

Lebensweltorientierung von Familien mit einem an Depression erkrankten Elternteil

Wie kann die Soziale Arbeit betroffene Familien adäquat unterstützen?



Bachelor Thesis vorgelegt von
Marisa Fernandez
15-633-472
zum Erwerb des Bachelor of Arts
in Sozialer Arbeit

Eingereicht bei
Frau Dr. phil. Regula Berger
Hochschule für Soziale Arbeit
Fachhochschule Nordwestschweiz
Olten, im Juni 2019

Abstract

Kennen Sie jemanden in Ihrem Umfeld, der an Depression erkrankt ist oder zählen Sie zu den Betroffenen? Wissen Sie, dass Kinder mit einem an Depression erkrankten Elternteil ein sechsfach erhöhtes Risiko haben ebenfalls an einer Depression zu erkranken?

In dieser Bachelorarbeit stehen Familien mit einem an Depression erkrankten Elternteil im Zentrum. In der Gesellschaft werden solche Familien oftmals stigmatisiert und die psychische Störung «Depression» tabuisiert. Es ist die Aufgabe der Sozialen Arbeit solchen Familien adäquate Unterstützung anzubieten. Dabei sollen die Familien als Ganzes, aber auch jedes einzelne Familienmitglied von einer solchen Hilfestellung profitieren können.

Mithilfe des Rahmenkonzeptes «Lebensweltorientierung Soziale Arbeit» nach Thiersch diskutiert die Thesis Handlungsmöglichkeiten für die Professionellen der Sozialen Arbeit. Anhand der Struktur- und Handlungsmaxime und unter Berücksichtigung der Dimensionen, welche aus dem Konzept der Lebensweltorientierung hervorgehen, wird das Konzept auf die Lebenslagen der betroffenen Familien adaptiert. Um sich dieser Adaption anzunähern, wird ein starker Fokus auf die psychische Störung «Depression» gelegt. Risikofaktoren, aber auch Bewältigungsstrategien werden beleuchtet und schliesslich unter Berücksichtigung der Lebensweltorientierung diskutiert. In einer Bestandesaufnahme fasst die vorliegende Arbeit die wichtigsten Schweizer Unterstützungsangebote zusammen und wagt abschliessend einen Ausblick auf Entwicklungsmöglichkeiten.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Herleitung der Fragestellung	1
1.2	Bedeutung für die Soziale Arbeit	3
1.3	Aufbau der Arbeit	4
2	Lebensweltorientierung der Sozialen Arbeit	6
2.1	Begrifflichkeiten.....	6
2.2	Historischer Hintergrund.....	8
2.3	Theoretische Grundlagen	10
2.4	Soziale Gerechtigkeit und Alltag.....	11
2.5	Dimensionen der Lebensweltorientierung.....	12
2.6	Struktur- und Handlungsmaxime	14
2.7	Professionalität.....	17
3	Depression und betroffene Familien	19
3.1	Depression.....	19
3.1.1	Historische Entwicklung	20
3.1.2	Klassifikation und Diagnostik.....	21
3.1.3	Affektive Störungen.....	22
3.1.4	Risikofaktoren	24
3.1.5	Entstehungsbedingungen.....	27
3.2	Betroffene Familien	28
3.2.1	Familiäre Lebenslage betroffener Familien.....	28
3.2.2	An Depression erkrankte Elternteile und ihre Alltagsbewältigung	29
3.2.3	Kinder von an Depression erkrankten Elternteilen.....	30
3.3	Familiäre Risikofaktoren und unterstützende Ressourcen.....	33
3.3.1	Risikofaktoren	33
3.3.2	Unterstützende Ressourcen.....	36
4	Lebensweltorientierung von Familien mit einem an Depression erkrankten Elternteil	39
5	Hilfeleistungen der Sozialen Arbeit	43
5.1	Sozialpädagogische Familienbegleitung.....	43
5.2	Sozialpädagogische Tagesstrukturen.....	44
5.3	Niederschwellige Angebote	45

5.3.1	Familien- und Erziehungsberatung.....	45
5.3.2	Professionelle online Hilfsangebote.....	45
5.4	Angehörige.....	46
6	Diskussion.....	48
6.1	Lebensweltorientierung und Depression: Resümee.....	48
6.2	Bedeutung für meine professionelle Tätigkeit.....	50
6.3	Kritische Würdigung und weiterführende Fragen.....	50
7	Literatur- und Quellenverzeichnis.....	54
	Anhang.....	61

1 Einleitung

«Das Gefühl der depressiven Herabgestimmtheit lässt sich so beschreiben, als wäre der Hauptwasserhahn zu einem Haus abgedreht, so dass aus jedem Wasserhahn im Haus nur noch Tropfen kommen.» (Wolfersdorf 1994: 21)

Das anfängliche Zitat versucht den Zustand einer depressiven bzw. niedergedrückten Person zu beschreiben. Es erklärt in einer anschaulichen Metapher, wie sich eine betroffene Person fühlt: antriebslos, kraftlos, motivationslos. Dies sind einige wenige Symptome, die während einer Depression auftreten können. «Depression», in Lateinisch «depressus», bedeutet «herabgedrückt» (vgl. de Vries/Petermann 2017: o.S.). Das Kernsymptom der Krankheit besteht in der Beeinträchtigung der Gefühls- und Stimmungslage, bedingt durch psychische Niedergeschlagenheit bzw. Traurigkeit (vgl. ebd.). In der vorliegenden Arbeit steht die Krankheit Depression im Zentrum. Dabei fokussiere ich mich auf die Erkrankung bei Eltern und deren Aus- und Wechselwirkung in einem familiären Gefüge. Dieses Gefüge soll mit dem konzeptuellen Verständnis von Thiersch und Grundwald (2016) als Lebenslage verstanden und analysiert werden. Um sich der Thematik anzunähern, stehen im Folgenden die Fragestellung und die Relevanz des Gegenstandes für die Soziale Arbeit im Zentrum.

1.1 Herleitung der Fragestellung

Während meines Auslandsaufenthaltes in Argentinien habe ich in zwei verschiedenen Kinderheimen gearbeitet. In diesen Heimen werden Kinder aufgenommen, die nicht zu Hause leben können. Viele dieser Kinder haben Eltern, welche an einer psychischen Erkrankung leiden. Einige Geschichten haben mein Herz sehr berührt und mein Interesse an Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil geweckt. In meinem Umfeld, hier in der Schweiz, bin ich ebenfalls vielen Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil begegnet und bei einer Familie habe ich die Auswirkungen besonders nah miterlebt. Die Eltern dieser Familie leben seit vier Jahren getrennt. Sie haben eine Tochter, die 13. Jahre alt ist und eine Woche bei der Mutter und eine Woche beim Vater lebt. Die Mutter ist seit vielen Jahren depressiv und hat mehrere Klinikbesuche hinter sich. Erst im letzten Herbst hat die Tochter zugegeben, dass sie sich seit längerer Zeit selbst verletzt und diese Spannung zwischen ihren Eltern nicht mehr aushalte. Die Mutter machte in dieser Zeit eine schwere depressive Phase durch und hatte einen weiteren Klinikaufenthalt geplant. Dieses Beispiel ist eines

Einleitung

von vielen, denn: «Rund jede vierte Person durchlebt im Verlauf ihres Lebens eine ernsthafte psychische Krise. Oftmals haben die erkrankten Menschen eigene Kinder.» (Kinderschutz Schweiz o.J.: o.S.) Genaue Zahlen belegen, dass die in der Schweiz am meisten auftretende psychische Erkrankung die Depression ist (vgl. Bundesamt für Statistik 2018a: o.S.). 9% der Schweizerinnen und 8% der Schweizer leiden an Depression und insgesamt 9% der gesamten Bevölkerung (vgl. ebd.). Eine psychische Erkrankung wirkt sich nicht nur auf das Leben der betroffenen Person aus, sondern auf das gesamte Umfeld (vgl. Jungbauer 2014: 129). Bei einem an Depression erkrankten Elternteil besteht ein sechsfaches Risiko, dass auch die Kinder an einer schweren Depression erkranken, für andere affektive Störungen gilt ein zwei- bis dreimal erhöhtes Risiko (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 53). Des Weiteren könnten folgende Belastungen für Kinder auftreten: Unsicherheit und Ängste, Schuldgefühle, Hilflosigkeit, Scham und Einsamkeit (vgl. Jungbauer 2014: 134). Aufgrund dieser Begebenheiten habe ich mich entschieden, über Familien mit einem an Depression erkrankten Elternteil zu schreiben. Um das gewählte Thema zu untermauern, eignet sich insbesondere die Lebensweltorientierung nach Thiersch (2016). Die Lebensweltorientierung behandelt den Alltag von Menschen und wird deshalb auch Alltagsorientierung genannt (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 13). Der Alltag ist für jeden Menschen ein Thema: für Kinder, depressive Menschen, Familien, wie auch für Jugendgruppen, weshalb es sich lohnt, für einen menschenwürdigen Alltag zu kämpfen (vgl. Thiersch 2015: 278). Die Lebensweltorientierung als Teil der Sozialen Arbeit setzt den Fokus aber nicht nur auf den Alltag der Betroffenen, sondern richtet den Fokus auch auf den Alltag der Fachkräfte, die als Professionelle in der Sozialen Arbeit agieren. Auch der Alltag von Professionellen der Sozialen Arbeit hat Thiersch analysiert und diskutiert. Die «Handlungsforschung will am Alltag der Betroffenen partizipieren und in ihm aufklärend und aktivierend agieren» (Thiersch 2015: 278). Thiersch (2016) versteht unter Alltagsorientierung sogenannte «konfuse Strukturen», welche laut ihm die Lebensbewältigung erheblich erschweren würden. Mit dem Konzept ist eine Grundlage geschaffen worden, mit der den Menschen bei der Gestaltung ihrer persönlichen Lebenswelt professionell geholfen werden kann (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 14f.). Mehr noch wird durch die Alltagsorientierung die Lebenswirklichkeit der Menschen, so wie sie gegeben ist, ernst genommen. Im Fokus steht der Mensch in seiner *Lebenswirklichkeit* (vgl. Thiersch 2015: 278).

Zusammengefasst beschäftige ich mich in dieser Arbeit mit folgenden Themen: Lebensweltorientierung nach Thiersch (2016), Familien mit einem an Depression erkrankten Elternteil und Lebensweltorientierung von betroffenen Familien. Aufgrund der gegebenen Sachlage und des Standes der wissenschaftlichen Erkenntnisse, im Zusammenhang mit

Einleitung

der Lebensweltorientierung und prekären Familienlebenslagen, interessiert mich folgende Fragenstellung:

Wie sieht die Lebensweltorientierung von Familien mit einem an Depression erkrankten Elternteil aus?

Folgende Unterfragen leiten sich aus der Hauptfragestellung ab:

- ❖ Welche Risiken resultieren aus der Lebenslage betroffener Familien und welche Ressourcen helfen ihnen dabei, um die prekäre Lebenslage zu meistern?
- ❖ Wie kann die Soziale Arbeit betroffene Familien adäquat unterstützen?

An dieser Stelle möchte ich darauf hinweisen, dass die Begriffe «Lebenswelt und Lebensweltorientierung», «Depression» und «Familie» in den entsprechenden Kapiteln genauer definiert und erläutert werden. Zudem basiert die vorliegende Arbeit nicht auf empirischen Erkenntnissen, deshalb gestaltet sich die Beantwortung der Fragestellung auf theoretisch-konzeptueller Ebene.

1.2 Bedeutung für die Soziale Arbeit

Zentrale Aufgaben der Sozialen Arbeit beinhalten die «Existenzsicherung, Befähigung, Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe, um ein menschenwürdiges Dasein zu ermöglichen» (Kreft/Mielenz 2017: 831). Im Zusammenhang mit dieser Bachelorarbeit werden die erwähnten Aufgaben einerseits im Konzept der Lebensweltorientierung aufgegriffen und zum anderen auf die familiären Lebenslagen der betroffenen Familien angewendet.

Ausserdem zeigen die eben dargelegten Zahlen im Kapitel 1.1 zum Thema Depression die Dringlichkeit auf, in diesem Bereich professionelle Hilfestellungen anzubieten. Ich habe erlebt, dass Angehörige mit der Thematik «Depression» überfordert waren und keinen Anhaltspunkt hatten, inwiefern sie Betroffene unterstützen konnten. Umso wichtiger ist es, dass sich Professionelle der Sozialen Arbeit dieser Problematik bewusst sind und Bereiche schaffen, in denen betroffene Familien Hilfe erhalten. Eine Art von Hilfeleistung bietet die Sozialpädagogische Familienbegleitung (Abk. SPF) an. Die Hilfeleistung besteht in der aufsuchenden Betreuung und Begleitung von Eltern und ihren Kindern (vgl. Wetzel/Fellmann 2015: 1). Die SPF verfolgt verschiedene Ziele und eines davon ist die Stabilisierung der Familie. Des Weiteren möchte sie die Familie sozial einbetten und vernetzen, damit die betroffene Familie die Last nicht allein tragen muss (vgl. ebd.). Die Klientel der SPF bestand im Jahre 2017 aus 37% Familien, bei denen ein Elternteil psychisch erkrankt war, dabei

waren auch alleinerziehende Mütter und Väter eingeschlossen (vgl. Sozialpädagogische Familienbegleitung (SPF) 2017).

Die SPF ist nicht die einzige Unterstützung, die durch die Soziale Arbeit geleistet wird. Es gibt noch weitere Angebote, welche Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil unter die Arme greifen. Zum Beispiel die Familien- und Erziehungsberatung, bei der offene Fragen oder Problemschilderungen vorgebracht werden können (vgl. Sozialdepartement der Stadt Zürich 2019). Solche Beratungsstellen werden teilweise von staatlichen Organisationen, von Gemeinschaftszentren oder anderen Institutionen angeboten. Eine weitere wichtige Aufgabe der genannten Fachstellen ist das Triagieren zu anderen Fachstellen, wie zum Beispiel zu Fachangestellten der Psychiatrie (Wetzel / Fellmann 2015: 1).

1.3 Aufbau der Arbeit

Im zweiten Kapitel wird die theoretische Grundlage der Lebensweltorientierung nach Thiersch und Grunwald (2004) herausgearbeitet, um ein Verständnis für die Theorie zu gewinnen. Im dritten Kapitel werde ich näher erläutern, wie die Depression eines Elternteils als Beispiel einer psychischen Erkrankung die Alltagsbewältigung einer Familie beeinflussen kann. Depression zählt mit den Angst- und Schlafstörungen zu den drei weitverbreitetsten psychischen Erkrankungen (vgl. Huber/Klug 2016: 19). Demzufolge habe ich mich entschlossen, das Thema «Depression» zu beleuchten. Aufgrund dessen beschreibe ich in einem ersten Teil des dritten Kapitels die psychische Erkrankung «Depression». Danach gehe ich auf die familiäre Lebenslage und Alltagsbewältigung von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil ein. Dabei interessieren mich sowohl die Perspektive der Eltern, also des erkrankten und gesunden Elternteils, wie auch der Kinder. Schliesslich werden in Kapitel 3.3 die Risikofaktoren und unterstützende Ressourcen für die Eltern und Kinder in einer prekären Lebenslage zusammenfassend dargelegt. Im vierten Kapitel wird die Lebensweltorientierung nach Thiersch im Hinblick auf Familien mit einem an Depression erkrankten Elternteil theoretisch angewendet. Im fünften Kapitel werde ich verschiedene Unterstützungsformen der Sozialen Arbeit in der Schweiz aufgreifen und ausführlich im Hinblick auf die Unterstützung von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil erläutern. Im abschliessenden sechsten Kapitel werden die Fragestellungen beantwortet und kritisch diskutiert. Welche wissenschaftlichen Erkenntnisse habe ich während der Arbeit gesammelt und wie kann ich diese für meine künftige Arbeit als Professionelle mit Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil nutzbar machen? Die kritische Würdigung und weiterführende Gedanken bilden den Schluss der Diskussion.

Einleitung

Mein Ziel ist es, die Lebensweltorientierung nach Thiersch auf Familien mit einem an Depression erkrankten Elternteil theoretisch anzuwenden, um damit ein Verständnis für betroffenen Familien zu wecken. Mit meiner Arbeit möchte ich aufzeigen, dass es verschiedene Angebote gibt, die im Rahmen der SPF, der sozialpädagogischen Tagesstruktur und der Familienberatung Unterstützung für betroffene Familien in ihrer natürlichen Umgebung anbieten.

2 Lebensweltorientierung der Sozialen Arbeit

Um zu beschreiben wie die Lebenslage respektive Lebensweltorientierung von Familien eines an Depression erkrankten Elternteils aussieht, müssen zuerst die theoretischen Grundlagen der Lebensweltorientierung näher erklärt werden. Das Konzept der Lebensweltorientierung stellt ein sozialarbeiterisches Rahmenkonzept dar und setzt sich unter anderem mit der sozialen Gerechtigkeit auseinander (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 23). Dabei wird versucht die Stärken, Schwierigkeiten und Ressourcen der Menschen für einen gelingenderen Alltag zu strukturieren und zu festigen (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 24).

Deshalb wird in diesem Kapitel einerseits anhand des historischen Hintergrundes und der theoretischen Grundlage ein Verständnis für das Konzept geschaffen. Andererseits werden wichtige Aspekte, wie die soziale Gerechtigkeit und der Alltag, die Dimensionen der Lebensweltorientierung und auch die Struktur- und Handlungsmaxime erläutert. Was das Konzept für Professionelle der Sozialen Arbeit bedeutet wird in Kapitel 2.7 aufgezeigt. Zuerst werden jedoch die Begrifflichkeiten der Lebenslage, der Lebenswelt und des Alltags bzw. der Alltäglichkeit erklärt. Diese Begriffe legen den Grundstein für die weiteren Ausführungen zum Konzept der Lebensweltorientierung (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 28f., Gut 2014: 67).

2.1 Begrifflichkeiten

Die Begriffe «Lebenswelt» und «Lebenslage» lassen sich schwer definieren, denn bei beiden impliziert der Begriff das gesamte Leben von Menschen, ebenso die individuelle und gesellschaftliche Lebensführung (vgl. Beck/Greving 2012: 15). In der Theorie und Praxis der sozialen wie auch der pädagogischen Arbeit werden die Begriffe teilweise unterschiedlich definiert sowie für verschiedene Verwendungszwecke benutzt (vgl. ebd.). Trotz den Schwierigkeiten wird versucht diese beiden Begriffe zu erfassen. Zudem wird in der Einleitung das Konzept der Alltagsorientierung als Synonym der Lebensweltorientierung verwendet, weshalb der Begriff «Alltag» bzw. «Alltäglichkeit» in diesem Kapitel definiert wird. Denn der Begriff kann verschieden definiert werden, weswegen hier die Definition, welche im Konzept Verwendung findet, ausgeführt wird.

