (Verarmung, Verelendung, Verhungern), von Schuld und Sühne</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychomotorische Symptome</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Innere Unruhe, äussere Agitiertheit</li> <li>• Zunehmender Antrieb – trotz depressiver Gestimmtheit (Stimmungs-Antriebsdissoziation)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychosomatische Symptome</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausgeprägte und anhaltende Schlafstörungen</li> <li>• Schlaflosigkeit</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>• Verhalten</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rückzug, Kontaktverlust und Beziehungsverlust</li><li>• Abweisende Zurückweisung von externer Kontaktaufnahme, Dissimulation, nicht-offene Suizidgedanken</li><li>• Appelle Hilfe zu benötigen, oder es bleibe einem nichts anderes übrig als sich zu töten, verbale Andeutungen der Ambivalenz</li></ul>
---	---

Nach Wolfersdorf und Etzersdorfer, 2011, S. 151.

Althaus und Hegerl (2004) nennen weitere Anzeichen von Suizidalität wie etwa drängende Suizidgedanken, offene oder verdeckte Ankündigung von Suizid, das Abschiednehmen von Menschen, das Verschenken von Gegenständen oder einen starken Handlungsdruck (Suizid wird als einziger Ausweg betrachtet) (S. 1131).

## 4. Angehörige und Belastungen

In diesem Kapitel stehen die Auswirkungen einer Depression auf Partnerinnen und Partner im Fokus. Dabei wird auf Studien zurückgegriffen, welche zum Teil auch jegliche psychische Störungen miteinbeziehen, zudem werden oftmals die Belastungen von Angehörigen und nicht im Speziellen von Partnerinnen und Partnern berücksichtigt. Im Folgenden wird einleitend eine Begriffserklärung vorgenommen, anschliessend werden Belastungen, welche Angehörige erleben sowie Modelle zu Stress und Copingstrategien aufgezeigt.

### 4.1. Begriffserklärung: Angehörige

Als *Angehörige* bezeichnen Scherer und Lampert Menschen, welche sich in einer emotionalen und vertrauensvollen Beziehung zur erkrankten Person befinden und unterschiedliche Rollen einnehmen (2017, S. 24). In zahlreichen englischen und amerikanischen Studien aus den letzten Jahrzehnten, in welchen die Belastungen von Angehörigen von psychisch Erkrankten untersucht wurden, wird die englische Bezeichnung „*Caregiver*“ als pflegende Angehörigen verwendet. Bei *Caregivers* handelt es sich nicht nur um pflegende, sondern auch um betreuende sowie behandelnde Angehörige, welche sich als unbezahlte Hilfe dem betroffenen Verwandten zur Verfügung stellen (Burfeind, 2011, S. 14). Perlick, Hohenstein, Clarkin, Kaczynski und Rosenheck (2005) formulieren folgende Merkmale, welche einem *Caregiver* zugeschrieben werden, jedoch lediglich drei davon müssen erfüllt werden:

- Ein *Caregiver* kann ein Elternteil, eine Partnerin, ein Partner oder eine andere verwandte Person sein,
- welche in einem regelmässigen Kontakt zur Patientin oder zum Patienten steht,
- finanzielle Unterstützung leistet (d.h. in finanzieller Notlage für die Person aufkommt),

- von der Schwere der Erkrankung weiss und
- den Behandelnden (wie beispielsweise das Behandlungsteam in der Klinik, psychiatrische oder psychologische Behandlungspersonen) bekannt ist und im Notfall kontaktiert werden kann (S. 126-135).

Carpenito (1995) spricht nicht von Angehörigen, sondern von Familie und meint damit das Unterstützungssystem der Patientin oder des Patienten aus dessen Lebenswelt. Daraus lässt sich schliessen, dass durchaus in einem weiteren Sinne Nachbarn oder Freunde gemeint sein könnten. Die Hilfeleistungen der Angehörigen können unterschiedlicher Art sein. Sie können beispielsweise die Tagesstrukturierung, die Verabreichung von Medikamenten, die Regelung finanzieller Angelegenheiten, die Übernahme der Haushaltsführung, seelischen Beistand, Behördengänge u.a. beinhalten (Burfeind, 2011, S. 14). Beushausen (2012) misst ausserdem der sozialen Unterstützung durch das Familiensystem eine zentrale Bedeutung zu (S. 89). Darauf wird später im Bezug auf Partnerinnen und Partner näher eingegangen. In der vorliegenden Arbeit wird der deutsche Begriff *Angehörige* verwendet. Angehörige werden als Menschen verstanden, welche der psychisch erkrankten Person emotional nahestehen und direkt von der psychischen Störung in psychischer und emotionaler Art und Weise mitbetroffen sind.

## 4.2. Familie und Partnerschaft

Aufgrund der Fragestellung dieser Thesis wird in diesem und im folgenden Kapitel der Fokus auf die Familie bzw. die Partnerschaft als spezifische Angehörigengruppe gelegt. Die Familie und die Partnerschaft sind zwei wichtige Grundpfeiler in unserer Gesellschaft, da ihnen zentrale Funktionen zugeschrieben werden. Dazu gehören nach Nave-Herz (2013) die biologische und soziale Reproduktion (das Sicherstellen von Nachwuchs sowie die physische und psychische Regeneration der Familienmitglieder), die Sozialisation (eine aktive lebenslange Auseinandersetzung des Individuums mit seiner personellen, materiellen und immateriellen Umwelt, die Existenzsicherung), die Platzierung (Zuweisung einer gesellschaftlichen Position bedingt durch Bildung und Beruf) und zuletzt die Funktion des Spannungsausgleichs und der Freizeitgestaltung (S. 77-101). Eine zentrale Funktion innerhalb der Familie und der Partnerschaft ist nach Hahlweg und Baucom (2008) auch der Aufbau und das Erleben einer Bindung. Ausserdem gehört die Aufgabenteilung, die Übernahme von Verantwortung, die Pflicht zur gegenseitigen Fürsorge und die aufeinander abgestimmte Prioritätensetzung zu weiteren Merkmalen in einer Partnerschaft (S. 2).

Vor diesem Hintergrund ist die Annahme nachvollziehbar, dass eine intime Partnerschaft ein enges Verhältnis zum Wohlbefinden und psychischer Stabilität aufweist. Nach Poppe (2015) beeinflussen sich psychische Gesundheit und Partnerschaftsqualität gegenseitig. Für

Menschen, die in einer zufriedenen Beziehung leben, besteht ein geringeres Risiko, psychische Erkrankungen zu entwickeln, als für geschiedene oder getrennt lebende Personen (S. 16). Umgekehrt kann nach Bodenmann (2009) das Scheitern einer Beziehung als Lebenskrise erlebt werden, was wiederum mit Depressionen, Schlafstörungen und Ängsten einhergeht (S. 79).

Der Beziehungsqualität in Partnerschaften, die nicht durch eine psychische Störung beeinflusst sind, wurde in vielzähligen Untersuchungen bislang nachgegangen. Folgende Merkmale einer funktionierenden und glücklichen Partnerschaft beschreibt Bodenmann:

- emotionale Bindung, Liebe und Intimität
- Wunsch nach einer stabilen bzw. dauerhaften Beziehung
- Verbindlichkeit und Engagement für die Beziehung
- Fähigkeit zu einer offenen Kommunikation, einer konstruktiven Problemlösung und einer gemeinsamen Stressbewältigung
- erfüllte Sexualität (ebd.)

### **4.3. Partnerschaft als Ressource**

Gemäss Bodenmann (2009) ist die Partnerschaft die wichtigste Unterstützungsressource besonders bei psychisch erkrankten Partnerinnen und Partnern. Studien belegen, dass in der Regel als erstes die Partnerin oder der Partner bei Problemen, Störungen oder Erkrankungen um Rat oder Hilfe gebeten wird, da sie oder er als wichtigste Bezugsperson beschrieben wird, auch wenn die Beziehungsqualität eher niedrig ist. Eine Anteilnahme des Gegenübers wird gegenseitig erwartet und eingefordert (S. 80). Diese Unterstützung in der Partnerschaft bezeichnet Beushausen (2012) als die soziale Unterstützung. Sie beinhaltet etwa Trost, Geborgenheit, Wertschätzung, soziale Integration, ein Gefühl von gebraucht werden und Stressreduktion (S. 89).

Für eine andauernde positive Beziehung ist die Art und Weise, wie die beiden Partner einander bei Problemen beistehen oder sich bei Alltagsstress unterstützen, entscheidend. In Studien wurde erwiesen, dass die partnerschaftliche Alltagsbewältigung mehr zur Stabilität und Qualität beiträgt als die offene Kommunikation (vgl. Bodenmann, Widmer, Charvoz & Brandbury, 2004). Es geht um viel mehr als um ein Sich-Austauschen und Sich-Mitteilen, sondern um die Gewissheit des Vorhandenseins und der Verfügbarkeit einer Bezugsperson, zu welcher eine sichere Bindung besteht.

Nach Hobfolls Theorie der Ressourcenerhaltung (engl. *Conservation of Resources Theory*), welche im Hinblick auf kritische Lebensereignisse erstellt wurde, streben Menschen danach, ihre vorhandenen internalen und externalen Ressourcen in ihrer Qualität und Quantität zu

bewahren, zu schützen und auszubauen (zit. nach Mischke, 2012, S. 44). Mit internalen Ressourcen sind die eigenen und persönlichen Ressourcen (bspw. Selbstwertgefühl) einer Person gemeint und unter externalen Ressourcen versteht Hobfoll solche, die im Umfeld der Person liegen und auf welche die Person Zugriff hat (bspw. soziale Unterstützung). Weiter lassen sich die Ressourcen in objektive und persönliche Ressourcen, Bedingungs- und Energieressourcen gliedern. Sehen Menschen ihre Ressourcen in Gefahr oder ist der Verlust von Ressourcen bereits eingetroffen, verspüren sie Stress (ebd.).

#### **4.4. Belastungen von Angehörigen**

Das Thema der Auswirkungen, welche Angehörige von psychisch erkrankten Personen im Zusammenleben erfahren, kommt in der psychiatrischen Fachliteratur mehrfach vor. Bereits 1948 verwendete Treudley den Begriff „burden on the family“ und meinte damit die Konsequenz für Personen, welche in engem Kontakt mit einem psychisch erkrankten Patienten stehen (1994, S. 407). Seit Mitte der 50er Jahre wurde begonnen, neben den Auswirkungen der Familien auf eine psychisch kranke Person auch die Auswirkungen von psychischen Störungen auf die Angehörigen zu erforschen. Bis heute prägt jedoch die Arbeit von Hoenig und Hamilton (1966), welche als erste Autoren eine Differenzierung der Belastungen (engl. *burden*) in objektive und subjektive Faktoren vornahmen, das Thema. Mit objektiven Belastungen sind alle beobachtbaren und unmittelbar erlebbaren negativen Konsequenzen und Einschränkungen gemeint, welche sich aufgrund des Störungsbildes und der Symptome ergeben. Dazu gehören ein von der Norm abweichendes Verhalten seitens der psychisch erkrankten Person und die damit verbundenen Veränderungen in verschiedenen Bereichen wie Alltag, Freizeit, innerfamiliären Beziehungen und Arbeit. Demgegenüber beschreiben die subjektiven Belastungen das Ausmass der tatsächlich subjektiv erlebten Beeinträchtigungen der betroffenen Angehörigen, welche je nach Rolle und Sichtweise innerhalb der Familie sehr unterschiedlich ausfallen können (zit. nach Scherer & Lampert, 2016, S. 28). Noh und Turner (1987) haben den Unterschied zwischen objektiven und subjektiven Belastungen empirisch untersucht und fanden heraus, dass die subjektiven Belastungsfaktoren signifikant mit dem Wohlbefinden der Angehörigen zusammenhängen und folgern, dass Belastungsfaktoren von dem betroffenen Angehörigen als einschränkend und belastend wahrgenommen werden müssen, damit das psychische Wohlbefinden in gewisser Weise beeinträchtigt wird (zit. nach Jungbauer, 2005, S. 23).

Die Belastungen der Angehörigen sind vielfältig und lassen sich thematisch verschiedenen Bereichen zuordnen. Schmied, Spiessl, Vukovich und Cording (2003) haben mittels einer Literaturrecherche eine systematische Übersicht über Belastungen von Angehörigen

psychisch erkrankter Personen erarbeitet um bedarfsorientierte psychiatrische Interventionen davon abzuleiten. Ihre Zusammenstellung der Belastungen ist in Tabelle 2 ersichtlich.

Tabelle 2

*Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker*

<b>Belastungen</b>
zeitlicher Betreuungsaufwand
finanzielle Belastungen
berufliche Nachteile
gesundheitliche Belastungen
Einschränkungen der Freizeitgestaltung
negative Auswirkungen auf Beziehungen zu anderen
Erfahrung von Diskriminierung und Ablehnung
Informationsdefizit bezüglich der Erkrankung
Gefühl des Nicht-Ernstgenommen-Werdens
Mangel an institutioneller Unterstützung
Belastungen durch wohnortferne stationäre Behandlung
emotionale Belastung
Schwierigkeiten im Umgang mit dem Erkrankten

Nach Schmied, Spiessl, Vukovich und Cording, 2003, S. 121.

Schmid, Spiessl und Cording (2005) hingegen untersuchten das subjektive Erleben emotionaler Belastungen von Angehörigen mittels einer Literaturrecherche und einer qualitativen Inhaltsanalyse von Interviews mit 32 Angehörigen. Auch hier war das Anliegen der qualitativen Studie mit den Ergebnissen eine Grundlage für das Erarbeiten von Interventionen für Angehörige allgemeinspsychiatrischer Patienten. Sie stellten eine Übersicht zusammen, welche darüber Auskunft gibt, wie viele der befragten Angehörigen welche Belastung am stärksten empfunden haben. Die Ergebnisse sind in Tabelle 3 zu sehen.

Tabelle 3

*Emotionale Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker*

<b>Befragte in %</b>	<b>emotionale Belastung</b>
84,4 %	Angst und Sorge infolge Informationsmangel
81,3 %	Unsicherheit und Überforderung mit den Symptomen

78,3 %	Sorgen bez. der Behandlung des Patienten
71,9 %	Einsamkeit und soziale Isolation
71,9 %	Hilflosigkeit und Ohnmacht
68,8 %	Nicht-Erstgenommen-Werden
65,6 %	Zukunftsängste
56,3 %	Hoffnung und Enttäuschung
56,3 %	Gefühle der Einschränkung in der eigenen Autonomie und Abgrenzung
43,8 %	Trauer und Verlusterleben
40,6 %	Angst vor Rückfall und Suizid
31,3 %	Schamgefühle und Angst vor Stigmatisierung
25,0 %	Entmutigung
21,9 %	Schuldgefühle, Trauer
09,4 %	Ärger und Enttäuschung
06,3 %	Veränderte Rollen und Rollenkonflikte

Nach Schmid, Spiessl und Cording 2005, S. 274.

In mehreren Studien wurde ausserdem belegt, dass sich das Ausmass der Belastungen der Angehörigen je nach Patientengruppe bzw. Störungsbild nicht eindeutig unterscheiden lässt (Bischkopf, 2005, S. 72). Allerdings stellten Mueser, Webb, Pfeiffer, Gladis und Levinson (1996) in einer Untersuchung mit verschiedenen Patientengruppen fest, dass lediglich gewisse Symptome, welche in verschiedenen Störungsbildern vorkommen, relevant für den Grad einer Belastung sind. Hierbei handelt es sich vorwiegend um depressive Symptome wie beispielsweise „Apathie, Interessensverlust und Rückzug“ (Bischkopf, 2005, S. 73), welche als besonders belastend wahrgenommen werden.

Überdies beobachten Lampert und Scherer (2017) aus der Praxis in der Angehörigenberatung, dass einerseits der Therapieerfolg des Patienten einen Einfluss auf das Ausmass der emotionalen Belastung von Angehörigen hat und andererseits, dass das psychische Wohlbefinden der Angehörigen in direktem Zusammenhang mit dem der Erkrankungsphase des Patienten steht (S. 45). Dies spricht für den Einbezug der Angehörigen in die psychiatrische Behandlung um die Genesung der Patientin oder des Patienten nachhaltig sicherzustellen. Auf den Einbezug der Angehörigen wird im Kapitel 5 näher eingegangen.

Darüber hinaus bleibt noch zu sagen, dass in der Angehörigenforschung auch der Begriff *Stress* als Belastung gebraucht wird. Stress wird oft als Synonym für Belastung verwendet

(Holzer-Preus, 2000, S. 14). Als Ergänzung zum Belastungskonzept von Hoenig und Hamilton (1966) wird in der Angehörigenforschung die allgemeine Stressbelastung anhand differenzierter stresstheoretischer Ansätze verwendet. Dazu gehören beispielsweise das Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984) oder das Modell von Noh und Avison (1988) zur Entstehung von Stressbelastungen von Angehörigen psychisch kranker Menschen. Dabei werden, anders als beim Belastungskonzept, nicht nur die krankheitsbezogenen Faktoren, sondern etwa die Konstellation der Familie, mögliche Risikofaktoren (Krisen, kritisches Lebensereignis, usw.) und psychosoziale Ressourcen berücksichtigt. Für das Erleben von Belastungen sowie Entlastungen stellt sich die erlebte soziale Unterstützung sowie die Selbstwirksamkeit als bedeutend heraus. Soziale Netzwerke/Beziehungen und Persönlichkeitsmerkmale sind Ressourcen, welche als wesentliche Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit der Angehörigen betrachtet werden (Jungbauer, 2005, S. 23). Unter Selbstwirksamkeit<sup>7</sup> (engl. *self-efficacy beliefs*) wird die kognitive Überzeugung einer Person verstanden, mit den vorhandenen Fähigkeiten schwierige Anforderungen einer Situation und Herausforderungen erfolgreich bewältigen zu können (Mischke, 2012, S. 36). Grundsätzlich führt Stress erst zu gesundheitlichen Folgen, wenn er über eine längere Zeitdauer bestehen bleibt (Bodenman, 2001, S. 25).

#### **4.5. Auswirkungen auf Partnerinnen und Partner depressiver Personen**

In Anbetracht der im Kapitel 3 aufgeführten Symptome einer Depression wird deutlich, dass eine Person mit einer Depression beträchtliche Auswirkungen und Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen bei seiner Partnerin bzw. ihrem Partner, Familienmitgliedern oder anderen nahestehenden Personen erzeugt, was bei diesen zu Belastungen und Überforderungen führen kann. Benazon und Coyne (2000) untersuchten Partner von depressiven Patienten und stellten eine erhebliche Vulnerabilität (Verletzbarkeit) für die Entwicklung eigener Beschwerden und Symptome einer Depression fest. Jacob, Frank, Kupfer und Carpenter (1987) beschrieben ausserdem den Faktor des Zusammenlebens mit der depressiven Partnerin oder dem depressiven Partner, welcher als höhere gesundheitliche Belastung wahrgenommen wird.

Der verringerte Antrieb oder die schnelle Ermüdbarkeit kann im Alltag beispielsweise dazu führen, dass sich der Betroffene weniger in den Hausarbeiten engagiert und nicht mehr für seine Pflichten und Aufgaben aufkommen kann. Jungbauer et al. (2001) benennt ausserdem die Hoffnungslosigkeit, den Interessensverlust, das Grübeln und die Rückfallgefahr als besonders belastende Symptome für die Partnerinnen und Partner von Personen, die an einer unipolaren Depression leiden (S. 27). Diese und andere Symptome einer Depression können letztlich negative Auswirkungen auf der Kommunikations- und Beziehungsebene

auslösen. Betrachtet man die Kommunikation bei depressiv erkrankten Personen, sind negative Auswirkungen und Veränderungen nicht nur in der verbalen Kommunikation (Äusserungen von Hilflosigkeit, Klagen oder Wortkargheit), sondern auch in der nonverbalen Kommunikation (Vermeidung von Blickkontakt, schwache Stimme, lange Pausen beim Sprechen, verarmte Gestik und leblose Mimik) zu beobachten (Hell, 2015, S. 34). Diese Veränderungen in der Kommunikation können zu neuen und asymmetrischen Kommunikationsmustern in der Partnerschaft führen (S. 35).

In mehreren Studien über die Depressionsspezifität von partnerschaftlichem Interaktionsverhalten wird nachgewiesen, dass in einer Partnerschaft mit einer depressiven Person im Vergleich zu gesunden Personen die Kommunikation häufiger gestört ist, ein höheres Konfliktpotenzial besteht sowie die Beziehungsqualität allgemein als gering empfunden wird (Bodenmann, 2009, S. 69). Die in Kapitel 4.2. beschriebenen Merkmale einer Beziehungsqualität sind bei einer Depression nach Bodenmann (2009) in der Partnerschaft reduziert oder nicht (mehr) vorhanden. Häufig findet sich eine Abnahme der emotionalen Verbundenheit, der Wunsch nach Dauerhaftigkeit in der Beziehung kann dezimiert sein, die Fähigkeiten der Kommunikation und Problemlösung sind beeinträchtigt (S. 80) und die Sexualität nimmt aufgrund der Anhedonie (Unfähigkeit Lust zu empfinden) bei der depressiven Person ab (Bischkopf, 2005, S. 56). Ausserdem empfinden viele Partnerinnen und Partner die Beziehung zur erkrankten Partnerin oder zum erkrankten Partner als kompliziert und belastend (S. 53).

Bischkopf, Wittmund, Angermeyer (2002) fassen folgende Bereiche zusammen, welche die Partnerschaft im Alltag und überhaupt tangieren, und welche als verändert oder gestört wahrgenommen werden:

- Die (Neu)Verteilung von Rollen: Chance, Überforderung oder Konkurrenz
- Den Sozialen Rückzug
- Die Beeinträchtigung der partnerschaftlichen Kommunikation, Intimität und Sexualität
- Die Lebensplanung und finanzielle Absicherung
- Familiäre Atmosphäre und Wohlbefinden (S. 13)

#### **4.5.1. Wechselwirkungen in der Partnerschaft mit einer depressiven Partnerin oder einem depressiven Partner**

Bei der Interaktion in der Partnerschaft mit einer depressiven Person wurde herausgefunden, dass Menschen mit einer depressiven Störung sich weniger explizit Hilfe holen und die gemeinsame Stressbewältigung in der Partnerschaft seltener vorkommt, was vor allem am Gemütszustand der oder des Erkrankten und der vernachlässigten Kommunikation liegt (Bodenmann, 2009, S. 80.). Während die erkrankte Partnerin oder der erkrankte Partner

energielos, passiv, lethargisch und gleichgültig ist, nimmt sich die andere Person in der Unterstützungserwartung und -forderung zurück (S. 80-81). Letzteres impliziert eine gewisse Rollenzuschreibung in der Partnerschaft und eine einseitige Unterstützung, was das ausgewogene Geben und Nehmen in einer Beziehung beeinträchtigen und die Beziehungsqualität gefährden kann. Die an der Depression erkrankte Person fühlt sich dadurch nicht mehr gebraucht, nutzlos und einsam (S. 82). Für die andere Person hingegen steht seine Partnerin oder sein Partner nun in eingeschränkter Weise oder nicht (mehr) als externale Ressource zur Verfügung.

Hell (2015) beschreibt aus verhaltensorientierter Perspektive drei Komponenten von Verhalten einer depressiven Person und dessen Wechselwirkung auf seine Partnerin oder seinen Partner in einer systematischen Abfolge, welche in Abbildung 4 abgebildet ist (S. 43). Als Erstes löst depressives Verhalten wie Hilfslosigkeit und Verzweiflung Mitgefühl und Anteilnahme bei der Partnerin oder beim Partner aus. Dies wird als *appellartige Wirkung* bezeichnet. Die bedrückte bis gereizte Stimmung und die negativen Gefühle der depressiven Person haben eine *feindselige Wirkung* auf die Partnerin oder den Partner, sodass sie oder er sich abgewiesen fühlt. Enttäuschung und Ärger entstehen, wenn ohne Erfolg versucht wird die depressive Person aufzuheitern. Des Weiteren fällt die Kommunikation depressiver Personen eher karg und monoton aus, da die Person gehemmt ist und kein Interesse vermitteln kann. Dies wirkt bei der Partnerin oder dem Partner als *Entzug* von grundlegend wichtiger Zuwendung und hat eine Mässigung und Zurückhaltung der Erwartungen an die depressive Partnerin oder den depressiven Partner und der eigenen Bedürfnisse zur Folge. Die drei Botschaften der depressiven Person bezeichnet Hell als depressives Verhalten, welches eine Zwiespältigkeit vorweist und bei der Partnerin oder dem Partner zu Verunsicherung, Verstimmung, Schon- und Vermeidungsverhalten gegenüber der depressiven Person und schliesslich zur belastenden Stresssituation führen kann (S. 44). Es kann sich sogar ein negativer Kreislauf ergeben, welcher den Mechanismus durch den unverständnisvollen „gesunden“ Partner negativ verstärkt und schliesslich bei der depressiven Person zu einer psychischen Verschlechterung führt.

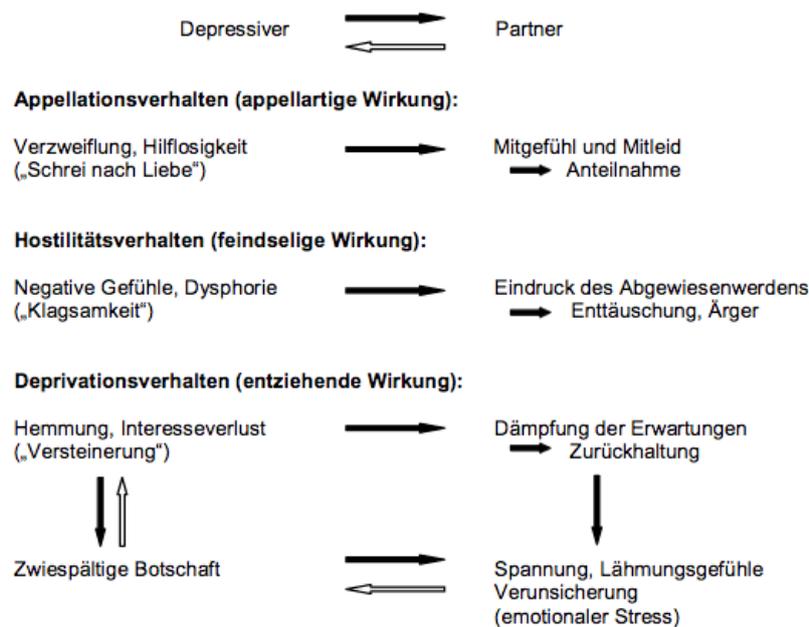


Abbildung 4: Depressives Verhalten als Botschaft (Wechselwirkungen zwischen depressiven Personen und ihren Partnern). Nach Hell, 2015, S. 44.

#### 4.6. Bewältigungsformen und -strategien

Der Umgang mit den neuen Anforderungen bewältigen Menschen auf verschiedene Art und Weise. Zudem empfinden, erleben und bewerten sie die Situation individuell. Dies gilt auch für Partnerinnen und Partner von depressiv erkrankten Personen. Dabei ist jedoch zu unterscheiden, ob sich die vorhandenen Belastungen hauptsächlich aufgrund der Störung der Partnerin resp. des Partners oder diese aufgrund anderer Faktoren ergeben. In der Literatur sind verschiedene theoretische Konzepte zu kognitiven, emotionalen und behavioralen Bewältigungsstrategien von krankheitsbedingten Belastungen von Individuen vertreten. Zum besseren Verständnis von Interaktionen und Stresssituationen wird das in den 60er Jahren entwickelte transaktionale Stressmodell nach Lazarus und Folkman vorgestellt, welches sich auf die kognitive Bewältigung belastender Ereignisse im Allgemeinen bezieht. Ergebnisse der Stressforschung zeigen auf, dass nicht nur die Belastungen, sondern auch die kognitive Bewertung des Individuums einen Einfluss auf die Bewältigung haben. Die *Bewältigung* (engl. *Coping*) von Stress verstehen sie als einen „Prozess mit inneren oder äusseren Anforderungen umzugehen, welche als einschränkend erlebt werden oder die Ressourcen eines Menschen übersteigen“ (zit. nach Gerrig, 2015, S. 482). Sie gehen davon aus, dass sich der Mensch von Natur aus mit seiner Umwelt in einer Wechselwirkung befindet. Das Stressmodell nach Lazarus beschreibt den kognitiven Vorgang einer Stressreaktion. Der Mensch nimmt zunächst die Anforderungen einer Situation (äussere Reize, Stressoren) wahr und bewertet diese entweder als positiv,

irrelevant oder gefährlich bzw. stressend (*primäre Bewertung*). Ein gefährlicher Stressor wird im Ausmass seiner Wirkung bewertet. Wird eine Situation als stressig empfunden, können folgende Abstufungen der Bewertung folgen: Bewältigbare Herausforderung, eine bevorstehende Bedrohung oder einen bevorstehenden Schaden. Als Nächstes erfolgt eine *sekundäre Bewertung* hinsichtlich der vorhandenen persönlichen und sozialen Ressourcen um mit den Anforderungen umzugehen, ebenso werden die erforderlichen Verhaltensoptionen in Betracht gezogen. Kommt die Person zur Einschätzung, dass die vorhandenen Ressourcen nicht ausreichen oder fallen bereits erfolgte Bewältigungsreaktionen erfolglos aus, hält der Stress an und Bewältigungsstrategien werden in Angriff genommen und auf ihre Effektivität hin neu bewertet (*Neubewertung*). Insofern ist das *Coping* als zirkulär verlaufender Prozess zu verstehen, welcher fortwährend sowohl persönlichkeits- als auch situationsbezogene Merkmale einbezieht (S. 483).

Lazarus und Folkman (1984) definieren zwei Arten von *Coping*. Beim *problemorientierten Coping* wird das Problem einer Situation direkt angegangen. Beim *emotionsorientierten Coping* hingegen wird die mit dem Stress verbundene emotionale Erregung angegangen bzw. reduziert (zit. nach Gerrig, 2015, S. 483-484). Das Modell des *emotionalen Copings* ist nützlich, wenn es darum geht, die Bewältigung der emotionalen Auswirkungen bei Angehörigen psychisch Erkrankter zu betrachten. Die psychische Störung und die, auf den Alltag und die Beziehungsqualität zwischen Angehörigen und erkrankter Person einflussnehmenden Symptome stellen Stressoren dar, welche nicht kontrollierbar sind bzw. nicht direkt durch den Angehörigen verändert oder eliminiert werden können. Stattdessen können die Angehörigen versuchen, die belastenden Gefühle und Gedanken anzugehen und zu bewältigen um nicht die eigene Gesundheit zu gefährden.

Ausserdem unterscheiden Lazarus und Launier (1995) vier Bewältigungsstrategien. Diese sind problem- und emotionsfokussiert und orientieren sich entweder an einer Situation, einer Person oder an Ereignissen aus der Vergangenheit, Gegenwart oder Zukunft:

- Mittels der *Informationssuche* kann eine (Neu-) Einschätzung der Situation erfolgen. Anschliessend kann, entsprechend der Bewertung, die Bewältigungsstrategie erneut gewählt werden (S. 218).
- Mit der *direkten Aktion* sind alle Aktionen gemeint, die nicht kognitiv erfolgen und dazu verwendet werden eine belastende Situation zu bewältigen. Flucht, Suizid oder Suche nach Rache sind solche Aktionen (S. 219).
- Bei der *Aktionshemmung* werden einschränkende Handlungsimpulse unterdrückt und dafür andere Handlungsimpulse verfolgt (S. 220).

- *Intrapsychische Bewältigungsformen* umfassen alle kognitiven Aktivitäten, welche der Regulation von Emotionen und der Stärkung des Gefühls, die Kontrolle über die belastende Situation zu haben, dienen (ebd.).

Über den Erfolg von Bewältigungsstrategien kann angenommen werden, dass problemorientiertes Coping bei zeitlich begrenzten Stressoren erfolgreicher ist, da im Gegensatz zum emotionalen Coping das Problem an der Wurzel angepackt wird. Beim emotionalen Coping verändert sich die Situation nicht. Lazarus (1995) nimmt jedoch an, dass das Coping am erfolgreichsten ist, wenn verschiedene Strategien bei einer Person vorhanden sind und diese je nach Situation flexibel eingesetzt werden können.

Die Krankheitsbewältigung, auch als Krankheitsverarbeitung bekannt, ist ein weiteres Konzept, welches jedoch nur einen Teilbereich des Bewältigungsverhaltens abdeckt und nach Holzer-Preus (2000) auch im Kontext der Angehörigen verwendet werden kann. Die Krankheitsverarbeitung wird nach Heim (1988) als „das Bemühen, bereits bestehende oder zu erwartende Belastungen durch die Krankheit innerpsychisch (emotional-kognitiv) oder durch zielgerichtetes Handeln zu reduzieren, auszugleichen oder zu verarbeiten“ verstanden (S. 9). Folgende Grundannahmen lassen sich nach Gerdes & Weis (2000) zur Krankheitsverarbeitung zusammenfassen:

Die Krankheitsverarbeitung...

- ...ist ein kontinuierlicher und interaktionaler Prozess der Auseinandersetzung mit der Krankheit, ihren Belastungen und Folgen.
- ...kann auf den Ebenen des Denkens, Fühlens und Handelns erfolgen.
- ...wird durch Bewertungsprozesse des Individuums gesteuert.
- ...wird durch personale Ressourcen (Partnerschaft, Familie, Freunde, professionelle Helfer) unterstützt aber auch behindert.

(S. 58)

In Anlehnung an den Mechanismus depressiven Verhaltens in Abbildung 4 formuliert Hell (2015) die innere und partielle Distanzierung zum depressiven und stereotypischen Verhalten als geeignete Strategie um dem Stress oder der Überforderung mit der Partnerin bzw. dem Partner entgegenzuwirken. Dabei sei es entscheidend, den Mechanismus zu erkennen, diesen differenziert zu betrachten aber auch gute Wesenszüge der Person zu schätzen und diese ihr gegenüber anzuerkennen (S. 46).

## 5. Professionelle Unterstützung für Angehörige

Anhand der oben beschriebenen Belastungen, denen Partnerinnen und Partner depressiver Menschen ausgesetzt sind, wird deutlich, dass eine Entlastung und Unterstützung von professioneller Seite angezeigt ist. Da spezifisch aus der Sozialen Arbeit wenig Konzepte für die professionelle Unterstützung Angehöriger existieren, wird im Folgenden zusätzlich auf Konzepte aus der Pflege zurückgegriffen. Dabei sind Unterstützungsmöglichkeiten von Seiten einer ambulanten Psychiatriespitex nicht Teil dieses Kapitels, was nicht zu bedeuten hat, dass diese keinen wichtigen Beitrag zur Entlastung von Betroffenen und Angehörigen leisten. Die Angebote der ambulanten Psychiatriespitex für Angehörige können sich zum Teil auch mit sozialarbeiterischen Angeboten für Angehörige überschneiden. Dies wird beispielsweise im Leistungsbeschrieb der Spitex Region Bern Nord ersichtlich: „Wir sind da (. . .) für Angehörige und Bezugspersonen (. . .) für beratende Gespräche (. . .) mit Entlastungsangeboten“ (Spitex Region Bern Nord, n.d., S. 1).

Im Folgenden wird auf den Einbezug von Angehörigen im psychiatrischen Kontext sowie auf Beratungsgespräche mit Angehörigen eingegangen. Weiter werden die Grundsätze der systemischen Beratung dargelegt, welche sich vor allem im Hinblick auf das Mehrpersonengespräch mit den Partnerinnen und Partner von depressiven Menschen als theoretische Grundlage anbietet.

### 5.1. Einbezug von Angehörigen

Durch den Einbezug der Angehörigen kann nach Scherer und Lambert (2017) eine psychiatrische Behandlung resp. Therapie als Dienstleistung am gesamten System gelten (S. 55). Interventionen von professionellen Fachkräften aufgrund von Belastungen der Angehörigen sollten sowohl auf die Patienten als auch auf die Angehörigen ausgerichtet sein (Holzer-Pruss, 2000, S. 35). Als Ziele nennt Holzer-Pruss (2000), den Betroffenen und ihren Angehörigen Hilfestellungen zu bieten, um die Krankheit bzw. Störung und das damit verbundene Verhalten, die Therapie oder den Aufenthalt in einer Psychiatrie besser zu verstehen und zu bewältigen. Andererseits sollten Interventionen gemäss dem systemischen Ansatz (siehe Kapitel 5.3.1.) darauf abzielen, eine gemeinsame Perspektive auf die Situation sowie Lösungen zu entwickeln (S. 35). Als weiteren zentralen Grund für die Einbeziehung von Angehörigen nennt Holzer-Pruss die Tatsache, dass die Angehörigen wichtige Informationsträger für das medizinische Personal und daher auch für die Sozialarbeitenden sind (S. 36).

Zudem spricht die systemische Sicht, welche eine Familie oder ein Paar als "Ganzes" (=System) sieht, für die Wichtigkeit des Einbezugs nahestehender Menschen einer

depressiven Person. Um von professioneller Seite (seien dies Pflegefachpersonen, Sozialarbeitende oder Ärztinnen und Ärzte) mit Angehörigen in einen partnerschaftlichen Kontakt treten zu können, ist stets darauf zu achten, diese – bewusst oder unbewusst – nicht als Mitverursacher der psychischen Störung der betroffenen Person zu betrachten (S. 16).

Für ein konstruktives Zusammenarbeiten sollten daher die Belastungen und die Aufgaben der Angehörigen wertungsfrei angenommen und erkannt werden. Die Angehörigen sind von involvierten Fachpersonen stets dabei zu unterstützen, ihre eigenen Grenzen und Bedürfnisse anzuerkennen und zu kommunizieren (ebd). Fachpersonen sollten nach Scherer und Lambert die Entscheidungen von Angehörigen für einen eher autonomie- oder fürsorgeorientierten Umgang mit einem psychisch erkrankten Familienmitglied stets respektieren (S.22). Auf der Basis einer systemischen Weltansicht (siehe Kapitel 5.3.1.2) kann nicht beurteilt werden, welcher Umgang "richtig" ist. Unabhängig davon, für welchen Umgang sich Angehörige entscheiden, können Fachpersonen diese nach Scherer und Lambert (2017) einzig *begleiten*, d.h. sie können ihnen denkbare Konsequenzen aufzeigen und sie dabei unterstützen, die jeweiligen Konsequenzen miteinander zu vergleichen (S. 22).

Für die Angehörigen sind Fachpersonen hilfreich, welche neben dem Respektieren ihrer Entscheidungen auch die Sorge um die depressive Person validieren (Verständnis zeigen). Bei genauem Abwägen von nächsten Schritten im Umgang mit der betroffenen Person ist die Einschätzung der Belastung der Angehörigen von professioneller Seite unbedingt mitzudenken (S. 23). Neben der zentralen Bedeutung des Einbezugs von Angehörigen in die Behandlung bzw. Therapie von Menschen mit einer psychischen Störung ist die Relevanz der Entlassungsplanung, falls sich die Patienten (teil-)stationär in einer psychiatrischen Klinik befinden, nicht zu vergessen. Dabei sollte die Entlassung genügend früh kommuniziert werden, um einen möglichst belastungsfreien Übergang zu gestalten und um über relevante ambulante Angebote zu informieren (S. 59). Als Schwierigkeit beim Einbezug von Angehörigen gibt Holzer-Pruss (2000) zu bedenken, dass die Fachpersonen neben den Betroffenen zusätzlich mit einer grösseren Anzahl von Beteiligten konfrontiert sind (S. 40). Dies kann einerseits ein zusätzlicher Druck für die Fachpersonen bedeuten, andererseits wird häufig erlebt, dass die Betroffenen durch die Angehörigen unterstützt werden, was eine Entlastung mit sich bringt (ebd.).

### **5.1.1. Formen des Einbezugs von Angehörigen**

Nach Scherer und Lambert (2017) sind drei Arten des Einbezugs von Angehörigen zu benennen: "Alltags- oder Basiskontakte, Psychoedukation oder anamnestische Interviews sowie systemische, interaktions- und beziehungsorientierte Gespräche" (S. 65). *Alltags- und Basiskontakte* kommen vermehrt im stationären Rahmen und in den meisten Fällen mit

Pflegefachpersonen vor. Dabei ist beispielsweise an Begegnungen im Patientenzimmer, Begrüssungen bei einem Besuch von Angehörigen oder kurze telefonische Kontakte zu denken. Kontakte dieser Art können dazu dienen, den Angehörigen einen Blick auf die psychiatrischen und therapeutischen Abläufen zu ermöglichen (S. 66). Die zweite Form des Einbezugs, die *Psychoedukation*, besteht hauptsächlich aus einem Vermitteln von Wissen und Informationen zu der psychischen Störung. Dabei kann es um anamnestische Fragen, die Diagnose, die Behandlung resp. Therapie oder auch sozialarbeiterische Themen wie versicherungsrechtliche Informationen gehen (ebd.). Diese Gespräche finden, solange sie im Zusammenhang mit dem Störungsbild und deren Behandlung stehen, in den meisten Fällen mit medizinischem oder psychologischem Personal statt. Das, durch die *Psychoedukation* verbesserte Verständnis über das entsprechende Störungsbild, kann bereits zu einem förderlicheren Umgang mit dem jeweiligen Störungsbild sowie zu einer verbesserten Lösungs- und Kommunikationsfähigkeit führen (S. 67). Auf *systemische, interaktions- und beziehungsorientierte Angehörigengespräche*, welche auf dem systemischen Ansatz beruhen, wird im Kapitel 5.3.2.1 eingegangen.

### **5.1.2. Rechtliche Aspekte beim Einbezug von Angehörigen**

Jegliche Angestellte einer psychiatrischen Institution unterstehen nach Art. 321 StGB (SR. 311.0) zur Verletzung des Berufsgeheimnisses der Schweigepflicht. Dies bedeutet, dass "vorsätzlich und unbefugt (ohne Schweigepflichtentbindung) keine besonders schützenswerten Personendaten bekannt gegeben werden dürfen, von denen der Mitarbeiter bei der Ausübung seines Berufs, der die Kenntnis solcher Daten erfordert, erfahren hat" (Scherer & Lambert, 2017, S. 62). Daher dürfen Fachpersonen im Kontakt mit Angehörigen keine Angaben zur Diagnose, zum Störungsverlauf, zum Inhalt von Beratungsgesprächen und anderen schützenswerten Daten machen. Bereits für eine Kontaktaufnahme mit Angehörigen ist das Einverständnis der betroffenen Person nötig (ebd.). Dies kann im Widerspruch mit dem Bedürfnis nach Information und Auskunft von Angehörigen stehen. Auch wenn eine Schweigepflichtentbindung von der oder dem Betroffenen erteilt wurde, kann es für Fachpersonen schwierig sein abzuschätzen, welche Themen sie ansprechen dürfen und wie viel Informationen, welche während einem vertraulichen Gespräch in Erfahrung gebracht wurden, an Angehörige weitergegeben werden können. Wenn eine Patientin oder ein Patient keine Erlaubnis für die Kontaktaufnahme mit Angehörigen erteilt, dürfen die Fachpersonen den Angehörigen nur zuhören und allgemeine Auskunft über die Krankheit resp. Störung geben, insofern die Diagnose bekannt ist (S. 63). Hat ein solches Gespräch stattgefunden, müssen die Betroffenen darüber in Kenntnis gesetzt werden. Falls Angehörige Informationen an Fachpersonen weitergeben und nicht möchten, dass die Betroffenen dies wissen, ist von

professioneller Seite her eine solche Bitte abzuschlagen (ebd.). Die Angehörigen sind in diesem Fall dazu zu bewegen, solche Informationen zum Beispiel in einem Paar- oder Familiengespräch anzusprechen. Bis zu einem solchen Gespräch müssen die Fachpersonen die Informationen vertraulich behandeln (S. 64).

### **5.1.3. Interventionen und Interventionsziele**

Holzer-Pruss (2000) beschreibt in Silvia Käppelis Sammelband Pflegeinterventionen und -interventionsziele, welche einerseits einen Überblick darüber bieten, wie den Betroffenen in einer Krisensituation begegnet werden sollte, und welche andererseits anhand eines systemischen Ansatzes aufzeigen, wie mit den Belastungen der Angehörigen bewältigungsunterstützend umzugehen ist (S. 36), Dabei stützt sie sich auf Powell und Lively (1981). Diese Interventionen sowie Interventionsziele werden im Folgenden kurz dargestellt. Dabei wird der Fokus auf Interventionen gelegt, welche auf die Soziale Arbeit angewendet werden können.

#### Für eine sichere Umgebung sorgen

Neben der Sicherstellung und Durchführung vom Therapie- und Behandlungsplan ist es wesentlich, den psychischen Stress von Betroffenen und Angehörigen im positiven Sinne zu beeinflussen (ebd.). Dies beinhaltet die Berücksichtigung von Bedürfnissen der Betroffenen sowie ihrer Angehörigen, daher sollte die Situationen so angenommen werden, wie sie von den Beteiligten erlebt werden (ebd.). Dies meint das bewertungsfreie Respektieren der Sicht, Gedanken sowie Gefühle der Angehörigen in Bezug auf die Situation. Zudem sollten sich die Angehörigen mit der Therapie und gegebenenfalls auch mit einem Klinikaufenthalt auseinandersetzen und diese kritisch beobachten sowie kommentieren können.

#### Erhalt der Energie und Kraft

Neben dem Sicherstellen von genügend Erholungs- und Ruhepausen sowie Verpflegungsmöglichkeiten (ebd.) ist eine vorübergehende Entlastung von Verpflichtungen und Aufgaben im privaten sowie beruflichen Bereich zentral (S. 37). Diese Entlastung muss den Bedürfnissen aller Beteiligten angepasst sein. Durch eine therapeutische Behandlung oder einen Klinikaufenthalt können zusätzliche Anforderungen an die Betroffenen und die Angehörigen entstehen. Beispielsweise muss etwa die Kinderbetreuung neu geregelt werden. Krankheitsbedingte Entscheidungen müssen teils auch von den Angehörigen getroffen werden. Daher sollte von Seiten der Fachpersonen stets darauf geachtet werden, wie viele solche Anforderungen und Entscheidungen den Betroffenen und/oder den Angehörigen überlassen werden und in welchen Fällen, diese ihnen bestmöglich abgenommen werden sollten (ebd.).

### Entwicklung eines Vertrauensverhältnisses

In Krisensituationen fühlen sich Betroffene und deren Angehörige häufig alleine gelassen und sind dementsprechend froh, wenn sie professionelle Unterstützung erhalten (ebd.). Die Kommunikation mit allen Beteiligten sollte so gestaltet werden, dass diese sich als im Stande fühlen, sich mit den Belastungen, welche die Krankheit bzw. Störung mit sich bringt, auseinanderzusetzen (S. 38). Daher sollten regelmässig gemeinsame Gespräche stattfinden, bei welchen ein Vertrauensverhältnis aufgebaut, ein offener Austausch sowie ein gemeinsamer Entscheidungsfindungsprozess stattfinden kann (ebd.).

### Entwicklung eines Verständnisses für die Krisensituation

Zentral ist nach Holzer-Pruss weiter, wie im Kapitel 5.1 bereits als Ziel dargestellt, dass die Krankheit bzw. Störung und deren Symptome kognitiv verstanden werden (ebd.). In einem gemeinsamen Gespräch kann geklärt werden, was die Krankheit bzw. Störung für das System bedeutet bzw. was sie mit sich bringt. Die Sozialarbeitenden können so ein besseres Verständnis für die einzigartige Situation der Familie oder des Paares erhalten. Weitere Informationen zu einem gemeinsamen Gespräch mit Betroffenen und Angehörigen sind im Kapitel 5.2 zum Angehörigengespräch zu finden.

### Entwicklung der Selbstwahrnehmung

Durch die Frage, ob die Betroffenen und deren Angehörige bereits einmal eine ähnliche Situation bei sich oder Menschen aus dem Umfeld erlebt haben, kann, indem die Situationen einander gegenübergestellt werden, die Selbstwahrnehmung gefördert werden (S. 39). Dabei kann die Retrospektive auf Gefühle vergangener Situationen die Beteiligten darin unterstützen, aktuelle Gefühle und Gedanken besser zu erkennen.

### Entwicklung von Fähigkeiten, mit gegenwärtigen und zukünftigen Krisensituationen umzugehen

Zum umfassenden Verständnis vergangener Problemlösungsfähigkeiten gehört die bewusste Kenntnis von Mustern sowie Ähnlichkeiten und Unterschieden zwischen der heutigen und der früheren Situation (ebd.). Anhand dieser Überlegungen kann der Erfolg von den Problemlösungsfähigkeiten überprüft werden, dies gilt für die Betroffenen wie auch für die Angehörigen. In Gesprächen können alternative Lösungsmöglichkeiten erkannt werden (mehr zur Lösungsorientierung in Gesprächen im Kapitel 5.3.1.4.) Durch eine stetige Reflexion der Problemlösungsfähigkeiten werden Fortschritte sichtbar. Solche positiven Erlebnisse stärken alle Beteiligten und wirken einer Resignation entgegen (ebd.). Zudem

sollten die angewendeten Strategien mit den Fachpersonen besprochen und reflektiert werden, um Handlungsstrategien für die Zukunft zu erarbeiten. Eine weitere wichtige Aufgabe vom Fachpersonal ist das Vermitteln und Aufzeigen von weiteren Hilfsangeboten, wie zum Beispiel einer Selbsthilfegruppe für Angehörige depressiver Menschen (ebd.). Falls sich Betroffene für eine gewisse Zeit in einer (teil-)stationären Behandlung befunden haben, muss zwingend auch die Situation nach Austritt besprochen und geplant werden (S. 40). Dabei sollten konkrete Handlungen im Alltag mitbedacht werden.

#### 5.1.4. Strategien im Umgang mit Angehörigen

Paul Hoff (2014), Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bezeichnet Abgrenzung, Instrumentalisierung und Einbindung als die heutigen heute beobachtbaren Strategien im Umgang mit Angehörigen in der Psychiatrie (S. 3). Die Strategie *Abgrenzung* bezieht sich darauf, dass Angehörige eine Therapie oder Behandlung stören können. Ein auf dieser Annahme basierender Umgang mit Angehörigen kann zu einer Verunsicherung und Zurückhaltung von diesen führen (Scherer & Lambert, 2017, S. 53). Diese Verunsicherung kann sich durch ein striktes Festhalten an der Patientenautonomie zusätzlich vergrössern (ebd.). Eine solche Ausgrenzung von Angehörigen wird dem, im Kapitel 2 bereits erwähnten biopsychosozialen Ansatz nicht gerecht, denn das „soziale“, also das soziale Umfeld der betroffenen Person wird ausgeklammert. Die zweite von Hoff genannte Strategie, die *Instrumentalisierung* versucht, die Angehörigen zu sogenannten "Co-Therapeuten" zu machen, dabei kann von einem zu grossen Machtanspruch von professionellen Seite ausgegangen werden (S. 54). Angehörige werden so zu Mitarbeitern der Fachpersonen gemacht. Die Strategie der *Einbindung* berücksichtigt die soziale Ebene, dabei werden die Bedürfnisse und Belastungen von Angehörigen anerkannt und respektiert (ebd.). Die Klärung der verschiedenen Rollen und der Verantwortung aller Beteiligten führt zu einer Entlastung und hat positive Folgen auf die Interaktion und Beziehung vom ganzen System (S. 55).

#### 5.1.5. Informationsvermittlung

Häufig fehlen Angehörigen genaue Informationen zu den Störungsbildern Betroffener. Mit dem von Fachpersonen vermittelten Wissen kann das Verhalten der depressiven Person anders verstanden und interpretiert werden. Dies zeigt die Wichtigkeit der Vermittlung von Informationen, Regeln, Hintergründen, Modellen u.s.w. auf. Jungbauer (2005) schreibt, dass durch die Evaluation von Gruppenangeboten für Angehörige (vgl. Tübinger Angehörigenprojekt, 1992) erkennbar wurde, dass Angehörige informationsorientierte Angebote als entlastender und hilfreicher empfanden, als reine Gesprächsgruppen. Dieser Effekt kann anhand von kognitiven Veränderungsprozessen erklärt werden. Durch einen höheren Wissensstand über das Störungsbild und die damit verbundenen Symptome und Syndromen

findet eine Anpassung der Bewertungsmuster statt. Somit können beispielsweise Schuldgefühle von Angehörigen abgebaut, oder die Interessenlosigkeit des Partners bzw. der Partnerin anders bewertet werden (S. 31). Werden Auswirkungen einer psychischen Störung nicht als diese begriffen, kann dies schnell zu Spannungen führen (Scherer & Lambert, 2017, S. 58). Daher könnte die Psychoedukation als "erweiterten therapeutischen Ansatz" verstanden werden (Jungbauer, 2005, S. 31).

## 5.2. Angehörigensupport

Der Begriff *Angehörigensupport* stammt aus dem Bereich der Geriatrie und beschreibt die Unterstützung von pflegenden bzw. betreuenden Angehörigen. Solche pflegenden Angehörigen setzen sich für ihnen nahestehende Personen ein, welche aufgrund einer Krankheit, Behinderung oder Desorientierung die alltäglichen Aufgaben nicht mehr selbstständig meistern können. Sie unterstützen die Betroffenen darin, weiterhin ihr Leben aktiv und sinnbringend zu führen (Stricker, 2016, S. 5).

Der Begriff *Support* zielt hauptsächlich auf die Handlung oder Absicht der Dienstleistung (beispielsweise Hilfe zur Selbsthilfe) ab, zudem kann Support "lebens-, gesundheits-/krankheits- oder alltagsbezogen sein" (Stricker, 2012, S. 1). Nach Stricker (2016) wird Support als eine ganzheitliche Unterstützung verstanden, welche jegliche Lebensbereiche (körperliche, seelisch-geistige, soziale und materielle-lebensräumliche Dimensionen) berücksichtigt (S. 5). Da zwischen diesen Lebensbereichen eine Wechselwirkung besteht, kann davon ausgegangen werden, dass auf einen Bereich ausgerichtete Supportmassnahmen ebenfalls in den anderen Bereichen eine Wirkung haben (Stricker, Métrailler & Neuenschwander, 2016, S. 9). Support kann für vielfache Formen von professioneller Unterstützung stehen und hat – im Gegensatz zu Therapieansätzen – keine Absicht auf Heilung (S. 8). Dies kommt daher, dass im Angehörigenupport die pflegenden bzw. betreuenden Angehörigen nicht als kranke und somit behandlungsbedürftige Personen betrachtet werden. Sie werden als Menschen verstanden, welche einer hohen Belastung ausgesetzt sind und bei welchen die Balance zwischen eigenen Ressourcen und Belastung nicht mehr im Gleichgewicht ist. Dementsprechend sollten die Angehörigen im Aufbau von Ressourcen sowie im Abbau von Belastungen unterstützt werden.

Angehörigenupport hat nach Stricker (2016) zum Ziel, dass sich Angehörige jederzeit selber Zugang zu personalen, sozialen, institutionellen und spezifischen Ressourcen sowie zu den Möglichkeiten der betroffenen Person ermöglichen können. Die Support-Dienstleistungen zielen jedoch nicht nur auf die unterstützungsbedürftige Person, sie fördern die Angehörigen in ihren eigenen Selbstorganisationskräften und darin, das eigene Leben bewusst zu formen (S. 5).

Angehörigensupport kann nach Stricker, Métrailler und Neuenschwander (2016) auf drei Stufen stattfinden:

- Support kann zunächst eine *Entlastung* der Angehörigen zum Ziel haben. Dies beinhaltet zeitlich begrenzte oder auch länger andauernde Unterstützungsformen, welche dabei helfen, die Belastung zu vermindern. Das kann beispielsweise das Einrichten von Auszeiten, die Übernahme von besonders belastenden Handlungen oder Tätigkeiten durch professionelle Hilfe u.v.m. sein.
- *Information*, als zweite Stufe des Supports, will über einen Ausbau des Wissens (bezüglich der Krankheit bzw. des Störungsbildes, der möglichen Unterstützungsangeboten, rechtlichen Rahmenbedingungen u.v.m.) die Situation besser verständlich und handhabbar machen.
- Durch die Stärkung von Ressourcen und Kompetenzen, zusammengefasst *Empowerment*, wird im Angehörigensupport versucht, die Selbstwirksamkeit von pflegenden bzw. betreuenden Angehörigen zu fördern. Damit ist die Zuversicht oder sogar Gewissheit gemeint, dass die Betreuungsanforderungen (natürlich auch durch entsprechende und nötige Selbstsorge sowie der Inanspruchnahme von externer Hilfe) zu bewältigen sind (S. 9).

Die genannten Ebenen des Supports stehen in gegenseitiger Wechselwirkung zueinander und können sich zusätzlich untereinander bedingen oder steigern (ebd.). Obwohl Angehörigensupport ursprünglich auf pflegende Angehörige von älteren Menschen ausgerichtet ist, sind die drei Stufen des Supports ebenso für die Unterstützung Angehöriger von depressiven Menschen passend. Daraus kann geschlossen werden, dass die Belastungen, denen Angehörige depressiver Menschen ausgesetzt sind, den Belastungen Angehöriger behinderter oder desorientierter Menschen ähnlich sind.

### 5.3. Die Angehörigenberatung

Neben einem grundsätzlichen Einbezug von Angehörigen in eine Behandlung resp. Therapie eines depressiven Menschen ist die Angehörigenberatung das zentrale Instrument der Sozialen Arbeit. Dabei können solche Gespräche ohne und mit der depressiven Person stattfinden. Angehörigenberatungen zielen darauf ab, die Belastung von Angehörigen zu reduzieren. Die St. Gallischen Kantonalen Psychiatrischen Dienste beispielsweise formulieren folgende Punkte zur Entlastung Angehöriger:

- allgemeine Informationen über die psychische Erkrankung,
- Erklärungen zur Psychiatrie im Allgemeinen,
- Förderung des Verständnisses für krankheitsbedingte Einschränkungen,

- Stärkung der gesunden Familienmitglieder,
- Verminderung der sozialen Isolation und
- Entwicklung von Bewältigungsstrategien (Scherer, 2016, S. 6).

Das Mitdenken und Einbeziehen vom Umfeld geht auf den systemischen Ansatz zurück. Im Folgenden wird die Systemische Beratung und deren Ansichten und Haltungen dargestellt. Anschliessend wird auf das Mehrpersonengespräch eingegangen.

### **5.3.1. Systemische Beratung**

Die systemische Beratung beruht auf jenem Ansatz, welcher das Umfeld – das sogenannte System – der betroffenen Person miteinbezieht. Dieses System kann den Partner bzw. die Partnerin, die Kinder, die Eltern, das weitere Umfeld oder das Arbeitsteam umfassen. Der systemische Ansatz begründet den Einbezug des Umfeldes mit der Ansicht, dass „kein Verhalten ohne das System, den sozialen Kontext, zu verstehen und schon gar nicht zu ändern ist“ (Schwing & Fryszer, 2015, S. 9). Die systemische Therapie gilt als eine anerkannte Therapieform für Affektive Störungen von Erwachsenen (Hahn & Würth, 2016, S. 277). Systemische Therapie und Beratung berufen sich auf denselben Ansatz. Sie unterscheiden sich jedoch darin, dass die Psychotherapie den Fokus auf das Heilen legt, bei welchem es um das Behandeln von Leidenszuständen geht (Boeger, 2013, S. 16). Die Beratung hingegen möchte einem relativ gesunden Klientel eine Hilfestellung beim Umgang mit psychosozialen Problemen, schwierigen Lebensverhältnissen und Ähnlichem geben (ebd.).

#### **5.3.1.1. Entwicklung**

Der systemische Ansatz wurde in den 1950er Jahre in den USA entwickelt (Schwing & Fryszer, 2015, S. 15). Zu Beginn wurde von *Familientherapie* gesprochen. Dieser Ansatz entstand durch die Suche nach Methoden, welche sich auch für als kompliziert geltende Klientinnen und Klienten eigneten (ebd.). Mitbegründerinnen und Mitbegründer der systemischen Beratung und Therapie wie Gregory Baetson, Virginia Satir, Salvador Minuchin, Jay Haley, Theodore Lidz, Lyman Wynne sowie Paul Watzlawick entwickelten die Auffassung, dass Probleme durch den Einbezug des Umfelds besser verstanden und gelöst werden können (S. 16). Nach Schwing und Fryszer war – auch in anderen Disziplinen – für diese Zeit, die Fokussierung auf Wechselwirkungen in Systemen und deren Vernetzungen, mit dem Ziel ein besseres Verständnis für komplexe Zusammenhänge zu entwickeln, prägend (S. 17). In Deutschland entdeckte einer der ersten Vertreter der systemischen Beratung und Therapie, der Psychoanalytiker Horst E. Richter, dass Beschwerden von Kindern häufig eine Reaktion auf Probleme in der Familie sind (Boeger, 2013, S. 99). Somit

wurde zu Beginn des Aufkommens des systemischen Ansatzes die Ursachen für psychische Störungen bei Kindern meist nicht mehr bei ihnen selbst, sondern, wie bereits im Kapitel 3.5 dargestellt, bei den Eltern gesucht und vermutet (S. 100). Mittlerweile geht der systemische Ansatz davon aus, dass auch personale Faktoren wie die Persönlichkeit mitbeachtet werden müssen (S. 101-102).

### **5.3.1.2. Grundprinzipien und Haltung**

Systemisches Denken beruht auf der Annahme, dass jede Wahrnehmung subjektiv und durch frühere Erfahrungen sowie eigene Interessen beeinflusst ist (Schwing & Fryszer, 2015, S. 36). Die subjektive Wahrnehmung wirkt daher auf jegliches Verhalten. Somit kann es objektiv betrachtet, kein richtiges oder falsches Verhalten geben (ebd.). Diese Ansicht basiert auf dem Konstruktivismus. Dieser geht davon aus, dass es keine, vom Beobachter unabhängige, objektive Welt gibt (Boeger, 2013, S. 102).

Schwing und Fryszer (2015) formulieren folgende Grundprinzipien des systemischen Handelns:

- Das soziale Umfeld wird miteinbezogen
- Jedes Symptom hat einen Sinn
- Ressourcen und Stärken stehen im Mittelpunkt
- Lösungen (er-) finden, statt lange Probleme tief durchwühlen
- Die eigene Kraft der Klienten wird zur Lösung genutzt (S. 11).

Haselmann (2009) fügt dem Folgendes hinzu:

- Achtung vor der Selbstorganisation und Autonomie – Neutralität und Neugier (Respekt/Interesse)
- „Kundenorientierung“ (und auch „Auftragsorientierung“)
- Den Möglichkeitsraum vergrössern (S. 173-175).