Lebenslage

Nach Ingeborg Nahnsen «bezeichnet der Begriff der Lebenslage den äusseren, strukturell vorgegebenen Handlungsspielraum, den die gesellschaftlichen Umstände dem einzelnen zur Entfaltung und Befriedigung seiner wichtigen Interessen bieten.» (1975, zit. Nach Beck/Greving 2012:17) Dazu zählen materielle und immaterielle Ressourcen (vgl. Kraus 2006: 124). Ebenfalls impliziert der Handlungsspielraum die persönliche Arbeits- und Wohnraumsituation, Beziehungen bzw. die soziale Einbindung in der Gesellschaft und die psychische, wie auch physische Verfassung (vgl. ebd.). Dieser Spielraum bietet die Möglichkeit, sich persönlich weiterzuentwickeln und die eigenen Interessen zu befriedigen (vgl. Nahnsen 1975, nach Beck/Greving 2012: 17). Des Weiteren bezieht sich die Lebenslage nicht nur auf den persönlichen Handlungsspielraum eines Menschen, sondern auch auf die subjektive Perspektive dieses Handlungsspielraumes (vgl. Kraus 2006: 122).

Lebenswelt

«Lebenswelt ist der individuellen Erfahrung vorgängig, zugleich ist sie eine soziale, eine intersubjektive Welt und erst ihre Auslegung verdeutlicht den Sinn ihrer Strukturen.» (Beck/Greving 2012: 21)

Die alltägliche Lebenswelt beschreibt die persönliche Wirklichkeitsregion, in welcher das Individuum eigenständig handeln und dadurch die persönliche Wirklichkeitsregion verändern kann (vgl. Schütz/Luckmann 2003: 29). Jegliche Gegebenheiten beeinflussen diese subjektive Wirklichkeitsregion: zum einen nehmen die Kultur, in der die Individuen leben, und die Sozialisation Einfluss, zum anderen auch individuelle Erfahrungen und Wahrnehmungen in Bezug auf die eigene psychische sowie physische Verfassung (vgl. Beck/Greving 2012: 19). Dies bedeutet, dass das Individuum sich seine Lebenswelt anhand von subjektiver Wahrnehmung kreiert (vgl. Kraus 2006: 118f.). Hier ist wichtig anzufügen, dass die Lebenswelten individuell gestaltet werden; das heisst die Lebenswelten von Menschen in ähnlichen Lebenssituationen können sich dennoch unterscheiden (vgl. ebd.: 121). Aufgrund dessen erschliesst sich die Lebenswelt als persönlich wahrgenommene Welt eines Menschen, derweil die Lebenslage den gegebenen Handlungsspielraum beschreibt. Somit kann abschliessend erklärt werden, dass die gegebenen Voraussetzungen der persönlichen Lebenslage dazu beitragen, die Lebenswelt individuell zu gestalten (vgl. Kraus 2006: 124).

Alltag/Alltäglichkeit

Damit sind die individuelle Lebensgestaltung eines Menschen und dessen persönlichen Erfahrungen gemeint (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 32). Zur Lebensgestaltung gehört ebenfalls die Findung der primären Aufgaben und der eigenen Identität (vgl. ebd.). In der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit stellt sich beim Begriff «Alltag», auch «Alltäglichkeit» genannt, die Frage nach den Strukturen und somit nach den im Alltag eingeschriebenen Schwierigkeiten und Eigensinnigkeiten. Der «Alltag» ist somit ein Rahmenkonzept, welches die persönlichen Erfahrungen aus dem sozialen, politischen, ökonomischen und individuellen Raum einschliesst (vgl. Thiersch 2014: 43f.). Ausserdem kann die Alltäglichkeit als Schnittstelle des Subjektiven und Objektiven ausgelegt werden (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 35).

Diese Ausführungen der Begriffe ergeben, dass sich die Lebenslage grundsätzlich von der Lebenswelt unterscheiden lässt. Die Lebenslage beleuchtet die externen Umwelteinflüsse und die Lebenswelt eher die internen. Der Alltag spiegelt sich in beiden Begriffen der Lebenswelt und -lage wieder.

2.2 Historischer Hintergrund

Um den Verlauf der Entstehung der Lebensweltorientierung besser verstehen zu können, wird folgend auf den historischen Hintergrund des Konzeptes Lebensweltorientierung eingegangen. Dabei ist eine erste vertiefte Auseinandersetzung mit dem Thema möglich.

Das Konzept «Lebensweltorientierung Soziale Arbeit» besteht seit 40 Jahren. In diesen Jahren ist es stets weiterentwickelt und verändert worden. Diese Veränderungen können in drei Phasen unterteilt werden (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 24).

Erste Phase: Die Entstehung geht auf die sechziger Jahre, anfangs siebziger Jahre des 20. Jahrhunderts zurück, als die gesamte Soziale Arbeit im Umbruch war. Die Themen Demokratisierung und Realisierung des Sozialstaatsprinzips haben die Soziale Arbeit zu dieser Zeit stark beeinflusst (vgl. ebd.: 25). Während der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts war die Soziale Arbeit geprägt von Disziplinierung und Stigmatisierung der Menschen (vgl. Thiersch/Grunwald/ Köngeter 2012: 179). Denn die Analyse der Fallgeschichten in der Zeit von 1920 bis 1950 zeigt, dass man in den wirtschaftlichen Krisen der Zwischenkriegs- und Kriegszeit Jugendliche zunehmend entlang abwertender Zuschreibungen beurteilte und dass Massnahmen härter wurden. Biologistische bis hin zu eugenischen Denkmodellen gewannen in dieser Zeit an Bedeutung. Die Denkweise der Eugenik impliziert das Bestreben

einer gesunden Gesellschaft, in der kein Platz für Krankheiten, Behinderungen und Anderssein vorhanden ist (vgl. Haus/Ziegler 2010: 188). Soziale Probleme wurden zunehmend als biologistisch gedeutet und auf die Anlage bzw. auf schlechtes Erbgut zurückgeführt. Der Ausschluss von Einzelnen aus gesellschaftlichen Zusammenhängen wurde legitim, um gesellschaftliche Normen und die Gesundheit einer als Ganzes verstandenen Gesellschaft zu schützen. Die Vormundschaft fand sich damit in einem ambivalenten Feld wieder. Bestrebt Menschen zu helfen, die allein nicht mehr mit ihrem Leben zurechtkamen, war sie doch gleichzeitig mitbeteiligt an gesellschaftlichen Ausschlussprozessen, die Einzelne in ihrer Integrität und ihren Lebensmöglichkeiten stark einschränkten und verletzten. Durch diese Erfahrungen sollte sich die Soziale Arbeit neu realisieren und auf Fachgebiete spezialisieren (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 25). Aus dem Konzept der Lebensweltorientierung sind mögliche Anweisungen für Fachkräfte der Sozialen Arbeit zu entnehmen; sie sollen sich mit den Alltagserfahrungen der Menschen auseinandersetzen und gegen die Disziplinierung und Stigmatisierung ankämpfen sowie die Widersprüche, die im Alltag auftraten, betonen (vgl. ebd.).

Zweite Phase: In den späten siebziger Jahren begann die zweite Phase. Die Soziale Arbeit verankerte sich in der Jugendhilfe (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 25). Dies führte zu einer Verschiebung der Akzente in der «Lebensweltorientierung Soziale Arbeit» hin zur Realisierung der Struktur- und Handlungsmaximen (folgen im Kapitel 2.6), die bis heute essentielle Bestandteile des Konzeptes sind (vgl. ebd.). Die Diskussionen in der Sozialen Arbeit wurden durch das Konzept entscheidend angetrieben und in der Entstehung sowie der Weiterentwicklung diverser Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit forciert (vgl. ebd.).

Dritte Phase: die Art und Weise ein Leben zu führen wurde mit der Zeit individueller (vgl. Thiersch et al. 2012: 180). Gleichzeitig traten die ökonomischen Interessen einer sozialarbeiterischen Institution sowie deren Effektivität und Effizienz mehr und mehr in den Vordergrund, was die Bedeutung der Sozialen Arbeit, also individuell und adäquat auf Menschen eingehen zu können, in den Hintergrund rücken liess (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 26). Aufgrund dessen wird in der Sozialen Arbeit heute offensiv entgegen den aktuellen Schwierigkeiten politisch vorgegangen. Inmitten der sozialen Ungerechtigkeit entstand für die Soziale Arbeit eine Wichtigkeit des interaktivkommunikativen Arbeitens, wie auch die Wichtigkeit eines gelingenden Alltags (vgl. ebd.).

2.3 Theoretische Grundlagen

Um das Konzept der Lebensweltorientierung für die vorliegende Fragestellung fruchtbar zu machen, muss es in seiner Multiperspektivität betrachtet werden. Denn nur mit diesem Verständnis der Mehrperspektivität kann der Komplexität des hier untersuchten Gegenstandes gerecht werden. Die theoretischen Grundlagen geben einen Einblick in die verschiedenen Theorien, auf welchen das Konzept der Lebensweltorientierung basieren. Dieser Einblick unterstützt die korrekte Verortung des Konzeptes und verhilft zu einem Verständnis des theoretischen Ansatzes.

Das Konzept der Lebensweltorientierung gründet auf der hermeneutisch-pragmatischen Erziehungswissenschaft und ist zur sozialwissenschaftlichen und kritischen Pädagogik fortentwickelt worden (vgl. Thiersch et al. 2012: 182). In der pädagogischen Praxis und Theorie steht die Frage nach dem Alltäglichen sowie der individuell aufgefassten Lebenswelt im Vordergrund. Hingegen orientiert sich die hermeneutisch-pragmatische Pädagogik an der alltäglichen Praxis des Verstehens und Handelns (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 17). Des Weiteren spielt das phänomenologisch-interaktionistische Paradigma und dessen kritische Reformierung für die Entwicklung des Konzepts der Lebensweltorientierung eine wichtige Rolle. Hierbei werden Wirklichkeiten sowie Handlungsmuster aus der Perspektive der Alltäglichkeit nachgebildet (vgl. ebd.:18). Beim Nachbilden des Alltags werden die Dimensionen Zeit, Raum und die erlebten sozialen Bezüge, welche die verschiedenen Lebenswelten beeinflussen, berücksichtigt (vgl. ebd.).

Ein weiterer theoretischer Aspekt stellt die Kritische Alltagstheorie dar. Mit ihr wird eine kritische Analyse des Alltags, in dem die Klientel lebt, vollzogen (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 18). Zum einen fungiert der Alltag als Entlastung, da er Sicherheit und Routine bietet. Zum anderen erzeugt er eine Enge, also eine gewisse Einschränkung im menschlichen Leben (vgl. ebd.). Das Ziel der Alltagstheorie ist unentdeckte Wege aufzudecken. Anhand dieser Theorie soll die «Lebensweltorientierte Soziale Arbeit» den Alltag respektieren lernen, aber auch kritisch hinterfragen, um verborgene Möglichkeiten und Ressourcen hervorzubringen (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 19). Die Analysen der gesellschaftlichen Strukturen werden ebenfalls in das Konzept der Lebensweltorientierung miteinbezogen. Wie bereits erwähnt, hängt die erfahrene Wirklichkeit von den gesellschaftlichen Strukturen und Ressourcen ab (vgl. ebd.). Die gesellschaftlichen Strukturen werden aufgrund dessen analysiert, indem alte und neue Divergenzen aufgedeckt werden. Hierfür werden gesellschaftliche und soziale Bestimmungen von Lebensmustern erforscht, wie zum Beispiel Migrationskulturen, die Genderthematik und Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten (vgl. ebd.).

Zusammengenommen sieht sich die «Lebensweltorientierung Soziale Arbeit» als Rahmenkonzept, welches durch weitere theoretische Ansätze ergänzt und weitergeführt werden kann, bzw. muss (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 29). Erst durch die Offenheit für andere Ansätze kann die eingeschränkte Perspektive des eigenen Konzeptes eine Multiperspektivität hervorbringen (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 19).

Grunwald und Thiersch (2016: 29) gehen davon aus, dass die Theorie und die Praxis Zugänge zu Wissen bereitstellen. Wobei sich der theoretische Zugang mit der Erforschung von Problemen und deren Hintergründe befasst. Der praktische Zugang hingegen möchte anstehende Aufgaben geradewegs klären, ohne dabei in die Tiefe von Hintergründen und Zusammenhängen zu gelangen (vgl. ebd.) Somit sind die beiden Zugänge komplementär und im wechselseitigen Austausch. Die Autorenschaft der «Lebensweltorientierung Soziale Arbeit» beharrt darauf, diese unterschiedlichen Zugänge mit ihren reziproken Wirkungen, Herausforderungen, Unterstützungen und Verbesserungen für eine konstruktive Entwicklung der Praxis einzusetzen (vgl. ebd.). Infolgedessen wird im Rahmen dieser Arbeit für einen wechselseitigen Austausch als notwendigen Austausch plädiert und deshalb das Konzept der Lebensweltorientierung in der dargestellten Mehrperspektivität verwendet.

2.4 Soziale Gerechtigkeit und Alltag

Eingangs dieses zweiten Kapitels wird die soziale Gerechtigkeit erwähnt. Grundwald und Thiersch (2016: 30) sehen die soziale Gerechtigkeit als Projekt der Sozialen Arbeit und empfinden sie als eine grosse Herausforderung. Weil die soziale Gerechtigkeit die Soziale Arbeit prägt, wird sie im Rahmen dieser Arbeit kurz aufgegriffen. Ein weiterer Grund hierfür ist, dass Familien mit einem an Depression erkrankten Elternteil häufig sozial benachteiligt werden, weil die Krankheit in der Gesellschaft noch keine vollständige Akzeptanz findet (vgl. Sotomo/Pro Mente Sana 2018: o.S.).

Die soziale Gerechtigkeit wird in der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (Amnesty International 1948) klar und deutlich aufgeführt, wie zum Beispiel im Artikel 2, wo es um das Verbot der Diskriminierung geht (vgl. Amnesty International 1948: Art. 2). Zudem wird ebenfalls im Berufskodex der Sozialen Arbeit von AvenirSocial (2010) darauf eingegangen. Der sozialen Gerechtigkeit ist im Berufskodex ein gesamtes Unterkapitel gewidmet, in dem aufgeführt wird, dass die Soziale Arbeit den Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit gewidmet ist und den daraus resultierenden Verpflichtungen nachgehen muss (AvenirSocial 2010: 9f.). Im Konzept der Lebensweltorientierung wird nicht nur die Gleichstellung der einzelnen Menschen eingefordert, sondern gleichzeitig das Aufbringen von Respekt für Menschen,

die anders sind (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 31). Jeder Mensch durchlebt in seiner Lebenswelt Höhen und Tiefen, womit die einen besser zurechtkommen als andere (vgl. ebd.). Hiermit wird die moralisch inspirierte Kasuistik ins Spiel gebracht (vgl. Thiersch 1995, nach Grunwald/Thiersch 2016: 79). Kasuistik impliziert dabei nicht nur individuelle Lebenslagen, sondern auch spezifische Lebenslagen und Aufgabenkonstellationen (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 31). Als Beispiel könnte hier eine Familie mit einem an Depression erkrankten Elternteil aufgeführt werden. Diese Familien durchleben herausfordernde Zeiten und haben an die Situation angepasste Aufgaben zu erfüllen (vgl. Jungbauer 2014: 130). Der Auftrag, der an die Fachkräfte gestellt wird, besteht darin, dass sie individuelle, soziale Herausforderungen erkennen und Unterstützung im Alltag anbieten. Damit die betroffenen Familien in Kooperation mit den Professionellen der Sozialen Arbeit neue Bewältigungsstrategien herausarbeiten können, die einen gelingenderen Alltag ermöglichen (vgl. ebd.).

2.5 Dimensionen der Lebensweltorientierung

In Kapitel vier wird das Konzept der Lebensweltorientierung auf eine Familie mit einem an Depression erkrankten Elternteil angewendet. Dafür ist es wichtig die verschiedenen Dimensionen des Konzeptes zu kennen, da im Kapitel vier darauf aufgebaut wird.

Das Konzept der Lebensweltorientierung beinhaltet verschiedene Aufgaben, die der Sozialen Arbeit gelten und in unterschiedlichen Dimensionen stattfinden: Zeit, Raum, soziale Beziehungen, Bewältigungsarbeit, Hilfe zur Selbsthilfe und gesellschaftliche Bedingungen (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 32). In diesen Dimensionen stehen unter anderem unauffällige Bewältigungsaufgaben an, wie zum Beispiel Hilfe bei alltäglichen Pflichten (Putzen, Aufräumen, ...). Weitere Aufgaben, wie zum Beispiel Angebote für Beratungen bei finanziellen oder sozialen Schwierigkeiten zur Verfügung zu stellen, zählen ebenfalls dazu. Durch diese Hilfestellungen wird der Klientel gegenüber Wertschätzung erwiesen, was für die Beziehungsarbeit eine grosse Bedeutung hat (vgl. ebd.: 33).

Um die eben erwähnten Dimensionen besser zu verstehen, wird näher auf die einzelnen eingegangen:

Erfahrene Zeit

Die Dimension «erfahrene Zeit» bezieht sich auf die verschiedenen Lebensphasen und deren Übergänge, welche mit dem stetigen Wandel der Gesellschaft zunehmend eine Herausforderung darstellen (vgl. Thiersch et al. 2012: 187). Die Schnelllebigkeit der Gesellschaft bringt Unsicherheiten und Widersprüchlichkeiten mit sich, was den Druck auf den

Schultern der Einzelnen steigen lässt; als Beispiel gehe ich heute schwimmen, morgen Fussball spielen, übermorgen ins Wellnessen und am Wochenende nach London (vgl. ebd.). Die Menschen müssen im Laufe der Zeit diverse Bewältigungsaufgaben lösen, wozu sie verschiedene Ressourcen benötigen. Daraus können Differenzen entstehen (Bsp. fehlende Ressourcen), worauf im Konzept der Lebensweltorientierung Bezug genommen wird (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 33). Deshalb versuchen die Fachkräfte gegenwärtige Bewältigungsaufgaben der Klientel aufzunehmen, Struktur und Verlässlichkeit reinzubringen, damit weitere Ressourcen für künftige Aufgaben aufgedeckt oder generiert werden können (vgl. ebd.). Die «Lebensweltorientierte Soziale Arbeit» zeichnet sich dadurch aus, sensibel auf Aufgaben des Daseins und Aushaltens einzugehen und die notwendige Unterstützung anzubieten (vgl. ebd.).

Erfahrener Raum

Die Dimension «Erfahrener Raum» impliziert den gegebenen Lebensraum, der teilweise ziemlich beengt, borniert und unattraktiv sein kann (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 34). Grunwald und Thiersch (2004: 34) sind der Meinung, dass jeder Mensch das Recht hat den persönlichen Lebensraum individuell zu gestalten. Deshalb setzen sie sich mit dem Konzept dafür ein, diverse Angebote anzubieten, wo ein Zugang für vorhandene Ressourcen ermöglicht wird und neue Ressourcen hervorgebracht werden (vgl. ebd.). Bei den Angeboten geht es darum Orte zu schaffen, an denen Offenheit und Geborgenheit, wie auch Verlässlichkeit, Chancen und die möglichen Risiken vermittelt werden (vgl. ebd.).

Soziale Beziehungen

Im Konzept der Lebensweltorientierung werden Menschen mit ihren Ressourcen und den vorhandenen Spannungen in ihrer Lebenswelt und -lage betrachtet (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 34). Familien mit einem an Depression erkrankten Elternteil erleben oft interne Spannungen, auch in Bezug auf die Beziehungen, welche anhand ihrer vorhandenen Ressourcen gelöst werden sollen (vgl. Jungbauer 2014: 129).