Im Zentrum der systemischen Beratung stehen Interaktions- und Kommunikationssysteme und innerpsychische Prozesse, wobei auf die Wechselwirkungen im System geachtet wird (Haselmann, 2009, S. 158). Der Fokus liegt somit nicht auf den Eigenschaften einzelner Individuen, daher werden auch keine Persönlichkeitsveränderungen angestrebt. Da von „problematischem Verhalten“ – und nicht von problematischen Merkmalen von Personen – ausgegangen wird, kann davon abgeleitet werden, dass dieses auch wieder beendet werden kann (Boeger, 2013, S. 124). Aus systemischer Sicht besteht die Welt, in welcher wir Menschen uns bewegen, aus Systemen, welche als eine, aus verschiedenen Einheiten zusammengesetzte Einheit, definiert werden (Haselmann, 2009, S. 159.). Dabei kann jedes

System ein Teilsystem von einem anderen System sein. Ein *System* wird nach Boeger als „ganzheitlicher Zusammenhang von Teilen, deren Beziehungen untereinander quantitativ intensiver und qualitativ produktiver sind als ihre Beziehung zu anderen Elementen.“ verstanden (S. 105). "Diese Unterschiedlichkeit der Beziehungen konstituiert eine Systemgrenze, die System und Umwelt trennt." (ebd.).

Der systemische Ansatz lehnt ein Ursache-Wirkung-Denken ab (S. 123). Interaktionen zwischen Systemmitgliedern sind stets *zirkulär*. Nach dem Prinzip der Zirkularität beeinflussen sich die Mitglieder eines Systems gegenseitig. Dies beinhaltet, dass jegliches Verhalten sowohl als Aktion wie auch als Reaktion gilt (Haselmann, 2009, S. 159). Nach dem Prinzip der *Redundanz* nehmen alle Mitglieder eines Systems Aufgaben wie Organisieren, Leiten oder Gestalten wahr, diese Rollen werden nicht zugeteilt (Boeger, 2013, S. 105).

Die Ablehnung von Kausalitäten im systemischen Denken hat ebenso zur Folge, dass in einer Beratung nicht nach Schuldigen gesucht wird (S. 124). Eine weitere wichtige Haltung des systemischen Ansatzes ist der Glaube „an die Selbstheilungskräfte des Systems“ (S. 125). Dieser Glaube besagt, dass in jedem System ein vorantreibender Veränderungsprozess besteht. Dieser findet jedoch nicht in der Beratung oder Therapie selbst statt, entscheidende Veränderungen geschehen im System selbst (ebd.). Aus systemischer Sicht wird etwas als ein *Problem* verstanden, sobald ein Systemmitglied einen Zustand als unerwünscht erlebt (Haselmann, 2009, S. 168). Dieser Ansicht können sich auch weitere Mitglieder des Systems anschließen. Wird ein Zustand aufgrund von einer Veränderung plötzlich nicht mehr als störend empfunden, löst sich das Problem wieder auf. Ein solches wird nur aufrechterhalten, wenn die Art der Kommunikation mit sich selber (Denken) oder mit anderen, keine Lösung des Problems zulässt (S. 169). Das kann dazu führen, dass Bemühungen die problematische Situation zu verändern, diese aufrechterhalten oder sogar verstärken. Das geschieht durch sich wiederholende Interaktionsmuster und gleichbleibende Bedeutungszuschreibungen. Die systemische Beratung will solche Problemkonstruktionen aufheben (ebd.). Da somit Probleme aufgrund von Kommunikationsmuster be- oder entstehen, kann davon abgeleitet werden, dass sich diese mit Hilfe von anderen Kommunikationsmustern auflösen. Da systemische Beraterinnen und Berater sich häufig mit mehreren Personen aus einem System in einer Beratungssituation wiederfinden, ist eine *allparteiliche Haltung* von zentraler Bedeutung. Damit wird eine Neutralität beschrieben, wobei allen Beteiligten mit einer empathischen Haltung begegnet werden sollte und gleichzeitig eine führende und leitende Position eingenommen wird (Boeger, 2013, S. 131). Aus systemischer Sicht sind Störungen, wie zum Beispiel eine Depression, Ausdruck von Störungen im Beziehungs- resp. Familiensystem (Ihde-Scholl, 2014, S. 65).

### 5.3.1.3. Menschenbild

Nach einer systemischen Haltung besteht ein Mensch „aus einem gleichzeitig ablaufenden Zusammenspiel mehrerer eigenständiger Systeme (organisches, psychisches, soziales System)“ (Hosemann & Geiling, 2013, S. 32). Diese Systeme sind alle miteinander verbunden und wirken zusammen, daher kann der Mensch als „einmaliges Beziehungsgefüge mit einer Geschichte“ (ebd.) verstanden werden. Nach der systemischen Perspektive wird ein Mensch anhand der „Zugehörigkeit und Ausgeschlossenheit von sozialen Systemen und den aktuellen Verbindungen (System-Umwelt-Relation) des Menschen in seinem sozialen Raum“ (S. 33) betrachtet. Der systemische Ansatz bietet kein einheitliches Modell über den Menschen, wie dies andere Therapieansätze tun (Boeger, 2013, S. 103). Um einen Menschen in seinem Denken, Handeln und Fühlen zu verstehen, müssen die Umgebung, die Lebenszusammenhänge und der Kontext des Handelns betrachtet werden (Schwing & Fryszer, 2015, S. 28). Werden Lebenszusammenhänge und Kontexte betrachtet, ergibt jedes Verhalten aus systemischer Sicht, wie bereits beschrieben, einen Sinn. Dies wird *Kontextualisierung* genannt (siehe nächstes Kapitel). Leidet ein Systemmitglied an einer psychischen Störung, wird dieses als Symptomträger von einem kranken System (Boeger, 2013, S. 102) betrachtet. Das systemische Menschenbild kann nach Boeger als Begründung von beraterischen und therapeutischen Techniken verstanden werden (S. 103).

### 5.3.1.4. Wirkfaktoren der systemischen Beratung

Im Folgenden wird auf sieben von Schwing und Fryszer (2015) genannte Wirkfaktoren der systemischen Beratung eingegangen. Dabei implizieren und begründen die jeweiligen Wirkfaktoren jeweils gewisse Techniken und Methoden der systemischen Beratung.

Nach Ritscher (2007) kann die *Beziehung* als zentrales Axiom genannt werden (S. 33). Durch die Beziehung und Interaktion mit einem Gegenüber kann ein Mensch die Gewissheit für die eigene Existenz entwickeln (Schwing & Fryszer, 2015, S. 20). Somit ist eine Beziehung zu einem Du nötig, um zu einem gesunden Ich werden zu können. Neuere Forschungen zeigen auf, „dass soziale Beziehungen uns am besten helfen, Krisen zu überstehen, gesund zu bleiben oder es wieder zu werden und um leistungsfähig zu sein“ (S. 21). Somit verhelfen stabile Bezugspersonen zu einer hohen Resilienz eines Menschen. Da Personen emotional aufeinander reagieren und sich stets gegenseitig beeinflussen, arbeitet die systemische Beratung mit dem wichtigen Umfeld des Klientels. Spiegelneuronen im Gehirn reagieren auf die Umwelt, indem sie aufnehmen, was um den Menschen herum geschieht und ähnliche emotionale Zustände produzieren. Dies wird „emotionale Ansteckung“ (S. 22) genannt. Das soziale Umfeld des Klientels wird daher aus systemischer

Sicht als wichtige Ressource betrachtet. Systemische Beraterinnen und Berater gehen mit ihrem Klientel ebenfalls eine Beziehung ein, welche als wichtiger Faktor für eine erfolgreiche Zusammenarbeit angesehen werden muss (S. 23). Daher ist die Beziehungsfähigkeit von Systemikerinnen und Systemikern von zentraler Bedeutung. Sie sollten ihrem Klientel „wertschätzend, wohlwollend und interessiert“ (S. 25) begegnen, oder nach Carl Rogers die drei Beratungsvariablen *Wertschätzung*, *Empathie* und *Kongruenz* anwenden.

Wenn das Klientel in der Beratung erfährt, dass die beratende Person zuhört, interessiert ist und auch die Ressourcen erfragt, fühlt sich das Klientel wichtig, gehört und ernst genommen (S. 24). Diese, oft selten erlebte Erfahrung, hat eine stärkende Wirkung. Diesen Effekt erklären Schwing und Fryszer anhand von entwickelten Haltungen von Kindern, welche mit optimaler Unterstützung aufwachsen sind und damit die Gewissheit erhalten haben, auf alle Situationen adäquat reagieren zu können. Dabei ist an Selbstwirksamkeit sowie Zuversicht zu denken (ebd.). Diese Haltungen verhelfen ebenfalls zu einer höheren Resilienz. Menschen ohne Erfahrungen von Selbstwirksamkeit und ohne zuversichtliche Haltung entwickeln häufig eine selektive Wahrnehmung, welche auf das Negative und auf Schwierigkeiten fokussiert ist. Zudem erwarten sie in den meisten Fällen, da nie oder wenig die Erfahrung gemacht wurde, dass jemand Hilfe anbietet, keine Hilfe von aussen. Daher verhalten sie sich, entsprechend dem Konzept der Erlernenen Hilflosigkeit, als gäbe es keine externe Unterstützung. Anhand von diesen Erkenntnissen kann abgeleitet werden, dass in der systemischen Beratung ein Blick auf das Gelungene, Positive und Stärken – zusammengefasst die *Ressourcenorientierung* – zentral ist (S. 15). Wenn in einer Beratung hauptsächlich Probleme besprochen werden, lauert die Gefahr einer "Problemtrance" (S. 49), womit gemeint ist, dass im Gehirn die Bereiche, "die für Nachdenken, Kreativität, Problemlösung, Zuversicht, Tatkraft stehen" nicht mehr stark aktiv sind. Systemische Beraterinnen und Berater versuchen ihr Klientel aus einer "Problemtrance" zu holen, indem sie auf Gelingendes, Bewältigtes, Fähigkeiten und Erfolgserlebnisse aufmerksam machen. Dabei kann das Geben von Komplimenten unterstützend wirken (S. 51).

Anhand der oben beschriebenen Überlegungen kann abgeleitet werden, dass die systemische Beratung ebenfalls als *lösungsorientiert* gilt. Darunter wird der Ansatz verstanden, nicht zu lange über das Problem selbst nachzudenken resp. zu reden, sondern - neben den Ressourcen der Beteiligten - mehrheitlich über mögliche Lösungen zu sprechen. Dazu formulieren Schwing und Fryszer: „Wenn man ein Schloss öffnen muss, reicht es manchmal den passenden Schlüssel zu finden. Hat man ihn, braucht man den Mechanismus des Schlosses nicht zu verstehen.“ (S. 57) Die systemische Beratung basiert auf der Annahme, dass jede Umschreibung eines Problems bereits die Lösung in sich trägt, denn

kein Problem kann ohne das Wissen, was besser wäre oder wie eine Situation sein sollte, geschildert werden (ebd). Um einer Lösung näher zu kommen, sollte der Fokus in einer Beratung auf die Momente gelegt werden, in welchen das Problem nicht auftritt resp. aufgetreten ist. Dabei kann das Betrachten von Ausnahmen nützlich sein (S. 58).

Wie bereits als Grundprinzip erwähnt, kann durch *Kontextualisierung* der Sinn hinter dem Verhalten von einzelnen Mitglieder eines Systems erkannt werden. Das eigene Verhalten gestaltet den Lebenskontext mit, dieser wiederum beeinflusst das Verhalten. Somit stehen Kontext und Verhalten in einer Wechselwirkung (S. 34). Anhand von verschiedenen Techniken zeigt die systemische Beratung allen Beteiligten die wechselseitigen Einflüsse im System auf. Die individuellen und somit unterschiedlichen Sichtweisen der Beteiligten sind ein wichtiges Instrument um Systeme zu unterstützen und zu befähigen, einen anderen und somit besseren Umgang miteinander zu finden. Dies sollte bestenfalls zum Schluss führen, dass auch die Beteiligten gewisse Verhaltensweisen ändern müssen, um eine Veränderung des „problematischen“ Verhaltens der betroffenen Person bewirken zu können (S. 32).

Menschen handeln aus systemischer Sicht stets aus ihrer Sichtweise heraus. Das Sprichwort "Jeder erlebt alles durch seine Brille" will dies verdeutlichen. Eine solche "Brille" wird durch gemachte Erfahrungen, die aktuelle Situation und die eigenen Interessen geformt (Schwing & Fryzinger, 2015, S. 36). Ein Verhalten sollte daher stets mit Einbezug der "Brille" des andere betrachtet werden. Für die systemische Beratung sind die unterschiedlichen Sichtweisen der Systemmitglieder ein wichtiges Arbeitsmittel. Durch *Perspektivenwechsel* können Systeme lebensfähiger gemacht und der Weg zu besseren Lösungen geebnet werden (S. 37). Durch neue Informationen, welche in der systemischen Beratung hervorgebracht werden, können sich neue Sichtweisen bilden, welche wiederum das Verhalten der einzelnen Systemmitglieder verändern (S. 39). Der Wirkfaktor *Reframing*, bei welchem es um Umdeutung geht, wird im nächsten Kapitel anhand der systemischen Gesprächsführung näher erläutert.

Der siebte Wirkfaktor der systemischen Beratung ist nach Schwing und Fryszer (2015) die Neurobiologie des Lernens. Damit ist der Umstand gemeint, dass Menschen kontinuierlich lernen und sich daher das menschliche Gehirn stets verändern kann und tut, dies durch zusätzliche Strukturen im Gehirn, welche mit jeder Erfahrung neu entstehen. Das menschliche Gehirn funktioniert dabei nach dem Prinzip der Neuroplastizität, somit werden häufig genutzte Verbindungen stärker, weniger genutzte bilden sich zurück. (S. 60) Diese Erkenntnisse bedeuten für die systemische Beratung, dass Menschen stets umlernen, sich also verändern können. Daher können sich positive Gedanken und eine optimistische Einstellung im Gehirn verankern (S. 62).

### 5.3.1.5. Vorgehensweisen und Techniken der systemischen Beratung

Die systemische Beratung will eine Veränderung in einem System anregen. Haselmann (2009) formuliert folgende Grundprinzipien des systemischen Handelns:

- Die zirkuläre Beschreibung von Kreislaufprozessen der Interaktion.
- Das Hypothesenbilden über interaktionelle Zusammenhänge in Bezug auf das Problembeschreiben (. . .) sowie die damit in Zusammenhang stehende (. . .) Befragung aller Systemmitglieder über ihre jeweilige Sicht der Beziehungen zwischen den anderen.
- Das Verständnis von Therapie und/oder Beratung als Verstörung („Pertrubation“) oder als Anregung, indem (. . .) neue Informationen in das System gegeben werden und dadurch eine Veränderung bisheriger Interaktionsformen veranlasst werden (S. 160).

Zu Beginn der systemischen Beratung steht die *Kontext- und Auftragsklärung*. Dabei sollte der Überweisungskontext, die Erwartungen des Klientels sowie die oftmals unterschiedlichen Interessen des Klientels und evtl. anderen Beteiligten geklärt werden. Es sind Fragen zu stellen wie „Wer will was, von wem, wann, wozu, mit und gegen wen?“ (Haselmann, 2009, S. 175). Die Erwartungen und Anliegen des Klientels können mit folgenden Fragen geklärt werden: „Wer würde es woran merken, wenn das Therapieziel erreicht ist; welche Verhaltensweisen wären dann verändert; für wen wäre das positiv, für wen negativ?“ oder „Was müsste in dieser Sitzung geschehen, damit Sie am Ende sagen, ‚das hat sich gelohnt‘ oder ‚das hat es nicht gebracht‘?“ (S. 176).

Das *Hypothesenbilden* während einer systemischen Beratung hat die Funktion der Orientierung (sortieren und zusammenfassen) sowie der Anregung (neue Perspektiven anbieten) um die Wechselwirkungen der Systemmitglieder in den Fokus zu rücken, das "Problem" sinnbringend in einen Kontext zu stellen und ihm eine Funktion zuzuweisen (S. 176). Hypothesen von Systemikerinnen bzw. Systemiker sollten, ohne bewertet zu werden, passend und nützlich für die Beratung sein. Dies geschieht indem sie sich von den Hypothesen des Klientels unterscheiden, jedoch vom Klientel akzeptiert werden und Entscheidungsmöglichkeiten beinhalten (ebd.).

Systemische Fragen dienen dazu, Informationen zu gewinnen (im anamnestischen Sinn) sowie neue Informationen zu erzeugen, welche dem System zuvor nicht bewusst waren (ebd.). Um ein Problemverhalten beispielsweise als Beziehungsphänomen oder Kommunikationsproblem zu identifizieren, kann das System mithilfe von Fragen darauf hingewiesen werden (S. 177). Systemische Fragen können insbesondere in einem

Mehrpersonengespräch dabei helfen, die Sichtweisen der Systemmitglieder zu ändern und das Erkennen und Bilden von neuen Unterschieden (von Mustern und Prozessen) auslösen (ebd.). Folgende Formen von Fragen (inkl. Beispiele) werden nach Haselmann (2009) in der systemischen Beratung verwendet:

- Erklärungsfragen („Wie erklären Sie sich, dass ihr Sohn ausgerechnet nach Abschluss seiner Lehre begonnen hat zu trinken?“)
- Fragen, die Eigenschaften zu Verhalten verflüssigen („Welche Verhaltensweisen muss Ihr Mann zeigen, dass Sie ihn als Angsthase betrachten?“)
- Fragen, die Verhalten in einen spezifischen räumlichen, zeitlichen oder beziehungs-mässigen Kontext stellen („Um welche Tageszeit und wie häufig zieht sich ihre Frau normalerweise zurück?“)
- Fragen die gegenseitiges Sich-Bedingen nahe legen („Was tut Ihr Sohn, wenn Ihre Frau wütend auf ihn ist? Wie reagiert er dann darauf?“)
- Fragen, die eine Aussenperspektive gewähren („Was denken Sie, fühlt ihre Tochter wenn...?“)
- Fragen, die aus Opfern Mitverantwortliche machen („Was können Sie tun, damit sie weiterhin mit Ihrem Sohn in die Erziehungsberatung gehen können?“)
- Vorher-Nachher-Beziehungsfragen („Hatte Ihre Frau vor oder nach dem Auszug von Ihrer Tochter regelmässige Auseinandersetzungen mit Ihrem Sohn?“)
- Triadische Beziehungsfragen („Wie sehen Sie die Beziehung Ihrer Mutter zu Ihrem Bruder?“) (S. 177)
- Rangfragen („Wer findet es am schlimmsten, dass Ihr Vater erneut heiratet?“)
- Skalenfragen oder Prozentfragen („Von 1 bis 10, als wie depressiv würden Sie Ihre Frau bezeichnen?“)
- Übereinstimmungsfragen („Sehen Sie als Tochter das auch so wie Ihre Mutter, dass Ihr Vater zu viel Zeit für die Arbeit verwenden?“)
- Fragen mit Zeitimplikationen („Seit wann wirkt Ihr Mann niedergeschlagen? Wie lange denken Sie, wird das noch dauern?“)
- Verschlimmerungsfragen („Was müssten Sie tun, damit Ihre Tochter den Kontakt zu Ihnen definitiv abbrechen will?“)
- Status-quo-Fragen („Was soll sich an der jetzigen familiären Situation auf keinen Fall ändern?“)
- Hypothetische Fragen („Was wäre wenn...?“ oder „Angenommen dass...?“)
- Die Wunderfrage („Wie würde Ihr Tag morgen aussehen, wenn über Nacht all Ihre Probleme gelöst werden würden?“) (S. 178)

Neben Fragen ist *Reframing* eine wichtige Intervention sowie ein zentraler Wirkfaktor in der systemischen Beratung. Es wird eine Umdeutung vorgenommen, die dem Erlebten oder Gesagten einen anderen Sinn zuweist und es in einen anderen Bezugsrahmen (eng. "frame") stellt (Haselmann, 2009, S. 179). Damit sollen neue Sicht- und Handlungsweisen aufgezeigt und nutzbar gemacht werden (Fryszter & Schwing, 2015, S. 44). Systemische Beraterinnen und Berater versuchen, die Nachricht hinter einem Verhalten oder einer Aussage zu erkennen, um dieses verständlich zu machen (S. 45). Ein Verhalten kann in einer bestimmten Situation unverständlich und unpassend erscheinen, kann jedoch in früheren Situationen eine zentrale Funktion gehabt haben (S. 46). Wird dies erkannt, erscheint das momentane Verhalten nicht mehr so unpassend. Um neue Verhaltensmöglichkeiten zu entdecken, kann es zudem hilfreich sein, das Positive in "negativen" Verhaltensweisen zu sehen (S. 47). Dies kann beispielsweise das Erkennen von Mut, Kreativität und Schlagfertigkeit in einem Kind sein, welches ständig seine Mitschüler provoziert. Weiter will die systemische Beratung durch wertschätzende Konnotationen jegliches Verhalten der Mitglieder eines Systems positiv bewerten oder zumindest wertschätzend kommentieren. Dieses Rückmeldung-Geben wird *Splitting* genannt (Haselmann, 2009, S. 179). Dies geschieht, weil jegliches Verhalten aus systemischer Sicht als konstruktiven Beitrag zum Erhalt des Systems betrachtet werden kann. Durch Splitting kann auf Ambivalenzen eingegangen und aufgezeigt werden, dass trotz diesen, gut miteinander umgegangen werden kann (S. 180).

Um Interaktionskreisläufe und eingewöhnte Muster zu unterbrechen und zu verändern werden *Verschreibungen* verwendet. Haselmann (2009) nennt folgende Arten von Verschreibungen:

- Verschreibungen von problematischen Verhaltensmustern, damit aus unbeinflussbar wirkendem Verhalten eine planbare Handlung gemacht werden kann.
- So-tun-als-ob-Verschreibungen, in welchen durch bewusst gezeigtes Verhalten versucht wird, die Reaktion der Systemmitglieder darauf zu erfahren. Somit kann die Wirkung des bestimmten Verhaltens auf das Umfeld getestet und erforscht werden.
- Verschreibung von Ritualen, damit festgefahrene Muster verändert oder unterbrochen werden.
- Verschreibungen von Rückfällen (in alte Muster), bei einem auf Veränderungen abzielenden Gespräch (S. 180-181).

Weitere Techniken, um Interaktionsmuster aufzubrechen, sind das *Aufgaben stellen* (bspw. Aufgaben bezüglich einem bestimmten Verhalten) (Haselmann, 2009, S. 181) oder das *Reflecting Team* (S. 172). Dabei tauschen die systemischen Berater ihre Ansichten und

Reflexionen über das System in dessen Anwesenheit aus, ohne dass diese zu Wort kommen. Anschliessend können die Systemmitglieder ihre eigenen Reflexionen und Ansichten ausdrücken. Schwing und Fryszer (2015) formulieren weitere Techniken bzw. Werkzeuge, welche hilfreich sind um die Lebenskontexte oder Systeme der Klientinnen und Klienten besser zu analysieren, zu verstehen, zu visualisieren und zu beschreiben. Dabei handelt es sich um Skizzen oder Zeichnungen, Skulpturen oder Aufstellungen (S. 30).

### 5.3.2. Mehrpersonengespräche

Systemische Beratung kann mit einem einzelnen Klienten bzw. mit einer einzelnen Klientin stattfinden. Häufig wird der systemische Ansatz jedoch in Mehrpersonengesprächen verwendet. Im Folgenden werden die Grundlagen eines Angehörigengesprächs und systemischer Paarberatung dargelegt.

#### 5.3.2.1. Das Angehörigengespräch

In einem Angehörigengespräch ist die systemische Beraterin bzw. der Berater oftmals mit differierenden Erwartungen konfrontiert. Daher ist nach Poppe (2015) mit Hinblick auf ein konstruktives und vertrauensvolles Gespräch eine gute Vorbereitung wichtig. Die Durchführung des Gesprächs sollte möglichst strukturiert und problemorientiert ablaufen (S. 29). Dabei ist nicht von der Lösungsorientierung der systemischen Beratung abzusehen, von den geschilderten Schwierigkeiten der Systemmitglieder muss jedoch ausgegangen werden. Bei Mehrpersonengesprächen ist ein besonderer Blick auf die *Interpunktion* von sozialem Verhalten zu richten (Scherer & Lambert, 2017, S. 80). Darunter ist ein ununterbrochener und beständiger Austausch an Informationen bzw. Mitteilungen zu verstehen. Besonders interessant ist für die systemische Beratung bei der Interpunktion, dass jede und jeder ihr bzw. sein Verhalten als Reaktion auf das Verhalten des anderen sieht (ebd.). Dabei sind in der systemischen Beratung auf einer Metaebene die Interaktionsmuster zu identifizieren. Weiter muss die Motivation der Systemmitglieder bei Angehörigengesprächen erfragt werden. Dabei können Unterschiede zwischen den einzelnen Personen sowie gemeinsame Nenner gefunden werden (S. 81).

Lambert (2016) bezieht sich in seinem Buch sowie in Referaten auf den amerikanischen Familientherapeuten Lyman Caroll Wyne (1985), welcher die *vier Schritte der Perspektivenübernahme in der Entwicklung eines Kindes*<sup>8</sup> auf die Ebenen von Beziehungssystemen bezieht und daraus vier Stufen formuliert (S.14). Dabei werden „systemisch orientierte Gespräche“ mit Angehörigen anhand der folgenden Schritte erläutert (Scherer & Lambert, 2017, S. 67). Unter *Bindungs-Fürsorge-Verhalten* ist das "Einfühlen in die (potentiellen) Bedürfnisse des Gegenübers, mit Verlässlichkeit und mit einer

Verantwortungsübernahme" (ebd.) zu verstehen. Dies basiert auf der Fähigkeit zu Kommunizieren, bindet jedoch die Fertigkeit des Problemlösens nicht mit ein. Ein solches Verhalten von Angehörigen kann in Richtung von Fürsorge – entgegen dem Prinzip der Autonomie – gehen. Wird dies von Fachpersonen beobachtet, könnte ein Benennen dessen als "Missachtung geltender Hierarchien" (S. 68) verstanden werden. Daher sollte das Beziehungssystem dabei unterstützt werden, sich zur Stufe der *Kommunikation* zu entwickeln. Der Kommunikation liegt nach Lambert ein "klarerer, transparenterer Informations- und Gedankenaustausch" sowie "Offenheit, Ehrlichkeit und Aufrichtigkeit als Basis für das Teilen bedeutsamer Erlebnisse und Erfahrungen sowie für das Ansprechen eigener Bedürfnisse und Ängste" (ebd.) zugrunde. Finden solche Gespräche statt, werden bereits erste Lösungswege im Umgang mit schwierigen Situationen ersichtlich. Diese sind von Seiten der Fachpersonen zu validieren. Um zur nächsten Stufe *dem gemeinsamen Lösen von Problemen* zu kommen, sind Aufgaben und Zuständigkeiten zwischen den Angehörigen und den Betroffenen zu klären, dabei ist ein gemeinsames Treffen von wichtigen Entscheidungen zentral (S. 70). Geschieht dies, können grössere Veränderungen gemeinsam durchgestanden werden. Somit kann die Stufe *Gegenseitigkeit*, welche die Klarheit über eigene und fremde Bedürfnisse beinhaltet, erreicht werden (ebd.). Dabei muss die Unabhängigkeit des Anderen respektiert werden, was eine individuelle Entwicklung – mit einer gesunden Balance zwischen Verbundenheit und Selbstständigkeit – ermöglicht. Um sich als System in dieser Stufe befinden zu können, müssen die beiden vorherigen Stufen durchlebt und erfahren worden sein. Dabei ist nach Scherer und Lambert anzumerken, dass ein System unter starker Belastung eine oder mehrere Stufen nacheinander zurückgehen kann (ebd.)

Nach Bull (2015) ist in Angehörigengesprächen an erster Stelle die Situation zu erfassen und zu analysieren (S. 40). Um einen ersten Überblick vom System zu erhalten, kann es sinnvoll sein, ein Genogramm zu erstellen. Dabei lassen sich erste Informationen über den Umgang miteinander und mit bestimmten Schwierigkeiten, das Klima, Beziehungsmuster sowie Ressourcen sammeln (ebd.). Weiter können bereits erste Beobachtungen von Aussagen und Verhaltensweisen gemacht werden, welche auf Kritik, Feindseligkeit oder Desinteresse hindeuten (S. 41). Ebenso können mit Hinblick auf Ressourcen Hinweise darauf gesammelt werden, inwiefern sich das System unterstützt, mit einer wertschätzenden Haltung miteinander umgeht und inwiefern ein autonomiewahrendes Verhalten besteht. Einen ersten Eindruck über die kommunikativen Muster kann während der Anfangsphase beobachtend erhalten werden, weiter könnten Fragen bezüglich der Kommunikation gestellt werden (ebd.). Eine Familien- bzw. Partnerschaftsthemenliste kann eingesetzt werden, um die verschiedenen Ansichten bezüglich bestimmter Themen oder Schwierigkeiten zu erfassen

und ein Austausch darüber anzuregen (ebd.) Als weitere hilfreiche Interventionstechnik nennt Bull das Erfassen von wichtigen Etappen und Erfahrungen im Lebenslauf des Paares sowie in der gemeinsamen Beziehung. Dabei ist der Blick hauptsächlich auf gelungene und positive Erlebnisse zu richten (ebd.)

Bull teilt Angehörigengespräche in drei Phasen auf und formuliert Leitideen und praktische Hilfen für die folgenden Gesprächsphasen. In der *Anfangsphase* wird mit Hilfe einer Begrüssung, einer Vorstellungsrunde, Small Talk und dem Platz-Einnehmen ein erster Kontakt hergestellt und somit bereits ein erster Eindruck gewonnen. Dabei ist eine Basis für ein vertrauensvolles Gesprächsklima zu schaffen. Zentral ist zu Beginn des Gesprächs die Rollenklärung von Seiten. Weiter können kurz die Gründe für das Gespräch erläutert werden und es kann damit begonnen werden, die Erwartungen des Paares sowie der Systemikerin bzw. des Systemikers zu erfassen (S. 42). In einem weiteren Schritt wird der Gesprächsauftrag geklärt, dabei müssen sich die Anliegen des Paares nicht überschneiden. Die *Mittelfase* eines Paargesprächs besteht nach Bull in den meisten Fällen aus den Schwerpunkten „Themen- und Problempräsentation“, „Identifikation der Zusammenhänge zwischen dem Problem und der familiären Dynamik“ sowie „Erkundung der Möglichkeiten und Ressourcen zur Problemlösung“ (S. 43). In der *Endphase* eines Angehörigengesprächs sind die unterschiedlichen Perspektiven der Systemmitglieder zu benennen, diese können auch durch die Sicht der systemischen Beraterin bzw. des Beraters ergänzt werden (S. 46). Weiter gilt es auf interaktionelle Themen einzugehen, Ressourcen zu benennen sowie Perspektiven aufzuzeigen (ebd.). Mit Bezugnahme auf die Ressourcen können konkrete Abmachungen für die weitere Beratung vereinbart werden (ebd.).

### 5.3.2.2. Systemische Paarberatung

Systemikerinnen und Systemiker haben, wie bereits erwähnt, die Beziehungen und die Interaktionen im Blick. Dies gilt ebenso für die Paarberatung. Bei Paaren, welche sich in einer Krise befinden, können systemische Beraterinnen und Berater mit diesem Blick *Eskalationen* erkennen. Nach Schwing und Fryszer (2015) können dabei symmetrische und komplementäre Eskalationen erkannt werden. Befindet sich ein Paar in einer *symmetrischen Eskalation*, führt ein Verhalten zum selben Verhalten beim Partner resp. der Partnerin. So verstärkt sich das Paar gegenseitig und kurbelt so den Kreislauf weiter an. Eine *komplementäre Eskalation* besteht daraus, dass ein Verhalten zu einem anderen führt. Dabei reagieren beide umso stärker mit ihrem Verhalten, umso mehr der Partner bzw. die Partnerin sein oder ihr Verhalten zeigt (S. 86). Das kann beispielsweise eine stetig wütender und lauter werdende Partnerin und ein sich stets mehr zurückziehender Partner sein – je lauter sie wird, desto mehr zieht er sich zurück und umgekehrt. Auch hier treiben beide mit

ihrem Verhalten den Kreislauf an. Weiter nennen Schwing und Fryszer *spiralförmige Eskalationen* als ein „Teufelskreis“, in welchen Paare geraten können. Dabei führt das Aktivwerden des Einen zum Passivwerden des Anderen oder in umgekehrter Richtung betrachtet, das Passivwerden des Einen führt zum Aktivwerden des Anderen.

Werden solche Eskalationen vom Paar erkannt und ist es ihm möglich daraus auszusteigen, wird keine systemische Beratung benötigt. Finden jedoch destruktive Eskalationen statt, versuchen Systemikerinnen und Systemiker, sogenannte *Zusammenspiele* beim Paar zu finden (S. 87). Damit ist gemeint, dass sich frühere Erfahrungen von Paaren oftmals auf das heutige Verhalten auswirken und sie dadurch in Eskalationen geraten (ebd.). Das kann in Bezug auf das letzte Beispiel einerseits die Erfahrung sein, nicht gehört zu werden und andererseits sehr viel und regelmässig kritisiert zu werden. So verstärkt die Erfahrung, nicht gehört worden sein dazu laut zu werden, dies kommt bei der Gegenseite als erneute ungerechtfertigte Kritik an, was ein Rückzug zur Folge hat. Die systemische Beratung will das Paar darin unterstützen, solche *destruktiven Eskalationen* zu erkennen, diese zu beenden und mit einem konstruktiven Umgang abzulösen (ebd.). Dabei ist es nützlich nachvollziehen zu können, welche Themen aus den Herkunftsfamilien in einem Streit des Paares erkennbar werden und diese aufzulösen.

Als Ziel einer Paarberatung kann genannt werden, negative persönliche Zuschreibungen (z.B. „Immer lässt du mich im Stich“ oder „Nie setzt du dich für meine Wünsche ein“) aufzulösen und das Entstehen der Eskalationskreisläufe zu verstehen (ebd.). So können alternative Umgangsformen und Muster entdeckt und ausprobiert werden. Weiter ist bei der systemischen Beratung der Blick auf den Kontext zentral, somit muss erkannt werden in welcher Situation sich das Paar befindet und aufgrund welcher inneren oder äusseren Bedingungen Stress besteht. Nachdem ein Weg aus den destruktiven Eskalationen – welche oft auch mit gegenseitigen Verletzungen verbunden sind – gefunden werden konnte, kann ein Klima geschaffen werden, in welchem sich das Paar getraut über sogenannte *innere Themen* zu sprechen (S. 88). Diese stellen Wünsche, Bedürfnisse und Ängste dar, welche häufig mit alten Verletzungen, der gewünschten Balance von Bindung und Autonomie, Leiten und Folgen sowie Geben und Nehmen verbunden sind (ebd.). Um solchen Themen Raum geben zu können, muss das Paar alternative Verhaltensmuster zu den Eskalationen entwickeln können. Dabei ist es zentral nicht Kritik an der anderen Person, stattdessen am Verhalten zu üben. Die Reaktionen, welche üblicherweise zu einem dauerhaft hohen Stresslevel aufgrund von Eskalationen führen, sind häufig Flucht oder Kampf (S. 89). Diese kurbeln jedoch den Kreislauf nur weiter an. Schwing und Fryszer formulieren angelehnt an den amerikanischen Paarforscher John Gottmann (S. 88) sechs wichtige Punkte, um eine

Paarbeziehung zu pflegen: In gemeinsame Zeit und gemeinsame schöne Momente investieren, den Partner resp. Partnerin stets neu kennen lernen indem Interesse am Gegenüber gezeigt wird, Zuneigung und Bewunderung zeigen (S. 90), sich auch Mal vom Partner beeinflussen lassen, unvereinbare Vorstellungen und Wünsche als solche respektieren und einen gemeinsamen Sinn schaffen (S. 91).

## 6. Empirischer Teil

Ausgehend von der Fragestellung, welche dieser Arbeit zu Grunde liegt, sahen wir eine qualitative Untersuchung als indiziert. Das zentrale Anliegen dieser empirischen Untersuchung ist, die subjektive Qualität vom Erleben von Symptomen, Belastungen, Umgangsformen, sowie Unterstützungsleistungen in Erfahrung zu bringen, um dann das erarbeitete theoretische Wissen und die empirischen Daten mit den Ergebnissen zu bestätigen oder zu ergänzen. Um Daten zu subjektiven Perspektiven, Sinnstrukturen, sowie Wirklichkeitsdeutungen von Personen zu erhalten, ist gemäss Atteslander (2008) eine qualitative Datenerhebung geeignet (S. 21). Zudem bringt die qualitative Forschung den Vorteil, dass Aussagen zu einem gewissen Gebiet, aus welchen die Befragten stammen (Region Bern) bezüglich der Thematik gemacht werden können. Ausserdem besteht ein persönlicher Gewinn für die Forschenden insofern, dass sie sich für das Themengebiet sensibilisieren.

Während im ersten Teil dieser Arbeit bereits Erkenntnisse aus der Forschung sowie theoretische Konzepte aus der Literatur zum Thema Belastungen und Bewältigung von Partnerinnen und Partner depressiv erkrankter Personen zusammengetragen wurden, geht es in diesem zweiten Teil um die Untersuchung der Fragestellung anhand von Einzelfällen. Hierbei ist noch anzumerken, dass die Untersuchung den theoretischen Beitrag zur systemischen Beratung ausser Acht lässt. In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen dieser Forschungsarbeit dargelegt. Dabei wird auf die Datenerhebung, die Aufbereitung sowie die Auswertung genauer eingegangen.

### 6.1. Methodenbeschreibung: Problemzentriertes Interview

Die Befragung der Untersuchungsgruppe (Partnerinnen und Partner depressiv erkrankter Menschen) richtet sich nach der problemzentrierten qualitativen Interviewmethode. Das problemzentrierte Interview ist eine Interview-Variante der teilstandardisierten Interviews bzw. der Leitfaden-Interviews. Das Interview basiert auf einem Leitfaden, auf welchem wesentliche Themenaspekte für die Befragung zusammengestellt sind (Mayring, 2002, S. 69). Nach Witze (1982) ist das problemzentrierte Interview das Folgen eines lockeren, knappen und thematisch orientiertem Leitfadens mit dem Ziel den Befragten eine

weitmögliche Artikulationsfreiheit einzuräumen und sie zu freien Erzählungen anzuregen. Dies bedingt eine vertrauensvolle Gesprächssituation aufzubauen (S. 66-67). Entscheidend ist, dass die Befragten ihre Ansichten und Erfahrungen frei artikulieren, ohne dass eine Antwortvorgabe vorliegt (Hopf, 2012, S. 177-178).

Anhand des Interviewleitfadens ist eine teilweise Standardisierung der Befragungen und somit eine Vergleichbarkeit der Interviews gewährleistet. Bei der Datenerhebung geht es schliesslich nicht um eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse, sondern um das Analysieren der erhobenen Daten auf relevante Regelmäßigkeiten oder gewisse Strukturen zu eruieren.

Der Interviewleitfaden der Untersuchung basiert auf dem vorgängig erarbeiteten Theorieteil, worin zentrale Inhalte der Problematik bereits analysiert wurden. Der Leitfaden ist thematisch gegliedert und enthält eine Reihenfolge. Die Fragen wurden nach Mayring (2002) gestaltet. Mit einer *Sondierungsfrage* wird jeweils in eine Thematik gestartet. Dadurch kann die Interviewerin oder der Interviewer ermitteln, welche Bedeutung und Wichtigkeit die Befragten dem Thema zuschreiben. Die *Leitfragen* sind diejenigen Fragen, welche die zentralen Aspekte beinhalten. Die spontanen *Ad-hock-Fragen* berücksichtigen hingegen all diejenigen Aspekte welche in den Leitfragen keine Berücksichtigung gefunden haben und sich aus dem Gesprächsinhalt als notwendig ergeben oder sich für das Aufrechterhalten des Gesprächsflusses anbieten. Ausserdem bestehen beim Führen des problemzentrierten Interviews andere Gestaltungsfreiheiten, wie die Abstimmung der Abfolge oder die Anzahl der Leitfragen auf den Einzelfall. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit Verständnisfragen zu stellen oder die Bedingungen der Interviewsituation zu thematisieren (S. 69-72).

Ergänzend zum Leitfaden kann nach Lamnek (2005) ein standardisierter *Kurzfragebogen* vor dem Interview der befragten Person vorgelegt werden. Dieser soll eine erste Aktivierung der Gedächtnisinhalte bezüglich dem Thema und einen erleichterten Einstieg in das Gespräch bezwecken. Zudem dient der Kurzfragebogen auch dem Erfassen des sozialen Kontextes der Befragten (S. 366-367).

## **6.2. Zugang zum Material und Datenerhebung**

Durch gezieltes Anfragen im beruflichen und privaten Umfeld der Autorinnen, wurden zwei Interviewpartnerinnen und einen Interviewpartner gefunden. Trotz Anfragen in verschiedenen Angehörigenberatungen, Selbsthilfegruppen sowie Vereinen und Verbänden konnten keine weiteren Interviewpartnerinnen resp. -partner gefunden werden. Um geeignete Daten für die Untersuchung der Fragestellung dieser Arbeit zu erheben, mussten die Befragten folgende

Kriterien erfüllen: Die befragte Person...

- ... ist die Partnerin oder der Partner von einer Person, die sich in der Vergangenheit in einer diagnostizierten depressiven Episode befunden hat oder sich momentan darin befindet.
- ... befindet sich oder befand sich zur Zeit der Erkrankung in einer Partnerschaft oder einer Ehe mit seiner erkrankten Partnerin oder seinem erkrankten Partner.
- ... leben in einem gemeinsamen Haushalt mit der erkrankten Partnerin oder dem erkrankten Partner.
- ...ist volljährig.

Die Untersuchungsgruppe besteht aus drei Personen (Person 1, 2 und 3), welche zwischen 50 und 60 Jahre alt sind. Die altersspezifische Gewichtung der Untersuchungsgruppe ist zufällig. Eine der interviewten Personen ist mit einer der Interviewerinnen verwandt.

Als Einstieg wurde vor dem Interview jeweils zusammen mit der interviewten Person ein standardisierter Kurzfragebogen (Anhang 1) ausgefüllt. Dabei wurde die Person nach ihrem Alter, dem Beziehungsstatus mit der erkrankten Partnerin oder dem erkrankten Partner, ihrer Wohnsituation, ihrem Arbeitsverhältnis, sowie nach gemeinsamen Kinder befragt. Mittels eines Aufnahmegeräts wurden die Interviews jeweils aufgezeichnet. Auf die Anonymisierung der Daten wurde zu Beginn des Interviews hingewiesen. Ausserdem unterzeichneten die Interviewpartnerinnen und -partner vor dem Interview eine Einverständniserklärung für die Tonaufnahme des Interviews und die Datenverwendung in anonymisierter Form. Die Interviews wurden zu zweit mit der jeweiligen interviewten Person geführt. Während dem Interview wurde von einer der Interviewerinnen ein Beobachtungsprotokoll verfasst, welches nonverbale Kommunikation (Mimik, Gestik, u.s.w.) und Gegebenheiten aus der Erhebungssituation beinhaltet. Die Beobachtungen werden im Kapitel 6.4. miteinbezogen. Die drei Interviews dauerten zwischen 47 und 77 Minuten und fanden an unterschiedlichen Orten statt. Person 1 wurde in einem Café, Person 2 wurde in einem präparierten Raum und Person 3 bei sich zu Hause interviewt.

Die mit dem Tonband aufgenommenen Interviews wurden nach den *einfachen Transkriptionsregeln* von Dresing und Pehl (2013) transkribiert. Alle sensiblen Daten in den Transkripten (Anhang 2), welche auf die interviewten Personen schliessen lassen, wurden in eckigen Klammern codiert. Ausserdem wurden berndeutsche Wörter, welche nicht ins Schriftdeutsch übersetzt werden konnten, kursiv geschrieben. Beim Kurzfragebogen fallen Datenerhebung und Datenerfassung zusammen.

### 6.3. Inhaltsanalyse

Die Analyse des erhobenen Materials wurde nach den Kriterien von Mayring (2010) vorgenommen. Demnach gilt es das Material nach einem systematischen und regelorientierten Verfahren der Fragestellung entsprechend zu analysieren. Bei der Textanalyse sind die vorab festgelegten Ablaufschritte grundlegend, um eine freie Interpretation des Materials zu vermeiden und ermöglicht das Nachvollziehen des Analyseprozesses für andere (S. 48-49).

Bei der Analyse der Texte war das Ablaufmodell (Abbildung 5) nach Mayring (2010) richtungsweisend.

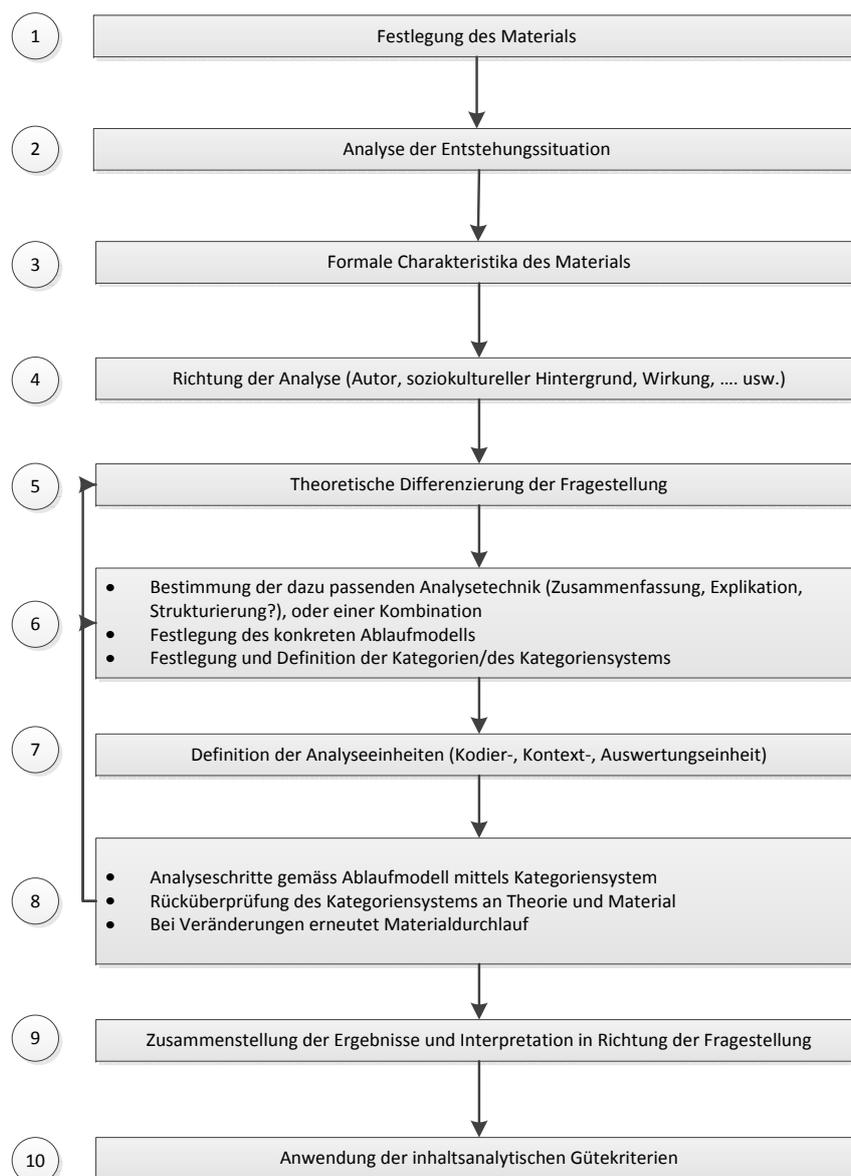


Abbildung 5: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell. Mayring 2010, S. 60

Die einzelnen Interpretationsschritte der Inhaltsanalyse wurden dem Umfang der Interviews entsprechend modifiziert: Bei Schritt 2 wird nebst dem Beobachtungsprotokoll keine Dokumentation des öffentlichen Diskurses zur Problemstellung (z.B. Medienaufmerksamkeit, Politik etc.) miteinbezogen. Ausserdem wurden die Schritte 6, 7, 8 und 10 angepasst oder ausgelassen.

Die Analyse der Texte erfolgte nach diesen Analysefragen:

- Wie wurde das Auftreten der Depression bei der Partnerin/beim Partner erlebt und wie darauf reagiert?
- Wie wurden die Auswirkungen der Depression von der Partnerin oder vom Partner erlebt, was als belastend?
- Wie war der individuelle Umgang mit den Auswirkungen der Depression als die Diagnose erhalten wurde und hat sich dieser seither verändert?
- Was für Unterstützungen aus dem professionellen und privaten Umfeld haben die Angehörigen erwartet, erhalten und wie werden diese beurteilt?

Auf Grund der geringen Anzahl an Interviews bzw. der überschaubaren Datenmenge wurde für die Analyse der Texte (Transkripte) auf Analyseverfahren wie Zusammenfassung oder Explikation verzichtet und stattdessen lediglich die Textstellen nach den Analysefragen inhaltlich strukturiert. Während nicht relevante Textstellen für die Analyse entfielen, wurden die restlichen Inhalte in weitere Themen aufgeteilt und in einem Fliesstext in Zusammenhang gebracht. Der Fliesstext bringt den Vorteil, den Kontext der Inhalte miteinzubeziehen zu können sowie die Ergebnisse auf einander zu beziehen. Hierbei ist noch anzumerken, dass für das empirische Datenmaterial (inkl. Schritte der Inhaltsanalyse) ein separater Band existiert, welcher bei den Autorinnen für ein eingehenderes Verständnis eingefordert werden darf.

#### **6.4. Ergebnisse**

Ausgehend von den vier Analysefragen wurden aus dem Datenmaterial der problemzentrierten Interviews relevante Erkenntnisse zum Erleben der Depression, zu den emotionalen sowie alltäglichen Belastungen, zum Umgang der Partnerinnen und Partner mit diesen Belastungen sowie zu erfahrener oder fehlender Unterstützung generiert. Als Ergänzung zu den erhobenen Daten aus den Interviews wurden bei den Ergebnissen die Daten aus den Kurzfragebögen miteinbezogen. Während der drei Interviews wurden keine äusseren Faktoren als beeinflussend wahrgenommen und somit in den folgenden Ergebnissen nicht berücksichtigt. Zudem wurde auch das Verwandtschaftsverhältnis einer befragten Person zu einer Autorin nicht als Einfluss nehmend eingeschätzt. Aus den

relevanten Textstellen der Interviewtranskriptionen haben sich zudem Unterthemen ergeben. Anhand dieser Unterthemen wurden die nachfolgenden Kapitel gegliedert.

#### **6.4.1. Interviewpartnerinnen und -partner**

Im Folgenden wird die Lebenssituation der drei befragten Personen während der depressiven Episode(n) ihrer Partnerin resp. ihrer Partner dargelegt. Zudem werden die Diagnose sowie der Krankheitsverlauf der depressiven Person aufgeführt.

##### Person 1

Die erste interviewte Person hat zum Zeitpunkt des Auftretens der Depression ihres Partners im Jahr 2004 gemeinsam mit ihm sehr abgelegen gelebt. Damals waren die beiden bereits ca. 25 Jahre verheiratet. Sie haben eine gemeinsame Tochter, welche im Jahr 2004 bereits nicht mehr bei den Eltern gewohnt hat. Das Paar hat damals gemeinsam beim gleichen Arbeitgeber mit Jugendlichen gearbeitet. Der Partner war nach einer Konsultation des Hausarztes zwei Mal auf freiwilliger Basis, mit einem Unterbruch von etwa zwei Monaten, stationär in einer Psychiatrie. Anschliessend befand er sich zwei Jahre lang in einer ambulanten Therapie. Der Partner erhielt im Jahr 2004 die Diagnose einer schweren depressiven Episode. Zusätzlich wurde ADHS diagnostiziert, jedoch erst im Erwachsenenalter. Bis heute nimmt er Antidepressiva und Ritalin ein. Der Partner war eine Zeit lang nach der depressiven Episode arbeitslos, Person 1 war immer arbeitstätig, heute arbeitet sie als Pflegefachfrau.

##### Person 2

Die zweite befragte Person befand sich zum Zeitpunkt des Auftretens der Depression ihres Partners – wobei diese damals nicht erkannt wurde – bereits seit fünf Jahren in einer Beziehung mit ihm. Sie beschreibt die ersten fünf Jahre als „gut“. Die beiden hatten damals zwei gemeinsame Kinder, zu einem späteren Zeitpunkt folgte noch ein drittes. Nach der Geburt des ersten Kindes ist die Familie nach Bern gezogen, was auch mit einem Arbeitgeberwechsel verbunden war. Das zweite Kind kam mit einer Geburtsbehinderung zur Welt, was für die Eltern eine zusätzliche Belastung bedeutete. Der Verlauf der Depression des Partners beschreibt Person 2 als unregelmässig. Zu Beginn, nach der Geburt der zweiten Tochter, habe es einige depressive Phasen gegeben, Person 2 nennt diese „mehrere akute permanente Tiefs“. Daraufhin habe zum Teil eine vollständige Remission stattgefunden und ihr Partner sei, zu Beginn einige Wochen und später eine lange Phase von etwa sieben Jahren, eher stabil gewesen. Im Jahr 2012 sei er „ganz massiv in die Depression abgerutscht“. Er habe die Diagnose einer schweren, rezidivierenden Depression erhalten. Person 2 sagt, dass diese mittlerweile chronisch sei. Zusätzlich wurde bei ihrem

Partner das Asperger-Syndrom vermutet, jedoch nie eine solche Diagnose gestellt. Der Partner war mehrere Male stationär in Therapie. Daneben befand er sich in ambulanter Behandlung. Bevor die Depression erkannt wurde, fanden diverse Abklärungen statt. Das Paar hat nach einer ersten Vermutung, dass es sich um eine Depression handelt, als erstes die Hausärztin konsultiert. Person 2 hat immer 100 % in der Pflege gearbeitet (während ihres Masterstudiums 10 % reduziert), ihr Partner hatte seit Beginn der Depression mehrere Stellen inne, diese jedoch jeweils wieder verloren. Somit gab es mehrere Phasen, in welchen Person 2 als Einzige in der fünfköpfigen Familie Geld verdiente. Als Person 2 für fünf Jahre eine Stunde Arbeitsweg entfernt von ihrem Wohnort gearbeitet hat, wurde ihr Partner zusätzlich durch eine Psychiatriespitex unterstützt. Seit eineinhalb Jahren ist Person 2 von ihrem Partner geschieden.

### Person 3

Person 3 befindet sich seit etwa 17 Jahren in einer Beziehung mit seiner Partnerin, die beiden sind nicht verheiratet. Person 3 und die Partnerin haben beide jeweils zwei eigene Kinder. Die Partnerin war meistens alleinerziehend, Person 3 teilte die Kindererziehung mit seiner Exfrau auf. Die Partnerin hat bereits Mitte zwanzig die Diagnose manisch-depressive Störung erhalten. Sie war in Therapie als die beiden sich kennen gelernt haben. Person 3 habe jedoch in den ersten sieben Jahren Beziehung von dem Störungsbild nichts bemerkt. Manische Phasen habe er während der ganzen Beziehung nicht erkannt, rückblickend könnten jedoch gewisse Zeitabschnitte als hypomanisch bezeichnet werden. Vor der ersten depressiven Episode, welche Person 3 miterlebt hat, ging die Partnerin nicht mehr so häufig zu ihrer Therapeutin, wie in den Jahren zuvor. Das war vor etwa achteinhalb Jahren. Daraufhin war die Partnerin erneut regelmässig in Therapie: Am Anfang in einem Kriseninterventionszentrum und anschliessend in einer Tagesklinik. Person 3 hat in dieser Zeit einen grossen Anteil der Kinderbetreuung von seiner Partnerin übernommen. Das Paar lebte damals noch nicht zusammen. Damals wohnten die beiden Kinder der Partnerin noch bei ihr, der Sohn von Person 3 wohnte bei ihm, die Tochter nur noch zu einem gewissen Teil. Seit Austritt aus der Tagesklinik ist die Partnerin bei einer neuen Therapeutin in psychologischer Behandlung. Die Partnerin war zum Zeitpunkt der ersten depressiven Episode finanziell vom Sozialdienst abhängig, sie arbeitete in einem kleinen Teilpensum. Nach diesem ersten, Person 3 nennt das „Ereignis“, war die Partnerin für etwa acht Jahre lang wieder stabil. In dieser Zeit ist Person 3 und die Partnerin zusammengezogen, die Kinder leben nun alle alleine. Person 3 hat stets gearbeitet, die Partnerin ist seit Ende des ersten Ereignisses finanziell unabhängig. Beide arbeiten unregelmässig, zum Teil am Abend oder auch am Wochenende. Die zweite depressive Episode begann vor etwa sechs

Monaten. Seit drei Wochen ist die Partnerin in einer Tagesklinik, zuvor befand sie sich in ambulanter Behandlung bei ihrer Therapeutin. Somit musste Person 3 seine Partnerin einige Monate lang alleine "betreuen".

#### **6.4.2. Auftreten der Depression**

Die ersten Anzeichen einer Depression wurden von den befragten Personen unterschiedlich erlebt. In den folgenden Kapiteln wird einleitend die Situation der Paare beschrieben. Anschliessend werden die Veränderungen im Verhalten, Denken und Fühlen der depressiven Person und die entsprechenden Reaktionen der gesunden Partnerinnen resp. Partner aufgezeigt. Dabei ist stets zu bedenken, dass die Krankheitsverläufe unterschiedlich verliefen und es unterschiedlich viel erlebte depressive Episoden gab.

##### **6.4.2.1. Situation der Paare beim (erneuten) Auftreten der depressiven Episode(n)**

Person 1 und 2 waren bereits mit ihrem Partner in einer Beziehung, als diese noch nicht depressiv erkrankt waren. Bei Person 1 war relativ schnell klar, dass bei ihrem Partner eine depressive Störung vorlag. Person 2 jedoch wusste lange nicht, als es ihrem Partner bereits nicht mehr gut ging, was für eine Krankheit bzw. Störung er hatte. Den Erzählungen nach hatte die Person 1 nach eher kürzerer Zeit erkannt und eingesehen, dass mit ihrem Partner etwas nicht stimmt und sich externe Hilfe geholt.

Person 2 hat sich das Verhalten ihres Partners zu Beginn anders erklärt. Sie beschreibt die Situation folgendermassen:

*JA ich hatte einen Moment gebraucht bis ich gesehen habe, dass wir ein Problem haben oder manchmal ist es einfach eine berufliche Überlastung. Wir sind umgezogen nach dem ersten Kind wieder zurück auf [heutiger Wohnort] und ja, man arbeitet sich wieder neu ein und da habe ich gedacht, ja schon so eine Anpassungsleistung oder (...) und es hat sich dann einfach im Verlauf gezeigt, dass dies nicht so ist oder.*

Das Umfeld und hauptsächlich die Eltern von Person 2, welche sie sehr stark unterstützt haben, hatten sie schlussendlich darauf aufmerksam gemacht, dass etwas „komisch ist“. Sie hat nach einiger Zeit, auf Rat einer Kollegin, mit ihrem Partner eine Depressionsskala ausgefüllt, so konnte Person 2 selber einsehen, dass es sich hier um eine Depression handelt. Person 3 hat seine Partnerin kennengelernt, als diese die Diagnose bereits eine lange Zeit hatte. Die erste depressive Episode, welche er miterlebt hatte, kam jedoch auch für ihn überraschend. Da sich seine Partnerin in psychotherapeutischer Behandlung befand, habe er sich „nie Überlegungen gemacht über ihren Seelenzustand, im Sinne von man sollte

etwas machen, weil sie hat ja gemacht“. Durch die unregelmässigen Arbeitszeiten hat sich nach Person 3 "ein autonomes Leben", im Sinne von einem aneinander vorbei leben, entwickelt. Person 3 bemängelt zudem, dass die jeweilige Therapeutin seiner Partnerin nicht genau erkannt habe, wie es seiner Partnerin tatsächlich gehe. Dies habe nach seiner Interpretation auch – neben einem Mangel an freien Therapieplätzen – dazu beigetragen, dass einige Monate vergingen, bis seine Partnerin in eine Tagesklinik eingetreten ist. Alle drei interviewten Personen waren während der depressiven Episoden ihrer Partner bzw. Partnerin in einem Arbeitsverhältnis. Dieses beschreiben alle drei als anspruchsvoll, was somit in einen Konflikt mit den Bedürfnissen der depressiven Partner bzw. Partnerin führte. Dazu exemplarisch eine Aussage von Person 1:

*Ich habe damals mit Jugendlichen gearbeitet und das war sehr herausfordernd.  
Oder also meine Präsenz bei den Jungs, welche mich sehr gebraucht haben und  
dann zu Hause mein Mann, der mich eigentlich auch gebraucht hätte.*

Person 2 und 3 hatten zum Zeitpunkt der ersten depressiven Episoden der Partner resp. Partnerin zusätzlich Betreuungsaufgaben, da ihre Kinder (bei Person 3 auch die Kinder der Partnerin) noch nicht selbstständig waren. Die Kinder von Person 3 waren bei den ersten „Schüben“ noch sehr klein, sie beschreibt diese Zeit als sehr schwierig. Neben dem praktisch alleinigen Übernehmen von Erziehungsaufgaben hatte die depressive Störung des Partners von Person 2 und der Partnerin von Person 3 zur Folge, dass die Kinder für eine gewisse Zeit nur noch einen, wirklich präsenten Elternteil hatten. Alle drei Personen gaben an, dass es für sie entlastend war, über die Depression des Partners resp. der Partnerin sprechen zu können. Person 1 und 3 taten dies nach ihren Erzählungen gleich von Beginn an. Dies hatte nach 1 zur Folge, dass sie nicht in eine soziale Isolation geriet, Person 3 sah dies in dem Sinn als entlastend, als dass er ohne grosse Erklärung oder sogar mit falschen Angaben nach Hause gehen konnte und sich um seine Partnerin kümmern konnte. Person 2 hat lange Zeit die Problematik nicht nach aussen kommuniziert. Dies "führt einem direkt in die Isolation" meint sie heute. Erst vor etwa zehn Jahren habe Person 2 auch ausserhalb des engsten Kreises über die Depression ihres Partners gesprochen, das sei dann eine Erleichterung gewesen. Auch sie konnte so bei einer Notfallsituation ohne lange Erklärung von der Arbeit nach Hause gehen. Person 2 beschreibt zudem, dass zu Beginn ihre Eltern, später auch die älteste Tochter ihrem Partner, während arbeitslosen Phasen, häufig zu einer Tagesstruktur verholfen haben. Person 1 und 3 taten dies alleine.