In dieser Dimension der sozialen Beziehungen stehen Beziehungen im Vordergrund, die zerbrochen oder zurückgewiesen worden sind (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 34). Deshalb ist ein wichtiger Aspekt des Konzeptes, die Klientel der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit als soziale Wesen wahrzunehmen und zu berücksichtigen, dass sie in ein soziales Netzwerk eingebunden sind (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 34). Um vorhandene Spannungen zu lösen, werden von Fachkräften der Sozialen Arbeit entlastende, verlässliche und belastbare Beziehungen angeboten (vgl. ebd.).

Alltägliche Bewältigungsaufgaben

Je nach Arbeitsbereich, in denen die Fachkräfte der Sozialen Arbeit agieren, unterscheiden sich die alltäglichen Bewältigungsaufgaben der Betroffenen. In der SPF zum Beispiel wird versucht eine Übersicht und Ordnung in oft vernachlässigte räumliche und zeitliche Strukturen herzustellen (vgl. Thiersch et al. 2012: 187). Eine Übersicht und Ordnung im Alltag wird geschaffen, indem Strukturen erarbeitet und dazu passende Abmachungen im Umgang mit Raum, Zeit, mit anderen und mit sich, getroffen werden (vgl. ebd.). Dazu gehört ebenfalls das Erweisen von Respekt gegenüber den alltäglichen und unauffälligen Bewältigungsaufgaben (Putzen, aufräumen) und die Hilfeleistung beim Erledigen (vgl. ebd.).

Hilfe zur Selbsthilfe

In der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit wird mit Empowerment¹ und Identitätsarbeit die Hilfe zur Selbsthilfe angestrebt (vgl. Thiersch et al. 2012: 187). Die Identitätsarbeit setzt Ressourcen, die in allen Belastungen und Herausforderungen der Lebensbewältigung dienlich sind, frei. Dies lässt Sicherheit im eigenen Lebenskonzept finden (vgl. ebd.: 188).

Gesellschaftliche Bedingungen

Lebenslagen und -welten werden von der Gesellschaft geprägt. Die Autorenschaft der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit sieht deshalb vor, sich aktiv in politische Debatten einzumischen, um vor allem auf regionale Missstände (Bspw. benachteiligte Familien) aufmerksam zu machen (vgl. Thiersch et al. 2012: 188). Dabei fordert sie Kooperation und Koalitionen mit anderen Politikbereichen (vgl. ebd.). Des Weiteren setzt sie sich für erträgliche und faire Lebensumstände der Klientel ein wie auch für einen adäquaten Handlungsspielraum der Sozialen Arbeit, damit sie ihren Auftrag entsprechend wahrnehmen kann (vgl. ebd.).

2.6 Struktur- und Handlungsmaxime

Die Struktur- und Handlungsmaxime sind der Schlüssel für die spätere Umsetzung des Konzeptes der Lebensweltorientierung, angewendet auf Familien mit einem an Depression erkrankten Elternteil. Sie beinhalten vielseitige sowie adäquate Umsetzungsmöglichkeiten für Familien in prekären Lebenslagen (vgl. Gut 2014: 309). Die Struktur- und Handlungsmaxime bieten Orientierung für die Zusammenarbeit zwischen Fachkräften und ihrer Klientel, also für die Art und Weise der Gestaltung des Umgangs (vgl. Grunwald/Thiersch 2016:

¹ Anhang A

42). Ebenso für die Prinzipien der institutionell-organisationalen Gestaltung in den verschiedenen Arbeitsfeldern sollen die Struktur- und Handlungsmaximen Orientierung bieten (vgl. ebd.). Die Struktur- und Handlungsmaxime werden ebenfalls in Kapitel vier wieder aufgegriffen und in Bezug auf die Fragestellung angewendet.

Prinzip der Einmischung

Das Prinzip der Einmischung schreibt vor, dass sich die Soziale Arbeit in der Gesellschaft und im sozial- und bildungspolitischen Bereich klar positioniert (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 42). Ausserdem geht es um soziale Gerechtigkeit, um Menschen, die nicht die nötigen Ressourcen haben, ihr Leben angemessen zu leben. Es geht um Ungleichheiten in der Gesellschaft, um Armut, um Exklusion und um die Herausforderungen im Alltag (vgl. ebd.). Deshalb möchten die Fachkräfte der Sozialen Arbeit herausfinden, welche Ressourcen zu einem gelingenderem Alltag verhelfen und welche diesen verhindern. Grunwald und Thiersch (2016: 43) haben erkannt, dass die Soziale Arbeit in der Öffentlichkeit mehr und mehr an Aufmerksamkeit verliert. Dies hat sie zum Prinzip der Einmischung gebracht; da soll die Soziale Arbeit nicht nur einmalig in der Politik und Öffentlichkeit mitmischen, sondern mit stetiger Teilhabe und Einflussnahme intervenieren (vgl. ebd.).

Prävention

Die Prävention wird hier in primäre und sekundäre Prävention unterteilt. Unter primärer Prävention wird das Erschaffen von einem erträglichen Alltag als allgemeine Aufgabe der Sozialen Arbeit verstanden (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 43). Dabei lernen Menschen sich verschiedene Strategien anzueignen, um schwierige Lebenssituationen zu bewältigen. Die sekundäre Prävention greift vorbeugend ein. Gewisse Lebenslagen weisen auf prädestinierte Schwierigkeiten hin, weshalb die Soziale Arbeit achtsam und vorausschauend versucht, Zusammenbrüche von Lebenswelten zu verhindern (vgl. ebd.). Hierbei werden, im Hinblick auf die primäre Prävention, Individuen in ihrem Umgang mit Belastungen ermutigt und bestärkt. Gleichzeitig werden spezifische Warnzeichen, im Rahmen der sekundären Prävention, wahrgenommen und abgefangen (vgl. ebd.).

Alltagsnähe

Im Alltag entstehen Handlungsmuster und Routinen, welche durch die Dimensionen erfahrene Zeit, den erfahrenen Raum und die erfahrenen sozialen Beziehungen geprägt sind (vgl. Thiersch 2014: 44f.). Die daraus resultierenden Krisen sollen laut Thiersch (2014: 29) mithilfe professioneller Kriseninterventionen aufgefangen werden. Aufgrund dessen bezieht sich ein zentraler Aspekt der Alltagsnähe auf die sozialarbeiterischen Angebote. Welche Angebote sind vorhanden? Wie sind sie erreichbar? Sind sie niederschwellig? Wie erfahren

Betroffene davon? Hierbei ist es essentiell, dass die Betroffenen wissen, wie sie Hilfe erlangen und sich daran orientieren können (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 26). Die vorhandenen Angebote sollen niederschwellig und gut erreichbar sein. Es ist wichtig, dass mit diesen Angeboten primär in Alltagsnähe und mit den vorhandenen Ressourcen der Betroffenen gearbeitet wird, bevor pädagogische Massnahmen, wie zum Beispiel eine Fremdplatzierung, ergriffen werden (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 44).

Regionalisierung/Dezentralisierung

Heutzutage ist diese Maxime ebenfalls unter dem Namen «Sozialraumorientierung» bekannt (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 44). Wie bereits bei der Alltagsnähe werden auch hier, durch die Regionalisierung und Dezentralisierung, lokale Hilfsangebote gefordert (vgl. Thiersch et al. 2012: 189). Zudem sollen die Hilfsangebote nicht nur lokal angesiedelt, sondern in Zeiten von einer Verhärtung sozialer Probleme anpassungsfähig und jederzeit unterstützend sein (vgl. Thiersch/Grunwald 2014: 348). Dies bedeutet, dass sich die Unterstützungsleistungen mit den sozialen Problemen der Zeit wandeln und so stets aktuell sind. Zum Beispiel wenn es an einem Ort immer mehr Familien mit einem an Depression erkranktem Elternteil gibt, braucht es eine SPF oder Familienberatung, welche solche Familien adäquat unterstützen können.

Durch die regionale Präsenz von Professionellen kann die Verbindung zu alltagsrelevanten Institutionen und Ämtern, wie z.B. die Polizei oder Schulen, effektiver hergestellt werden. Dies ist insofern relevant, da sich ein stabiles Netzwerk unterstützend auf die Leistungen der Betroffenen auswirkt (vgl. Thiersch/Grunwald 2014: 349). Im Konzept der Lebensweltorientierung wird deutlich deklariert, dass die Autorenschaft sich gegen eine ausschliessliche Institutionalisierung mit einseitiger Stärkung von Regeln (z.B. wie in Schulen) einsetzt. Stattdessen strebt sie einen institutionellen Gestaltungsraum, der sich auf lebensweltliche Sozialräume bezieht, an (vgl. ebd.)

Integration

Mit der Maxime «Integration» verpflichtet sich die Soziale Arbeit alle Menschen in ihre Unterstützungsangebote zu integrieren (vgl. Thiersch et al. 2012: 189). Im Berufskodex der Sozialen Arbeit von AvenirSocial (2010) wird erwähnt, dass Hilfeleistungen der Sozialen Arbeit für alle Menschen gleich gelten, unabhängig von Status, Leistung und moralischem Verhalten (vgl. AvenirSocial 2010: 8). «Integration meint die Anerkennung von Unterschiedlichkeiten auf der Basis elementarer Gleichheit, also Respekt und Offenheit für Unterschiedlichkeiten.» (Thiersch et al. 2012: 189)

Partizipation

Die Partizipation beinhaltet ein Beteiligungs- und Mitbestimmungsrecht für die Betroffenen (vgl. Thiersch et al. 2012: 189). Dies bedeutet, dass sich die Fachkräfte der Sozialen Arbeit auf die gleiche Ebene begeben müssen wie die Hilfesuchenden. Auch in vermeintlich hierarchisch klar vorgegebenen Strukturen, wie zum Beispiel Erwachsenen und Kindern, Nichtprofessionellen und Professionellen, gilt es diese Gleichheit herzustellen (vgl. ebd.). Die Betroffenen sollen, in Verhandlung mit den Professionellen, mitbestimmen, wie ihr Hilfeplan mit den weiteren Schritten aussieht (vgl. ebd.).

Die Herausforderung der Partizipation besteht darin, die vorhandenen Hilfsangebote stetig mit den Zielgruppen auszuhandeln und mit ihnen anzupassen (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 46). Zudem unterscheiden sich durch das Beteiligungs- und Mitbestimmungsrecht die einzelnen Aufgabenstellungen, Zielgruppen und Arbeitsbereiche, welche individuell gestaltet werden müssen (vgl. ebd.).

Planung und Vernetzung

Um eine optimale Ausführung der einzelnen Hilfeleistungen anbieten zu können, braucht es eine überlegte Planung der einzelnen Angebote (vgl. Gut 2014: 77). Bestehende Hilfeleistungen sollen beim Aufbau neuer oder aufkommender Angebote berücksichtigt werden. Vielleicht können ähnliche Angebote vernetzt werden und somit synergetische Auswirkungen erzielt werden, indem Fachkräfte ihre Ideen und Energie füreinander und nicht gegeneinander nutzen (vgl. ebd.).

Abschliessend muss ergänzt werden, dass die Struktur- und Handlungsmaximen nur im Zusammenhang und durch Miteinbezug der einzelnen Maxime umgesetzt werden dürfen. Denn das eine wird ohne das andere nicht funktionieren (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 28). Zudem spielt jeweils eine «strukturierte Offenheit» mit hinein, welche auf das Strukturmerkmal der Sozialen Arbeit «Technologiedefizit» hindeutet (vgl. von Spiegel 2013: 31). Die professionelle Zusammenarbeit mit der Klientel lässt keine standardisierten Anweisungen zu (vgl. Gut 2014: 78). Die Zusammenarbeit soll theoretisch fundiert, jedoch individuell und der Situation angepasst, ausgeführt werden (vgl. ebd.).

2.7 Professionalität

Zur professionellen Anwendung des Konzeptes «Lebensweltorientierung Soziale Arbeit» in der Praxis wird abschliessend darauf eingegangen, was dies für Fachkräfte der Sozialen Arbeit bedeutet.

Der Ansatz der Lebensweltorientierung erschafft mit seiner Philosophie einen professionellen Habitus, welcher in eine Berufsidentität mündet (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 49). Das Konzept bietet einen Rahmen, in dem die Möglichkeit für eine gemeinsame Haltung besteht. Dies ist insofern wichtig, damit in der Sozialen Arbeit die interne Kooperation gestärkt wird und um die Vertretung der Profession gegenüber anderen Institutionen, also nach außen, zu stabilisieren und weiterzuentwickeln (vgl. ebd.: 50). Die Aufgabe zwischen dem theoretisch-wissenschaftlichen Wissen der Fachkräfte und den Alltagserfahrungen der Betroffenen zu vermitteln, könnte sich als Gefahr erweisen, indem es ins eine oder andere Extrem kippt; z. B. die Fachkräfte vermitteln nur noch ihr Fachwissen ohne Miteinbezug der Alltagserfahrungen der Betroffenen oder umgekehrt. Dies könnte eine Verunsicherung in der professionellen Identität hervorrufen (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 50). Deshalb benötigen die Professionellen der Sozialen Arbeit ein offensives professionelles Selbstbewusstsein, «das Soziale Arbeit in ihrem Alleinstellungsmerkmal des alltagsorientierten, kommunikativen Handelns vertritt und den Raum für ihre Eigensinnigkeit – auch für Zeit, Umwege, Suchprozesse und Aushalten – einfordert und ausweist» (Grunwald/Thiersch 2016: 50). Diese Wechselwirkung zwischen methodischer Strukturierung und genereller Offenheit in der Zusammenarbeit von Betroffenen und Professionellen wird auch «strukturierte Offenheit» genannt (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 51).

Professionalität im Sinne der Lebensweltorientierung bedeutet somit eine stetige Reflexivität seitens der Professionellen der Sozialen Arbeit. Die vorhandenen Spannungen, wie zum Beispiel das unterschiedliche Wahrnehmen oder logische Denken Beteiligten, Asymmetrien im professionellen Agieren und die möglichen Risiken sind stets sorgfältig zu analysieren und verantwortungsvoll in den Prozess miteinzubeziehen (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 51). Damit auch die Professionellen der Sozialen Arbeit weiterkommen, braucht es im Team oder interdisziplinär, ergänzend zur Selbstreflexion, Raum für kollegiale Beratungen, Supervisionen sowie eine Kultur der Offenheit und Fehlerfreundlichkeit, um konstruktive Kritik anbringen zu können (vgl. ebd.).

3 Depression und betroffene Familien

Während sich das Kapitel zur Lebensweltorientierung mit dem Konzept beschäftigte, stehen nun die psychische Störung «Depression» und betroffene Familien im Zentrum. Diese Aspekte werden aufgeführt, um die Hauptfragestellung² beantworten zu können. Dieses Kapitel nimmt den zweiten Teil der Hauptfragestellung «Familien mit einem an Depression erkrankten Elternteil» auf. In diesem Kapitel wird zuerst mit der psychische Erkrankung «Depression» näher erläutert. Danach wird der Begriff «Familie» aufgenommen und definiert. Definiert, um schliesslich zum Kern der Forschungsfrage durchzudringen: die Frage nach den Auswirkungen von an Depression erkrankten Elternteilen. Dabei stehen insbesondere die Risikofaktoren, aber auch die möglichen Ressourcen dieser Lebenslage im Zentrum.

3.1 Depression

Einleitend für diese Arbeit ist ein Zitat aufgeführt worden, welches den Zustand einer Person, die an Depression erkrankt ist, versucht darzustellen. Das fehlende fliessende Wasser bringt den gesamten Energiehaushalt ins Schwanken und hinterlässt die erwähnte depressive Herabgestimmtheit (vgl. Wolfersdorf 1994: 21). Beardslee (2009: 17) erkennt Depression als eine Störung, deshalb auch depressive Störung genannt, die nicht eindimensional betrachtet werden kann. Depression ist zum einen eine biologische Störung, zum anderen eine interpersonale Störung, welche weitgehende Auswirkungen auf Familie und weitere Beziehungen hat (vgl. Beardslee 2009: 17).

Depressive Symptome, welche in der Abbildung 1 ersichtlich sind, treten bei fast jedem Menschen in seinem Leben hin und wieder auf, gehen aber nach einiger Zeit wieder vorbei. Depression hingegen ist kein vorübergehendes Stimmungstief, sondern

Gut zu wissen	
<p>Die vielen Gesichter der Depression</p> <p>Emotionale Symptome Gefühle von Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Ängstlichkeit, Verzweiflung, Schuld, Schwermut, Reizbarkeit, Leere, Gefühllosigkeit.</p> <p>Kognitive Symptome Grübeln, Pessimismus, negative Gedanken, Einstellungen und Zweifel gegenüber sich selbst («Ich bin ein Versager»), den eigenen Fähigkeiten, seinem Äußerem, der Umgebung und der Zukunft, Suizidgedanken, Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten, schwerfälliges Denken, übermäßige Besorgnis um die körperliche Gesundheit.</p>	<p>Physiologisch-vegetative Symptome Energierlosigkeit, Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Weinen, Schlafstörungen, Morgentief, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Libidoverlust, innere Unruhe, Spannung, Reizbarkeit, Wetterfühligkeit, allgemeine vegetative Beschwerden (u. a. Magenbeschwerden und Kopfdruck).</p> <p>Behaviorale/motorische Symptome Verlangsamte Sprache und Motorik, geringe Aktivitätsrate, Vermeidung von Blickkontakt, Suizidhandlungen, kraftlose, gebeugte, spannungslose Körperhaltung oder nervöse, zappelige Unruhe, starre, maskenhafte, traurige Mimik, weinerlich besorgter Gesichtsausdruck.</p>

Abb. 1: Die vielen Gesichter der Depression (in: Beesdo-Baum/Wittchen 2011: 880)

² Wie sieht die Lebensweltorientierung von Familien mit einem an Depression erkrankten Elternteil aus?

eine zu ernst nehmende Krankheit, die teilweise suizidal endet (vgl. Jud 2012: 6).

3.1.1 Historische Entwicklung

Ist Depression eine neuere psychische Erkrankung? Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (2013: 4) schreibt im Bericht über «Depression in der Schweizer Bevölkerung», dass die Anzahl Betroffener, die an einer schweren Depression leiden, zahlenmässig nicht zugenommen hat, sondern in den letzten Jahren gleichmässig geblieben ist. Hingegen ist die Anzahl jener geschrumpft, die angeben noch nie eine depressive Episode erlitten zu haben (vgl. Schweizerische Gesundheitsobservatorium 2013: 4). Fest steht, dass die Erkrankung «Depression» seit mehreren Jahrtausenden besteht.

So schrieb Hippokrates bereits im 5. Jahrhundert vor Christus (zit. Nach Kessler/Hell 2002: 64): «Traurigkeit, Angst, Bedrücktheit, Neigung zu Selbsttötung, Appetitlosigkeit, Verzagt-heit, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit und Rastlosigkeit, begleitet von unablässiger Furcht (...)» (Hippokrates 5Jh. v.Ch., zit. nach Kessler/Hell 2002: 64)

Die antiken Heiler hatten die Vorstellung, dass bei Betroffenen die vier Körpersäfte – Schleim, Blut, Gelbe und Schwarze Galle – nicht im Gleichgewicht waren, was dazu führte, dass sie unter Melancholie, ins Deutsche übersetzt «Schwarzgalligkeit», litten (vgl. Kessler/Hell 2002: 64). Die von Hippokrates beschriebenen Symptome haben sich in den letzten Jahrhunderten nicht geändert, jedoch die Benennung der Krankheit. Ende des 19. und anfangs des 20. Jahrhunderts hat sich der Begriff «Depression» etabliert (vgl. Eckart 2017: o.S.).

Somit ist Depression eine psychische Störung, welche es nicht erst seit kurzem gibt. Depression ist in allen kulturellen Kreisen dieser Erde seit langem verbreitet und scheint zum Menschsein dazuzugehören (vgl. Kessler/Hell 2002: 64). In den letzten dreissig Jahren hat das Wissen über Depression stark zugenommen, damit auch die differenzierteren Krankheitsbilder und die dazugehörigen Behandlungsmethoden (vgl. ebd.). Obwohl Depression als psychische Störung oft tabuisiert wird, kämpfen einige dafür, dass Betroffene in der Gesellschaft akzeptiert werden (vgl. Kessler/Hell 2002: 64). So hat zum Beispiel die Schweizerische Versicherungsanstalt (Abk. SVA) der Stadt Zürich vor einem Jahr eine Kampagne zur Prävention von psychischen Störungen lanciert. Der Slogan meint: «Psychische Probleme überdecken das wahre Gesicht.» (Schweizerische Versicherungsanstalt 2018: 1). Mit dieser Kampagne möchte die SVA Arbeitgeber, jedoch auch die Bevölkerung

darauf aufmerksam machen, dass viele Menschen an Depression leiden und manche Erkrankung präventiv verhindert werden könnte (vgl. Schweizerische Versicherungsanstalt 2018: 1). Im Kapitel vier werden mögliche Präventionsmöglichkeiten für Betroffene, die an Depression erkrankt sind, weiter ausgeführt.

3.1.2 Klassifikation und Diagnostik

Das Klassifikationssystem «Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen» (Abk. ICD-10), welches in der Schweiz von Ärzten angewendet wird, ist von der Weltgesundheitsorganisation (Abk. WHO) herausgegeben worden. Das ICD-10 ist eine global ausgerichtete Klassifikation (vgl. Kessler/Hell 2002: 80). In der Schweiz werden Krankheiten nach der «German Modification» kodiert (Abk. GM), diese wird vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Abk. DIMDI) jährlich überarbeitet und angepasst (vgl. Bundesamt für Statistik 2018b: o.S.). Der Name des Kodierungssystems lässt erahnen, dass im ICD-10-GM nicht nur «Psychische und Verhaltensstörungen» klassifiziert werden, sondern auch etliche Krankheiten und verwandte Gesundheitsprobleme sind darin vorzufinden (vgl. DIMDI 2019: o.S.). In der Abbildung 2 ist die Klassifikation «Psychische und Verhaltensstörungen» aus dem ICD-10-GM aufgeführt. Die schwarz markierte Stelle weist auf die Affektiven Störungen hin, welche teilweise in dieser Arbeit näher erläutert werden. Die Affektiven Störungen sind in Störungen unterteilt, die anhand einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität bis hin zur Depression, so auch zur gehobenen Stimmung (Bspw. Manie) führen können (vgl. ebd.).

Das Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM), welches ein anderes Klassifikationsmodell darstellt, unterscheidet zwischen unipolaren und bipolaren affektiven Störungen. In Rahmen dieser Arbeit werden die unipolaren depressiven Störungen berücksichtigt. Unipolar bedeutet, dass ausschliesslich depressive Episoden im Verlauf der Krankheit vorkommen ohne psychotische Symptome (vgl. Kessler/Hell 2002: 80).

Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

- [F00-F09](#) Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- [F10-F19](#) Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- [F20-F29](#) Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
- [F30-F39](#) Affektive Störungen
- [F40-F49](#) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- [F50-F59](#) Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- [F60-F69](#) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- [F70-F79](#) Intelligenzminderung
- [F80-F89](#) Entwicklungsstörungen
- [F90-F98](#) Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- [F99-F99](#) Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Abb. 2: Klassifikation "Psychische und Verhaltensstörungen" (In: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2019: o.S.).

3.1.3 Affektive Störungen

Der folgende Überblick zu den verschiedenen affektiven Störungen wird anhand des Klassifikationsmodells ICD-10-GM definiert. Die daraus erfolgenden Erkenntnisse verhelfen schliesslich zu einem Verständnis der Erkrankung «Depression» und auch zu einem besseren Verstehen der Betroffenen, wie zum Beispiel für Elternteile, die erkrankt sind.

Die verschiedenen Krankheitsbilder der Depression werden wie folgt im ICD-10-GM unterteilt

:

- ❖ Manische Episode
- ❖ Bipolare affektive Störung
- ❖ *Depressive Episode*
- ❖ *Rezidivierende depressive Störung*
- ❖ *Anhaltende affektive Störungen*
- ❖ Andere affektive Störungen
- ❖ Nicht näher bezeichnete affektive Störungen

Im Rahmen dieser Arbeit werden die «Depressive Episode», «Rezidivierende depressive Störung» und «Anhaltende affektive Störungen» aufgenommen und näher erläutert. Diese werden nach dem DSM als unipolar deklariert. Das ICD-10-GM wird im Anhang B aufgeführt, wo die restlichen Krankheitsbilder näher erklärt werden.

Depressive Episode

Depressive Episoden werden im ICD-10-GM in leicht, mittelgradig und schwer unterteilt (vgl. DIMDI 2019: o.S.). Hinter jeder Episode birgt sich mehrfach ein Mangel an Selbstwertgefühlen und -vertrauen. Ausserdem tauchen bereits während leichten Episoden Schuldgefühle und Gedanken der Wertlosigkeit auf (vgl. ebd.).

Während der *leichten Episode* leiden die Betroffenen an zwei bis drei der in Abbildung 1 aufgeführten Symptome. Dabei sind die Betroffenen in der Lage die meisten ihrer gewohnten Aktivitäten weiterzuführen (vgl. DIMDI 2019: o.S.).

Bei einer *mittelgradigen Episode* weisen Erkrankte vier oder mehrere Symptome auf, welche sie daran hindern, ihr Leben mit den gewohnten Aktivitäten adäquat weiterzuführen (vgl. DIMDI 2019: o.S.).

Die *schwere Episode* zeigt sich bei Betroffenen durch mehrere, auftretende Symptome (vgl. DIMDI 2019: o.S.). Sie wird unterschieden zwischen einer schweren depressiven Episode mit oder ohne psychotische Symptome. Mögliche psychotische Symptome könnten Halluzinationen oder auch Wahnvorstellungen sein (vgl. ebd.). Hierbei haben viele Betroffene Suizidgedanken oder führen gar Suizidhandlungen aus (vgl. ebd.). Einzelne schwere Episoden ohne psychotische Symptome werden zudem in agitierende, majore und vitale depressive Episoden klassifiziert (vgl. ebd.).

Im Jahre 2013 hat das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (2013: 11) folgende Verteilung der Schweregrade von depressiven Episoden der Schweizerinnen und Schweizer, mit der zusätzlichen Unterteilung «sehr schwer», festgehalten: 10.4% werden als leicht eingestuft, 38.6% als mittelschwer, 38% als schwer und 12.9% als sehr schwer.

Rezidivierende depressive Störung

Die rezidivierende depressive Störung wird ebenfalls in leichte, mittelgradige und schwere Episoden gegliedert und ebenso, wie oben definiert, unterteilt (vgl. DIMDI 2019: o.S.). Es handelt sich um wiederkehrende depressive Episoden, welche über Wochen bis Monate andauern können (vgl. ebd.).

Anhaltende affektive Störung

Zyklothymia lässt sich unter den anhaltenden affektiven Störungen verordnen. Wobei die Stimmung dauerhaft instabil bleibt und mehrfache Episoden einer Depression oder Hypomanie (= geschwächte Manie) vorkommen (vgl. DIMDI 2019: o.S.). Anhand der wechselhaften Episoden bestehen jedoch nicht genügend Kriterien, um eine andere affektive Störung zu diagnostizieren (vgl. ebd.).

Die *Dysthymia* zählt genauso zu den affektiven Störungen. Der griechische Begriff «Dysthymie» bedeutet «krankes Gemüt» (vgl. Jud 2012: 21). Die *Dysthymia*, welche häufig in der Kindheit, Pubertät oder im jungen Erwachsenenalter auftritt, setzt eine über zwei Jahre anhaltende depressive Verstimmung voraus (vgl. Beesdo-Baum/Wittchen 2011: 882). Darüber hinweg muss die depressive Verstimmung an der Mehrheit der Tage vorkommen, ohne das Auftauchen einer depressiven Episode (vgl. ebd.). Symptome, die für eine Diagnose der *Dysthymia* erforderlich sind, im Gegensatz zu den depressiven Episoden, weniger persistierend und eher schwankend (vgl. ebd.).

3.1.4 Risikofaktoren

Der Beginn einer depressiven Störung kann schleichend verlaufen, ohne dass die Betroffenen Notiz davon nehmen. Andere hingegen können den genauen Zeitpunkt des Anfangs angeben (vgl. Hegerl et al. 2016: 28). Jedoch, welche Risikofaktoren tragen dazu bei, dass Menschen an einer depressiven Störung erkranken? Dieser Frage wird im folgenden Unterkapitel nachgegangen.

Alter

Erst ab Mitte der Adoleszenz steigt das Risiko an einer depressiven Störung zu erkranken (vgl. Beesdo-Baum/Wittchen 2011: 886). Danach steigt die Anzahl der Betroffenen bis ungefähr zum 65. Lebensjahr an (vgl. ebd.).

Geschlecht

Frauen sind öfters von einer depressiven Störung betroffen als Männer, wie die Zahlen des Bundesamtes für Statistik (2018) festhalten (9% der Frauen/ 8% der Männer). Die Anzahl der betroffenen Frauen und Männer aus der Schweizer Bevölkerung weisen keinen erheblichen Unterschied auf. In Deutschland zum Beispiel gibt es fast doppelt so viele Frauen (8.1%) wie Männer (3.8%), die erkrankt sind (vgl. Huber/Klug 2016: 23f.).

Weshalb sich die Zahlen in den Statistiken zwischen Frauen und Männern unterscheiden, darüber gibt es verschiedene Ansichten. Die einen denken, es könnte an der Sensibilität der Frauen liegen oder daran, dass sich Frauen schneller Hilfe holen und dadurch die Krankheit frühzeitig erkannt werden kann (vgl. Jud 2012: 22). Ein weiterer Grund könnten auch die hormonellen Veränderungen sein, welche bei Frauen stärker auftreten als bei Männern. Jud (2012: 23) nennt zudem die gesellschaftliche Rolle der Frau. Denn Frauen müssen sich oftmals zwischen Kinder und Beruf entscheiden. Studien haben ergeben, dass Frauen, die zu Hause bei den Kindern bleiben, häufiger eine depressive Störung erleiden als diejenigen, die ihrem Beruf nachgehen.

Im Bericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (2013: 11) werden die Ausführungen von Jud (2012) verneint. Es wird davon ausgegangen, dass Frauen effektiv, ohne weitere Erklärungen, vermehrt erkranken als Männer. Der Verlauf einer depressiven Störung ist nicht vom Geschlecht abhängig, sondern wird durch andere der genannten Risikofaktoren beeinflusst (vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2013: 11).

Familienstand

Der Familienstand weist ebenfalls Risikofaktoren auf. Geschiedene, getrennte oder verwitwete Personen sind anfälliger für depressive Störungen als beispielsweise verheiratete (vgl. Beesdo-Baum/Wittchen 2011: 887). Allerdings bestehen auch hier Auffälligkeiten in Bezug auf das Geschlecht; verheiratete Frauen, vor allem junge Mütter, erkranken häufiger als alleinstehende Frauen ohne Kinder (vgl. ebd.). Zudem ist erwiesen, dass geschiedene Männer häufiger an einer depressiven Störung erkranken als geschiedene Frauen (vgl. Beesdo-Baum/Wittchen 2011: 887).

Sozioökonomischer Status

Armut ist ein weiterer Risikofaktor. Bei armen Menschen wird ein erhöhtes Risiko, an einer Depression zu erkranken, wahrgenommen (vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2013: 11). Jedoch wird nach wie vor erforscht, ob der geringe sozioökonomische Status ein Risikofaktor ist oder die daraus resultierende Konsequenz oder vielleicht ein Zusammenspiel beider Aspekte (vgl. Beesdo-Baum/Wittchen 2011: 888). Erste Studien ergeben dennoch, dass Personen, welche arm aufgewachsen sind, ein erhöhtes Risiko mit sich tragen, im Erwachsenenalter an einer Depression zu erkranken (vgl. ebd.).

Geographische Region

Unterschiedliche Zahlen resultieren aus Statistiken zur Frage, ob auf dem Land oder in der Stadt das Risiko einer Erkrankung höher ist (vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2013: 11). Das Leben in der Stadt wird in einigen Studien als risikvoller eingestuft. Denkbare Begründungen hierfür könnten die höhere Gewaltbereitschaft, die Verfügbarkeit von Drogen, höhere Anzahl von Menschen ohne Arbeit, mangelnde soziale Unterstützung und stressreiche Lebensereignisse sein (vgl. Beesdo-Baum/Wittchen 2011: 888).

Psychosoziale Stressoren und Lebensereignisse

Verlustereignisse, wie zum Beispiel der Tod einer nahestehenden Person, eine Trennung oder Scheidung, zählen zu den psychosozialen Belastungsfaktoren, welche eine depressive Störung auslösen können (vgl. Beesdo-Baum/Wittchen 2011: 888). Vor allem im Zusammenhang mit anderen chronischen Belastungsfaktoren oder schwerwiegende Lebensereignisse wie Armut, Arbeitslosigkeit, akutem wie auch chronischem Stress, Einsamkeit oder Isolation kann die Vulnerabilität für die Entwicklung einer Depression begünstigt werden (vgl. ebd.).

Weitere adverse Lebensereignisse und -bedingungen aus der Kindheit, wie zum Beispiel die Trennung von den Eltern, Traumata wie Missbrauchserfahrungen oder Vernachlässigungen steigern ebenfalls das Auslösen einer depressiven Störung im Erwachsenenalter (vgl. Beesdo-Baum/Wittchen 2011: 888).

Komorbidität/Multimorbidität

Wenn neben der depressiven Störung eine weitere Begleiterkrankung auftritt, wird dies Komorbidität genannt. Ein Beispiel dafür wäre die Kombination einer depressiven Episode und einer daraus resultierenden Angststörung. (vgl. Bastine 2012: o.S.). Diese Kombination ist sehr hoch, denn circa 60% der an einer Depression Erkrankten gelten als komorbid (vgl. Huber/Klug 2016: 21). Angststörungen bringen die höchste Komorbiditätsrate hervor, gefolgt von Substanzstörungen und somatoforme Störungen (vgl. Beesdo-Baum/Wittchen 2012: 888). Die Komorbidität mit Angststörungen tritt grösstenteils bei Frauen auf. Bei Männern ist es die Substanzstörung (vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2013: 11). Die Komorbidität im Allgemeinen kann zu einem schlechteren Verlauf der Depression führen und eine erhöhte Suizidalität auslösen. Deshalb gilt sie als «machtvoller Risikofaktor» (vgl. Beesdo-Baum/Wittchen 2011: 888).

Multimorbidität bedeutet das gemeinsame Auftreten einer psychischen und physischen Krankheit (z.B. Krebs und Depression) (vgl. Bastine 2012: o.S.). Laut des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (2013: 22) leiden 40% der Schweizer Bevölkerung unter psychischen Symptomen und gleichzeitig an starken körperlichen Beschwerden.

Genetik

Studien zeigen den Zusammenhang zwischen der elterlichen Krankheit und die später erfolgte Erkrankung der Kinder auf. Denn für Kinder schwer depressiver Eltern besteht ein sechsfach erhöhtes Risiko, ebenfalls an Depression zu erkranken (vgl. Lenz 2014: 25). Die genaue Ursache ist noch nicht geklärt, jedoch spielen genetische Gründe bei einer Übertragung der Depression auf das Kind eine tragende Rolle (vgl. Beesdo-Baum/Wittchen 2011: 891). Hier wird zum einen von einer passiven Gen-Umwelt-Interaktion gesprochen, welche aufgrund nicht beeinflussbarer Lebensereignisse eine erhöhte Vulnerabilität vermitteln. Zum anderen wird von einer aktiven Gen-Umwelt-Interaktion gesprochen, welche durch psychosoziale Stressfaktoren herbeigeführt wird (vgl. ebd.). Wobei die aktive Gen-Umwelt-Interaktion im Allgemeinen eine Erkrankung eher begünstigt als passive Gen-Umwelt-Interaktionen (vgl. ebd.).

Überforderung

Giger-Bütler (2006: 24) meint, dass Depression unter anderem eine Folge von konstanter akuter Überforderung ist. Menschen, die ständig akut überfordert sind, geraten in ein Muster, wo sie unerklärlicherweise Überforderung mit zusätzlicher Überforderung bewältigen möchten (vgl. Giger-Bütler 2006: 33). Dieses Muster kann von depressiven Menschen über Jahre hinweg angeeignet werden, weil es sich über einen Zeitraum hinweg bewährt und als Lebensstrategie funktioniert (vgl. ebd.). Bis eines Tages die übermässige Überforderung zu viel wird und ein Zusammenbruch droht (vgl. ebd.: 24). Aufgrund dessen scheint es, als seien die Betroffenen gefangen in ihrem Muster, was demzufolge Auswirkungen aufs Umfeld hat. Denn das Umfeld der betroffenen Person fühlt sich meist ebenso überfordert mit der erkrankten Person (vgl. ebd.).

3.1.5 Entstehungsbedingungen

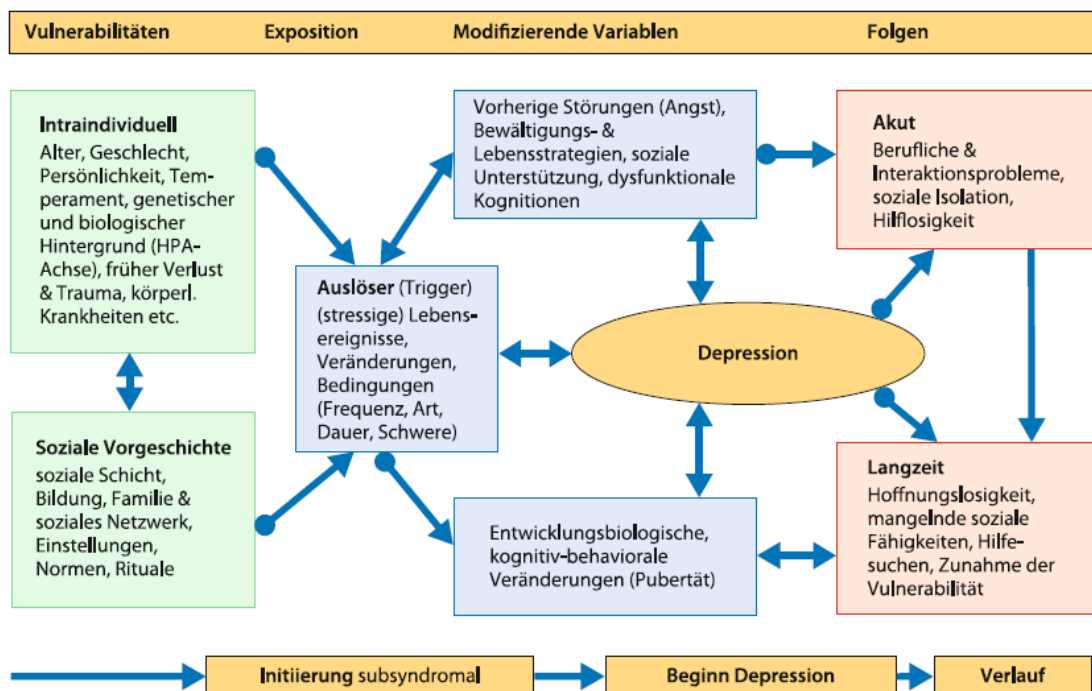


Abb. 3: Konzeptuelles Ätiologiemodell der Depression (in: Beesdo-Baum/Wittchen 2011: 891).