#### **6.4.2.2. Erste erkennbare Veränderung der depressiven Person**

Alle drei interviewten Personen erkannten eine erste Veränderung ihrer Partner bzw. Partnerin in einem sozialen Rückzug. Person 1 beschreibt dies so, dass ihr Partner sich

zurückgezogen hat, keinen Besuch mehr ertragen konnte und nirgends mehr hin wollte. Neben dem Rückzug wurde ihr Partner zum Teil jedoch auch wütend, "schimpfte" mit Person 1 oder hatte "einen Ausbruch". Der Partner von Person 1 konnte ihr "als es wirklich sehr eng war" sagen, dass es ihm gar nicht gut geht. Bei einem solchen Gespräch erzählte er ihr zudem, dass er an Suizid denke. Person 3 nennt im Zusammenhang mit der ersten depressiven Episode seiner Partnerin ebenfalls die Suizidalität als sehr präsenten Symptom. Person 2 hat bereits bevor klar war, dass ihr Partner eine depressive Störung hat, ein Verhalten von Isolation beobachten können. Sie beschreibt dies folgendermassen:

*Ja also er hat nicht mehr kommuniziert mit uns, es ist kein Gespräch mehr zu Stande gekommen, vielleicht noch ein guter Morgen oder ein gute Nacht gekommen, aber das war das Maximum an Gespräche gewesen. Und hat völlig sich völlig in seine Welt zurückgezogen und ist einfach verstummt (...).*

Ein solches Verhalten war auch zu beobachten, wenn die Familie Besuch hatte. Person 2 beschreibt, dass ihr Partner da "einfach dagehockt ist und kein Wort gesagt hat oder einfach wieder davongegangen ist und etwas für sich gemacht hat". Person 2 erhielt schnell Rückmeldung zum Verhalten ihres Partners von ihrem Umfeld. Bei Person 3 war dies nicht der Fall: Die Partnerin konnte, nach Aussage von Person 3, "relativ gut eine Fassade aufbauen, dass man es nicht so merkt, wie schlimm, dass es eigentlich wirklich ist". Mit dem Zurückziehen ist ebenso ein Nicht- oder nur noch wenig Kommunizieren verbunden. Der Partner von Person 1 konnte ihr nicht sagen wie es ihm geht. Person 3 bemerkte eine Zeit lang noch keine Veränderung bei seiner Partnerin, da sie ihren Verpflichtungen nachgegangen ist. Erst als seine Partnerin nur noch aus dem Bett kam, wenn er nach Hause kam oder sie einen externen Termin hatte, wurde die Depression sichtbar. Bei der zweiten depressiven Episode der Partnerin habe sie zu Beginn "sehr viel Heulanfalle" gehabt. Person 1 beschreibt besonders klar, was für Auswirkungen die Depression auf die Energie ihres Partners hatte:

*Mein Mann ist nicht mehr belastbar gewesen, hat viel gesagt, ich mag nicht mehr, ich kann nicht mehr (...) hat nichts mehr aushalten können, auch von mir nicht. Von niemandem mehr. Sehr schlecht geschlafen, viel auf gewesen in der Nacht. Und dann, als er arbeiten gehen musste, sehr müde.*

Anhand der Beschreibungen der Person 2 und 3 ist zu ahnen, dass es deren Partner resp. Partnerin ähnlich ging. Explizite Schlafprobleme, bereits zu Beginn, erwähnt nur Person 1. Ebenso der Verlust von Freude an Tätigkeiten, welche ihr Partner früher gerne gemacht hat, erwähnt nur Person 1. Bei der Partnerin von Person 3 kam neben dem veränderten sozialen

Verhalten auch eine Veränderung der Nahrungsaufnahme dazu. Person 3 beschreibt, dass sie von sich aus nicht mehr gegessen und getrunken habe.

#### **6.4.2.3. Reaktion der gesunden Partnerinnen resp. Partner**

Alle drei befragten Personen beschreiben ein Gefühl von Hilflosigkeit in der Zeit, als die Depression sichtbar wurde. Person 1 beschreibt dies als "Ohnmacht, nicht helfen können" und "keine Handhabung mehr haben". Dies war für sie auch ausschlaggebend um zu entscheiden, dass sie nun etwas tun muss und professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden sollte. Neben dem Gefühl von Ohnmacht und Hilflosigkeit nennt Person 2 auch Verzweiflung als Reaktion auf den Rückzug von ihrem Partner:

*Ja ich habe schon probiert meinen Mann wieder abzuholen klar. (...) Und ja das ist so (...) hat keinen Erfolg gehabt in dem Sinn oder und das führt schon zur Verzweiflung, ja. Ich war oft hilflos und machtlos, ja recht verzweifelt gewesen ja.*

Für Person 1 war es ebenfalls schwierig auszuhalten, dass ihr Partner praktisch nicht mehr spricht. Person 2 beschreibt diese Schwierigkeit damit, als dass sie nicht mehr einschätzen konnte "wo die andere Person noch ist". Bevor die depressiven Symptome bei der Partnerin von Person 3 ersichtlich wurde, habe er sich wenig Gedanken darüber gemacht, wie es seiner Partnerin psychisch geht und für sich "das Ganze das dieser Fachperson überlassen. Und überhaupt nicht darüber nachgedacht oder mit niemandem sonst darüber gesprochen oder so." Als die Symptome ersichtlich wurden empfand Person 3 neben der Hilflosigkeit auch noch ein Erstaunen und Unverständnis in Bezug auf das für ihn neue Verhalten seiner Partnerin. Ebenfalls Heulanfälle in der zweiten depressiven Episode wirkten auf die Person 3 etwas befremdlich, er beschreibt dies als komisch. Person 3 konnte die Verhaltensweisen seiner Partnerin (nicht mehr essen und trinken, nur noch im Bett bleiben) zu Beginn nicht zuordnen:

*Ja. Nicht gewusst, nicht gewusst, was dies bedeutet. Am Anfang hat dieses Wort für mich, Nervenzusammenbruch ist da in den Vordergrund gekommen und ich habe das probiert irgendwie zu Schubladisieren für mich da ein bisschen abgrenzen zu können/*

Als Person 1 von den Suizidgedanken ihres Partners erfuhr, ging sie mit ihm gleich zum Hausarzt. Dann habe sie versucht zu "schauen, dass er so schnell wie möglich in die Klinik hat gehen können." Dies habe für sie danach Ausatmen und wieder Raum für sich haben bedeutet. Bei Person 3 war das nicht nötig, da die Partnerin bereits in einer ambulanten Behandlung war. Person 2 hatte sich ebenfalls schnell Hilfe geholt, weil es "offensichtlich gewesen" sei, dass etwas nicht stimme. Die Depression wurde jedoch auch mithilfe von

diversen Abklärungen nicht erkannt. Person 2 schildert, dass sie die Anzeichen einer Depression lange ignoriert habe. Sie schildert auch, dass sie sich mit der Zeit an die "Auf-und-Abs" von ihrem Partner gewöhnt habe. Emotional bedeutete für sie die Situation mit einem kranken Partner und kleinen Kindern Stress. Auch Person 3 hat bei den beiden depressiven Episoden seiner Partnerin versucht, professionelle Hilfe für sie zu organisieren. Bei der ersten depressiven Episode hat er seine Partnerin nach gemeinsamen Ferien in ein Kriseninterventionszentrum gebracht. Während den ersten Monaten der zweiten Episode hat Person 1 mehrere Male Kontakt mit der Psychotherapeutin aufgenommen und sie darum gebeten, seine Partnerin in einer Tagesklinik anzumelden.

#### **6.4.2.4. Erkennen bzw. Nichterkennen des Störungsbildes**

Im Folgenden wird kurz dargestellt, was die befragten Personen hinsichtlich dem Erkennen des Störungsbildes ausgesagt haben. Dies spielt insofern eine wichtige Rolle, als dass durch das Erkennen des Störungsbildes, gezeigte Symptome diesem zugeordnet werden können.

Person 1 beschreibt nicht ob für sie vor der Konsultation des Hausarztes klar war, dass es sich um eine depressive Störung handelt. Da sie Pflegefachfrau ist, kann angenommen werden, dass sie die Symptome einer Depression kannte. Bei Person 3 und seiner Partnerin war auch von Beginn an klar, was für eine Diagnose die Partnerin hat. Da die Partnerin bisher nur die depressiven Phasen bewusst wahrgenommen hat und somit weiss, wie sich diese anfühlen, konnte sie die auftretende Episode erkennen. Daher kann angenommen werden, dass das Paar erkannte, um was es sich handelt. Person 3 beschreibt jedoch, dass rückblickend bereits etwa ein halbes Jahr vor dem Auftreten der Symptome erste Anzeichen zu erkennen waren. Bei Person 2 hingegen war, wie bereits erwähnt, lange nicht klar was ihr Partner hat. Sie beschreibt diese Zeit der Ungewissheit rückblickend so:

*(...) es war lange nicht klar gewesen, sie haben lange, also ich weiss nicht durch wie viele Abklärungsrunden wir in diesen zig Jahren sind, also ich weiss ich könnte sie nicht mehr zählen oder (...) einfach weil es nicht wie zum Zuordnen gewesen war, was ist es wirklich so ein Mix von verschiedenen Sachen und ja. Also ich meine jetzt bin ich all diese Jahre daneben gewesen, ich kann es auch heute nicht sagen (...) also ich konnte selber auch nicht sagen, was ist Auslöser oder so. Ja. Das konnten wir nicht zuordnen.*

Hier ist anzumerken, dass Person 2, erst nachdem sie selber mit ihrem Partner die Depressionsskala ausgefüllt hat, zu erkennen glaubte, dass ihr Partner depressiv ist. Person 2 wurde von einer Freundin, welche ebenfalls in der Pflege arbeitet, aufgefordert, dies zu tun. Trotzdem wurde diese Vermutung lange nicht durch eine definitive Diagnose bestätigt.

### 6.4.3. Auswirkungen der depressiven Symptome

In den nächsten Kapiteln wird in einem ersten Schritt auf die beobachteten und erlebten Symptome der depressiven Person eingegangen. Weiter werden die Auswirkungen dieser Symptome einerseits auf den Alltag und andererseits auf die Emotionen der gesunden Person sowie auf die Paarbeziehung dargelegt.

#### 6.4.3.1. Erlebte depressive Symptome

Die drei interviewten Personen wurden nach den Symptomen gefragt, welche sie bei ihren depressiven Partnerinnen und Partner erlebten. Alle drei nannten oder umschrieben die Suizidalität, die eingeschränkte Handlungsfähigkeit sowie den Rückzug aus dem sozialen Umfeld und auch innerhalb der Familie oder Partnerschaft als für sie beeinflussende, einschränkende oder belastende Symptome. Das zuletzt genannte Symptom zeigte sich etwa, indem der Partner von Person 2 über zwei Jahre lang tagsüber nur noch auf einem Sessel sass und nicht mehr am Familienleben teilnahm, oder an der Partnerin von Person 3, welche tagelang im Bett lag und sich so von ihren zwei Kindern und von Person 3 zurückzog. Zudem schaute die Partnerin Person 3 kaum noch in die Augen. Der fehlende Blickkontakt wurde von Person 3 nach Beenden der Tonaufnahme erwähnt. Person 1 beschreibt dies als Abkapselung, Person 2 als Isolation.

Ausserdem benannten Person 1 und 2 die Kommunikationsverarmung als ein belastendes Symptom, welches sich stark auf die Beziehung auswirkte. Person 1 schildert, dass der Partner nicht über seinen Seelenzustand sprechen mochte und sich von Person 1 nicht verstanden fühlte und zum anderen überhaupt keine Konversation mehr stattfand, was Person 2 bei ihrem Partner sogar als ein Verstummen bezeichnet. Person 2 nahm die eingeschränkte Handlungsfähigkeit beim Partner als sehr extrem wahr. Er habe von sich aus keine eigenen Schritte mehr gemacht, so dass er quasi nur unter Anleitung Handlungen ausübte. Person 3 benennt keine Kommunikationsverarmung, jedoch die Beschreibungen, dass er seine Partnerin als "körperlich anwesend aber sonst abwesend" wahrnahm, lässt darauf schliessen, dass zu mindestens in der ersten depressiven Episode die Kommunikationsfähigkeit der Partnerin eingeschränkt war.

Ausserdem wurden von Person 2 und 3 die Appetitlosigkeit, von Person 1 und 2 der gestörte Schlafrhythmus, das Erschöpft-Sein und die Antriebslosigkeit als weitere, für sie prägende Symptome, genannt. Person 3 beschreibt andere Symptome wie Willenlosigkeit, Heulanfälle (vor allem bei der zweiten erlebten Episode) und "das Depressive" als eine Art Stimmung, welche den Raum einnimmt (vor allem in der zweiten Episode). Des Weiteren verheimlichte der Partner von Person 2 mehrmals, dass er nicht mehr in einem Anstellungsverhältnis sei,

und hortete seine Rechnungen in einer Schachtel, welche er vor Person 2 versteckt hielt. Dies deutet auf starke Schamgefühle des Partners hin. Person 1 nahm negatives Denken, Realitätsverlust in Bezug auf die Selbstwahrnehmung und die Wirkung auf andere seitens ihres Partners wahr. Zudem sei ihr Partner "sehr zynisch" geworden und habe nicht mehr lachen können.

#### 6.4.3.2. Auswirkungen auf den Alltag

Die Auswirkungen durch die Depression im Alltag erleben die befragten Personen in der Intensität unterschiedlich, da sich die Dauer und Häufigkeit der depressiven Episoden massgeblich unterscheiden. Die genannten Auswirkungen können grob in zwei Bereiche eingeteilt werden. Genannt werden die Übernahme von alltäglichen Aufgaben wie beispielsweise Einkaufen oder Kochen, was Person 1 mit "allem, was gegen aussen ist" umschreiben, sowie das Betreuen und Sich-Kümmern um die depressive Partnerin oder den depressiven Partner.

Person 1 erlebte geringe Veränderungen bei der Übernahme von alltäglichen Aufgaben, da sie die meisten bereits vor der Erkrankung ihres Partners übernommen habe. Eine Einschränkung erlebte Person 1 in der Mobilität. Da ihr Partner nicht mehr Autofahren konnte, musste sie mit 48 Jahren den Führerschein machen, um überhaupt selber einkaufen zu gehen. Person 3 beschreibt vor allem das Umsorgen (in seinen Worten: "die emotionelle wie zeitliche, körperliche Zuwendung") als alltägliche Auswirkungen, welche er bei der ersten depressiven Episode als ausgeprägt erlebte. Nach dem Arbeiten sei er möglichst schnell nach Hause zur Partnerin gegangen, um zu schauen, ob sie noch lebe und ob sie aufgestanden sei. Auch habe er täglich für sie gekocht, ihr das Essen hingestellt, ihr die Kleider bereitgelegt, Heulanfälle aufgefangen sowie den Haushalt und im Sommer die Gartenarbeit und im Winter das Anfeuern der Öfen im Haus erledigt. Darüber äusserte er sich wie folgt: "das ist zwar irgendwie blöd, du hast nicht mehr viel Freizeit und musst alles einteilen, aber ja bitte. Das ist irgendwie machbar". Manchmal sei das Sich-Kümmern um die Partnerin „unangenehm oder lästig, aber nicht mehr gewesen“. Bei der ersten depressiven Episode habe er ausserdem die Betreuungsaufgabe für ihre zwei Kinder übernommen. Person 2 übernahm "die komplette Verantwortung", als ihr Partner „massiv in die Depression abrutschte“, da er überall ausgefallen sei. Vorher gab es eine ruhigere Phase mit „Auf-und-Abs“, in welcher sie immer irgendwo austarieren und je nach dem die Verantwortung in verschiedenen Bereichen übernehmen musste. Nach dem massiven Abrutschen in die Depression gehörte das Geldverdienen als finanzielle Absicherung für die ganze Familie, die Verwaltung der Finanzen, den Haushalt sowie die Erziehungs- und Betreuungsaufgabe für die drei Kinder zu ihren alltäglichen Aufgaben. Person 2 beschreibt das so:

*Sie müssen irgend etwas, sie müssen den Haushalt managen, sie haben drei Kinder in der Ausbildung, sie schauen von wer geht heute morgen, mit was geht er, was braucht er für die nächste Prüfung, an eine Stelle, ah ich muss wieder nach Hause kommen, wie auch immer oder. Und sie sind selber auch noch im Prozess. Sie müssen selber auch noch arbeiten gehen, eventuell auch noch in die Ausbildung ja.*

Dazu kommt alles, was mit der Störung bzw. Erkrankung des Partners einherging und um welche sich Person 2 zusätzlich kümmern musste. Dies stellt zum Beispiel die Administration für die Sozialversicherungen, die Anbindung an eine gesundheitliche Versorgung (ambulanter Psychiater), sowie die Anpassung der Medikamente u.s.w. dar. Hinzu kam das tägliche Betreuen des depressiven Partners, welcher kleinste Anweisungen brauchte, um einzelne Handlungsabläufe auszuführen. Dies empfand Person 2 als „schrecklich“. Ausserdem beschreibt Person 2, dass sie beim Arbeiten „ständig auf Nadeln war“ weil ihr Mann sich etwas antun könnte. Wenn es ihrem Partner nicht gut ging oder er ihre Hilfe benötigte, liess sie bei der Arbeit alles fallen und ging zu ihm. Person 2 beschreibt, dass sie mehrmals „am Anschlag“ war und es sie zur Verzweiflung brachte, wenn plötzlich Dinge ausgekommen sind, wie die Kündigung des Partners, das Auffinden einer Schachtel voller Rechnungen und Mahnungen oder die Entdeckung, dass der Partner sein Konto überzogen hatte. Dies hatte zur Folge, dass sie all dies wieder geradebiegen musste. Dazu sagt Person 2: "Und da stehen sie als Angehörige einfach WIRKLICH im Leerraum." Alle diese Auswirkungen auf Person 2 beschreibt sie als "grossen Stapel", welchen sie dank ihres "grossen Energielevels" lange Zeit bewältigen konnte, jedoch kam dann auch der Zeitpunkt, als sie permanent unter Druck stand und überfordert war und ihre Energie abnahm. Dies beschreibt sie so:

*Also man steht wirklich bis über die Haarwurzel im Schlamm oder. Man weiss nicht mehr, wie man es machen soll. Und sie haben vorne und hinten und oben und unten so viele Sachen, die sein müssten, wo sie nicht mehr zschlag kommen.*

Trotzdem bewertet Person 2 die "grossen Sachen" wie Medikamentenanpassung, Jobverlust oder Klinikeintritte und -austritte als weniger ermüdend als die "kleinen Sachen" wie sich nicht auf den Partner verlassen zu können, ihm keine Aufgaben übertragen zu können und ihn zudem sich noch Schritt für Schritt anzuweisen. Über ihre Kräftegrenzen kam sie, als sie ihren Partner vierundzwanzig Stunden rund um die Uhr begleiten und stützen musste, weil die Klinik ihn nicht notfallmässig aufnehmen konnte. Durch die fehlende Kommunikation der Austrittsplanung befand sie sich häufig im Ungewissen. Grosse Auswirkungen ergaben sich

für Person 2 auch in der Freizeit, wo sie sich für Angehörige engagierte, dies jedoch mit der schwindenden Energie aufgab, ausserdem beschreibt sie auch, dass sie sich sozial isolierte.

#### **6.4.3.3. Auswirkungen auf die Emotionswelt der gesunden Partnerinnen resp. Partner und die Paarbeziehung**

Die ersten emotionalen Auswirkungen wurden bereits im Kapitel 6.4.2. (Reaktion des gesunden Partners bzw. Partnerin) weitgehend dargelegt. In diesem Kapitel wird auf diejenigen Emotionen eingegangen, welche als dauerhaft bestehen blieben oder als explizit belastend erlebt wurden. Ausserdem werden in diesem Zusammenhang die Interaktionen innerhalb der Paarbeziehung und das dadurch emotionale Erleben geschildert.

Das permanente Gefühl der Sorge und Angst, dass sich der Partnerin oder dem Partner etwas antun oder Suizid begehen könnte, wurde von allen drei Befragten genannt und vor allem von Person 1 ausdrücklich als sehr belastend deklariert. Dazu ist, bei einigen mehr als bei anderen, ein Verantwortungsgefühl zu erkennen, welches damit einhergeht. Dies ist etwa daran zu erkennen, dass alle nach der Arbeit schnellstmöglich nach Hause gingen um zu schauen, wie es der Partnerin bzw. dem Partner gehe. Dabei schwangen bei Person 1 und 3 Gedanken wie, wie treffe ich wohl die depressive Person zu Hause an, mit. Wenn ihr etwas passieren würde, hätte Person 1 "Selbstvorwürfe", mit welchen sie umgehen müsste. Person 1 ergänzt, dass ihr Partner sich in der Psychiatrie vertraglich ans Unterlassen eines Suizidversuches band, sie jedoch keinen solchen Vertrag besass, was auf eine ungewisse Situation schliessen lässt. Person 3 beschreibt ausserdem eine "riesen Unsicherheit" bzw. eine Art Zukunftsangst, welche bei der ersten Episode ausgelöst durch die vorherrschende "Suizidgefahr" ausgelöst wurde und bei der zweiten Episode wieder aufkam, obwohl der Suizid nicht im Vordergrund stand. Heute beschreibt Person 3 ein Ungewissen über seine Zukunft und über die Zukunft mit seiner Partnerin. Dazu beschreibt er:

*Und es könnte sein, dass das dort bleibt, aber es könnte, ich weiss es wirklich nicht. Und ich weiss auch nicht wie fest, dass ich (...) wie soll ich sagen? Wie fest, dass ich darüber reden kann mit ihr. Weil eigentlich, also sie ist ja davon gerade so betroffen wie ich. Aber weil sie krank ist und weil sie eigentlich nicht belastet werden sollte zusätzlich, weiss ich nicht recht wie ich, ja (...) wie das machen soll.*

Es ist jedoch anzunehmen, dass die Ungewissheit, mehr mit dem Aufkommen der unerwarteten Episode an sich zu tun hat, als ausschliesslich mit der Suizidgefahr.

Die grösste Belastung, welche Person 1 im Umgang mit ihrem depressiven Partner empfand, war für sie die gestörte Kommunikation. Mit ihrem Partner konnte sie nicht über seinen

psychischen Zustand sprechen, da sie jeweils in gewissen Situationen nicht verstanden hat, was in ihm vorgeht. Sie konnte nur vorsichtig Nachfragen, weil er sonst abblockte und ihr entgegnete, dass sie ihn nicht verstehe. Dies seien für sie die "schwierigsten Situationen" gewesen. Diese hatten nämlich zur Folge, dass sie kurze Aussagen von ihm wie „es geht mir nicht gut“ interpretieren und differenzieren musste. Die Schwierigkeit mit dem Interpretieren beschreibt sie so: „Weil eben, was interpretierst du, was ist wirklich Tatsache und was ist es denn nicht? Und also dort immer dazwischen zu Laufen, das ist ein enormes Spannungsfeld.“ Ausserdem kam hinzu, dass sie ihm nichts mitteilen konnte, ohne dass er sich negativ darüber äusserte. Sie nahm sich folglich auch zurück im Sich-Mitteilen, was sie beschäftigt und wie es ihr gehe. Dies beschrieb Person 1 so:

*Ja, das musst du aushalten. Also eben nicht zu sprechen, (lacht) einfach nicht zu sprechen. Aber das ist wie nonverbal zwischen uns gehangen. Und wenn etwas nicht angesprochen wird, dann kannst du es auch nicht bereden. Dann ist es einfach etwas wo immer so ein bisschen schwebt zwischendrin. Und das ist ekelhaft.*

Person 2 beschreibt die Situation mit ihrem Partner so, dass sie kein Gegenüber mehr hatte und wie wenn sie gegen eine Gummiwand sprechen würde, weil er gar nicht mehr fähig war zu kommunizieren. Dies erlebt sie so:

*Das dünkt mich das ist etwas ganz Extremes oder weil man fragt sich, weil kein Echo mehr kommt, haben sie quasi wie ein Selbstgespräch, sie machen etwas und sie müssen auch immer überprüfen, ob das richtig ist was sie einen Anspruch darauf haben möchten. Also bin ich richtig oder bin ich (...) falsch oder bin ich zu überfordernd oder was auch immer oder und auf das bekommen sie auch keine Antwort oder aber es ist immer wie der Selbstabgleich.*

Person 3 benennt die Kommunikation nicht explizit, jedoch ist durch die Beschreibungen der nicht mehr vorhandenen Beziehung aus der ersten und zweiten depressiven Episode darauf zu schliessen, dass die Kommunikation ebenfalls beeinträchtigt war.

Alle drei Befragten erlebten eine Veränderung in der Partnerschaft bzw. innerhalb der Beziehung. In diesem Zusammenhang wurden die gestörte Kommunikation bzw. Interaktion (vor allem bei Person 1), das Entfallen der Partnerrolle bei Person 2 und die Verschiebung von der Partnerrolle zur Kindsrolle bei der Partnerin und die damit verbundene Hierarchie bei Person 3 benennt. Person 2 beschreibt diese Rollenverschiebung so:

*Also das dünkt mich, also diese Rollenveränderung ist etwas Heikles oder. Also ist er denn quasi mein Patient oder mein Kind oder, wo ich quasi einfach sage,*

*du machst jetzt das oder ja wie auch immer oder? Wie bleibt die Autonomie, wenn der andere keine mehr hat, beziehungsweise sie nicht mehr lebt. Also die Gratwanderung zwischen ich bestimme einfach über jemanden/*

Hinzu kommt, dass je nach psychischem Zustand des Partners die Rollenverschiebung sowie seine "emotionalen Abwesenheit" kam und ging und dieser Wechsel sie zusätzliche als "schwierig" empfand. Person 2 beschrieb, dass sie nicht nur die Rolle einer Art Mutter sondern auch die einer Kontrollinstanz zum Teil einnahm, sobald es zum Beispiel um die von ihm versteckten Rechnungen ging. Dies beschreibt sie als Situationen, in welchen sie die Rolle als Partnerin verloren habe. Person 3 beschreibt die Hierarchie zwischen ihm als "Erwachsenen" und seiner Partnerin als "Kind" als "ganz mühsam". Diese Hierarchie führt er so aus:

*Eigentlich ist eine Beziehung so ja nicht, (...) wenn man nicht gerne hat, dass man jemand dominiert oder unter sich hat ist das eigentlich nicht eine, das ist eine Abhängigkeit. Das ist ein, (...) das ist eigentlich kein Zustand. Das ist ja nachher, die Beziehung ist eigentlich kaputt und dann muss man sie wieder aufbauen. Und das (...) ja, also für das braucht es ja zwei.*

Durch die veränderte Rolle der Partnerin war die Beziehung "immer wie weniger vorhanden gewesen", er beschreibt diesen Zustand zudem als eine Art "Abwesenheit" und als gäbe es von ihr nur noch einen "äusseren Zustand". Des Weiteren empfand Person 3 die depressive Stimmung (vor allem in der zweiten depressiven Episode) als allgegenwärtig. Da zu diesem Zeitpunkt Winter war und er sich mehr im Haus aufhielt, wo seine depressive Partnerin sich aufhielt, war er viel mehr von der depressiven Stimmung ausgesetzt. Dies beschreibt er so:

*Das nimmt ja wahnsinnig viel Platz ein, also so psychische Sachen (...) psychische Störungen, die nehmen enorm viel Platz ein. Und das ist eigentlich für normale Menschen neben dran, kein Platz mehr. Und dann müsste eigentlich (...) das dominiert dann, TOTAL. Also das, man redet dann die ganze Zeit, also irgendwie, von dem. Und wenn man nicht redet, ist es nicht weniger da. Eben darum die mühsame Situation im Haus.*

Durch das Dominieren der Stimmungslage der Partnerin ist "das Gemeinsame nicht mehr". Ihn als Person mit seinen Bedürfnissen und Befinden nimmt die Partnerin nicht mehr wahr.

Person 2 empfand trotz allem, dass sie ihren Partner bis heute gerne habe und sie auch nach der Scheidung Kontakt hätten und gut zusammen auskämen. Für sie sei die Scheidung nicht aufgrund der eingeschränkten Beziehungsqualität, sondern aufgrund ihrer Kräfte und weil bei ihm kein Prozess mehr statt gefunden habe, erfolgt. Sie hatte sich gewünscht, dass

er sich wirklich intensiv in einer Therapie auseinander gesetzt hätte mit sich und seiner Problematik, damit es zu einer Veränderung des akuten Zustandes gekommen wäre. Es kam zu keiner Veränderung beim Partner und ihr wurde auch klar, dass dies ein Kreislauf ohne Ende sei. Sie beschreibt dies so:

*Man kommt NIE, man kann überhaupt NIE ein Prozess machen, man kann nie ein Schritt machen es ist immer nur von a nach b und möglicherweise wieder zurück und dann beginnt man wieder bis man irgendwie wieder bei Punkt Null ist. Das ist dermassen sinnlos also ein Stück weit sinnlos oder. Wir haben einfach so genug gehabt wir haben nicht mehr gewusst wie wir uns drehen wollen oder.*

Person 1 beschreibt, die Partnerschaft heute als stabiler aber immer noch „schwierig“. Ihr Partner sei noch gezeichnet von der Depression, was zum Beispiel an seiner eingeschränkten Energie erkennbar sei. Das Sich-Mitteilen seitens ihres Partners sei ein Stückweit besser geworden. Er versuche heute zu kommunizieren, wie es ihm gehe, dies ginge aber nicht immer. Im Unterschied zu früher nehme er sich jedoch besser wahr.

#### **6.4.4. Umgang mit der belastenden Situation**

Im Folgenden werden die Umgangsformen sowie die Bewältigungsstrategien der gesunden Personen geschildert. Um diese besser verständlich zu machen, werden in einem ersten Schritt die genannten eigenen Ressourcen, welche der gesunden Personen dabei geholfen haben mit der belastenden Situation umzugehen, vorgestellt.

##### **6.4.4.1. Internale Ressourcen des gesunden Partners bzw. Partnerin**

Alle drei Befragten beschrieben im Zusammenhang mit den oben aufgeführten Belastungen internale Ressourcen, welche ihnen bei der Bewältigung der Belastungen dienen. Person 1 nannte ihren Glauben, den sie als ihr "Fundament auf welchem sie gehe" bezeichnet. Dieser habe ihr geholfen die Situation mit ihrem psychisch kranken Partner durchzustehen. Ohne ihren Glauben hätte sie es "nicht geschafft". Dazu fügt sie noch an:

*Also, weisst du, ich sage, der Glaube muss nicht unbedingt das Fundament sein, das kann jedes selber machen. Aber du musst, wie ETWAS haben. Oder? Du musst etwas haben. Und wenn du nichts hast, dann ist die Gefahr da, dass es dich wie in das Loch hinunter mit zieht.*

Als weitere Ressource beschreibt sie, wie sie jeweils bei der Arbeit, ihren Partner und die Depression ausblenden konnte und sich nur noch auf die Arbeit konzentrierte. Sie sagt von sich, dass sie sehr ein intensiver Mensch sei und sich einfach auf das fokussieren könne, was gerade im Moment sei. Das habe ihr geholfen, sich abzugrenzen und nicht immer daran

denken zu müssen wie es wohl ihrem Partner gehe. Ausserdem sei sie von klein an gewohnt gewesen, alleine zu sein und für sich selber schauen zu müssen. So konnte sie ihre Kräfte sammeln und sich regenerieren. Das habe sie auch als ein Vorteil gesehen, da sie viele Entscheidungen alleine treffen musste und Konflikte oder "Verletzungen" mit sich selbst ausmachen musste. Diese Selbstständigkeit beschreibt sie so:

*Und dann kommt es darauf an, wie weit bist du bereit zu kämpfen. Für dich selber, für deine Beziehung. Und das kann man nur mit sich selber ausmachen. Da kann einem schlussendlich niemand helfen. So gewisse Entscheidungen musst du ganz alleine persönlich treffen. Und dann kommt es dann darauf an, wer bist du. Und, bist du eine starke Persönlichkeit oder nicht, bist du selbstständig oder nicht, kannst du dich selber abgrenzen oder nicht. (...) Das ist nicht einfach.*

Person 3 schildert ebenfalls, dass es ihm nichts ausmache alleine zu sein und zu sich selbst zu schauen. Dies sei seine "Normalität", da er dies so als Einzelkind kenne. Ausserdem nennt er sein "phlegmatischen Naturell", welches ihm helfe durchzuhalten bzw. schwierige Situationen auszuhalten.