Die Abbildung drei ist eine mögliche Art die Entstehung einer Depression zu erklären. Es wird deutlich aufgezeigt, welche Vulnerabilitäten – intraindividuell, also bezogen auf die Eigenschaften eines Individuums oder basierend auf der sozialen Vorgeschichte – das Eintreten einer Depression begünstigen (vgl. Beesdo-Baum/Wittchen 2011: 891). Eine depressive Störung kann somit durch mögliche Auslöser, sogenannte Trigger, initiiert werden, was eventuell langzeitige Folgen erzeugen kann, die den Lebensverlauf verändern (vgl. ebd.).

3.2 Betroffene Familien

Ein weiterer Teil der Fragestellung beinhaltet den Begriff Familie, welcher in diesem Kapitel im Zusammenhang mit dem Begriff «Depression» beleuchtet wird. Die Eidgenössische Kommission für Familienfragen (Abk. EKFF) (2019: o.S.) beschreibt den Familienbegriff folgendermassen: „Der Begriff der Familie bezeichnet jene Lebensformen, die in den Beziehungen von Eltern und Kindern im Mehrgenerationenverbund begründet und gesellschaftlich anerkannt sind“. Die EKFF (2019: o.S.) differenziert den Begriff «Familie» bewusst nicht, denn die Diversität von Familienformen und das wandelnde Verständnis von Familie soll nicht beurteilt werden (vgl. ebd.). Ebenso meint die EKFF (2019: o.S.), dass die Familie neben dem privaten Charakter auch einen kulturellen und sozialen Charakter hat und somit von der Gesellschaft anerkannt und unterstützt werden soll.

In den folgenden Unterkapitel werden modellartige Familien, Eltern, also der erkrankte und gesunde Elternteil und Kinder beschrieben, denn nicht jede Familie pflegt denselben Umgang mit Krankheiten oder ähnlich schweren Situationen.

3.2.1 Familiäre Lebenslage betroffener Familien

Die affektive Störung «Depression» beeinflusst die gesamte familiäre Lebenslage. Sobald in der Familie ein Elternteil an Depression erkrankt, wirkt sich dies auf die gesamte Familie und dessen Umfeld aus (vgl. Jungbauer 2014: 129f.). Weshalb psychische Störungen auch «Familienkrankheiten» genannt werden (vgl. Hoch/Wienand-Kranz/Wiegand-Grefe 2013: 125). Die Familien haben oft kein soziales Netzwerk, von wo Unterstützung entgegen genommen werden könnte (vgl. Schone/Wagenblass 2010: 14). Zudem machen betroffene Familien selten Gebrauch von Hilfsangeboten, aus Angst vor einer möglichen Fremdplatzierung der Kinder (vgl. Jungbauer 2014: 137). Sobald die Krankheit entdeckt wird, haben Eltern häufig Mühe, ihre Kinder, vor allem, wenn sie älter sind und die Situation mitbekommen, über die Krankheit aufzuklären. Sie versuchen die Kinder zu schützen, indem sie die Krankheit verharmlosen oder vertuschen (vgl. Jungbauer 2014: 137). Es kann zudem vorkommen, dass sie den richtigen Zeitpunkt verpassen den Kindern die Situation verständlich nahezubringen (vgl. ebd.). Daher wird die Krankheit des betroffenen Elternteils häufig tabuisiert und im Familienalltag nicht thematisiert. Die Kinder und Jugendlichen erhalten somit das Gefühl, dass sie sich mit niemanden darüber austauschen dürfen (vgl. Jungbauer 2014: 134). Teilweise wird von den Eltern gar ein Rede- bzw. Kommunikationsverbot in der Familie und/oder gegen aussen ausgesprochen (vgl. Lenz/Brockmann 2013: 39). Schleichend entsteht in der Familie ein Schamgefühl bei allen Mitgliedern. Bei den Eltern aufgrund

der Unbeholfenheit und bei den Kindern, weil sie merken, dass ihre Familie nicht «normal» bzw. nicht so ist, wie bei anderen Kindern (vgl. ebd.: 38). Infolgedessen isoliert sich die Familie nach und nach (vgl. Schone/Wagenblaus 2010: 16).

3.2.2 An Depression erkrankte Elternteile und ihre Alltagsbewältigung

«Depressive Elternteile schaffen es in 'schlechten Phasen' nicht, die Kinder morgens zu wecken und zur Schule zu schicken. Sie stehen nicht auf, vernachlässigen den Haushalt, versäumen wichtige Termine und ziehen sich emotional auf sich selbst zurück.» (Timmermann 2016: 152)

Das obige Zitat deutet auf eine anschauliche Erklärung hin, wie die Alltagsbewältigung von einer Familie mit einem an Depression erkranktem Elternteil ausschauen könnte. Hierbei hilft es, einige der Symptome einer depressiven Störung in Erinnerung zu rufen; Energielosigkeit, Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten oder Reizbarkeit (vgl. Beesdo-Baum/Wittchen 2011: 880). Hinzu kommt, dass Elternteile, die an Depression erkrankt sind, des Öfteren ihren Kindern feindselig gegenüber treten und negative Handlungen ausführen (vgl. Lexow/Wiese/Hahlweg 2008: 98). Sie weisen kaum Interesse für ihre Kinder auf, treten weniger in Interaktion und sind emotional eher distanziert (vgl. ebd.: 99). Beobachtungen ergeben, dass depressive Mütter und Väter in ihrem Erziehungsstil inkonsistenter, nachsichtiger und konfliktvermeidend sind. Es fällt ihnen schwer auf Verhaltensschwierigkeiten der Kinder adäquat zu reagieren (vgl. ebd.). Mit diesem Erziehungsverhalten, sei es in einer schweren Episode der Krankheit oder in einer leichten, steigt die Vulnerabilität der Kinder (vgl. ebd.). Die eigene Selbstunwirksamkeit und Unsicherheit hindert depressive Eltern oftmals einen konstanten Erziehungsstil zu pflegen, was sie zu einem «permissiven Erziehungsstil» führen kann (vgl. ebd.). Ein «permissiver Erziehungsstil» bedeutet eine spärliche Strukturierung und wenige zielführende Regeln. Zudem wird die Verantwortlichkeit vernachlässigt und die Bedürfnisse der Kinder wie Geborgenheit, Liebe und Annahme kommen zu kurz (vgl. ebd.). Eine Folge dieses Erziehungsstils kann eine dysfunktionale Auswirkung auf die Entwicklung der Kinder sein und ein unsicheres Bindungsverhalten³ mit sich bringen (vgl. Lenz/Jungbauer 2008: 101). Solch starke Unsicherheiten der Eltern können in diesem Fall auch die depressive Episode verstärken, indem Symptome wie negative Gedanken, Schuldgefühle, Ängste, Sorgen, mehr Platz einnehmen: «Ich bin nicht fähig eine gute Mutter zu sein! Mein Kind entgleitet mir!» «Ich bin nicht fähig ein guter Vater zu sein! Mein Kind entgleitet mir!» (vgl. ebd.: 100). Besonders in

³ Bindungstheorie im Anhang C aufgeführt (Berk 2005: 255f.).

schweren Episoden machen sich die Betroffenen Vorwürfe, wobei ebenfalls Verlustängste, das Kind zu verlieren, hinzukommen (vgl. Schone/Wagenblass 2010: 13). In vielen Fällen sind sich die erkrankten Elternteile ihrer Situation bewusst und schämen sich dafür, was weitere Schuldgefühle und Vorwürfe mit sich bringt (vgl. Lenz 2014: 65). Die Überforderung eines Elternteils mit der Erziehung kann vermehrt zu Streitereien zwischen den Eltern führen, da mögliche Uneinigkeiten entstehen (vgl. Lexow et al. 2008: 100). Teilweise fühlt sich der nicht erkrankte Elternteil als alleinerziehend oder als sei ein weiteres Kind hinzugekommen (vgl. Jungbauer 2014: 137). Hinzufügend wird darauf hingewiesen, dass Unterschiede bestehen, ob die Mutter oder der Vater erkrankt ist. In Studien wird festgehalten, dass bei einer Erkrankung der Mutter etwa 41% der Eltern zusammenbleiben; erkrankt hingegen der Vater, sind es rund 51% (vgl. Schone/Wagenblass 2010: 69). Mögliche Gründe könnten die hierzulande nach wie vor verbreitete Rollenverteilung sein; die Mutter bleibt zu Hause und der Vater geht arbeiten (vgl. ebd.). Statistiken untermauern diese Aussage, denn zu 69% übernehmen die Mütter die Aufgaben einer Bezugsperson für ihre Kinder (vgl. ebd.). Zudem ist es so, dass wenn der Vater erkrankt, die Mütter und weitere Familienmitglieder eine stabilisierende Rolle einnehmen. Wenn die Mutter erkrankt, dann kann die Familie den Verlust selten kompensieren (vgl. ebd.).

In Ergänzung wird erwähnt, dass schwangere Mütter, die sich bereits vor oder während der Schwangerschaft in einer depressiven Episode befinden und niemand darauf reagiert, ein erhöhtes Risiko für ihr ungeborenes Kind darstellen. Denn dies hat möglicherweise einen schwerwiegenden Einfluss auf das Kind und dessen Entwicklung (vgl. Schone/Wagenblass 2010: 14).

3.2.3 Kinder von an Depression erkrankten Elternteilen

In der Schweiz leben etwa 50'000 Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil zusammen (vgl. Burri 2018: o.S.). Die eben genannten Zahlen ergeben sich aus Schätzungen und können statistisch nicht genau festgelegt werden (vgl. ebd.).

Wie bereits im Kapitel der Lebensweltorientierung erwähnt, nehmen Individuen (Kinder eingeschlossen), auch wenn sie sich vermeintlich in derselben Situation befinden, die Lebenswelt und -lage nicht auf dieselbe Art und Weise wahr (vgl. Giger-Bütler 2006: 85). «Jedes Kind, und ist es noch so klein, ist eine einmalige Persönlichkeit, mit einem ganz einzigartigen Temperament. Jedes hat seine ureigenste Sensibilität, sein persönliches Bezogensein

auf die Umwelt.» (Giger-Bütler 2006: 85) Deshalb kann in diesem Kapitel nicht auf alle Kinder eingegangen werden. Nichtsdestotrotz gibt es einige Verhalten, welche bei der Mehrzahl der Kinder vorkommen und diese werden hier thematisiert.

Jüngere Kinder

Genauso wie bei den Eltern kann es ebenfalls bei den Kindern zu Gefühlen wie Angst (z.B. Verlustangst), Schuld, Trauer und Hoffnungslosigkeit kommen (vgl. Jungbauer 2014: 134). Kinder können die Krankheit der Eltern nicht abstrahieren, sondern nehmen Vieles auf sich: «Ich bin schuld an der Situation, weil ich das Zimmer nicht aufgeräumt habe! Ich muss mich besser benehmen, ansonsten wird es wieder schlimmer!» Dies könnten mögliche Denkweisen von Kindern sein, die einen an Depression erkrankten Elternteil haben (vgl. Lenz 2014: 94). Die Schuldgefühle und die Angst können so weit gehen, dass sich die Kinder für den betroffenen Elternteil verantwortlich fühlen und sich nicht mehr aus dem Haus trauen, da etwas Schlimmes (z.B. Suizid) vorkommen könnte (vgl. Lenz 2014: 94). Die Kinder beginnen elterliche Verantwortlichkeiten zu übernehmen. So kümmern sie sich zum Beispiel um Aufgaben im Haushalt, erinnern die erkrankte Mutter oder den erkrankten Vater an die Medikamente, schmieren sich das Pausenbrot selbst und kochen sich eigenständig das Mittagessen (vgl. Jungbauer 2014: 135). Je nach dem können Kinder auch Erziehungsaufgaben in Bezug auf ihre kleinen Geschwister übernehmen, den Eltern beratend zur Seite stehen oder sie trösten (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 29). Dieses Phänomen wird «Parentifizierung» genannt; Kinder übernehmen aufgrund der Erkrankung des Elternteils Aufgaben, denen sie nachkommen, um das familiale System im Gleichgewicht zu behalten (vgl. ebd.).

In Interviews geben einige Kinder ihre Enttäuschung dem erkrankten Elternteil gegenüber preis. Sie sind darüber enttäuscht, dass sie – vor allem in schweren Episoden – weniger Liebe (seelisch und körperlich), Anteilnahme und Wertschätzung erhalten (vgl. Lenz 2014: 95). Sie spüren die – von dem betroffenen Elternteil entgegengebrachte – Feindseligkeit, die bei den Eltern (Kapitel 3.2.1.1) bereits erwähnt worden ist. Aus dieser Enttäuschung kann eine Wut resultieren, weil die Kinder ihre gesunden Eltern zurückwollen und ihre Bedürfnisse gestillt haben möchten (vgl. ebd.). Was dazu führen kann, dass sich die Kinder aggressiv oder verhaltensauffällig verhalten (vgl. Schone/Wagenblass 2010: 17). Eine weitere mögliche Schlussfolgerung für die Kinder um aus der Situation zu entkommen besteht darin, sich an den gesunden Elternteil zu wenden. Jedoch ist dieser oft damit beschäftigt, sich um die Partnerin oder den Partner plus die für ihn zusätzlich anstehenden Aufgaben zu kümmern (vgl. ebd.: 13). Somit kommt es häufig vor, dass der letzte Ausweg der Kinder ein Rückzug ist, um die Eltern nicht zu belasten (vgl. Lenz 2014: 95). Andere Kinder hingegen versuchen bereits bei ersten Anzeichen einer weiteren depressiven Episode der Mutter

oder des Vaters noch mehr im Haushalt zu helfen oder sonstige alltägliche Aufgaben zu übernehmen, um den betroffenen Elternteil zu entlasten (vgl. Lenz 2014: 96).

Jugendliche Kinder

Jugendliche können Erlebtes bereits besser einordnen und haben die Möglichkeit ihre Gefühle zu äussern (vgl. Lenz 2014: 96). Nichtsdestoweniger haben auch sie Ängste in Bezug auf die Erkrankung des Elternteils: «Werde ich auch erkranken? Werde ich ebenfalls so enden? Ich habe etliche Ähnlichkeiten mit meiner Mutter/meinem Vater!» Die meist ungenügende Aufklärung der Eltern zum Thema Depression lässt die Jugendlichen in einer Unwissenheit, welche die Ängste verstärken (vgl. ebd.). Aufgrund dessen versuchen sie sich zu distanzieren und zu schützen. Das Abgrenzen kann in Aggressionen in Form von Beschimpfungen und grösseren Streitereien gegenüber dem betroffenen Elternteil auftreten (vgl. ebd.). Dieses aggressive Verhalten verblasst oftmals wieder und hinterlässt bei den Jugendlichen Schuldgefühle, Selbstvorwürfe, Verzweiflung, Hilflosigkeit und Traurigkeit, weil nicht genug Geduld und Mitgefühl der erkrankten Mutter oder dem erkrankten Vater entgegengebracht worden ist (vgl. Lenz 2014: 97). Wie auch bei den jüngeren Kindern kann bei den Jugendlichen ein Gefühl der Unentbehrlichkeit entstehen. Sie trauen sich kaum mehr aus dem Haus, aus Angst die «scheinbare» Kontrolle über die Familie zu verlieren (vgl. ebd.). Durch die Parentifizierung fehlt den Kindern und Jugendlichen «eine wichtige elterliche Identifikationsfigur in der Familie, was sie schmerzlich vermissen» (Lenz 2014: 98). In der Verzweiflung wenden sie sich ebenfalls an den gesunden Elternteil, der ebenso überfordert ist (vgl. ebd.: 99). Demzufolge fehlt den Jugendlichen jemanden in der Familie, der sie in der Identitätsfindung unterstützt, ihnen Werte und Normen vermittelt und sie auf fängt, wenn sie auf ihrem Weg fallen (vgl. ebd.: 98).

Bei beiden Altersklassen tauchen geschlechtsspezifische Unterschiede auf. Einerseits reagieren Jungen eher wenn sie jünger sind mit einem externalisierendem Verhalten, andererseits weisen Mädchen ein internalisierendes Verhalten auf und werden oftmals in der Pubertät auffällig (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 43).

Ebenfalls in beiden Fällen, bei den jüngeren und jugendlichen Kindern, ist Einsamkeit ein grosses Thema. Sie fühlen sich oftmals nicht nur von den Eltern verlassen, sondern auch von Aussenstehenden, weil sie mit niemanden über die Situation sprechen können (vgl. Jungbauer 2014: 134). Es kann so weit gehen, dass sich die Kinder und Jugendlichen in jeglichen Lebenssituationen den Umständen anpassen, nicht trotzig oder aufmüpfig reagieren, versuchen niemanden zu belästigen oder negativ aufzufallen (vgl. Giger-Bütler 2006: 87f.). Sie benehmen sich wie junge Erwachsene, die in ihrem Kinds- und Jugendalter nicht lernen auf ihren Körper zu hören, die eigenen Gefühle wahrzunehmen und sich selbst ernst

zu nehmen (vgl. ebd.: 88-91). Im Gegenteil, sie schämen sich für sich, ihre Eltern und die familiäre Lebenslage. Sie würden gerne «normal» sein (vgl. Timmermann 2016: 153).

3.3 Familiäre Risikofaktoren und unterstützende Ressourcen

In diesem Kapitel geht es um die Beantwortung der einen Unterfrage: *Welche Risiken resultieren aus der Lebenslage betroffener Familien und welche Ressourcen helfen ihnen dabei, um die prekäre Lebenslage zu meistern?* Dafür werden gewisse Punkte aus dem Kapitel «Depression» erneut aufgegriffen, um die vorhandenen Punkte zu ergänzen.

3.3.1 Risikofaktoren

Um sich die bereits erwähnten Risikofaktoren nochmals in Erinnerung zu rufen:

- ❖ Alter
- ❖ Geschlecht
- ❖ Familienstand
- ❖ Sozioökonomischer Status
- ❖ Geographische Region
- ❖ Psychosoziale Stressoren und Lebensereignisse
- ❖ Komorbidität/Multimorbidität
- ❖ Genetik
- ❖ Überforderung

Einige dieser Faktoren Risikofaktoren werden ergänzt und neue Faktoren werden dazukommen. Die Faktoren betreffen entweder die gesamte Familie, den gesunden Elternteil oder die Kinder. Diejenigen der betroffenen depressiven Eltern sind oben erwähnt worden.

Starke Veränderung des depressiven Elternteils

Wenn sich der depressive Elternteil durch die Erkrankung stark verändert, beeinflusst dies die Paarbeziehung (vgl. Jungbauer 2014: 137). Allenfalls müssen die Aufgaben- und Rollenverteilung neu bestimmt werden, was zu grossen Herausforderungen führen kann. Fällt der depressiv erkrankte Elternteil aufgrund eines stationären Aufenthalts komplett weg, muss der gesunde Elternteil die Rollen und Aufgaben der Mutter und des Vaters übernehmen (vgl. ebd.). Diese Veränderungen können beim gesunden Elternteil das Gefühl der

Einsamkeit und Alleinverantwortlichkeit auslösen (vgl. Lenz/Jungbauer 2008: 246). Die prekäre familiäre Lebenslage beeinträchtigt die Paarbeziehung in Bezug auf Intimität, Sexualität, Zusammengehörigkeit (am gleichen Strang ziehen) und Freizeitgestaltung in grossen Teilen. Die Schwierigkeit für den gesunden Elternteil ist, dass er sich an die Situation gewöhnen sowie einen Umgang mit dem depressiven Elternteil und der Familie finden muss (vgl. Jungbauer 2014: 137).

Trennung/Scheidung

Aufseiten des gesunden Elternteils können Pflichtgefühle der Solidarität und Verantwortung längerfristig nicht überwiegen, weshalb des Öfteren eine Trennung oder Scheidung die Folgewirkungen sind (vgl. Jungbauer 2014: 138). Die Trennung oder Scheidung beeinflusst das gesamte Familiensystem, indem es folgeschwere Konsequenzen für die Kinder und/oder den depressiven Elternteil bewirken kann (vgl. ebd.).

Kommunikationsschwierigkeiten

Das Kommunikationsschwierigkeiten stellen für die gesamte Familie ein erhöhtes Risiko dar, dass einerseits die depressive Episode des betroffenen Elternteils schlimmer wird oder andererseits die Kinder später ebenfalls erkranken (vgl. Lenz/Brockmann 2013: 39f., Lenz/Jungbauer 2008: 243).

Alter

Je nach Alter des Kindes ruft die Erkrankung eines Elternteils andere Reaktionen hervor und stellt somit eine andere Art von Risikofaktor dar (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 60). Lenz (2014: 29) äussert; je kleiner die Kinder sind, desto schwerwiegendere Auswirkungen hat die Krankheit auf das Kind. Bei Kleinkindern kann die fehlende Bedürfnisbefriedigung der Eltern eine unmittelbare Regulationsstörung (z.B. Emotionen) oder Schlafprobleme sowie spätere Verhaltens- und Bindungsstörung auslösen (vgl. ebd.). Wohingegen bei jüngeren Kindern ein unauffälliges, zurückhaltendes Verhalten beobachtet wird und bei Jugendlichen depressive Symptome bereits klar erkennbar sind (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 29).

Sozioökonomischer Status

Statistiken belegen, dass ein Drittel der Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil von Armut betroffen sind (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 44). Für Familien, die von Armut, schwierigen Wohnverhältnissen, sozialer oder kultureller Ausgrenzung betroffen sind, ist das Risiko an einer psychischen Störung zu erkranken für die einzelnen Familienmitglieder massiv erhöht (vgl. Lenz 2012: 20).

Psychosoziale Stressoren und Lebensereignisse

Zu psychosozialen Stressoren für Kinder zählen unter anderem die fehlende stabile Bezugsperson, körperliche und seelische Vernachlässigung, wie auch Misshandlungen oder sexueller Missbrauch (vgl. Lenz 2012: 39). Zugleich zählen der sozioökonomische Status sowie Ausgrenzung, Diskriminierung und ein nichtvorhandenes soziales Netzwerk für die Kinder zu den psychosozialen Stressoren (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 44)

Komorbidität

Komorbidität bei dem erkrankten Elternteil bedeutet für die Kinder ein erhöhtes Risiko ebenfalls zu erkranken (vgl. Lenz 2014: 28).

Genetische Veranlagung / Verlauf der elterlichen Erkrankung

Wie im Kapitel «Depression» bereits erläutert, haben Kinder ein erhöhtes Risiko ebenfalls an einer Depression zu erkranken (vgl. Jungbauer 2014: 136). Der Verlauf der elterlichen Erkrankung hat ebenfalls einen Einfluss auf die Höhe des Risikos. Je länger und schwerer eine depressive Episode ausfällt, desto grösser die Auswirkungen auf die Kinder (vgl. Lenz 2014: 27).

Kindbezogene Faktoren

Neben den bereits erwähnten Risikofaktoren spielt auch das spezifische Temperament des Kindes eine wesentliche Rolle (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 43). Kinder mit einem «schwierigen Temperament», welche eine geringe Frustrationstoleranz haben, sich nicht lange konzentrieren können oder unruhig sind, weisen ein erhöhtes Risiko auf (vgl. Lenz 2014: 40).

Bindungs- und Beziehungsverhalten (Eltern-Kind-Beziehung) /Entwicklung

«Eine sichere Bindung ist für eine positive, vertrauensvolle Entwicklung des Kindes sehr wichtig.» (Gloger-Tippelt et al. 2007, zit. nach Plass/Wiegand-Grefe 2012: 38) Dieses Zitat deutet auf die Wichtigkeit einer sicheren Bindung zur Bezugsperson – im besten Fall die Eltern – hin. Die fehlende Unterstützung der Eltern hat einen weiteren wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung von Kindern. Die Kinder bräuchten beim Erreichen ihrer Entwicklungsaufgaben adäquate Unterstützung der Eltern, damit das Risiko selbst zu erkranken, vermindert wird (vgl. Jungbauer 2014: 135).

Die genannten Risikofaktoren und möglichen Folgeschäden der Kinder weisen erst im Zusammenspiel mehrerer Faktoren ein erhöhtes Risiko auf. Deshalb entsteht die Schlussfolgerung: je weniger Faktoren zusammenkommen, desto geringer ist das Risiko, dass ein Kind an derselben psychischen Störung wie die Eltern erkrankt (vgl. Lenz 2014: 43).

3.3.2 Unterstützende Ressourcen

Ein für dieses Unterkapitel passender Buchtitel von Conen (2015) lautet «Zurück in die Hoffnung». Eine starke Aussage, welche der bisherigen Schwere des dritten Kapitels wieder mehr Leichtigkeit verleiht. Das folgende Unterkapitel beschreibt Ressourcen, welche Familien mit einem an Depression erkrankten Elternteil haben bzw. hinzufügen können, um ihre prekäre Lebenslage positiv zu beeinflussen. Wichtig zu erwähnen ist, dass hier ein möglicher familiärer Bewältigungstyp erläutert wird, der nicht auf alle Familien adaptiert werden kann.

Als erstes ist es für betroffene Familien wichtig das Kommunikationsverbot aufzuheben. Die Krankheit der Mutter oder des Vaters soll offengelegt werden und die Kinder sollen frühzeitig und altersgerecht erfahren, was für Auswirkungen eine Depression auf den betroffenen Elternteil hat (vgl. Roedenbeck 2016: 198). Durch eine offene Gesprächskultur können die Kinder ihre Ängste, Fragen, Erwartungen und Unsicherheiten aussprechen und damit eigene schwerwiegende Schlussfolgerungen vermeiden. Infolgedessen kann präventiv gewirkt werden und es entsteht eine familiäre Ressource, welche zur Verbesserung der Situation beiträgt (vgl. Hoch et al. 2013: 140). Bereits wenn die Eltern sich untereinander offen austauschen und über die familiäre Lebenslage konstruktiv diskutieren können, verhilft dies zu einem angenehmeren Familienklima (vgl. Hoch et al. 2013: 140). Eine weitere wichtige Ressource kann ein engmaschiges soziales und professionelles Netzwerk sein. Die (Re)Aktivierung eines Netzwerkes kann während Belastungs- und Krisenzeiten in erster Linie Entlastung bieten, sei es emotional, im Haushalt oder in der Betreuung der Kinder (vgl. Lenz/Brockmann 2013: 62f.). Hilfsbereite Grosseltern und/oder fürsorgliche Freunde können die Alltagsbewältigung der betroffenen Familien immens erleichtern (vgl. Timmermann 2016: 153). Die Kinder können hierbei lernen, sich ausserhalb der Familie über die Situation zu Hause auszutauschen, sich aussenstehenden Menschen anzuvertrauen und um Hilfe zu bitten (vgl. Lenz/Brockmann 2013: 63). Sie haben die Möglichkeit, sich eine neutrale Bezugsperson zu suchen, zu welcher sie in schwierigen Zeiten im Vertrauen über alles sprechen können (vgl. ebd.). Die Bezugsperson bietet somit dem Kind Schutz und Sicherheit in Zeiten der Not. Jedoch ist sie nicht ausschliesslich für das Kind eine stabile Unterstützung, sondern auch für die Eltern, da diese, wie bereits erwähnt, in Notsituationen

häufig überfordert und mit sich selbst beschäftigt sind (vgl. ebd.). Das professionelle Netzwerk soll aus psychologisch-psychotherapeutischer, psychiatrisch-medizinischer und sozialpädagogischer sowie pädagogischer Hilfe bestehen (vgl. Lenz 2012: 124). Das professionelle Netzwerk sollte immer der Situation entsprechend initiiert werden; denn Angehörige übernehmen eine unersetzbare Rolle für betroffene Familien, jedoch sollen sie die professionellen Hilfestellungen nicht ersetzen (vgl. Jungbauer 2014: 139). Aufgrund dessen müssen die Hilfestellungen fachlich fundiert und aufeinander abgestimmt sein, um den betroffenen Familien und Angehörigen gewinnbringend auf den verschiedenen Problemebenen zu helfen (vgl. Lenz 2012: 124).

Jeder Familie, auch Familien in enorm herausfordernden Lebenslagen, stehen entdeckte oder unentdeckte Ressourcen zur Verfügung. Das Aufdecken der bisher unentdeckten Ressourcen wirkt sich vorteilhaft auf die familiäre Entwicklung aus (vgl. Lenz/Jungbauer 2008: 147). Vorhandene Ressourcen können Familien befähigen ihre herausfordernde Lebenslage positiv zu beeinflussen und somit zu verändern (vgl. Hoch et al. 2013: 141).

Wissenschaftliche Längsschnittstudien ergeben, dass ein Drittel der Kinder aus schwierigen Familienverhältnissen keine pathologischen Folgewirkungen erleiden (vgl. Lenz 2014: 149). Dies verweist auf den Begriff «Resilienz». Der Begriff «Resilienz» stammt vom lateinischen Wort «resiliere» ab und bedeutet abprallen (vgl. Lenz/Brockmann 2013:49). Der Begriff beschreibt Menschen, die trotz prekären Lebenslagen und gravierenden Lebensereignissen ihre Aufgaben – bei Kindern Entwicklungsaufgaben – erfolgreich bewältigen können (vgl. Warner o.J.: o.S.). Mithilfe verschiedenster personeller Schutzfaktoren, das heisst biologischer⁴, kognitiver⁵, affektiver⁶ oder familiärer⁷ Schutzfaktoren, können schwierige Situationen überwunden werden (vgl. ebd.). Die sozialen⁸ oder prosozialen⁹ Schutzfaktoren können die eben genannten Faktoren positiv ergänzen (vgl. ebd.). Die Schutzfaktoren werden in der Wissenschaft auch Ressourcen genannt (vgl. Lenz/Brockmann 2013: 51). Die Schlussfolgerung, dass solche Kinder «Wunderkinder» wären und jegliche kritischen Phasen des Lebens wohl überstehen, ist ein Trugschluss – die Resilienz ist Situationsabhängig (vgl. ebd.: 151).

⁴ Bspw. Gesundheit, Geschlecht

⁵ Bspw. hohe Intelligenz, gute Kommunikationsfähigkeit

⁶ Bspw. Selbstbewusstsein

⁷ Bspw. sichere familiäre Bindung

⁸ Bspw. ausserfamiliäre Bezugsperson

⁹ Bspw. gleichaltrige Freunde

Depression und betroffene Familien

Parentifizierung kann eine positive Wirkung auf Kinder haben (vgl. Lenz 2014: 211). Findet die Parentifizierung in einem gesunden Mass, also mit altersgerechten Aufgaben statt, wird die Entfaltung der Kinder gefördert (vgl. ebd.).

Weder die Risikofaktoren noch die unterstützenden Ressourcen der Familien mit einem an Depression erkranktem Elternteil können abschliessend dargestellt werden.

4 Lebensweltorientierung von Familien mit einem an Depression erkrankten Elternteil

Das folgende Kapitel setzt sich mit der Verbindung der Lebensweltorientierung und den Familien mit einem an Depression erkrankten Elternteil auseinander. Deshalb stellt sich in diesem Kapitel die Frage: Wie ist die Theorie der Lebensweltorientierung von Thiersch (2016) auf die Lebenswelt von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil theoretisch anwendbar? Um diese Frage beantworten zu können, werden Wissensbestände aus den Kapiteln 2 und 3 miteinbezogen.

Anhand der folgenden Struktur- und Handlungsmaxime und unter Berücksichtigung der Dimensionen werden Umsetzungsmöglichkeiten des Rahmenkonzeptes Lebensweltorientierung aufgezeigt.

- ❖ Prinzip der Einmischung
- ❖ Prävention
- ❖ Alltagsnähe
- ❖ Regionalisierung/Dezentralisierung
- ❖ Integration
- ❖ Partizipation
- ❖ Planung und Vernetzung

Prinzip der Einmischung

Aus dem Konzept der Lebensweltorientierung geht unausweichlich hervor, dass die Soziale Arbeit in der Politik mitmischen soll (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 43). Der Sozialen Arbeit steht die Aufgabe zu, mithilfe der Politik, in diesem Fall, auf Familien in prekären Lebenslagen aufmerksam zu machen (vgl. Thiersch et al. 2012: 187). Das Thema «psychische Störungen» wird in der Schweiz grösstenteils tabuisiert; viele Betroffene, denen es schlecht geht, trauen sich nicht über ihre Situation zu sprechen, da sie Angst vor negativen Reaktionen haben (vgl. Sotomo/Pro Mente Sana 2018: 27f.). Infolgedessen ist es wichtig, dass die Soziale Arbeit ihre Aufgabe ernst nimmt und sich für betroffene Familien einsetzt, damit mehr Akzeptanz in der Gesellschaft geschaffen werden kann.

Prävention

Depressive Mütter oder Väter sind oftmals nicht in der Lage ihren Alltag adäquat zu bewältigen (vgl. Timmermann 2016: 152). Anhand der primären Prävention können Familien mit einem an Depression erkrankten Elternteil in ihrer Alltagsgestaltung direkt unterstützt werden (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 43). Aufgrund neu entdeckter Bewältigungsstrategien wird den Familien die Möglichkeit geboten ihre alltäglichen Aufgaben wieder selbstständig oder mithilfe von Professionellen der Sozialen Arbeit zu erledigen (vgl. ebd.).

Das Kommunikationsverbot der Krankheit inner- und ausserhalb der Familie, aber auch die Tabuisierung in der Bevölkerung, könnte mit sekundärer Prävention aufgehoben werden (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 43, Jungbauer 2014: 134). Ein weiterer Schritt der sekundären Prävention soll für Kinder die Möglichkeit bieten, über die elterliche Krankheit aufgeklärt zu werden. Diese Aufklärung muss frühzeitig und altersgerecht durchgeführt werden, damit die Kinder einen offenen Umgang lernen und somit ihre Fragen und Unsicherheiten anbringen können (vgl. Roedenbeck 2016: 198, Hoch et al. 2013: 140).

Alltagsnähe

Die Maxime der Alltagsnähe bezieht sich auf die Risikofaktoren, welche eine mögliche depressive Episode auslösen können (vgl. Thiersch 2014: 44f.). Die Aufgabe der Sozialen Arbeit beinhaltet hierbei eine professionelle Krisenintervention (vgl. ebd.). Mittels niederschweligen, alltagsnahen und professionellen Hilfsangeboten sollen betroffene Familien Entlastung erfahren (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 26). Die Alltagsnähe erscheint für diese Familien von grosser Bedeutung, denn durch die depressiven Symptome, wie Energielosigkeit und Antriebslosigkeit, erhalten sie die Möglichkeit alltagsnahe und niederschwellig Hilfe zu erhalten (vgl. Beesdo-Baum/Wittchen 2011: 880). Die genannten Ängste der Eltern, ihr Kinder aufgrund der Erkrankung zu verlieren, werden mithilfe dieser Maxime minimiert, denn laut dem Konzept der Lebensweltorientierung sollen zuerst alltagsnahe Hilfsmassnahmen ergriffen werden, bevor eine Fremdplatzierung stattfinden kann (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 44, Jungbauer 2014: 137).

Regionalisierung/Dezentralisierung und Planung/Vernetzung

Bei der Regionalisierung und Dezentralisierung werden, ähnlich wie bei der Alltagsnähe, regionale Hilfsangebote gefordert (vgl. Thiersch et al. 2012: 189). Die Unterstützungsleistungen müssen auf den Bedürfnissen von Familien mit einem an Depression erkrankten Elternteil aufgebaut und auf vorhandene Leistungen abgestimmt werden. Solche Familien benötigen psychologisch-psychotherapeutische, psychiatrisch-medizinische, sozialarbeiter-

rische und pädagogische Hilfeleistungen, die sich ergänzen und ein engmaschiges professionelles Netzwerk bieten (vgl. Lenz 2012: 124). Dabei dürfen professionelle Angebote für involvierte Angehörige nicht fehlen, da sie ebenfalls überfordert oder überlastet sein können (vgl. Jungbauer 2014: 139).

Die wichtige Zusammenarbeit mit öffentlichen Diensten (Bsp. Polizei, Schulen, ...) soll vor Ort gefördert und gewinnbringend für die Klientel eingesetzt werden (vgl. Thiersch/Grundwald 2014: 349).

Integration

Familien mit einem an Depression erkrankten Elternteil haben die Tendenz, sich aufgrund von Schamgefühlen von der Aussenwelt abzuschotten (vgl. Schone/Wagenblaus 2010: 16). Die einzelnen Familienmitglieder fühlen sich im Stich gelassen, sei es von Verwandten oder Bekannten oder von den eigenen Eltern. Umso wichtiger ist es, dass betroffenen Familien geholfen wird, und dass sie in ein Hilfsprogramm integriert werden. Sie sollen ihr Schamgefühl ablegen können und lernen, offen über ihre familiäre Lebenslage zu sprechen. Jede Familie, jedes Mitglied muss die Möglichkeit haben, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen und mit Respekt und Anerkennung – ohne Vorurteile - behandelt zu werden (vgl. AvenirSocial 2010: 8).

Partizipation

Das Beteiligungs- und Mitbestimmungsrecht der Maxime «Partizipation» nimmt einen essentiellen Part in der Entwicklung einer Familie ein. Anhand dieser Rechte können sie in ihrer Selbstunwirksamkeit lernen, selbstwirksam zu werden, indem sie lernen, ihren eigenen Hilfsplan zu initiieren, der auf ihre Bedürfnisse abgestimmt ist (vgl. Thiersch et al. 2012: 189). Die betroffenen Familien haben die Möglichkeit in Zusammenarbeit mit den Professionellen ihre Wünsche und Gefühle zu verbalisieren, was für sie oftmals keine leichte Aufgabe darstellt. Depressive Menschen fühlen sich häufig wertlos und haben wenig Selbstvertrauen, was das Erkennen, geschweige denn Verbalisieren der eigenen Gefühle enorm erschwert (vgl. DIMDI 2019: o.S.).