Person 2 beschreibt ihren "ausgeprägten Energielevel" als etwas, was sie schon immer gehabt habe und womit sie die siebzehn Jahren „voller Daueranspannung“ meistern konnte. Dies war mitunter auch der Grund, weshalb Person 2 viel in ihre berufliche Karriere investieren konnte und sie dadurch etwas für sich hatte neben dem Alltag zu Hause. Diesen Sachverhalt beschreibt Person 3 als Aufrechterhaltung einer "Parallelwelt".

#### **6.4.4.2. Umgangsformen und Bewältigungsstrategien**

Nebst dem Einholen von Informationen bei Fachpersonen über das Störungsbild Depression hat Person 2 den Austausch in Selbsthilfegruppen als hilfreich erlebt. Zudem nannte sie die Auseinandersetzung mit dem Störungsbild sowie mit Auswirkungen auf die Angehörigen bei Angehörigenberatungen in Kliniken, bei Informationsanlässen und Podiumsgesprächen als unterstützend. Das Sich-Austauschen mit anderen Personen, die in einer ähnlichen Lage sind oder das "Deponieren" oder "Sprechen" über die Situation und die eigene Befindlichkeit mit nahe stehenden Personen aus dem Umfeld, wird bei allen Befragten, aber vor allem bei Person 1 und 2, als wichtige Umgangsstrategie beschrieben. Hinzu kommt das Kommunizieren der Situation beim ganzen sozialen Umfeld der Partnerin bzw. des Partners, das heisst nicht nur bei Bekannten sondern auch bei Nachbarn und bei der Arbeitsstelle usw. Dieses Kommunizieren wurde von allen als "entlastend" erlebt, da man anderen "nichts vormachen" muss und "nicht mehr alleine ist mit seinen Gedanken", besonders wenn man

dann merkt, dass noch andere Personen im Umfeld in einer ähnlichen Lage sind. Ausserdem wurden weitere Strategie im Zusammenhang mit den alltäglichen Aufgaben oder der anfallenden Betreuung der depressiven Partnerinnen und Partner erwähnt, wie Prioritätensetzung sowie die Verantwortung an Professionelle abzugeben und sich bei der "Zuwendung" bzw. der Betreuung zu beschränken, sich nicht zu verausgaben.

Die eigene Abgrenzung und der Rückzug von der depressiven Partnerin resp. Partner als Eigenschutz und zur Regenerierung der eigenen Kräfte wurde ebenfalls von allen Befragten genannt und als sehr bedeutend gewertet, um mit der belastenden Situation umgehen zu können. Person 1 beschreibt beispielsweise wie sie bewusst aus dem Haus gehen musste, um sich von ihrem negativen und gereizten Partner abzugrenzen. Sie musste sich jeweils auch bewusst zurückziehen zu ihrem eigenen Schutz. Oder sie nahm sich eine Woche eine Auszeit oder auch nur ein paar Stunden und ging zu einer guten Freundin, wo sie "aufatmen" konnte und Zeit für sich hatte. Diese habe ihr "sehr geholfen". Ausserdem habe ihr auch das Wegfahren mit dem Auto ein Gefühl von Freiheit und Unabhängigkeit und neuer Antrieb für die Situation zu Hause gegeben. Distanziert habe sie sich auch in dem Sinne, dass sie mit der Zeit nicht mehr in seinem Namen gesprochen bzw. für ihn z.B. beim Arbeitgeber, oder bei anderen über ihn gesprochen habe. Dazu sagt sie: "Und das ist wahrscheinlich etwas vom Schwierigsten". Person 3 hat vor allem beim der zweiten Episode seiner Partnerin begonnen, sich bewusst abzugrenzen. Er hat sich dabei mehr auf sich konzentriert und im Alltag "immer mehr und mehr seine Sachen" gemacht hat. Auch musste er für sich selbst Entscheidungen treffen wie: "das mache ich jetzt so und so und fertig und was daraus wird ist mir dann egal" oder "ich gehe jetzt in die Ferien und was passiert ist mir egal". Er beschreibt seine "innere Abgrenzung" mit diesem Beispiel: "Und jetzt wird gekocht und dann stelle ich das Essen hin und essen tue ich für mich. So. Ob sie dann isst oder nicht das schaue ich dann nicht mehr. Also so, das ist mehr und mehr dorthin gekommen, weil ich musste ja mit meinen Kräften haushalten." Person 2 spricht nicht explizit vom Abgrenzen jedoch von ihrer beruflichen Karriere, welche ihr quasi eine eigene Welt ermöglichte, in der sie eine Rolle spielte und sie sich weiterentwickeln konnte. Entscheidend sei, weiterhin das zu tun, was Freude bereitet. Bei Person 2 war diese ihre berufliche Karriere, welche sie trotz Widerstand vom Partner und Unverständnis aus dem Umfeld gemacht hat. Dazu musste sie sich einfach entscheiden: "Ich mache das für mich, weil (...) ich glaube ich wäre schon längstens untergegangen daneben." Person 3 beschreibt ebenfalls das Arbeiten, welches ihm mit dem „Lebendigen“ einen Kontrast zur Situation zu Hause bietet. Person 3 nannte zudem das Sporttreiben als Ausgleich, dabei könne er alles vergessen.

Hauptsächlich Person 1 nannte bezogen auf die negativen Auswirkungen in ihrer Paarbeziehung Umgangsformen und -strategien. Sie beschreibt beispielsweise, dass sie von ihrem Partner partiell Abstand nahm, damit er sich wieder beruhigen konnte und so wieder besser gelaunt war. Dies bezeichnete sie als "zu mir schauen, damit es uns gut geht". Die Paarbeziehung versuchte sie ausserdem zu stabilisieren, indem sie sich und ihr Verhalten reflektierte und selbständig an ihren "Verletzungen" arbeitete. Hinzu kam, dass sie Strategien entwickelte im Umgang mit ihrem Partner, wie zum Beispiel negative Aussagen über ihn zu vermeiden und auch nicht in seinem Sinne mit anderen Leuten zu sprechen. Zudem versuchte sie zu akzeptieren, dass er wenig spricht. Weitere Strategien, welche sich auf die Partnerschaft beziehen sind bei Person 1 das Pflegen der Beziehung, indem sie statt Dinge zu erledigen, die anstehen, mit ihrem Partner und den Kindern etwas unternommen hat. Person 3 versucht auch in guten Momenten, die Zeit mit seiner Partnerin zu geniessen und nicht noch Probleme zu wälzen. Als letztes ist die Hoffnung anzufügen, welche Person 2 beschreibt. Die Hoffnung, dass sich der Partner bzw. die Situation verändert. Diese Hoffnung habe sie ebenfalls unterstützt, dies all diese Jahre durchzustehen.

#### **6.4.5. Unterstützungen**

Im Folgenden wird auf erlebte Unterstützung, sei diese als positiv oder negativ bewertet, eingegangen. Dabei wird in einem ersten Teil von Unterstützung aus dem privaten Umfeld gesprochen. Anschliessend wird auf Unterstützung sowie erfolgte Kontakte mit Fachpersonen eingegangen. In einem letzten Abschnitt werden Äusserungen bezüglich erwarteter und gewünschter Unterstützung der drei befragten Personen dargelegt.

##### **6.4.5.1. Private Unterstützung**

Alle drei befragten Personen erzählten von Menschen im sozialen Umfeld, welche ihnen auf verschiedene Art und Weise zur Seite standen. Person 1 und 2 nennen beide ihre Freunde als wesentliche private Unterstützung. Beide fühlten sich dadurch unterstützt, dass die engeren Freunde sich aufgrund der Depression ihres Partners nicht zurückgezogen und mit ihm Partner so umgegangen sind, als wäre er gesund. Person 1 nennt spezifisch ihre beste Freundin als Unterstützung, indem sie bei ihr "einfach ein bisschen dort sein und verschlafen" konnte. Die Tatsache, dass das soziale Umfeld jederzeit kontaktiert werden konnte, wirkte sehr entlastend auf Person 1 und 2. Person 1 konnte ihren Freunden ebenfalls Aufgaben abgeben, wie zum Beispiel ihren Partner in die Psychiatrie zu bringen. Person 2 nennt die engen Freunde als elementaren Ersatz für ihren Partner, welcher emotional nicht mehr zu erreichen war. Zudem wurde sie durch eine Freundin in dem Sinn entlastet, als dass diese ihrem Partner geholfen hat, einen Tagesrhythmus aufrecht zu erhalten, indem sie mit

ihm etwas unternommen hat oder Einkaufen ging. Person 1 erlebte ihre Freunde unterstützend, indem sie bei ihnen "deponieren" konnte und sie ihr halfen zu "reflektieren, was ist jetzt da Sache" ist. Person 3 nennt nicht konkret Freunde als Unterstützung. Er berichtet jedoch von diversen Kontakten bei der Arbeit, wobei er erfahren habe, dass viele andere auch indirekt von einer Depression betroffen sind, was ihn "froh" gemacht habe, da dies eine gewisse Normalität vermittelt hat. Person 3 erhielt zudem Unterstützung von einem Nachbarn und einer befreundeten Therapeutin, welche ihn in seinem Umgang mit der belastenden Situation bestärkte. Die eigene Familie als Unterstützung erwähnt Person 2 und 3. Wobei es Person 3 "eigentlich nicht recht" war, die Familie sowie auch der Arbeitsplatz in "ein privates Puff" einzubeziehen. Person 2 wurde von ihren Eltern sowie ihrem Bruder wesentlich unterstützt. Zudem hat ihr Vater sie entlastet, indem dieser ihren Partner in den arbeitslosen Phasen im eigenen Geschäft beschäftigt hat und so zu einer Tagesstruktur verhalf. Nachbarn waren ebenfalls eine Hilfe für Person 2, indem diese zu den Kindern schauten, wenn es ihr nicht möglich war. Mit dem Älterwerden der Kinder wurden auch diese, hauptsächlich die älteste Tochter, zu einer wichtigen Unterstützung für Person 2. Die Tochter habe in ihren ersten zwei Studienjahren dem Vater eine "Tagesstruktur gegeben". Sie "hat wirklich jeden Tag geschaut sie ist dann einfach auch viel Zuhause gewesen", Person 2 beschreibt dies rückblickend als "komplette Überforderung". Heute beschreibt Person 2 sich und ihre Kinder als eingespieltes Team, in welchem die Rollen neu verteilt wurden und Kinder auch gewisse Aufgaben übernommen haben, sobald es dem Vater nicht mehr gut ging oder er in eine psychiatrische Klinik ging. Person 2 beschreibt die Rückmeldung ihres Vaters "wir schauen jetzt schon lange zu und wir sehen einfach das du immer weniger *masch*", ein Gespräch mit einem Psychiater und Psychotherapeut (mehr dazu im nächsten Abschnitt) sowie das folgende Gespräch mit ihrer Tochter als ausschlaggebend, dass sie sich für eine Trennung von ihrem Partner entschieden hat:

*und schlussendlich ist nachher (...) vor [Zahl] Jahren unsere älteste Tochter auf mich zugekommen und hat gesagt hör zu du hast die Wahl entweder wirst du krank oder du schickst ihn jetzt. (. . .) sie ist so weit gegangen zu sagen, gib ihm 100.- Franken in die Hand, ein Zelt. Entweder er überlebt es oder er überlebt es nicht. Wir haben einfach so genug gehabt wir haben nicht mehr gewusst wie wir uns drehen wollen oder.*

Neben dem privaten Umfeld wird von Person 2 und 3 auch das Arbeitsteam als unterstützend genannt. Dies hauptsächlich darin, als dass die Mitarbeiter Verständnis für die Situation zu Hause zeigten und sie abgedeckt haben, wenn diese nicht arbeiten konnten oder früher nach Hause gehen mussten.

#### 6.4.5.2. Professionelle Unterstützung

Alle drei befragten Personen drücken mehrmals aus, dass ihnen eine professionelle Unterstützung gefehlt hat. Person 3 betont in diesem Zusammenhang hauptsächlich, dass er das Gefühl hatte, dass er als Einziger erkannt hat, wie gravierend der Zustand seiner Partnerin tatsächlich ist. Dies beschreibt Person 3 folgendermassen:

*ihre Therapeutin hat offenbar auch den (...) den Ernst der Situation nicht ganz erkannt. Weil [Name der Partnerin] ist eben auch ein Mensch, sie ist auch vier Tage im Bett gewesen und, oder fünf Tage, und nachher hat sie Therapie gehabt einmal in der Woche und hat sich angezogen und ist mit dem Velo in den [Ortsangabe von Arbeitsort der Therapeutin] von [Ortsangabe Wohnort]. Sie kann einfach relativ gut eine Fassade aufbauen, dass man es nicht so merkt, wie schlimm dass es eigentlich wirklich ist. Und das weiss ich nicht ob das hat, (...) also ausgemacht hat, dass die Therapeutin offensichtlich nicht so ganz begriffen hat, wie dringend dass es ist.*

Person 3 sei während der ersten depressiven Episode seiner Partnerin einmalig bei einem Gespräch bei der ambulanten Therapeutin dabei gewesen. Während der zweiten Episode habe ihm die neue ambulante Therapeutin angeboten, bei einem Gespräch mit dabei zu sein. Er habe dies zu diesem Zeitpunkt jedoch nicht primär benötigt sondern "die Therapeutin angerufen und sie bekniert, sie soll jetzt endlich etwas unternehmen". Dabei ging es um eine Entlastung der momentanen akuten Situation.

*Aber beim zweiten Ereignis habe ich einfach gewusst, dass ich mich abgrenzen muss um meine Kräfte einteilen zu können und dass, für das habe ich kein Zuspruch mehr gebraucht. Das habe ich eigentlich selber gewusst. Und Verantwortung, oder wie viel dass ich mich abgrenzen kann, muss ich ja sowieso selber. Also die, irgendwie die Vorstellung, jetzt grenze ich mich ab und dafür komme ich dann nach Hause und sie hat sich sämtliche Pulsadern aufgeschnitten und so, und ich bin dann schuld und so, das ist natürlich sowieso umä gewesen. Das, und darum ist mir das mit der Tagesklinik, ist eigentlich das gewesen, was ich wollte. Weil dann, also seit dann bin ich, ja also wenn sie jetzt das macht bin ich nicht mehr schuld. (lacht) So in dem Sinn.*

Der Eintritt der Partnerin in die Tagesklinik drei Wochen bevor das Interview stattfand, empfand Person 3 somit als entlastend. Person 2 beschreibt im folgenden Abschnitt ebenfalls die Problematik, dass sie einen grossen Bedarf nach konkreter Unterstützung hatte und diese von professioneller Seite nicht erhalten habe:

*Also man steht wirklich bis über die Haarwurzel im Schlamm oder. Man weiss nicht mehr, wie man es machen soll. Und sie haben vorne und hinten und oben und unten so viele Sachen, die sein müssten, wo sie nicht mehr zschlag kommen und sie haben einen Partner oder eine Partnerin, die sich so verändert hat, dass er nicht mehr ihr vis-à-vis ist. Und in diesem Moment (...) sagt einfach jemand, ja nehmen sie doch ein BAD. Und dann wollen sie nur noch eins, nämlich dieser Person eins houä. (lacht). Es ist wahr. Einfach weil sie einfach denken, diese Person hat es einfach nicht kapiert. Sie brauchen jemand der ihnen die Administration macht, der ihnen das Haus reinigt, wo ich weiss nicht was aber irgend etwas KONKRETES oder brauchen sie in diesem Moment und nicht ah tun sie sich etwas Gutes.*

Person 2 wurde in den Zeiten, als ihr Partner sich in psychiatrischer Behandlung befand etwa alle drei Monate zu einem gemeinsamen Gespräch eingeladen, das "kreide" sie der Psychiatrie an. In diesen Gesprächen fühlte sie sich zudem weder ernst genommen noch hinreichend unterstützt, was sie so begründet:

*Und dann hat es immer geheissen, seid doch froh, jetzt seid ihr selbstständig oder, SUPER. (lacht). Nein es ist wirklich eine absolute Katastrophe und ich habe zum Teil auch in Akutsituationen, weil man gewusst hat, dass ich es einigermaßen händlä kann, hat da einmal ein Psychiater gesagt, ja dann tun sie ihn einfach ein Tag lang beschäftigen, wenn es nicht anders geht. Und DANN bin ich DERMASSEN weit über meine Kräftegrenze hinaus, ich habe Wochen gebraucht mich von DEM zu erholen, dass er akut gefährdet wirklich einfach vierundzwanzig Stunde jemand gebraucht hat, der neben ihm sitzt und ihn irgendwie stützt und das hat mich völlig verbrannt.*

Die Planung des jeweiligen Austrittes aus der Klinik beurteilt Person 2 ebenfalls als nicht genügend früh kommuniziert und geplant. In diesem Zusammenhang habe einmal ein Gespräch mit einem leitenden Psychiater und Psychotherapeuten stattgefunden, welcher ihr gesagt habe "gehen sie oder lassen sie sich scheiden, das hat keinen Sinn mehr". Person 1 hingegen wurde weder zu einem Gespräch bei der ambulanten Therapeutin eingeladen noch wurde sie in die stationäre Behandlung ihres Partners einbezogen. Sie habe zudem einmal nach einem "Ausbruch" ihres Partners versucht die verantwortliche Person in der Klinik anzurufen und diese nicht erreicht. Der fehlende Einbezug beurteilt sie als "nicht professionell". Für sie stellte einzig der Hausarzt eine Unterstützung von professioneller Seite dar. Dies, indem sie ihn jederzeit für Fragen oder Anliegen kontaktieren konnte.

Eine ambulante Psychiatriespitex erwähnen Person 2 und 3. Person 2 empfand diese als entlastend in der Zeit, während sie aufgrund des langen Arbeitsweges nicht selber in einem Notfall nach Hause gehen konnte. Person 3 und seine Partnerin hingegen hat zwei Fachpersonen von der Psychiatriespitex kennen gelernt, eine kam zwei Mal bei ihnen zu Hause vorbei, diese haben jedoch nicht den Erwartungen von dem Paar entsprochen und stellten daher keine Unterstützung dar.

#### 6.4.5.3. Erwartungen/Wünsche

Alle drei Personen äusserten nicht erfüllte Erwartungen im Hinblick auf professionelle Unterstützung. Person 2 und insbesondere 3 gehen dabei auf den Wunsch nach konkreter Entlastung ein. Person 3 äussert in dem Zusammenhang eine "grosse Enttäuschung" dass "so viel auf die Familie abgewälzt wird", mit "Familie" meint Person 3 sich selber. Person 1 sowie auch 2 geben weiter an, dass sie sich gewünscht hätten, in die Behandlung des

Partners einbezogen zu werden. Person 1 beschreibt dies wie folgt:

*Einfach, dass man zum Beispiel äbä hätte zusammensitzen können und naher, weisst du, sagen wo seit ihr überhaupt dran mit meinem Mann. (. . .) ich habe manchmal gar nicht gewusst, was machen die überhaupt mit dem. Und dann, wo bin ich? Und wie schaut es für mich aus? Oder? So. Und vielleicht auch ein bisschen so die Vermittlerrolle, das ist ja jemand der neutral sein sollte, in Anführungszeichen, wo ein bisschen sagen könnte, (Wortlaut „aha“), ihr sieht das so und ihr so und (Wortlaut „aha“), deswegen stimmt das nicht zusammen. Oder? Und, nein das ist wirklich, das hat mich am meisten beschäftigt, muss ich sagen.*

Die Bedeutung eines Einbezugs begründet Person 1 mit der Aussage "Weil der, der daneben steht, der trägt die Hälfte von dem, was der Andere trägt" und betont dabei, dass ihr ein Einbeziehen "eine grosse Hilfe" und "das Wichtigste" gewesen wäre.

#### 6.4.6. Ratschläge an andere Betroffene

Zusätzlich zu den Analysefragen, wurden die drei Personen gegen Ende des Interviews nach Ratschlägen gefragt, welche sie anhand ihrer Erfahrungen Menschen geben würden, von welchen die Partnerin resp. Partner an einer Depression erkrankt ist. Die Ratschläge decken sich bei allen drei Personen mit dem von ihnen beschriebenen Umgang sowie Reaktionen auf die Depression ihres Partners oder Partnerin. Sie betonen jedoch alle, dass bei den

genannten Reaktionen und Bewältigungsstrategien ein möglichst früher Zeitpunkt wichtig ist. Alle drei befragten Personen betonen, dass in einem solchen Fall "sofort" Hilfe angenommen werden muss und somit nicht versucht werden sollte, mit der belastenden Situation alleine klarzukommen. Im Folgenden werden die zusätzlichen Ratschläge der befragten Personen kurz dargestellt:

- Person 1 gibt an, dass der Partner bzw. die Partnerin auf Veränderungen im Verhalten, Denken und Fühlen angesprochen werden sollte. Falls dies nicht möglich ist, oder das Gegenüber die Aussagen nicht für wahr hält, können vertraute Bekannte gebeten werden, diese Wahrnehmung ebenfalls auszusprechen.
- Sobald erste Symptome erkennbar werden, sollte nach Person 2, gleich "sauber abklären" werden lassen, um was für eine Krankheit bzw. Störung es sich handelt. Als Ratschlag für die Partnerin resp. der Partner nennt Person 2 das Vernetzen, dies kann beispielsweise ein Teilnehmen in einer Gesprächsrunde für Angehörige oder das Beanspruchen einer Angehörigenberatung darstellen. Durch den Austausch komme man aus der "Isolation raus und aus diesem Gefühl raus, man ist schuld daran". Weiter sollte versucht werden das private Netzwerk zu aktivieren. Falls der Partner resp. die Partnerin "noch irgend etwas machen und probieren" mag, sollte dies positiv verstärkt werden, zudem findet es Person 1 wichtig eine "Basis" für gemeinsame Kommunikation mit dem Partner oder der Partnerin zu suchen.
- Person 3 konkretisiert die professionelle Hilfe als "festes *ihfahre*" anhand einer Anmeldung bzw. Eintritts in eine Tagesklinik, der Verschreibung von Medikamenten und regelmässige Therapiegespräche. Zudem rät er Angehörigen von depressiven Menschen sich von diesen emotional abzugrenzen und Dinge, die man gerne macht, weiterhin zu tun.

## 7. Diskussion

In diesem Kapitel werden die Fragestellungen dieser Thesis beantwortet. Dabei werden einerseits die Forschungsergebnisse aus dem Kapitel 6.4. mit bereits vorhandenen Wissensbeständen in Verbindung gesetzt. Andererseits werden die in den problemzentrierten Interviews genannten Umgangsformen analysiert. In einem weiteren Schritt wird die systemische Beratung als methodisches Vorgehen der Sozialen Arbeit zur Unterstützung von Partnerinnen und Partner von depressiven Menschen erläutert.

## 7.1. Belastungen und Umgang

In diesem Kapitel wird die erste Frage der Fragestellung dieser Thesis beantwortet. Diese lautet:

*Welche Belastungen erleben Partnerinnen und Partner im Zusammenleben und in der Beziehung mit einem depressiven Menschen und welche Umgangsformen werden von ihnen angewendet?*

Zur Beantwortung der Frage werden zunächst die Ergebnisse, welche die Analyse ergeben hat, mit den ermittelten Erkenntnissen aus der Literaturrecherche abgeglichen und anschliessend diskutiert. Vorab ist zu sagen, dass aus den Ergebnissen dieser Thesis allgemeine Aussagen gemacht werden, dabei aber beachtet werden muss, dass diese keinen repräsentativen Charakter haben. Als erstes wird im Folgenden auf belastende depressive Symptome eingegangen. In einem weiteren Schritt werden die objektiven und emotionalen Belastungen dargelegt um dann auf die Umgangsformen zu gelangen. Die in den empirischen Ergebnissen dargelegten belastenden Symptome decken sich mit denjenigen im Theorieteil dieser Arbeit, ausgenommen vom Symptom Grübeln. Jedoch wurden diejenigen Symptome, welche im Theorieteil dargelegt wurden, von den Befragten als nicht besonders belastend deklariert. Als Besonders belastend wurden die ausgesprochenen Suizidgedanken und die Gefahr einer Suizidhandlung, die eingeschränkte Handlungsfähigkeit, den emotionalen und sozialen Rückzug sowie die Kommunikationsverarmung genannt. Viele der in der Diagnose einer depressiven Episode erhaltenen Symptome wurden als belastend genannt. Die folgenden möglichen Symptome einer depressiven Störung wurden nicht erwähnt: Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit, Einsamkeitsgefühlen, Wert- und Bedeutungslosigkeit. Symptome wie ein beeinträchtigtes Selbstwertgefühl, Zweifel, Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten, fehlende Durchsetzungsfähigkeit, eine Beeinträchtigung der Spontanität, maskenhafte traurige Mimik, ein weinerlich besorgter Gesichtsausdruck sowie Suizidhandlungen. Dabei ist nicht bekannt, ob diese Symptome nicht erlebt oder bloss als nicht belastend erlebt wurden. Bezüglich Komorbidität, wurde die - in dieser nicht aussagekräftigen Untersuchungsgruppe - Häufigkeit von komorbid auftretenden Störungen bzw. Krankheiten nicht bestätigt.

Nun geht es um die Belastungen von Partnerinnen und Partner depressiv erkrankter Personen, welche durch die depressiven Symptome entstehen. Da keine Studien zu objektiven Belastungen explizit von Partnerinnen und Partner depressiv erkrankter gefunden wurden, werden hier die Ergebnisse aus der Literaturrecherche nach Schmied, Spiessl, Vukovich und Cording (2003) über objektive Belastungen von Angehörigen mit verschiedener Störungsbildern verglichen. In Tabelle 4 werden die Ergebnisse von Schmied

et al. mit denen aus dieser Thesis differenziert dargestellt. Die Ergebnisse aus beiden Untersuchungen decken sich sinngemäss bis auf zwei Belastungen: Belastungen durch wohnortferne stationäre Behandlung und Erfahrung von Diskriminierung und Ablehnung. Als einzige von Schmied et al. nicht genannte objektive Belastung, die in dieser Thesis im Bezug die Partnerschaft oder Familie eruiert wurde, sind die gemeinsamen Aktivitäten, die eher selten ausfallen und Folgen in der Beziehung verursachen können. Im Besonderen zeigen die empirischen Ergebnisse dieser Arbeit, dass Partnerinnen und Partner von depressiven Personen je nach Schwere der Depression und je nach Symptomen des Erkrankten viele zusätzliche betreuende und alltägliche Aufgaben übernehmen. Ausserdem ist auch zu erkennen, dass die Übernahme dieser Aufgaben bei einer hohen Intensität und gewisser Dauer gesundheitsschädigend sind. Dies bestätigt, die Annahme, dass das psychische Wohlbefinden der Angehörigen in direktem Zusammenhang mit der Erkrankungsphase des Patienten steht sowie dass Stress und Belastungen auf Dauer gesundheitliche Folgen hat.

Tabelle 4

*Belastungen im Vergleich*

<b>Belastungen nach Schmied et al. (2003)</b>	<b>Differenzierung und Ergänzung der Belastungen von Partnerinnen und Partner durch die Ergebnisse dieser Thesis</b>
zeitlicher Betreuungsaufwand	aufwändiger Betreuungsaufwand, Eins-zu-Eins-Betreuung
finanzielle Belastungen	Verantwortung für das Einkommen der Familie
berufliche Nachteile	Bei der Arbeit Flexibel sein können, falls der Partnerin resp. dem Partner etwas zustösst.
gesundheitliche Belastungen	Psychisch belastet, psychische Gesundheit ist gefährdet
Einschränkungen der Freizeitgestaltung	Wurde bestätigt. Keine genaueren Angaben.
negative Auswirkungen auf Beziehungen zu anderen	die allgemeine soziale Isolation aufgrund des Ausbleibens einer Eröffnung über die Depression
Erfahrung von Diskriminierung und Ablehnung	Wurde nicht genannt.
Informationsdefizit bezüglich der Erkrankung	Wurde bestätigt, vor allem, wenn trotz Abklärung Diagnose über längere Zeit nicht festgelegt wurde.
Gefühl des Nicht-Ernstgenommen-Werdens	Wurde nicht genannt.

Mangel an institutioneller Unterstützung	Wurde bestätigt.
Belastungen durch wohnortferne stationäre Behandlung	Wurde nur hypothetisch genannt, jedoch nicht als Belastung erlebt.
emotionale Belastung	Wurde bestätigt. Siehe separate Tabelle dazu.
Schwierigkeiten im Umgang mit dem Erkrankten	Wurden bestätigt auf kommunikativer Ebene und auf Beziehungsebene.
-	Gemeinsame Aktivitäten sind eher selten.

Nach den objektiven Belastungen werden nun die emotionalen Belastungen von Partnerinnen und Partner von depressiven Personen explizit in Tabelle 5 als allgemeine Aussagen dargelegt und mit den Ergebnissen aus der qualitativen Untersuchung von Schmid, Spiessl und Cording (2005) verglichen. Dabei ist zu beachten, dass im Vergleich die Abstufung von – wie viele der Befragten haben welche Belastung erlebt – ausser Acht gelassen wird. Folgende emotionale Belastungen in den Ergebnissen von Schmied et al. wurden nicht in den Interviews dieser Arbeit genannt: Sorgen bezüglich der Behandlung des Patienten, Nicht-Erstgenommen-Werden, Schamgefühle und Angst vor Stigmatisierung, Entmutigung sowie Trauer. Es bleibt hierbei unklar, ob die Befragten aus dieser Thesis diese Belastungen erlebt haben oder sie vergessen haben zu nennen. In den Ergebnissen dieser Arbeit wurden sieben emotionale Belastungen von Partnerin und Partner depressiv erkrankter zusätzlich zu den Ergebnissen von Schmied et al. ermittelt. Ausser diesen sieben Belastungen sind die Ergebnisse beider Untersuchungen sinngemäss deckungsgleich. Sechs von diesen Belastungen stehen in Zusammenhang mit der Paarbeziehung. Besonders emotional belastend für Partnerinnen und Partner von depressiven Personen sind die Sorge und Angst, dass sich die Partnerin oder der Partner etwas antun oder Suizid begehen könnten, Ohnmacht und Hilflosigkeit in Bezug auf das neue Verhalten der Partnerin bzw. des Partners, den Verlust des erwachsenen Gegenübers, die Enttäuschung über das Ausbleiben eines Prozesses bei der depressiven Person sowie die Zukunftsangst. Diese genannten Belastungen empfinden die Befragten als effektiv belastend im Gegensatz zu den objektiven Belastungen, welche zwar ein gewissen Energie- und Ausdauerlevel abverlangen, jedoch erst bei Verzweiflung und Überforderung als Belastung empfunden werden. Ansonsten decken sich die emotionalen Belastungen dieser Arbeit mit denen aus der qualitativen Studie von Schmid et al. sinngemäss.