Die Struktur- und Handlungsmaxime sollen auf dem Hintergrund der Dimensionen ausgeführt werden: erfahrene Zeit, erfahrener Raum, soziale Beziehungen, alltägliche Bewältigungsaufgaben, Hilfe zur Selbsthilfe und gesellschaftliche Bedingungen. In Bezug auf Familien mit einem an Depression erkrankten Elternteil bedeutet dies, dass die «erfahrene Zeit» in ihrer Schnelllebigkeit Unsicherheiten und Widersprüchlichkeiten mit sich bringt (vgl.

Thiersch et al. 2012: 187). Die Professionellen der Sozialen Arbeit sollen hier mit viel Empathie auf ihr Klientel eingehen und herausfinden, wo ihre Ressourcen sind und welche Ressourcen hinzugefügt werden können (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 33). Betroffene Familien müssen in ihrer Überforderung entlastet werden, indem der ständige Leistungsdruck von ihnen abfällt (vgl. Giger-Bütler 2006: 24). Aus dem in Kapitel zwei gewonnenen Wissen des erfahrenen Raumes kann, im Zusammenhang mit der Alltagsnähe sowie der Regionalisierung und Dezentralisierung, geschlossen werden, dass die Angebote – welche den Bedürfnissen der betroffenen Familien entsprechend aufgebaut werden – eine Offenheit, Geborgenheit, Verlässlichkeit und Zuversicht vermitteln sollen (vgl. ebd.). Die inkonstanten Verhältnisse in den Familien weisen auf die Notwendigkeit von verlässlichen Strukturen hin, welche ebenfalls in der Dimension der alltäglichen Bewältigungsaufgaben erwähnt werden (vgl. Thiersch et al. 2012: 187, Timmermann 2016: 152). Bei der Alltagsbewältigung von Familien mit einem an Depression erkrankten Elternteil sind soziale Beziehungen unabdingbar (vgl. Lenz/Brockmann 2013: 62f.). Deshalb sollen Familien, welche sich isoliert haben, Unterstützung in der (Re)Aktivierung ihres sozialen Netzwerks erhalten (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 34). Die Hilfe zur Selbsthilfe besteht darin, die Familien und ihre einzelnen Mitglieder professionell auf dem Weg der Identitätsfindung zu begleiten (vgl. Thiersch et al. 2012: 187). Besonders in der Zusammenarbeit mit den Kindern ist dies ein wichtiger Aspekt, denn sie haben mehrheitlich keine Möglichkeit erhalten, herauszufinden, wer sie sind (vgl. Lenz 2014: 98). Die Familien sollen beim Aufbau von sozialen Netzwerken, bei der Suche nach ihren unentdeckten Ressourcen und auf dem Weg zu ihrer Selbstwirksamkeit unterstützt und ermutigt werden (vgl. Thiersch et al. 2012: 187f.).

5 Hilfeleistungen der Sozialen Arbeit

Im Kapitel vier sind viele Aufgaben genannt worden, welche der Sozialen Arbeit durch die Autorenschaft des Konzeptes der Lebensweltorientierung zugeschrieben werden. Was zu diesem Zeitpunkt noch fehlt, sind Definitionen konkreter Hilfsangebote, die es bereits in der Schweiz gibt und in denen die Soziale Arbeit tätig ist. Mit diesem Kapitel wird die zweite Unterfrage beantwortet, diese lautet: *Wie kann die Soziale Arbeit betroffene Familien adäquat unterstützen?* Deshalb werden zum einen nachfolgend die SPF und sozialpädagogische Tagesstrukturen näher beschrieben. Des Weiteren wird auf niederschwellige Angebote, wie Familien- und Erziehungsberatung oder Online-Beratung sowie Telefonhelplines eingegangen. Zudem folgt eine Beschreibung über das Suchen professioneller Websites im Internet, wo Informationen über die Krankheit oder Informationen für Angehörige festgehalten werden. Hierbei gilt zu erwähnen, dass die Angehörigen, wie Verwandte, Freunde und Bekannte oftmals vergessen gehen oder zu wenig berücksichtigt werden, obwohl sie in schwierigen familiären Lebenslagen eine wichtige Rolle einnehmen. Der Miteinbezug der Angehörigen muss deshalb ein wichtiger Bestandteil der Hilfeleistungen der Sozialen Arbeit werden, denn sie tragen einiges der Betroffenen mit und überfordern sich oft dabei (vgl. Jungbauer 2014: 139).

5.1 Sozialpädagogische Familienbegleitung

Die SPF ist ein aufsuchendes Hilfsangebot, welches Familien in prekären Lebenslagen unterstützt (vgl. Wetzel/Fellmann 2015: 1). In der Einleitung steht geschrieben, dass die SPF zum Ziel hat, betroffene Familien zu stabilisieren und sie in ihrer familiären Lebenslage, aber auch in der Lebenslage jedes einzelnen Familienmitglieds zu unterstützen (vgl. Wetzel/Fellmann 2015:1). Da es den betroffenen Familien oft schwerfällt, ihre eigenen Ressourcen und Fähigkeiten zu sehen, geht die SPF mit den Familien auf Entdeckungsreise. Passend zur Umsetzung des Konzeptes der Lebensweltorientierung werden, mithilfe der SPF, Ressourcen der Familien aufgedeckt oder wieder neu entdeckt. Zudem werden sie auf dem Weg zu adäquaten Strukturen begleitet (vgl. Conen 2015:17). Laut Wetzel und Fellmann (2015: 1) zählen unter anderem folgende Aufgaben ebenfalls zum Unterstützungsauftrag der SPF:

- ❖ Unterstützung bei Erziehungsfragen und -aufgaben
- ❖ Unterstützung beim Erfüllen von Entwicklungsaufgaben der Kinder
- ❖ Unterstützung beim Konflikte Lösen und das Aneignen von eigenen Methoden zur Konfliktlösung

- ❖ Empowerment → Hilfe zur Selbsthilfe, um die Selbstwirksamkeit zu stärken
- ❖ Unterstützung beim Aufbau eines sozialen Netzwerks (z.B. Nutzen von regionalen Angeboten)
- ❖ Triage an andere Fachstellen

Zu sagen bleibt, dass die SPF die Intensität und Dauer der Unterstützung auf die Bedürfnisse der Familie anpasst, z.B. zwei Mal in der Woche an je vier Stunden über die Dauer von zwei Jahren (vgl. Wetzel/Fellmann 215: 3-4).

Um Hilfe der SPF zu erhalten, können Betroffene sich über den Sozialdienst oder die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden (Abk. KESB) melden. Die KESB, der Sozialdienst und die Jugendanwaltschaft (Abk. JUGA) haben das Recht, bspw. bei Verdacht einer Kindeswohlgefährdung, SPF zu verordnen (vgl. Steiner/Wetzel 2015: 26).

5.2 Sozialpädagogische Tagesstrukturen

Die sozialpädagogischen Tagesstrukturen sind Hilfsangebote, die primär Unterstützungshilfen für die Kinder und Jugendlichen anbieten und sekundär mit der gesamten Familie zusammenarbeiten. Die Familien ergänzende, sozialpädagogische Tagesstruktur entlastet Familien in prekären Lebenslagen, indem sie ein teilstationäres Angebot für die Kinder (6 – 15 Jahre) anbietet (vgl. rötzel FEST 2019: o.S.). Das Ziel ist es, die Familien zu entlasten und den Kindern die Möglichkeit zu geben, ausserhalb der Familie ein soziales Netzwerk aufzubauen. Die Familien werden jedoch als Ganzes unterstützt, indem wöchentliche Gespräche bei ihnen zu Hause stattfinden (vgl. ebd.). Dabei erhalten sie Hilfe bei Erziehungsfragen und werden in ihren Aufgaben gecoach. Weitere Aufgaben der sozialpädagogischen Tagesstruktur sind:

- ❖ Unterstützung bei den Hausaufgaben
- ❖ Unterstützung bei der Freizeitgestaltung der Kinder und Jugendlichen
- ❖ Umgang mit Strukturen lehren
- ❖ Umgang mit anderen Kindern und Jugendlichen lehren
- ❖ Umgang mit Gruppenarbeiten lehren
- ❖ Individuelle Einzelgespräche mit den Kindern und Jugendlichen führen

Der Grundsatz für die Mitarbeiter lautet: so viel Hilfe wie nötig und so wenig wie möglich (vgl. ebd.). Bei diesem Hilfsangebot arbeiten die Fachkräfte eng mit Schulsozialarbeitern, Sozialen Diensten, Lehrpersonen, Therapeuten und Therapeutinnen zusammen (vgl. ebd.). Das Angebot kann über zwei Jahre von den Sozialen Diensten verordnet werden (vgl. ebd.).

5.3 Niederschwellige Angebote

Niederschwellige Hilfsangebote sind Angebote, die mit niedrigen Anforderungen an die Klientel beansprucht werden können (vgl. Mayrhofer 2012: 146). Dies bedeutet, dass die Angebote auf Freiwilligkeit beruhen und ohne grossen Aufwand¹⁰ erreicht werden können.

5.3.1 Familien- und Erziehungsberatung

Die Familien- und Erziehungsberatung ist ein niederschwelliges Hilfsangebot. Familien, Eltern oder die Kinder erhalten hierbei Beratung von Professionellen, die anhand fundiertem, methodischem Fachwissen, Auskunft geben und Unterstützung anbieten (vgl. Thiersch 2014: 121). Nach Thiersch (2014: 121-123) erstrecken sich die Aufgaben der Beratung über:

- ❖ Erste Diagnosestellung und Hypothesenbildung
- ❖ Aufzeigen von Hilfsmöglichkeiten
- ❖ Unterstützung bei Erziehungs- und Alltagsfragen
- ❖ Ressourcenaktivierung
- ❖ Unterstützung bei der Suche nach alternativen Copingstrategien
- ❖ Unterstützung bei der Alltagsplanung
- ❖ Hilfe zur Selbsthilfe
- ❖ Triage an andere Fachstellen

Die Beratungsstellen lassen sich im Internet oder über andere Fachstellen finden.

5.3.2 Professionelle online Hilfsangebote

Im Internet lassen sich diverse Seiten finden, welche von professionellen Fachkräften geführt werden und Online-Beratung und Telefonhelplines (telefonische Beratung) zur Verfügung stellen (vgl. Mayrhofer 9f.). Diese Angebote sind meist kostenlos und anonym. Die Betroffenen können sich dabei von zu Hause aus Hilfe holen. Zudem besteht die Möglichkeit bei der Eingabe prägnanter Stichwörter im Google, bspw. «Hilfe Depression Familie» auf jegliche Internetseiten zu stossen, die über die Krankheit informieren, direkte Hilfeleistungen anbieten oder an andere entsprechende Fachstellen verweisen. Im Anhang D ist eine Liste mit weiteren möglichen professionellen Websites aufgeführt. Bei der Suche nach Informationen im Internet ist jedoch Vorsicht gebeten. Es bestehen viele Fehlinformationen,

¹⁰ Z.B. keinen administrativen Aufwand mit Formularen ausfüllen oder erst gewisse Voraussetzungen erfüllen, um einen Termin zu erhalten.

die zu fehlerhaften Eigendiagnosen führen können (vgl. Pro Mente Sana 2015: o.S.). Pro Mente Sana (2015: o.S.) hat ein Merkblatt über das Suchen und Finden professioneller Internetseiten erstellt, welches im Anhang E vorzufinden ist.

5.4 Angehörige

Die Hilfe von Angehörigen ist nicht zu unterschätzen. Wie bereits erwähnt, stellen sie eine wichtige Unterstützung für betroffene Familien dar. Sie erweisen sich teilweise als «Co-Therapeuten» (Jungbauer 2014: 139). Aufgrund mangelnder Informationen über die Krankheit entstehen Unsicherheiten und daraus kann eine Überforderung resultieren (vgl. ebd.). Die professionellen Hilfeleistungen bieten deshalb grundlegendes Fachwissen und fundierte Methoden an, welche in der Form von organisierter Hilfe mehr Sicherheit und Stabilität miteinbringen können (vgl. Uhlendorff/Euteneuer/Sabla 2013: 12). Die Angehörigen sollen, ähnlich wie die Familien, Beratung im Umgang mit Betroffenen erhalten und in ihrer wichtigen Aufgabe adäquat unterstützt werden (vgl. Jungbauer 2014: 139).

Die Überforderung in Bezug auf den Umgang mit psychisch kranken Menschen stellt häufig ein Hindernis dar, um mit den Betroffenen über ihre Krankheit zu sprechen. Deshalb hat sotomo im Auftrag von Pro Mente Sana (2018: o.S.) bei über 5500 Schweizerinnen und Schweizern nachgefragt, was ihnen in depressiven Phasen hilft bzw. helfen würde. Folgende Antworten zu gewünschten Reaktionen von Angehörigen in einer schwierigen Phase haben die Befragten geäußert:

- ❖ Ernstgenommen werden
- ❖ Ein offenes Ohr bzw. aktives Zuhören
- ❖ Anbieten von Unterstützung (in alltäglichen Aufgaben)
- ❖ Offene Kommunikation über die Erkrankung
- ❖ Helfen beim Finden von professioneller Unterstützung

Diese Anhaltspunkte ergeben für Angehörige erste Handlungsmöglichkeiten, um depressiv erkrankten Menschen gegenüber zu treten und sie adäquat zu unterstützen.

Bei all diesen Hilfsangeboten gilt zu beachten, dass das Spannungsfeld «Hilfe versus Kontrolle» eine enorme Herausforderung darstellt (vgl. Wetzell/Fellmann 2015: 3). Die Fachkräfte der Sozialen Arbeit brauchen dafür ein angemessenes Mass an Fingerspitzengefühl, um weder ins Extrem der Hilfe, noch ins Extrem der Kontrolle zu fallen.

Ausserdem können Hilfsangebote nur zielführend gelenkt werden, solange die Krankheitseinsicht der Betroffenen, das heisst die Akzeptanz der Krankheit und ein Wille zur Veränderung vorhanden sind. Dabei ist es für Professionelle ebenfalls wichtig, gewisse Durststrecken, in denen die Klientel Zeit benötigt sich für oder gegen die professionelle Hilfe zu entscheiden, auszuhalten und nicht zu drängen. Welter-Enderlin und Hildenbrand (2008: 259) fassen die Wichtigkeit des Willens zur Veränderung folgendermassen zusammen:

Die allgemein verbreitete Erwartung, dass Menschen sich aufgrund von planbaren Interventionen oder gar manualisierten Vorgehensweisen verändern würden, ist Teil der Machbarkeitsidee. Sie lässt ausser Acht, dass Menschen aus den verschiedensten und vielfältigsten Gründen entscheiden, sich zu verändern oder sich auch nicht zu verändern.

6 Diskussion

Im Rahmen dieses letzten Kapitels werden die zentralsten Erkenntnisse dieser Arbeit aufgenommen und in Bezug auf die Beantwortung der Fragestellung zusammengefasst. Zudem wird die Bedeutung für die Soziale Arbeit aufgegriffen und die Relevanz für meine professionelle Zukunft erläutert. Abschliessend in dieser Arbeit wird eine kritische Würdigung vollzogen sowie weiterführende Fragen im Zusammenhang mit der Theorie und der Umsetzung der Theorie ausgearbeitet.

6.1 Lebensweltorientierung und Depression: Resümee

Die Fragestellung und die beiden Unterfragen dieser Bachelorarbeit lauten:

Wie sieht die Lebensweltorientierung von Familien mit einem an Depression erkrankten Elternteil aus?

- ❖ *Welche Risiken resultieren aus der Lebenslage betroffener Familien und welche Ressourcen helfen ihnen dabei, um die prekäre Lebenslage zu meistern?*
- ❖ *Wie kann die Soziale Arbeit betroffene Familien adäquat unterstützen?*

In der vorliegenden Arbeit habe ich das Rahmenkonzept «Lebensweltorientierung Soziale Arbeit» nach Thiersch auf die Lebenswelt von Familien mit einem an Depression erkrankten Elternteil theoretisch angewendet. Dafür habe ich die Struktur- und Handlungsmaxime (Kapitel 2.6) unter Berücksichtigung der Dimensionen (Kapitel 2.5) des Konzeptes spezifisch auf betroffene Familien umgeschrieben.

Das Konzept der Lebensweltorientierung bildet eine Basis der Sozialen Arbeit und begründet darin sozialarbeiterische Hilfeleistungen. Mit den Struktur- und Handlungsmaximen sowie den Dimensionen der Lebensweltorientierung wird ein Rahmen geschaffen, in dem die Professionellen der Sozialen Arbeit agieren können. Das Konzept enthält klare Strukturen, wobei es trotzdem Offenheit in der Umsetzung zulässt. Das Konzept macht es möglich, die Familien und die einzelnen Familienmitglieder mit ihren Bedürfnissen adäquat miteinzubeziehen. In den vorangegangenen Ausführungen wurden konkrete Hilfsangebote vorgestellt. Im Folgenden soll erneut der Fokus auf die Hilfsangebote in der Schweiz gelegt werden. Dabei soll insbesondere die SPF prioritär beleuchtet werden, sehe ich in ihr doch das grösste Potential. Die Recherche hat ergeben, dass in der Schweiz bereits viele Hilfsangebote bestehen und diese bedürfnisorientiert aufgestellt sind. Jedoch stellt sich mir die Frage, wie gut die Hilfsangebote in den einzelnen Städten und Dörfern vertreten sind. Auf

der angefügten Liste (Anhang D) mit Internetseiten von professionellen Online-Hilfsangeboten aus der Schweiz ist die Seite des Fachverbandes der SPF festgehalten. Auf dieser Seite ist eine Schweizer Landkarte vorzufinden, wo man Kontaktangaben zu den einzelnen, kantonalen SPF vorfindet. Es ist auffallend, dass in einigen Kantonen die SPF kaum vertreten ist. Ich denke, dass die SPF eines der wichtigsten Hilfsangebote für betroffene Familien darstellt, welche in dieser Arbeit beschrieben werden. Denn die SPF sucht ihre Klientel in Alltagsnähe auf, ist regional vernetzt, versucht partizipativ mit der Klientel neue bzw. angemessene Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Zudem können mithilfe der SPF die von den Eltern ausgesprochenen Kommunikationsverbote gebrochen werden. Die Eltern sowie die Kinder haben die Möglichkeit, sich mit den Professionellen der SPF über die Krankheit des betroffenen Elternteils auszutauschen und somit Ängste, Konflikte oder Unsicherheiten in einem geschützten Rahmen anzusprechen. Auf diese Art und Weise wird ebenfalls präventiv interveniert, da die Eltern lernen Krisen in der Familie zu bewältigen und die Kinder adäquat miteinzubeziehen. Die Kinder werden damit frühzeitig über die Krankheit aufgeklärt und können einen Umgang damit finden. Hierbei möchte ich die Schlusserkenntnis aus dem fünften Kapitel aufgreifen: die Klientel muss bereit sein, eigene Schritte zu wagen, ansonsten kann weder Prävention noch Integration stattfinden. Zudem erschwert sich bei fehlendem Willen die Zusammenarbeit, da sie nur einseitig gewollt ist.

Die vorliegende Arbeit hat sowohl potentielle Risiken von betroffenen Familien, als auch Ressourcen, die zur Bewältigung der prekären Lebenslage beitragen, diskutiert. Im Folgenden soll die daraus resultierende Quintessenz formuliert werden.