Tabelle 5

*Emotionale Belastungen im Vergleich*

<b>emotionale Belastung von Angehörigen nach Schmied et al. (2005)</b>	<b>Differenzierung und Ergänzung der Belastungen von Partnerinnen und Partner durch die Ergebnisse dieser Thesis</b>
Angst und Sorge infolge Informationsmangel	Ungewissheit infolge Informationsmangel
Unsicherheit und Überforderung mit den Symptomen	Wurde bestätigt.
Sorgen bezüglich der Behandlung des Patienten	Nicht klar bestätigt.
Einsamkeit und soziale Isolation	Wurde bestätigt.
Hilflosigkeit und Ohnmacht	Wurde bestätigt.
Nicht-Erstgenommen-Werden	Wurde nicht klar bestätigt.
Zukunftsängste	Wurde bestätigt. Unsicherheit bezüglich der eigenen sowie der Zukunft des Paares.
Hoffnung und Enttäuschung	Bezogen auf die Paarbeziehung wurden diese Gefühle bestätigt. Hoffnung über einen Prozess in der Beziehung, Enttäuschung über nicht Eintreffen eines Prozesses.  Wechselspiel von Hoffnung und Enttäuschung als emotional belastend.
Gefühle der Einschränkung in der eigenen Autonomie und Abgrenzung	Wurde bestätigt. Dazu gehört sich als Person gegenüber der depressiven Person zurückzunehmen, seine eigene Autonomie zugunsten der depressiven Person einschränken und sich gegenüber der allgegenwärtigen depressive Stimmung abzugrenzen.
Trauer und Verlusterleben	Das Verlusterleben wurde bestätigt im Sinne von Verlust des erwachsenen Gegenübers sowie der Rolle als Partnerin resp. Partner. Schliesst auf Trauergefühl.
Angst vor Rückfall und Suizid	Wurde bestätigt.
Schamgefühle und Angst vor Stigmatisierung	Wurde nicht klar bestätigt.
Entmutigung	Wurde nicht klar bestätigt.
Schuldgefühle, Trauer	Die Schuldgefühle wurden bestätigt im Sinne von Schuld an der Erkrankung oder an dem Störungsverlauf, kann auch Trauer verursachen.

Ärger und Enttäuschung	Wurde nicht klar bestätigt.
Veränderte Rollen und Rollenkonflikte	Wurde bestätigt, sowohl die gesunde als auch die depressive Partnerin resp. Partner nehmen andere Rollen ein.
-	Überforderung in der Gesamtsituation
-	Das Gefühl haben, Personen aus dem Umfeld zu belasten, durch die Situation mit der Partnerin bzw. dem Partner
-	Gefühl von alleine (gelassen)sein von der Partnerin resp. Partner, sich um sich selber kümmern müssen, Alleinverantwortung übernehmen müssen.
-	Das Gefühl von geringerer emotionaler Verbundenheit zur depressiven Partnerin bzw. zum Partner
-	Gefühl von Verdrängung, die depressive Partnerin bzw. der Partner nimmt mehr Platz ein
-	Dem Verlauf der Depression ausgeliefert sein
-	Befürchtung die Autonomie des Gegenübers zu verletzen

Als nächstes wird der Umgang und konkrete Bewältigungsstrategien von Partnerinnen und Partner von depressiv erkrankten mit den belastenden Symptomen und sonstigen Belastungen. Zu den expliziten Strategien von Partnerinnen und Partner depressiver Personen wurden keine Forschungsergebnisse gefunden, welche sich als Vergleich eignen würden, da viele dieser Untersuchungen auf die chronische Erkrankung in der Familie beziehen. Da es bei der Fragestellung dieser Arbeit um das Erfassen der Umgangsformen geht, wurden die eruierten Ergebnisse in Tabelle 6 in problemzentrierte und emotionszentrierte Bewältigungsformen und in die vier Bewältigungsstrategien, welche im Theorieteil erklärt werden, eingeteilt. Diese Einteilung soll dazu dienen, differenzierte Aussagen über die Umgangsformen von Partnerinnen und Partner depressiv erkrankter Personen machen zu können. Zu den aufgeführten Ergebnissen bleibt noch zuzusagen, dass es sich lediglich um im Interview genannte Strategien handelt und dabei bleibt nicht ausgeschlossen, dass weitere Strategien von den Betroffenen angewendet wurden.

Tabelle 6

*Bewältigung von Partnerinnen und Partner depressiver Personen nach Form und Strategie*

	<b>Problemorientierte Bewältigung</b>	<b>Emotionsorientierte Bewältigung</b>
<b>Informationssuche</b>	Einholen von Informationen bei Fachpersonen über das Störungsbild Depression oder über spezifische Informationen für Angehörige zum Beispiel bei Angehörigenberatungen in Kliniken, bei Informationsanlässen, Podiumsgesprächen	
<b>Direkte Aktionen</b>	Einschätzung und Bewertung der Verantwortung über die Situation und entscheiden zu welchem Zeitpunkt Verantwortung abgegeben oder übergeben werden muss.  Für sich selbst Entscheidungen treffen.	
	Prioritätensetzen	
	das offene Kommunizieren der Situation	
	Sich mit Personen, die in einer ähnlichen Lage sind, austauschen.  Über die Situation im nahestehenden Umfeld sprechen oder Gedanken "Deponieren".  Selbsthilfegruppen besuchen	
	Das Pflegen der Beziehung mit dem depressiven Partnerin resp. Partner, indem schöne Momente oder etwas Gemeinsames erlebt werden.	
	Eigene Interessen, Leidenschaften, Hobbys und Tätigkeiten bewahren, um sich weiterentwickeln zu können.	
	Draussen sein, draussen Sport treiben	
<b>Aktionshemmung</b>	Statt sich ständig um die kranke Partnerin resp.	

	Partner zu kümmern, räumliche Distanz zur depressiven Partnerin resp. Partner einnehmen (d.h. Raum wechseln, arbeiten gehen) und sich auf die eigenen Sachen konzentrieren.	
<b>Intrapsychische Bewältigungsformen</b>		Die Rollenveränderung innerhalb der Partnerschaft und Familie austarieren.
		Die emotionale Abgrenzung und Rückzug von der Partnerin resp. Partner von der depressiven Person aus Eigenschutz und zur Regenerierung der eigenen Kräfte
		Innere Abgrenzung vom Prozess der depressiven Person aufgrund von Ohnmacht, Hilfslosigkeit, Ausgeliefert-Sein sowie dem Nicht-Einfluss-Nehmen-Können auf den (langwierigen) Zustand
		Eigenes Verhalten reflektieren und selbständig an den eigenen "Verletzungen" arbeiten, um die Paarbeziehung zu stabilisieren
		Die Hoffnung erhalten, dass sich der Partner verändert bzw. die Situation verändert.
		Akzeptieren der depressiven Symptome

Erstaunlich an den Ergebnissen ist, dass sich einige Bewältigungsstrategien der Befragten miteinander decken. Dabei handelt es sich um folgendes Bewältigungsrepertoire bestehend aus emotional so wie problemorientierten Formen: Das Informieren, das Sich-Austauschen mit anderen Betroffenen, das Kommunizieren der Situation sowie das Abgrenzen aus Eigenschutz und um nicht die eigenen Kräfte zu strapazieren und somit ihre Gesundheit zu gefährden. Die zuletzt genannte Strategie weist klar daraufhin, dass Partnerinnen und Partner von depressiv erkrankten Personen sich in einer belastenden Situation befinden. Bei den anderen Bewältigungsstrategien wird bestätigt, dass Bewältigung nicht nur situations- sondern auch eigenschaftsgebunden ist. Die Befragten sind zwar in ähnlichen Situationen,

bewerten diese jedoch anders und entwickeln folglich auch andere Strategien. Ausserdem sind auch Strategien zur Stabilisierung der Partnerschaft oder solche, die ansatzweise im Zusammenhang mit der Partnerschaft stehen, in der Tabelle enthalten. Dazu gehören etwa das eigene Wohlergehen zu erhalten sowie die Partnerin resp. Partner möglichst vor eigenen Ansprüchen, Bedürfnissen und Problemen zu bewahren bzw. zu schützen. Nebst den Strategien der Partnerinnen und Partner hat sich das Vorhandensein von internalen Ressourcen als wesentlich ergeben. Auch sind Strategien genannt worden, um die eigenen Ressourcen zu erhalten, wie z.B. die Abgrenzung von der depressiven Partnerin resp. Partner. Folgende Ressourcen sind im Nachhinein als essentiell von den Befragten bewertet worden, um die belastende Gesamtsituation überstehen zu können: Selbständigkeit, Erfahrung im Alleinsein, mit sich selber alles ausmachen und auf sich selber schauen können und einen ausgeprägten Energielevel haben. Zudem wurde nebst den internalen Ressourcen auch die private Unterstützung bestehend aus Familienmitgliedern oder engen Freunden als grosse externale Ressource genannt.

Somit kann gesagt werden, dass die Ergebnisse der problemzentrierten Interviews gut mit den bisherigen Forschungsergebnissen übereinstimmen. Durch den methodischen Teil dieser Thesis wurde das Belastungserleben explizit von der Personengruppe Partnerinnen- und Partner herausgefunden. Dass unsere Ergebnisse über belastende Symptome, emotionale Belastungen und Umgangsformen von Partnerinnen und Partner depressiver Personen zusätzliche spezifische Ergebnisse auf die Partnerschaft ergeben haben, bestätigt die Annahme, dass Angehörigengruppen wie beispielsweise Kinder spezifisch betrachtet werden müssen, um deren Situation umfänglich erfassen und verstehen zu können. Ausserdem bestätigen auch die erhobenen Belastungen, dass das Störungsbild Depression schwerwiegende Auswirkungen auf die Paarbeziehung und auf die Gesundheit der Betroffenen haben können.

## **7.2. Systemische Beratung von betroffenen Paaren**

In diesem Kapitel wird die zweite Fragestellung dieser Thesis beantwortet. Diese lautet:

*Wie können Sozialarbeitende insbesondere mit systemischer Beratung dabei unterstützend wirken?*

Dabei wird beginnend die Ansicht, das Umfeld in Unterstützungs- und Beratungsprozesse einzubeziehen, hergeleitet. In einem nächsten Schritt wird auf die nötige Entlastung von belasteten Partnerinnen und Partner hingewiesen, bevor eine systemische Beratung unterstützend wirken kann. Anschliessend werden Haltungen und Ansichten, die der systemischen Beratung zugrunde liegen, in Bezug auf Partnerinnen und Partner von

depressiven Menschen dargelegt. Zudem werden Wirkfaktoren und die entsprechenden Techniken der systemischen Beratung auf Belastungssituationen von Paaren mit einer depressiven Person angewendet.

Nach dem Berufsbild der Sozialen Arbeit sind Sozialarbeitende „SpezialistInnen für soziale Beziehungen“ (AvenirSocial, 2014, S. 3), welche die Kernkompetenz „mit Angehörigen (. . .) kooperieren zu können“ (ebd.) innehaben. Der so genannten Montrealer Definition Sozialer Arbeit ist zudem zu entnehmen, dass Sozialarbeitende „Problemlösungen in menschlichen Beziehungen“ fördern (S. 2). Somit kann gesagt werden, dass die Soziale Arbeit die Ansicht, dass das soziale Umfeld einzubeziehen ist, mit der systemischen Beratung teilt. Daher ist bei der Sozialen Arbeit mit depressiven Menschen die Partnerin bzw. der Partner der kranken Person mitzudenken und einzubeziehen. Als weitere Begründung für eine Unterstützung der Partnerin bzw. des Partners kann genannt werden, dass diese aus systemischer Sicht als Ressource betrachtet werden, welche es somit zu erhalten gilt. Neben der Hilfe, welche gesunde Menschen ihrer depressiven Partnerin resp. Partner anbieten können, kann auch die Beziehung an sich als Ressource betrachtet werden, da "soziale Beziehungen uns am besten helfen, Krisen zu überstehen, gesund zu bleiben oder es wieder zu werden und um leistungsfähig zu sein“ (Schwing & Fryszer, 2015, S. 21), wie dies im Kapitel 5 bereits erwähnt wird. Zudem sollte aufgrund der emotionalen Ansteckung darauf geachtet werden, dass die gesunde Person nicht in eine Überlastung gerät, da sie so die depressive Person noch zusätzlich in negativer Hinsicht beeinflusst.

Findet ein möglichst früher Einbezug der Partnerinnen und Partner in die Behandlung eines depressiven Menschen statt, gilt es in einem ersten Schritt diese zu entlasten. Dabei ist an eine konkrete Unterstützung im Bewältigen der alltäglichen Aufgaben zu denken, wie dies beispielsweise eine Psychiatriespitex anbietet. Hierzu erneut die Spitex Region Bern Nord als Beispiel: In ihrem Leistungsbeschrieb wird „Unterstützung und Entlastung im täglichen Leben“, „Erarbeitung einer Tages- und Wochenstruktur“ sowie „Unterstützung in Krisen und bei Überforderung“ (Spitex Region Bern Nord, n.d., S. 1) genannt. Ist eine Entlastung der Partnerin oder des Partners der depressiven Person im Bereich der objektiven Belastungen, wie beispielsweise das Erledigen der Aufgaben im Haushalt oder das Organisieren einer Kinderbetreuung gelungen, kann hinsichtlich einer Verringerung der emotionalen Belastungen und einer Steigerung der Beziehungsqualität eine systemische Beratung angebracht sein. In einer Beratung können, nach einem Erfassen des sozialen Umfeldes, betroffene Paare ebenfalls darin gestärkt werden, ein privates soziales Unterstützungsnetzwerk zur Entlastung zu aktivieren.

Partnerinnen und Partner einer depressiven Person und die erkrankte Person zusammen werden im Folgenden *betroffene Paare* genannt. Zudem gelten die folgenden Aussagen auch, wenn nur die Partnerin resp. Partner der depressiven Person eine systemische Beratung in Anspruch nimmt. In einem solchen Fall wäre beispielsweise durch zirkuläre Fragen die Sichtweise und Motive für gezeigtes Verhalten der depressiven Person in die Sitzungen einzubeziehen. In der Thesis wird die systemische Beratung nicht als Konzept für eine Angehörigenberatung – im Sinne von nur mit den belasteten Partnerinnen und Partner sprechen – sondern als eine Paarberatung angewendet. Als Begründung dafür gilt die systemische Sichtweise, welche besagt, dass das ganze System verändert werden muss, um das Verhalten von Einzelnen zu ändern. Somit scheint es wirkungsvoller möglichst früh, insofern dies aufgrund der depressiven Symptome möglich ist, mit einer Paarberatung zu beginnen.

Da mit einer systemischen Betrachtung jedes Verhalten nur anhand des sozialen Kontextes zu verstehen und somit auch zu verändern ist, muss zu Beginn einer systemischen Beratung mit einem betroffenen Paar der Kontext eruiert werden. Somit ist in einer systemischen Beratung zu klären, wer welche Erwartungen hegt, wer woran ein Interesse hat und falls dies besteht, was für Anforderungen der Überweisungskontext mit sich bringt. Um die Anliegen des betroffenen Paares aufzudecken, kann beispielsweise gefragt werden, welche Verhaltensweisen der beiden verändert sein müssen, damit das Ziel der Beratung erreicht ist. Dabei könnte es sich um den Konflikt der Kommunikationsverarmung der depressiven Person handeln. Die gesunde Person wünscht sich mehr Teilnahme vom Gegenüber, während sich die depressive Person Verständnis für die Energielosigkeit wünscht und „in Ruhe gelassen“ werden möchte. In diesem Beispiel wäre die Systemikerin resp. der Systemiker mit unterschiedlichen Interessen des Klientel konfrontiert. Diese sind zu erfassen und können in der weiteren Beratung als Arbeitsinstrument genutzt werden. Mit einem Anerkennen der unterschiedlichen Sichtweisen von Seiten des betroffenen Paares sollte bestenfalls die Erkenntnis entstehen, dass auch die gesunde Person gewisse Verhaltensweisen ändern muss, um eine Veränderung des „problematischen“ Verhaltens der depressiven Person bewirken zu können. Dies begründet ebenfalls, in einer systemischen Beratung aufgrund von Belastungen einer Partnerin bzw. Partner eines depressiven Menschen möglichst zeitnahe die erkrankte Person miteinzubeziehen. Durch eine Kontextualisierung kann des Weiteren das Motiv bzw. der Sinn hinter einem Verhalten des Paares erkannt werden und inwiefern das Verhalten den Lebenskontext beeinflusst und umgekehrt. So kann beispielsweise ein sozialer Rückzug der depressiven Person eine Verkleinerung des Freundeskreises des betroffenen Paares auswirken, was wiederum das Gefühl von Einsamkeit zur Folge hat. In der systemischen Beratung geht es – aufgrund einer

Ablehnung von Kausalitäten – nicht darum, eine Ursache oder einen Schuldigen bzw. eine Schuldige zu suchen, sondern darum zu verstehen, welche Faktoren durch was beeinflusst werden.

Die systemische Beratung geht nicht von menschlichen Eigenschaften aus, sondern von gezeigtem Verhalten. Daher ist aus systemischer Sicht eine Person nicht depressiv sondern sie zeigt depressives Verhalten. Dies impliziert, dass eine Veränderung möglich ist, da sich Verhalten ändern lässt. Somit wird in einer systemischen Beratung bei betroffenen Personen von beiden eine Veränderung der Verhaltensweisen als möglich gehalten und angestrebt. Die Depression daher nicht als etwas Endgültiges betrachtet. Dies steht etwas im Gegensatz zur medizinischen Sicht, nach welcher jemand eine Diagnose erhält und depressiv ist. Wird hingegen in einer systemischen Beratung von Verhalten, welches depressive Aspekte aufweist, gesprochen, ist hier aufgrund dieser kleinen sprachlichen Differenz die Möglichkeit, diese Aspekte zu verändern und zu verringern, mit einbezogen. Eine systemische Sichtweise auf eine depressive Person sieht diese als Symptomträger von einem kranken System, somit gilt eine Depression eines Menschen als Ausdruck von Störungen im Beziehungssystem. Diese Annahme scheint aufgrund von medizinisch belegten Wissensbeständen zu psychischen Störungen nicht angebracht. Es könnte jedoch gesagt werden, dass Störungen im Beziehungssystem das Auftreten einer Depression sowie depressives Verhalten unterstützen könnten. Arbeitet die systemische Beratung mit der Diagnose, kann danach gefragt werden, wie die depressive sowie die gesunde Person die Diagnose sehen und sich die Depression erklären. So können die verschiedenen Wirklichkeitskonstruktionen der Beiden aufgenommen werden und auf Basis dieser entsprechend mit dem betroffenen Paar umgegangen werden. Es macht beispielsweise einen Unterschied, ob sich die gesunde Person die Depression des Partners bzw. Partnerin durch die hohen Anforderungen am Arbeitsplatzes oder als rein genetisch vererbt erklärt. Dies geht schliesslich mit der Bewertung des Verhaltens einher und hat einen Einfluss auf persönlichen Zuschreibungen, welche die gesunde Person in Bezug auf die depressive Partnerin bzw. Partner macht. Somit spielt es eine zentrale Rolle ob gesagt wird „Hättest du doch nur nicht so viel gearbeitet, dann ginge es dir heute nicht so schlecht“ oder „Du kannst nichts für deine Genetik“. In der ersten Zuschreibung schwingt eine Mitschuld der depressiven Person für ihre Krankheit mit. So wird die Reaktion der depressiven Person auf eine solche Zuschreibung sicherlich anders ausfallen, als dies bei der zweiten der Fall wäre. Solche Zuschreibungen und die Bewertungen, welche dahinter stehen, sind in der Beratung aufzulösen.

Nach einer systemischen Sichtweise kann davon ausgegangen werden, dass der Gedanke an eine Störung auch ein Konzept von einer „Nicht-Störung“ impliziert. Dies gilt ebenfalls für

problematisches Verhalten: Wird ein Verhalten des Partners bzw. der Partnerin als problematisch bezeichnet, ist bereits eine Vorstellung von „nicht problematischem Verhalten“ vorhanden. Die systemische Beratung will aufgrund der Lösungsorientierung über dieses „nicht problematische“ Verhalten sprechen. Dabei kann ein betroffenes Paar nach Ausnahmen und Momenten gefragt werden, in welchen dieses Verhalten, beispielsweise Weinen oder wütendes Verhalten, nicht auftritt. Somit könnte zum Beispiel das Augenmerk auf Situationen gelegt werden, in welchen sich der gesunde Partner bzw. Partnerin nicht als pflegenden Angehörigen, sondern als ebenbürtigen Partner erlebt. Nun kann in einem weiteren Schritt mit dem betroffenen Paar besprochen werden, was in diesen Momenten anders war und wie diese Verhaltensweisen vermehrt gezeigt werden können. Die Ressourcenorientierung der systemischen Beratung hat ebenfalls zur Folge, dass der Blick auf Momente gelegt wird, in welchen dem betroffenen Paar Dinge gelungen sind, Positives geschehen ist und in welchen eine Stärke von jemandem zum Vorschein gekommen ist. So können beispielsweise Gedanken an Momente, in welchen es der gesunden Person gelungen ist, sich emotional von der depressiven Stimmung der Partnerin bzw. des Partners abzugrenzen, das Paar aus einer „Problemtrance“ herausholen. Ein ressourcenorientierter Blick kann bei beiden Betroffenen einen zuversichtlichen Blick in die Zukunft ermöglichen. Somit kann Gefühlen wie Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung entgegengewirkt werden. Die Systemikerin oder der Systemiker kann zudem durch das Geben von Komplimenten an beiden den Blick auf Gelungenes, Bewältigtes und Fähigkeiten lenken. Somit kann ein Austritt aus einer Psychiatrie und das darauffolgende Wieder-Einleben zu Hause rückblickend als eine schwierige Zeit oder eben, als bewältigte Schwierigkeit betrachtet werden. Diese neue Bewertung der vergangenen Situation kann das Paar zuversichtlich stimmen, weitere Belastungen gemeinsam meistern zu können.

Systemisches Denken geht davon aus, wie im Kapitel 5 bereits dargelegt, dass jede Wahrnehmung durch frühere Erfahrungen sowie eigene Interessen beeinflusst wird. Bei der depressiven Person ist jedoch das Störungsbild und deren Symptome mitzudenken. So wird die subjektive Sicht durch die Depression eingefärbt. Daher wirkt sich die Einfärbung der „Brille“ der depressiven Person ebenfalls auf deren Verhalten aus. Dies hat zur Folge, dass stets zu prüfen ist, in welchen Fällen die Symptome einer depressiven Störung für das Verhalten der Person verantwortlich sind und wann dieses durch die Biographie und die Interessen erklärbar ist. Somit kann die gesunde Person die für sie belastenden Symptome der Depression von ihrer Partnerin resp. Partner externalisieren. Durch das hypothetische Anziehen der „Brille“ der Partnerin resp. Partners kann ein Perspektivenwechsel stattfinden. Wird das Verhalten des Anderen nachvollzogen, wird Raum für eine Veränderung geöfnet und neue Wahlmöglichkeiten erkennbar gemacht. Durch das Betrachten der „Brille“ des

Anderen kann beispielsweise eine Hilflosigkeit der gesunden Person oder ein Weinen der depressiven Person in einer anderen und neuen Weise verstanden werden. Diese neuen Informationen, welche das betroffene Paar nun hat, wirken sich auf die vorhandenen Sichtweisen aus, wodurch das Verhalten bei einer Äusserung von Hilflosigkeit oder Weinen von der Partnerin bzw. Partner geändert werden kann.

Aus der Perspektive der systemischen Beratung kann jedes Verhalten – auch das durch die Depression beeinflusste – als Beitrag zum Erhalt zur Partnerschaft betrachtet werden. In diesem Hinblick stellt Reframing eine hilfreiche Möglichkeit dar, die Verhaltensweisen oder Aussagen der Partnerin resp. Partner anders zu verstehen. So kann hinter einem aggressiven und wütenden Verhalten das Einfordern von Unterstützung verstanden werden. Dies wiederum kann positiv gewertet werden, indem durch die Systemikerin bzw. Systemiker das Erkennen der eigenen Hilflosigkeit und die Übernahme der Verantwortung dafür (indem aktiv Unterstützung eingefordert wird), positiv konnotiert wird. Durch das Umdeuten können ebenfalls Handlungen der gesunden Person von ihrer depressiven Partnerin resp. Partner mit einer neuen Sichtweise betrachtet werden. So wird beispielsweise ein Abgrenzen nicht mehr als Im-Stich-Lassen verstanden sondern als Handlung, um die Beziehung zu stärken und zu erhalten, indem zu sich selber geschaut wird.

Wird davon ausgegangen, dass hinter jedem, also auch dem depressiven Verhalten, einen Sinn steht, kann dieses neu interpretiert werden. Um die positiven Auswirkungen dieses Verhaltens zu erfahren, können in der systemischen Beratung Verschlimmerungsfragen wie „Was müsste ihre Partnerin tun, damit Sie (depressive Person) sich noch schlechter fühlen?“ oder „Was müssten Sie (depressive Person) tun, damit sich die depressiven Symptome nicht lindern?“ gestellt werden. So kann nach der systemischen Beratung herausgearbeitet werden, wie das depressive Verhalten mit sonstigen Geschehnissen im Leben zusammenhängt. Positive Effekte einer Depression können beispielsweise folgendes sein: Eine Entlastung, mehr Beachtung, weniger Anforderungen erfüllen müssen, in "Ruhe gelassen" werden, oder eine Begründung dafür zu haben, Dinge nicht zu können. Werden solche Motive hinter dem depressiven Verhalten in den Sitzungen erkannt, können alternative Verhaltensweisen erarbeitet werden, welche dieselben positiven Effekte mit sich bringen. So kann eine Person, welche den positiven Effekt einer Entlastung hinter ihrer depressiven Störung entdeckt, mit ihrer Partnerin resp. Partner erarbeiten, wie sie anders reagieren kann, um zu sagen, „mir ist alles zu viel, ich wünsche mir, von dir entlastet zu werden“. Dieser Gedanke kann auch auf die gesunde Person angewendet werden: Die belastende Hilflosigkeit könnte den positiven Effekt haben, sich selber als unschuldig zu betrachten und den depressiven Symptomen der Partnerin oder des Partners für jegliche

Probleme in der Beziehung und im Alltag die Schuld zu geben. So muss keine Verantwortung für die Situation übernommen werden. Wird dies erkannt, kann ein alternativer Umgang mit der Schuldfrage bezüglich der Situation des betroffenen Paares erarbeitet werden.

Die systemische Beratung kann bei betroffenen Paaren zudem durch das Verstehen der Interaktions- und Kommunikationsabläufe unterstützend wirken, in dem neue solche erarbeitet werden können. Wird das eigene Verhalten von betroffenen Paaren als zirkulär verstanden, kann die Ursache für eigene Aussagen und Verhalten nicht mehr der Partnerin bzw. dem Partner zugeschrieben werden. In einer systemischen Beratung gilt es daher die Interpunktion des betroffenen Paares sowie festgefahrene Verhaltens- und Kommunikationsmuster zu identifizieren. So kann beispielsweise gemeinsam erkannt werden, dass die Verzweiflung der gesunden Person Schuldgefühle bei der depressiven Person auswirken. Aufgrund der Schuldgefühle zieht sich die depressive Person zurück, was die Verzweiflung der gesunden Person verstärkt. Kann ein solcher Kreislauf als destruktive Eskalation identifiziert werden, gilt es diese in der systemischen Beratung zu beenden. Das kann, wie oben bereits dargelegt, durch das Nachvollziehen, welche Verhaltens- und Sichtweisen aufgrund von welchen Einflüssen auftreten, geschehen. So kann erkannt werden, dass ein in einer früheren Situation, als noch niemand des Paares depressiv erkrankt ist, erfolgreiches Verhalten heute nicht mehr seinen Zweck erfüllt. Mithilfe von Verschreibungen beispielsweise des Rückzugs, des Unverständnis-Zeigen, des Hierarchie-Herstellers in der Beziehung oder von wütendem Verhalten können belastende und problematische Verhaltensweisen von betroffenen Paaren als planbare Handlung erkannt werden. Somit scheinen die Kreisläufe des Verhaltens und der Interaktion des Paares nicht mehr als automatisch. Konnte zu Beginn der systemischen Beratung aufgrund von gegenseitigen Verletzungen nicht über Wünsche, Bedürfnisse und Ängste gesprochen werden, kann nach einem Auflösen der zirkulären Verhaltenskreisläufe Platz geschaffen werden um über innere Themen zu sprechen. Dabei kann dem Gefühl von Einsamkeit und Nicht-verstanden-werden auf beiden Seiten entgegengewirkt werden.

Somit kann gesagt werden, dass die systemische Beratung insbesondere mit einem Umdeuten, einem Perspektivenwechsel sowie einem Auflösen von destruktiven Eskalationen bei betroffenen Paaren unterstützend wirken kann. Zudem helfen die systemischen Grundhaltungen und Ansichten die Depression etwas externalisieren zu können und nicht als etwas endgültiges zu betrachten. Inwiefern systemische Beratung bei betroffenen Paaren wirken kann, hängt zudem von der Schwere der Depression der erkrankten Person zusammen. Befindet sich diese in einer schweren depressiven Episode, könnte eine

systemische Beratung aufgrund von einer Energielosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, schwerfälligem und verlangsamtem Denken sowie Apathie nicht den gewünschten Erfolg haben. Zudem ist vom betroffenen Paar eine Bereitschaft zur Veränderung Voraussetzung für das Erreichen der Beratungsziele. Wird in der systemischen Beratung an Themen gearbeitet, welche die Partnerschaft bereits vor Auftreten der Depression belastet haben, könnte eine systemische Beratung besonders wirkungsvoll sein, denn so werden Schwierigkeiten aufgelöst, welche auch als depressionsfördernd gelten könnten.

## 8. Schlussfolgerung

Anhand der in dieser Thesis erarbeiteten Ergebnisse, werden im Folgenden Schlussfolgerungen für die Praxis der Sozialen Arbeit abgeleitet. In einem ersten Teil wird dargelegt, was die Erkenntnisse für die Soziale Arbeit bedeuten und in welchen Bereichen Handlungsbedarf besteht. Abschliessend wird ein kleiner Ausblick auf mögliche weiterführende Forschung eröffnet.

Die drei Stufen, nach welchen Angehörigen support stattfinden kann, gehen mit den im Kapitel 7 diskutierten Ergebnissen einher. Somit ist von Seiten der Sozialarbeitenden in ihrem Hilfeplan in einem ersten Schritt Entlastung zu schaffen. Dies kann durch eine sozialarbeiterische Unterstützung (beispielsweise durch das Erledigen von administrativen Angelegenheiten) oder durch die Weitervermittlung zu anderen Unterstützungsangeboten geschehen. Um dies gewährleisten zu können, müssen Sozialarbeitende Entlastungsangebote im Bereich von alltäglichen Aufgaben kennen. Systemische Beratung scheint anhand der genannten Ergebnisse wirkungsvoll zu sein, wenn es um die emotionalen Belastungen von Partnerinnen und Partner depressiver Menschen und deren Auswirkungen auf die Paarbeziehung geht. Dabei ist von alltäglichen Belastungen und einer Überlastung zu unterscheiden. Befindet sich eine Partnerin resp. Partner über längere Zeit in einer Überlastung (Stress über längere Zeit und nicht erfolgreiche Copingstrategien), ist dies gesundheitsgefährdend und sollte umgehend in Form von Beratung oder Therapie angegangen werden. Dies muss nicht nur im Sinne der Partnerin resp. des Partners, sondern für das gesamte System geschehen, andernfalls droht die Situation zu eskalieren.

Konnte eine erste Entlastung realisiert werden, ist zu prüfen welche emotionalen Belastungen für Partnerinnen und Partner als besonders belastend beurteilt werden. Ist das die fehlende Information über das Störungsbild oder die medikamentöse sowie therapeutische Behandlung, in einem zweiten Schritt – entsprechend der zweiten Stufe des Angehörigen supports – das vorhandene Wissen der Partnerin resp. des Partners

auszubauen. Dabei kann es auch angebracht sein, medizinische und psychologische Fachpersonen beizuziehen.

Um Partnerinnen und Partner depressiver Menschen längerfristig unterstützend zu entlasten, kann einerseits gemäss den Stufen des Angehörigensupports ein Empowerment hilfreich sein um die Zuversicht zu stärken, dass die Anforderungen, welche das Störungsbild an sie stellt, bewältigbar sind. Andererseits kann hinsichtlich der Paarbeziehung und den emotionalen Belastungen, wie beispielsweise Hilflosigkeit oder dem Gefühl, alleine gelassen zu sein, eine systemische Beratung eine wirkungsvolle Unterstützung darstellen. Gelten die Partnerinnen resp. Partner bereits als psychisch erkrankt, könnte eine systemische Therapie angebracht sein.

Sind die Umgangsformen von Belastungen in einem Gespräch mit einem betroffenen Paar oder einer Partnerin resp. Partner eines depressiven Menschen ein Thema, ist zu ermitteln, welche Copingstrategien bereits angewendet werden oder wurden. So kann in einem nächsten Schritt erörtert werden, wie wirkungsvoll diese sind und ob zusätzlich noch eine andere Strategie ausprobiert werden sollte. Bewältigt eine Person beispielsweise hauptsächlich emotionsbezogen, können gemeinsam problemorientierte Bewältigungsstrategien erarbeitet werden. So gilt es, mit der belasteten Person eine Auswahl an emotions- und problemorientierten Bewältigungsstrategien auszuprobieren und sie im Erkennen zu unterstützen, wann welche Strategie wirkungsvoll ist.

Da das private soziale Netz von betroffenen Paaren als wichtige Ressource und grosse Unterstützung zählt, ist dieses im Kontakt mit depressiven Menschen und deren Partnerin resp. Partner zu erfassen. In einem weiteren Schritt gilt es, das betroffene Paar, oder je nach Schwere der Depression nur die Partnerin resp. der Partner, darin zu unterstützen, das soziale Netz zu aktivieren. Dabei ist ebenfalls zu prüfen, ob im sozialen Umfeld zusätzlich belastete Personen existieren. Ist dies der Fall, sollten anhand der systemischen Sichtweise solche unterstützenden und betreuenden Angehörigen ebenfalls in eine Beratung einbezogen werden.

Neben der Entlastung sowie der Beratung eines betroffenen Paares ist ein Einbezug von Angehörigen in eine psychiatrische oder psychologische Behandlung eines depressiven Menschen relevant. Die Wichtigkeit eines Einbezugs von Angehörigen wird durch die empirische Untersuchung dieser Thesis bestätigt. In dieser wurde offensichtlich, dass ein Einbezug zu wenig bzw. gar nicht stattfindet. Somit ist ein Einbezug von Angehörigen, insbesondere von Partnerinnen und Partner depressiver Menschen, auch von Sozialarbeitenden zu fördern. Dies kann dadurch geschehen, indem Fachpersonen aus verschiedenen Disziplinen wiederholt auf die Wichtigkeit eines Einbezugs von Angehörigen

aufmerksam gemacht werden. Dabei können die Pflegeinterventionen und -interventionsziele gestützt auf Powell und Lively (1981) als Leitlinien eines Einbezugs von Partnerinnen und Partner gelten. Weiter muss bedenklich werden, dass Sozialarbeitende, welche in einem psychiatrischen Kontext mit Partnerinnen und Partner der Patientenschaft zu tun haben, die Gesetzgebung zu besonders schützenswerten Personendaten kennen und beachten müssen. Neben der Relevanz eines Einbezugs von Partnerinnen und Partnern von depressiven Menschen in eine Behandlung, ist ebenfalls zu bedenken, dass es schwierige Situationen mit diesen geben kann. Es besteht Konfliktpotential, wenn nicht in ihrem Sinne, sondern als "Anwalt" der depressiven Person gehandelt und entschieden wird. In solchen Situationen ist zu bedenken, dass die Besorgnis von Seiten der gesunden Partnerin resp. des Partners "Unverständnis, Ungeduld, die Betonung eigener Erfahrungen im Sinne einer induktiven Betrachtung von Veränderungsprozessen" (Scherer & Lambert, 2017, S. 57) mit sich bringen kann.

Neben Coaching und Angehörigenberatung sollten somit systemische Beratungsangebote für Paare, von welchen eine Person depressiv ist, geschaffen werden. Sozialarbeitende in solchen Beratungsangeboten müssen darauf sensibilisiert sein, zu erkennen in welchem Fall welche Formen an Unterstützung angebracht sind. Zudem sollte ein solches Beratungsangebot telefonische Kurzberatungen anbieten, damit Partnerinnen und Partner in kritischen Situationen oder bei eskalierenden Konflikten sich jederzeit an jemanden wenden können. Dabei können Sozialarbeitende mit störungsspezifischem Wissen oder psychologisches und medizinisches Personal erste handlungsleitenden Informationen anbieten und bei Bedarf den Kontakt zu geeigneten Stellen vermitteln.

Weiter sollte durch Sozialarbeitende (und andere Disziplinen, welche mit depressiven Menschen zusammenarbeiten) Wissen über das Störungsbild Depression in der Schweizer Bevölkerung weitergegeben werden. So kann ein möglichst frühes Erkennen von depressiven Symptomen und somit eine zeitnahe Konsultation einer Fachperson gefördert werden. Mit einer Wissensvermittlung kann einem alleinigen Bewältigen von Belastungen, welche eine depressive Störung der Partnerin resp. des Partners mit sich bringt, entgegengewirkt werden. Dies bewahrt betroffene Personen davor, in eine Überlastung zu geraten und schliesslich selber an einer psychischen Störung zu erkranken.

Ebenfalls durch eine Wissensverbreitung und Enttabuisierung von psychischen Störungen könnte erreicht werden, dass bei Arbeitgebern der Umgang mit Partnerinnen resp. Partner psychisch erkrankter Menschen geklärt würde. So sollte ein Klima herrschen, in welchem über die Situation zu Hause erzählt werden kann, ohne Angst vor einer Stigmatisierung haben zu müssen. Das gilt ebenso für Menschen, welche von der Arbeitslosenkasse oder

vom Sozialdienst unterstützt werden und für Personen, die sich in einer Ausbildung befinden oder Ähnliches. Partnerinnen resp. Partner sollten auf Verständnis stossen, wenn sie aufgrund der depressiven Person den (Leistungs-) Anforderungen nicht entsprechen können. So sollte mit verschiedenen Disziplinen und beispielsweise dem Arbeitgeberverband zusammengearbeitet werden, um einen gesellschaftlichen Wandel im Hinblick auf eine Sensibilisierung bezüglich den Belastungssituationen von Angehörigen psychisch erkrankter Menschen anzutreiben. Eine Zukunftsvision könnte beispielsweise so aussehen, dass bei einer psychisch erkrankten Partnerin resp. Partner identische Gesetzgebungen gelten wie bei einem kranken Kind. Das würde bedeuten, dass der Art. 36 des Arbeitsbergesetztes von 1946 (ArG; SR 822.1) ebenfalls bei Partnerinnen und Partner depressiver Menschen anzuwenden ist und somit bei Bedarf bis zu drei Tagen von der Arbeit ferngeblieben werden kann. Bezüglich schwierigen Situationen am Arbeitsplatz können Sozialarbeitende in konkreten Beratungssituationen ebenfalls die Partnerinnen und Partner darin unterstützen, mit dem Arbeitgeber in Kontakt zu treten, die bestehenden Belastungen darzustellen und einen entsprechenden Umgang mit deren Auswirkungen auf den Arbeitsalltag zu vereinbaren.

Da die empirischen Ergebnisse dieser Thesis lediglich auf drei problemzentrierten Interviews beruhen, können diese nicht als repräsentativ gelten. Um genauere und allgemein gültige Aussagen über die beiden Forschungsfragen machen zu können, wäre eine quantitative Studie in einem nächsten Schritt angebracht. So könnten anhand einer repräsentativen Stichprobe von Partnerinnen und Partner depressiver Menschen objektive, reliable und valide Erkenntnisse über die Zielpopulation erlangt werden. Die Auswahl der zu messenden Belastungen kann der in Tabelle 5 und 6 genannten emotionalen Belastungen entsprechen. Diese sind im Hinblick auf das Ausmass sowie auf die Verteilung zu erheben. Zudem wäre zu prüfen, ob je nach Angehörigengruppe (Partnerin resp. Partner, Kinder, Geschwister u.a.) unterschiedliche Belastungen in differentem Ausmass genannt werden.

Um überprüfte Aussagen über die Wirkung und den Erfolg systemischer Beratung bei betroffenen Paaren machen zu können, sollte dies ebenfalls noch empirisch erhoben werden. Eine solche Studie könnte beispielsweise in einer neu geschaffenen Beratungsstelle für betroffene Paare durchgeführt werden. Ebenfalls empirisch nachzuweisen wäre die Gültigkeit der Erkenntnis, dass systemische Beratung erst angebracht ist, wenn eine gewisse Entlastung der objektiven Belastungen erfolgt ist.

## 9. Literaturverzeichnis

- Althaus, David & Hegerl, Ulrich. (2004). Ursache, Diagnose und Therapie von Suizidalität. *Nervenarzt*, 11, 1123-1135.
- Allwinn, Sabine. (2010). *Stressbewältigung. Eine multiperspektivische Einführung für Soziale Arbeit und andere psychosoziale Professionen*. Freiburg: FEL Verlag.
- Atteslander, Peter. (2008). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (12., durchges. Aufl.). Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- AvenirSocial. (2014). *Berufsbild der Professionellen Sozialer Arbeit*. Bern: AvenirSocial – Soziale Arbeit Schweiz.
- Baer, Niklas & Schuler, Daniela, Füglistler-Dousse, Sylvie & Moreau-Gruet, Florence. (2013). *Obsan Bericht 56. Depressionen in der Schweizer Bevölkerung*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Beesdo-Baum, Katja & Wittchen, Hans-Ulrich. (2011). Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. In Hans-Ulrich Wittchen & Jürgen Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Aufl., S. 879-914). Berlin: Springer-Verlag.
- Benazon, Nili & Coyne, James. (2000). Living with a depressed spouse. *J. Fam. Psychol.*, 14(1), 71-9.
- Beushausen, Jürgen. (2012). *Genogramme- und Netzwerkanalyse. Die Visualisierung familiärer und sozialer Strukturen*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Biedermann, Horst. (2006). *Entwicklung der sozialen Kognition: Perspektivenübernahme und Freundschaftsentwicklung* [PDF]. Abgerufen von [http://commonweb.unifr.ch/artsdean/pub/gestens/f/as/files/4655/003591\\_110807.pdf](http://commonweb.unifr.ch/artsdean/pub/gestens/f/as/files/4655/003591_110807.pdf)
- Bischkopf, Jeannette. (2005). *Angehörigenberatung bei Depression*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Bischkopf, Jeannette. (2008). Zur Unterstützung emotionaler Bewältigungsprozesse bei der Beratung von Partnern depressiver Patienten. In Albert Lenz & Johannes Jungbauer (Hrsg.), *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte* (S. 241-255). Tübingen: dgvt-Verlag.

- Bischkopf, Jeannette, Wittmund, Bettina & Angermeyer, Matthias. (2002). Alltag mit der Depression des Partners. *Psychotherapeut*, 1, 11-15.
- Bodenmann, Guy. (2001). *Stress und Partnerschaft. Gemeinsam den Alltag bewältigen* (2., akt. und erw. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Bodenmann, Guy. (2009). *Depression und Partnerschaft. Hintergründe und Hilfen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Bodenmann, Guy, Widmer, Kathrin, Charvoz, Linda & Brandbury, Thomas. (2004). Differences in Individual and Dyadic Coping Among Low and High Depressed, Partially Remitted, and Nondepressed Persons. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 75-85.
- Boeger, Annette. (2013). *Psychologische Therapie und Beratungskonzepte. Theorie und Praxis* (2., aktualisierte Auflage). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Bosshard, Marianne, Ebert, Ursula, & Lazarus, Horst. (2013). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie* (5., überarb. Aufl.). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Bull, Nadine. (2015). Depression. In Nadine Bull & Christine Poppe. (Hrsg.), *Zuhören, informieren, einbeziehen. Leitfaden für die Arbeit mit Angehörigen in der Psychiatrie*. (S. 120-130). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Bull, Nadine. (2015). Gespräche im Paar- und Familiensetting. In Nadine Bull & Christine Poppe. (Hrsg.), *Zuhören, informieren, einbeziehen. Leitfaden für die Arbeit mit Angehörigen in der Psychiatrie*. (S. 36-49). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Bundesamt für Statistik. (2016). *Assistierter Suizid (Sterbehilfe) und Suizid in der Schweiz*. [PDF]. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/1023131/master>
- Burfeind, Antje. (2011). *Lebensqualität und Pflegeerfahrungen bei Angehörigen von Patienten mit psychotischen Störungen* [PDF]. Abgerufen von <https://www.deutsche-digitale-bibliothek.de/binary/7HQAEQFXCLDCYY5Z42UAXK4PKMGKNVWK/full/1.pdf>
- Carpenito, Lynda. (1995). *Nursing diagnosis, applications to clinical practice*. Philadelphia: Lippincott.

- Dr. Dresing, Thorsten & Pehl, Thorsten. (2013). *Praxisbuch. Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (5. Aufl.). Marburg: Eigenverlag.
- Dr. Elze. (2016). *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. [Website]. Abgerufen von <http://dr-elze.com/depressive-stoerungen-icd-10>
- Dold, Peter. (2015). *System Depression*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Drong, Karolina & Lachemann, Luisa. (2016). Affektive Störungen. In Jan Ilhan Kizilhan (Hrsg.), *Handbuch psychische Erkrankungen für soziale Berufe* (S. 39-58). Berlin: VWB - Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Gerdes, Nikolaus & Weis, Joachim. (2000). Theoretische Konzepte der Krankheitsverarbeitung. In Jürgen Bengel & Uwe Koch (Hrsg.), *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaft. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung* (S. 56-68). Berlin: Springer.
- Gerrig, Richard J. (2015). *Psychologie* (20., akt. Auflage). Hallbergmoos: Pearson Deutschland GmbH.
- Hahn, Jenny & Würth, Rebecca. (2016). Systemische Therapie. In Jan Ilhan Kizilhan (Hrsg.), *Handbuch psychische Erkrankungen für soziale Berufe. Ein Lehrbuch für Studium und Praxis* (S. 271-285). Berlin: VVB – Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Hahlweg, Kurt & Baucom, Donald. (Hrsg.). (2008). *Partnerschaft und psychische Störung*. Bern: Hogrefe Verlag.
- Haselmann, Sigrid. (2009). Systemische Beratung und der systemische Ansatz in der Sozialen Arbeit. In Brigitta Michel-Schwartz (Hrsg.), *Methodenbuch Soziale Arbeit. Basiswissen für die Praxis* (2., überarb. u. erw. Aufl., S. 155-206). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hautzinger, Martin. (2006). *Ratgeber Depression*. Göttingen: Hoegrefe Verlag.
- Heim, Edgar. (1988). Coping und Adaptivität. Gibt es ein geeignetes oder ungeeignetes Coping? *Psychother Psychosom Med Psych*, 38(2), 8-18.

- Hell, Daniel, Endrass, Jérôme, Vontobel, Jürg & Schnyder, Ulrich. (2011). *Kurzes Lehrbuch der Psychiatrie. Das Basiswissen mit Repetitionsfragen* (3., überarb. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Hell, Daniel. (2015). *Über Depression* [PDF]. Abgerufen von [http://www.daniel-hell.com/index\\_html\\_files/Ueber\\_Depression.pdf](http://www.daniel-hell.com/index_html_files/Ueber_Depression.pdf)
- Hoenig, Marian & Hamilton, Julius. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *Internationale Journal of Social Psychiatry*, 12, 165-176.
- Hoff, Paul. (2014). *Zur Rolle der Angehörigen in der psychiatrischen Behandlung: Störefriede, Co-Therapeuten oder ...?* [PDF]. Abgerufen von: [http://www.angehoerige.ch/fileadmin/angehoerige/pdf/informationen\\_fachleute/referate/nap\\_tagungen/2014\\_Referat\\_Hoff.pdf](http://www.angehoerige.ch/fileadmin/angehoerige/pdf/informationen_fachleute/referate/nap_tagungen/2014_Referat_Hoff.pdf)
- Holzer-Pruss, Christina. (2000). Die Belastungen der Angehörigen. In Silvia Käppeli (Hrsg.), *Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld* (S. 9-46). Bern: Verlag Hans Huber.
- Homfeldt, Hans Günther. (2013). Orschungsfacetten einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. Orientierungspunkte – Einblicke – Aufgaben. In Schneider, Armin, Radenark, Anna Lena, Lenz & Müller-Baron, Ingo (Hrsg.), *Soziale Arbeit - Forschung – Gesundheit. Forschung: bio-psycho-sozial* (S. 15-33). Opladen: Budrich.
- Hopf, Christel. (2012). Qualitative Interviews in der Sozialforschung. Ein Überblick. In Uwe Flick, Ernst von Kardorff, Heiner Keupp & Lutz von Rosenstiel (Hrsg.), *Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen* (3., neu ausgest. Aufl., S. 177-181). Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Hosemann, Wilfried & Geiling, Wolfgang. (2013). *Einführung in die Systemische Soziale Arbeit*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- ifightdepression. (2016). *Verlaufsformen einer Depression*. [Website]. Abgerufen von <http://ifightdepression.com/de/index.php?id=3736>
- Ihde-Scholl, Thomas. (2013). *Ganz normal anders: Alles über psychische Krankheiten, Behandlungsmöglichkeiten und Hilfsangebote*. Zürich: Beobachter-Edition.

- Jacob, Miriam, Frank, Ellen, Kupfer, David & Carpenter, Linda. (1987). Recurrent depression: an assessment of family burden and family attitudes. *J. Clin. Psychiatry*, 48(10), 395-400.
- Jansen, Birgit. (1999). Informelle Pflege durch Angehörige. In Birgit Jansen, Fred Karl, Hartmut Radebold & Reinhard Schmidt-Scherzer (Hrsg.), *Handbuch der Sozialen Gerontologie* (S. 604-628). Weinheim: Beltz.
- Jungbauer, Johannes. (2005). *Unser Leben ist jetzt anders. Belastungen und Belastungsfolgen bei Angehörigen schizophrener Patienten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Kessler, Helga & Hell, Daniel. (2011). *Wege aus der Depression*. (3. Aufl.). Zürich: Beobachter-Buchverlag.
- Klecha, Dorothee & Borchardt, Dietrich. (2007). *Psychiatrische Versorgung und Rehabilitation*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Klicpera, Christian. (2009). *Einführung in die Psychopathologie*. Wien: facultas.wuv.
- Lambert, Thomas. (2016). *Die Zusammenarbeit mit Angehörigen. Ungehörige Angehörige?* [PDF]. Abgerufen von [http://www.psych.ch/fileadmin/templates/publikationen/Referate/12.05.16\\_Ungehoerige\\_Angehoerige\\_Thomas\\_Lampert.pdf](http://www.psych.ch/fileadmin/templates/publikationen/Referate/12.05.16_Ungehoerige_Angehoerige_Thomas_Lampert.pdf)
- Lambert, Thomas. (2017). *Angehörigenberatung 2016 Verbund der Angehörigenberatungen mit ausgewiesenen Stellenprozenten. Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie* [PDF]. Abgerufen von [http://www.angehoerige.ch/fileadmin/angehoerige/pdf/ueber\\_uns/Angehoerigenberatung\\_2016\\_CH.pdf](http://www.angehoerige.ch/fileadmin/angehoerige/pdf/ueber_uns/Angehoerigenberatung_2016_CH.pdf)
- Lamnek, Siegfried. (2005). *Qualitative Sozialforschung* (4., voll. überarb. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Lätsch, David. (2016). *Einheit 3: Psychische Störungen im Erwachsenenalter: Verbreitung, Entstehung, Diagnostik – Teil 2*. [PPT-Präsentation, Berner Fachhochschule – Modul Psychische Störungen und therapeutische Ansätze]. Abgerufen von [https://moodle.bfh.ch/pluginfile.php/504639/mod\\_resource/content/1/Psychische-Stoerungen\\_FS16\\_Einheit03.pdf](https://moodle.bfh.ch/pluginfile.php/504639/mod_resource/content/1/Psychische-Stoerungen_FS16_Einheit03.pdf)
- Lazarus, Richard & Folkman, Susan. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, N.Y.: Springer.

- Lindenau, Mathias. (2008). Klinische Sozialarbeit – eine Chance für das Suchtkrankenhilfesystem?. In Karlheinz Ortmann & Dieter Röh (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit* (S. 193-206). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Mayring, Philipp. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mayring, Philipp. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. *Qualitative Inhaltsanalyse* (11., akt. u. übera. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.
- Mischke, Claudia. (2012). *Ressourcen von pflegenden Angehörigen. Entwicklung und Testung eines Assessmentinstruments*. Hungen: hpsmedia.
- Nave-Herz, Rosmarie. (2013). *Ehe- und Familiensoziologie. Eine Einführung in Geschichte, theoretische Ansätze und empirische Befunde* (3. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Noh, Samuel & Avison, William. (1988). Spouses of discharged psychiatric patients: Factors associated with their experience of burden. *Journal of Marriage and Family*, 50, 377-389.
- Noh, Samuel & Turner, Jay. (1987). Living with psychiatric patients: implications for the mental health of family members. *Soc Sci Med*, 25(3), 263-72.
- Nolting, Hans-Peter & Paulus, Peter. (2012). *Psychologie lernen* (11. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Paulitsch, Kaus & Karwautz, Andreas. (2008). *Grundlagen der Psychiatrie*. Wien: facultas.wuv.
- Pauls, Helmut. (2013). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (3. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Paykel, Eugene, Brugha, Traolach, & Fryers, Tom. (2005). Size and burden of depressive disorders in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 411-423.
- Perlick, Debrah, Hohenstein, Jill, Clarkin, John, Kaczynski, Richard & Rosenheck, Robert (2005). Use of mental health and primary care services by caregivers of patients with bipolar disorder. A preliminary study. *Bipolar Disorders*, 7(2), 126-135.

- Peters, Uwe Henrik. (2007). *Lexikon. Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie* (6., völlig neu bearb. u. erw. Aufl.). München: Elsevier.
- Poppe, Christine. (2015). Einführung. In Christine Poppe & Nadine Bull (Hrsg.), *Zuhören, informieren, einbeziehen. Leitfaden für die Arbeit mit Angehörigen in der Psychiatrie* (S. 16-28). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Poppe, Christine. (2015). Planung und Durchführung von Angehörigengesprächen. In Christine Poppe & Nadine Bull (Hrsg.), *Zuhören, informieren, einbeziehen. Leitfaden für die Arbeit mit Angehörigen in der Psychiatrie* (S. 29-33). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Ritscher, Wolf. (2007). *Soziale Arbeit: systemisch. Ein Konzept und seine Anwendung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Scherer, Edith. (2016). *Angehörigenberatung als Erfolgsmodell* [PDF]. Abgerufen von [http://www.angehoerige.ch/fileadmin/angehoerige/pdf/informationen\\_fachleute/referate/andere\\_tagungen/Symposium\\_Basel\\_2016.pdf](http://www.angehoerige.ch/fileadmin/angehoerige/pdf/informationen_fachleute/referate/andere_tagungen/Symposium_Basel_2016.pdf)
- Scherer, Edith & Lampert, Thomas. (2017). *Basiswissen: Angehörige in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Sommer, Peter, Dällenbach, Regula, Rügger, Cornelia & Hollenstein, Lea. (Hrsg.). (2016). *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinie einer handlungstheoretischen Wissensbasis*. Wiesbaden: Springer VS.
- Schmid, Rita, Spiessl, Hermann & Cording, Clemens. (2005). Zwischen Verantwortung und Abgrenzung. Emotionale Abgrenzung von Angehörigen psychisch Kranker. *Psychiatrische Praxis*, 32(6), 272-280.
- Schmied, Rita, Spiessl, Hermann, Vukovich, Adolf & Cording, Clemens. (2003). Erwartungen von Angehörigen an die psychiatrische Klinik. *Psychiatrische Praxis*; 30(2), 51-55.
- Schweitzer, Jochen & von Schlippe, Arist. (2007). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen* (2. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schwing, Rainer & Fryszler, Andreas. (2015). *Systemische Beratung und Familientherapie. Kurz, bündig, alltagstauglich* (4. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Spillman, Brenda & Black, Kirsten (2005). *Staying the course: Trends in family caregiving*. Washington, D.C.: AARP Public Policy Institute.
- Spitex Region Bern Nord. (n.d.) *Psychiatrische Begleitung (Psychiatrie-Spitex)* [Website]. Abgerufen von [https://www.spitexrebeneo.ch/files/DFT0K66/flyer\\_psychiatrische\\_begleitung\\_2014.pdf](https://www.spitexrebeneo.ch/files/DFT0K66/flyer_psychiatrische_begleitung_2014.pdf)
- Stricker, Elsmarie. (2012). *Beratung, Begleitung, Therapie, Support - ein Beitrag zur Klärung von Begriffen*. Bern: Institut Alter der Berner Fachhochschule.
- Stricker, Elsmarie. (2016). *CAS Angehörigen-Support kompakt*. Bern: Institut Alter der Berner Fachhochschule.
- Stricker, Elsmarie, Métrailler, Michèle & Neuenschwander, Cécile. (2016). *Support-Bedarfe pflegender Angehöriger im Wasseramt. Abschlussbericht zuhanden der Jakob Urben-Stiftung*. Bern: Institut Alter der Berner Fachhochschule.
- Treudley, Mary Bosworth. (1946). Mental illness and family routines. *Mental Hygiene*, 15, 407-418.
- Volz, Anja. (2015). *Basics Psychiatrie* (3. Aufl.). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Wiese, Meike, Lexow, Anja & Hahlweg, Kurt. (2008). Die Einbindung der Partner von Patienten in die ambulante Psychotherapie. In Albert Lenz & Johannes Jungbauer (Hrsg.), *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte* (S. 221-239). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Witzei, Andreas. (1982). *Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen*. Frankfurt a.M.: Campus Verlag.
- Wolfersdorf, Manfred & Etzersdorfer, Elmar. (2011). *Suizid und Suizidprävention*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Zimmermann, Ralf-Bruno. (2008). Klinische Sozialarbeit – eine Chance für das Suchtkrankenhilfesystem? In Karlheinz Ortmann & Dieter Röh (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit* (S. 193-206). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

## 10. Anhang

- A1 Kurzfragebogen
- A2 Interviewleitfaden

A1: Kurzfragebogen

## Interview zum Thema Belastungen von Partnerinnen und Partner depressiver Menschen

1. In welchem Jahr wurden Sie geboren?

---

---

2. Sind Sie momentan...

In Ausbildung  Angestellt zu \_\_\_%  Selbstständig zu \_\_\_%  Erwerbslos  Pensioniert  
 Hausfrau/-mann

Beruf: \_\_\_\_\_  
—

3. Leben Sie gegenwärtig allein oder mit jemandem zusammen?

Allein  Mit (Ehe)PartnerIn  Mit meinen/m Kind(ern)  Mit den Eltern/einem Elternteil  
 In einer Wohngemeinschaft  Andere: \_\_\_\_\_

4. Was für eine genaue Diagnose hat ihre (Ex-)Partnerin oder Ihr (Ex-)Partner? Wie war der bisherige Verlauf der Depression?

---

---

---

---

---

---

---

**5. Ist Ihre (Ex)Partnerin oder Ihr (Ex)Partner von weiteren psychischen oder auch körperlichen Erkrankungen betroffen?**

---

---

**6. Wohnen Sie zusammen?**

Ja Nein

**7. Haben Sie Kinder? Wie viele? Gemeinsame?**

---

---

---

---

## **A2: Interviewleitfaden**

### **Interviewleitfaden Angehörige von depressiv erkrankten Menschen**

#### **Themenkreis 1: Das Auftreten der Depression bei der Partnerin/beim Partner**

1. Wann haben Sie gemerkt, dass Ihr/e (Ex-)Partner/in depressiv ist? Können Sie mir erzählen, wie und an was Sie damals die Depression bemerkt haben?
2. In welcher Situation befanden Sie und Ihr/e Partner/in sich, als die Depression erkannt wurde?
3. Hatten Sie bereits vor der Diagnose die Vermutung, dass Ihr/e Partner/in depressiv ist?

#### **Themenkreis 2: Das Erleben der Auswirkungen der Depression**

4. Was erlebten Sie als besonders belastend im Zusammenhang mit der Depression Ihres/r (Ex)Partners/in? Können Sie mir von einer Situation berichten, in der Sie sich besonders stark belastet gefühlt haben? (emotionale Belastungen, alltägliche Belastungen)
5. Wie erleben oder erlebten Sie die Symptome der Depression? Welche Symptome sind für Sie besonders belastend?
6. Was hat sich durch die Depression in Ihrem Leben verändert? (Alltag, Rolle, gesundheitliche Probleme, rechtlich Probleme, finanzielle Probleme, ... usw.)
7. Was hat sich durch die Depression in der Beziehung zum/r Partner/in verändert? (Beziehungsqualität, Rolle, Kommunikation, ... usw.)

#### **Themenkreis 3: Individueller Umgang mit den Auswirkungen der Depression**

7. Was haben Sie als erstes gemacht, als Sie von der Diagnose Ihres/r Partners/in erfahren haben? Was gedacht und gefühlt?
8. Wie sind Sie im späteren Verlauf der Depression mit den durch die Depression verursachten Belastungen für Sie umgegangen?

**Themenkreis 4: Erfahrene und erwünschte Unterstützung aus dem professionellen und privaten Umfeld**

9. Haben Sie Hilfe in Anspruch genommen? Wenn ja, welche Art von Unterstützung haben Sie gesucht? Zu welchen Zeitpunkten?
10. Wie beurteilen Sie rückblickend dieses Unterstützungsangebot? Was war hilfreich, was weniger, was überhaupt nicht?
11. Können Sie mir von einer Situation erzählen, in der Sie sich besonders unterstützt gefühlt haben? Wie ist es heute?
12. Welche Hilfe und Unterstützung hätten Sie sich gewünscht? Wer könnte diese Unterstützung leisten? (professionelle, private Unterstützung)
13. Welchen Rat würden Sie aufgrund Ihrer eigenen Erfahrungen jemanden geben, der von der Depression des/r Partners/in erfährt oder diese vermutet? Was sollte Ihrer Meinung nach in einer solchen Situation getan werden?

**Themenkreis 5: Offenes und Nachträge**

14. Gibt es weitere Themen im Zusammenhang dessen, worüber wir heute gesprochen haben, die Ihnen wichtig sind? Gibt es Dinge, die Sie uns zum Thema noch sagen möchten?