Nun soll zusammenfassend der Fokus auf die Risiken bei betroffenen Familien, aber auch den Blick auf Ressourcen gelegt werden. Dabei liste ich die Risiken nicht erneut auf, sondern halte fest, dass es für die Bewältigung diese wichtige Erkenntnis braucht: Selten löst bloss ein Risikofaktor eine depressive Episode aus. Können die Risikofaktoren erkannt und in Beziehung zueinander gesetzt werden, kann die Bewältigung beginnen.

Neben dem Erkennen der Risikofaktoren braucht es aber vor allem auch die Bereitschaft der betroffenen Familien offen und ehrlich über ihre Lebenslage zu sprechen. Je mehr Austausch in den betroffenen Familien stattfindet, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit die Krise erfolgreich zu bewältigen. Des Weiteren erachte ich das soziale Netzwerk als eine wichtige Ressource für betroffene Familien. Freunde, Verwandte und Bekannte können in prekären Lebenslagen Unterstützung bieten, sei es psychisch (bspw. zuhören, ermutigen) oder physisch (bspw. einkaufen gehen, spazieren an der frischen Luft).

Eine Unterstützung der betroffenen Familien kann dann gelingen, wenn die Soziale Arbeit Familien in prekären Lebenslagen eine *alltagsnahe* und *regionale* Unterstützungsform anbietet. Hierzu wäre ein Ausbau der SPF in den Kantonen der Schweiz notwendig, damit

immer mehr Familien die Möglichkeit haben, mit Fachkräften ihre Situation aufzuarbeiten. Damit wird ebenfalls das Risiko einer Fremdplatzierung der Kinder verringert. Zudem sollen sich Professionelle der Sozialen Arbeit in der Politik stark machen und sich für betroffene Familien einsetzen sowie für deren Rechte kämpfen. Prävention, Intervention und Partizipation sind wichtige Grundsteine für eine adäquate Zusammenarbeit mit den Klienten und Klientinnen. Vor allem die Prävention soll gefördert werden, damit die Gesellschaft die psychische Störung «Depression» zu akzeptieren lernt und einen positiven und unterstützenden Umgang mit betroffenen Menschen findet. Mithilfe präventiver Interventionen könnten depressive Episoden frühzeitig erkannt und zeitnah behandelt werden.

6.2 Bedeutung für meine professionelle Tätigkeit

Da ich bereits viel über die Relevanz und Bedeutung für die Soziale Arbeit geschrieben habe, möchte ich an dieser Stelle meine Fragen aus der Einleitung, die ich an *mich* als Professionelle gestellt habe, beantworten: *Welche wissenschaftlichen Erkenntnisse habe ich während der Arbeit gesammelt und wie kann ich diese für meine künftige Arbeit als Professionelle mit Familien mit einem an psychisch erkrankten Elternteil nutzbar machen?* Für mich ist wichtig geworden, dass ich als Professionelle versuche offen und ehrlich mit Betroffenen und Nichtbetroffenen über ihre Krankheit zu sprechen, um meinen Beitrag für mehr Akzeptanz in der Gesellschaft zu fördern. Dabei werde ich meine Sensibilität und mein bestehendes Erfahrungs- und Fachwissen einsetzen um die Klientel adäquat zu unterstützen. Zudem ist mir einmal mehr bewusst geworden, dass die Klientel bereit sein muss, um sich helfen zu lassen. Ansonsten kann keine fruchtbare bzw. wird eine beschwerliche Zusammenarbeit stattfinden. Dieser Aspekt bedeutet jedoch nicht, dass ich die Zusammenarbeit mit nicht willigen Betroffenen verweigere. Trotz allem ist es meine Aufgabe als Professionelle zu versuchen die Klientel zu ermutigen und zu motivieren. Ich denke, dass ein kleiner Anstoss teilweise Grosses bewirken kann.

6.3 Kritische Würdigung und weiterführende Fragen

In der kritischen Würdigung werden abschliessend die Chancen und Grenzen dieser Bachelorthesis aufgezeigt. Das Ziel dieser Arbeit lautet, die prekäre Lebenslage von Familien mit einem an Depression erkrankten Elternteil aufzuzeigen, damit ein Verständnis für betroffene Familien entstehen kann. Zudem habe ich mir zum Ziel gesetzt, professionelle Hilfeleistungen als Orientierung für betroffene Familien und Angehörige aufzuzeigen. Diese beiden Ziele wurden im Rahmen dieser Arbeit nicht abschliessend erreicht. Zum einen, weil

das Thema «Depression» vielschichtiger ist als angenommen und die Ausführungen in Kapitel drei bloss die Oberfläche thematisieren. Mit dieser Arbeit habe ich eine grobe Übersicht geschaffen, die zum eigenständigen Vertiefen anregen soll. Zum anderen können die zahlreichen Hilfsangebote der Schweiz nicht vollständig aufgeführt werden, weil dies den Rahmen dieser Arbeit übersteigen würde.

Beim Schreiben dieser Arbeit habe ich den Zusammenhang zwischen der Theorie zur Lebensweltorientierung und der Lebenslage der betroffenen Familien nicht wahrgenommen, weil ich erst nach und nach ein Verständnis für die beiden Themen entwickelt habe. Erst mit dem vertieften Befassen der depressiven Störungen ist mir klar geworden, wie sich das Konzept theoretisch anwenden lässt. Dennoch stellt sich die Frage, wie die Lebensweltorientierung von Familien mit einem an Depression erkrankten Elternteil konkret aussieht. Auf diese Frage habe ich keine konkrete Antwort gefunden, da es keine empirische Arbeit ist. Ich bin mit der auf Literatur gestützten Konzeptualisierung an meine Grenzen gestossen, weil im Rahmen dieser Theoriearbeit keine vertiefte Darstellung möglich ist.

Doch diese Arbeit bietet die Ausarbeitung des theoretischen Rahmenkonzeptes «Lebensweltorientierung Soziale Arbeit» adaptiert auf Familien mit einem an Depression erkrankten Elternteil. Dadurch kann ein Verständnis für betroffene Familien entstehen. Zudem erhalten betroffene Familien einen Überblick zu verschiedenen professionellen Hilfeleistungen. Für mich bleibt jedoch unklar, inwiefern die genannten Familien in der Lage sind, sich Hilfe zu suchen. Wie in Kapitel drei beschrieben sind Eltern in Situationen einer depressiven Episode oftmals überfordert und haben Angst und/oder nicht die Kraft sich Hilfe zu holen. Deshalb sind die professionellen Online-Hilfsangebote für solche Familien wertvoll, da sie von zu Hause aus, Angebote herausuchen können. Eine weitere Chance dieser Arbeit sehe ich in den herausgearbeiteten Risiken und Ressourcen der betroffenen Familien. Sie ermöglichen Anhaltspunkte, die für das Erarbeiten von konstruktiven Bewältigungsstrategien Vorteile bringen. Anhand der Ressourcen erhalten betroffene Familien eine Orientierung, was ihnen in ihrer prekären Lebenslage helfen könnte.

In einem nächsten Schritt müsste empirisch geforscht werden, um das komplexe Zusammenspiel der Lebensweltorientierung und den Deutungs- und Bedeutungszuschreibung der betroffenen Familien zu erfassen. Somit könnte ein konkretes Bild zur Lebensweltorientierung von Familien mit einem an Depression erkrankten Elternteil entstehen.

Ausserdem besteht für mich die Schwierigkeit in Bezug auf die herausfordernden Lebenslagen betroffener Familien darin, dass die Erkrankung «Depression» oftmals totgeschwiegen wird. Sei es von direkt Betroffenen oder Angehörigen. Ich erachte es als dringend notwendig vermehrt Kampagnen, wie jene der SVA (Kapitel 3.1.1), zu lancieren. Eine weitere Möglichkeit sehe ich in der sekundären Prävention (Kapitel 2.6), in der Professionelle vermehrt an Schulen der Kinder und Jugendlichen, in Berufsschulen, in Gymnasien, in Institutionen und verschiedenen Vereinen auf die Erkrankung aufmerksam machen. Dabei sollen sie aufzeigen, inwiefern sich die Krankheit auf die direkt betroffene Person, die Familie und Angehörige auswirkt. Ausserdem sollen adäquate Umgangsformen aufgezeigt werden, damit die Erkrankten sich trauen offen und ehrlich, ohne jegliche Schamgefühle, darüber zu sprechen. Damit Familien, die sich bereits isoliert haben, ebenfalls die Möglichkeit erhalten, sich gegen aussen wieder zu öffnen, könnte es vermehrt Hilfsangebote der soziokulturellen Animation geben, um solche Familien zu ermutigen aus ihrer Isolation zu treten. Mögliche Angebotsformen könnten Cafés vor Ort sein, wo zum einen Professionelle arbeiten um niederschwellige Beratung anzubieten und zum anderen Freiwillige mithelfen und versuchen betroffene Familien oder Einzelpersonen zu vernetzen. Ähnliche Angebote existieren bereits in den sogenannten Gemeinschaftszentren der Stadt Zürich. In Bezug auf die Anzahl der Angebote ist bei mir im Verlaufe der Erarbeitung dieser Arbeit der Eindruck entstanden, dass wenige regionale Angebote in Dörfern bestehen, z.B. bei der SPF gibt es vermehrt Angebote, die für mehrere Dörfer gedacht sind. Aus dieser Arbeit geht jedoch hervor, dass alltagsnahe Hilfsangebote vor Ort essentiell sind für Familien mit einem an Depression erkrankten Elternteil. Eine depressive Mutter oder Vater hat nicht die Kraft (vgl. Symptome Kapitel 3.1) sich um Hilfe zu bemühen, die sich im nächsten oder gar übernächsten Dorf befindet. Vor allem bei Betroffenen, die sich in einer schweren depressiven Episode befinden. Beim letzten Punkt, den ich hier aufgreifen möchte, handelt es sich um die Unübersichtlichkeit der Angebote. Zurzeit arbeite ich bei der Stadt Zürich beim Übergangswohnen für junge Erwachsene (UJ). Unser Auftrag ist es, mit der Klientel eine Tagesstruktur zu finden, die Wohn- und Sozialkompetenzen zu fördern, damit sie später selbstständig wohnen und leben können. Allein für dieses Angebot des UJ sind etliche weitere Hilfsangebote vorhanden, aber für Laien bzw. Betroffene existiert keine Übersicht der diversen Angebote. Ich vermute diese Übersicht oder eine Orientierung, wo man sich melden kann, ist auch den in dieser Arbeit genannten Familien verwehrt. Diese Unübersichtlichkeit könnte eine grosse Hürde für betroffene Familien darstellen, da sie sehr wahrscheinlich nicht wissen, an wen sie sich wenden können in prekären familiären Lebenslagen.

Ich möchte diese Arbeit mit den Worten eines betroffenen Sohnes (12-jährig) (zit. nach Lenz/Brockmann 2013: 35), der eine depressiv erkrankte Mutter hat, beenden. Dies mag

Diskussion

verwundern, doch möchte ich abschliessend jene Menschen zu Wort kommen lassen, die im Zentrum dieser Arbeit stehen.

Ja und mein grosser Bruder sagt auch manchmal, dass wir ihr mehr helfen müssen, weil sonst passiert noch was. Ja, ich und meine Brüder, wir haben jetzt schon einen Plan (...) einen Tag macht er was und einen Tag mach ich was und am anderen Tag die anderen und so wechseln wir uns ab, um unsere Mutter zu entlasten.

7 Literatur- und Quellenverzeichnis

Amnesty International (Hg.) (1948). In: Allgemeine Erklärung der Menschenrechte.

AvenirSocial – Soziale Arbeit Schweiz (Hg.) (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. Bern: AvenirSocial.

Bastine, Reiner (2012). Komorbidität. In: Dorsch. Lexikon der Psychologie. 18. Aufl. URL: <https://portal.hogrefe.com/dorsch/komorbiditaet-1/> [Zugriffsdatum: 2. Juni 2019].

Beardslee, William R. (Hg.) (2009). Hoffnung, Sinn & Kontinuität. Ein Programm für Familien depressiv erkrankter Eltern. Tübingen: dgvt- Verlag.

Beck, Iris/Greving, Heinrich (Hg.) (2012). Lebenslage und Lebensbewältigung. Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik. Bd. 5. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

Beesdo-Baum, Katja/Wittchen, Hans-Ulrich (2011). Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. In: Wittchen, Hans-Ulrich/Hoyer, Jürgen (Hg.) (2011). Klinische Psychologie & Psychotherapie. 2. Aufl. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag. S. 879 – 914.

Berk, Laura E. (2005). Entwicklungspsychologie. 3. Aufl. München: Pearson Studium.

Bundesamt für Statistik (Hg.) (2018a). Psychische Störungen und Behandlungen. Psychische Belastung. Mittlere oder hohe psychische Belastung, 2017. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/psychische.html> [Zugriffsdatum: 23. Februar 2019].

Bundesamt für Statistik (Hg.) (2018b). Instrumente zur medizinischen Kodierung. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/nomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.html> [Zugriffsdatum: 2. Juni 2019].

Burri, Anja (2018). Mama weint und Papa schreit – Wie zehntausende Kinder ihre psychisch kranken Eltern pflegen. Erschienen am 09. Juni 2018. In: Neue Zürcher Zeitung. URL: <https://nzzas.nzz.ch/hintergrund/wenn-papa-schreit-und-mama-nicht-aufstehen-mag-die-vergessenen-kinder-psychisch-kranker-eltern-ld.1393194> [Zugriffsdatum: 22. Juni 2019]

Conen, Marie-Luise (2015). Zurück in die Hoffnung. Systemische Arbeit mit «Multiproblemfamilien». Heidelberg: Carl-Auer Verlag GmbH.

DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hg.) (2019). Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. German Modification. Version 2019. Psychische und Verhaltensstörungen. URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/block-f30-f39.htm> [Zugriffsdatum: 2. Juni 2019].

de Vries Ulrike/Petermann, Franz (2017). Depression. In: Dorsch. Lexikon der Psychologie. 18. Aufl. URL: <https://portal.hogrefe.com/dorsch/depression-1/> [Zugriffsdatum: 16. März 2019].

Eckart, Wolfgang U. (2017). Seit wann gibt es Depressionen? URL: <https://www.swr.de/blog/1000antworten/antwort/22065/seit-wann-gibt-es-depressionen/> [Zugriffsdatum: 7. Mai 2019].

Eidgenössische Kommission für Familienfragen (Hg.) (2019). Familie Definition. URL: <https://www.ekff.admin.ch/die-ekff/familie-definition/> [Zugriffsdatum: 3. Juni 2019].

Giger-Bütler, Josef (2006). «Sie haben es doch gut gemeint». Depression und Familie. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans (2004). Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Weinheim/München: Juventa Verlag.

Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans (Hg.) (2016). Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. 3. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Gut, Andreas (2014). Aufsuchen, Unterstützen, Beraten. Lebensweltorientierung und Familientherapie in der Sozialpädagogischen Familienhilfe. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

Hauss, Gisela/Ziegler, Béatrice (Hg.) (2010). Helfen Erziehen Verwalten. Beiträge der Geschichte der Sozialen Arbeit in St. Gallen. Zürich: Seismo Verlag.

Hegerl, Ulrich/Althaus, David/Reiners, Holger (2016). Das Rätsel Depression. Eine Krankheit wird entschlüsselt. 3. Aufl. München: Verlag C.H. Beck oHG.

Hoch, Michaela/Wienand-Kranz, Dorothee/Wiegand-Grefe Silke (2013). Familien mit psychisch kranken Eltern. Bewältigungsstrategien der gesamten Familie. In: Wiegand-Grefe, Silke/Wagenblass, Sabine (Hg.) (2013). Qualitative Forschungen in Familien mit psychisch erkrankten Eltern. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S. 125 – 150.

Huber, Dorothea/Günther Klug (2016). Psychoanalyse der Depression. Verstehen – Behandeln – Forschen. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Jud, Barbara (2012). Das hilft bei Depression. Die dunklen Gesichter einer Depression. Wann eine Behandlung angezeigt ist. Was dagegen hilft. Mit vielen Tipps für Betroffene und Angehörige. In: Gesundheitstipp Ratgeber (21).

Jungbauer, Johannes (2014). Familienpsychologie. Kompakt. 2. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

Kessler, Helga/Hell, Daniel (2002). Wege aus der Depression. Burn-out, Lebenskrise, Stress. Hilfe für Betroffene und Angehörige. 3. Aufl. Zürich: Beobachter-Buchverlag.

Kinderschutz Schweiz (o.J.). Kinder psychisch belasteter Eltern. URL: <https://www.kinderschutz.ch/de/kinder-psychisch-belasteter-eltern.html> [Zugriffsdatum: 1. Februar 2019].

Kraus, Björn (2006). Lebenswelt und Lebensweltorientierung. Eine begriffliche Revision als Angebot an eine systemisch-konstruktivistische Sozialarbeitswissenschaft. In: Zeitschrift für Systemische Therapie und Familientherapie. Bd. 37. Heft 02/06. S. 116 – 129. UR: https://www.pedocs.de/volltexte/2016/12387/pdf/Kontext_2006_2_Kraus_Lebenswelt.pdf [Zugriffsdatum: 22. April 2019].

Kreft, Dieter/Mielenz, Ingrid (Hg.) (2017). Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 8. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Lenz, Albert (2005). Kinder psychisch kranker Eltern. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Lenz, Albert (2012). Basiswissen: Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.

Lenz, Albert/Brockmann, Eva (2013). Kinder psychisch kranker Eltern stärken. Informationen für Eltern, Erzieher und Lehrer. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Lexow, Anja/Wiese, Meike/Hahlweg Kurt (2008). Kinder psychisch kranker Eltern: Ihre Chancen, im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie der Eltern zu profitieren. In: Lenz, Albert/Jungbauer, Johannes (Hg.) (2008). Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 91 – 112.

Mayrhofer, Hemma (2012). Niederschwelligkeit in der Sozialen Arbeit. Funktionen und Formen aus soziologischer Perspektive. Wiesbaden: Springer VS.

Plass, Angela/Wiegand-Grefe, Silke (2012). Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

Pro Mente Sana (2015). Selbsthilfe im Internet. URL: <https://www.promentesana.ch/de/wissen/selbsthilfe/selbsthilfe-im-internet.html> [Zugriffsdatum: 18. Juni 2019]

Roedenbeck, Maja (2016). Kindheit im Schatten. Wenn Eltern krank sind und Kinder stark sein müssen. Berlin: Christoph Links Verlag GmbH.

rötel FEST (2019). Unterstützung in allen Schief- und Lebenslagen. URL: <https://www.roetel.ch/fest/> [Zugriffsdatum: 10. Juni 2019].

Schone, Reinhold/Wagenblass, Sabine (2010). Wenn Eltern psychisch krank sind... Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. 3. Aufl. Weinheim/München: Juventa Verlag.

Schütz, Alfred/Luckmann, Thomas (2003). Strukturen der Lebenswelt. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2013). Depressionen in der Schweizer Bevölkerung. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration. In: Obsan Bericht. (56). S. 1 – 138.

Schweizerische Versicherungsanstalt (2018). Psychische Probleme überdecken das wahre Gesicht. URL: https://www.svazurich.ch/dam/doku/Medienmitteilung_IV-Kampagne_fuer_Arbeitgeber.pdf [Zugriffsdatum: 7. Mai 2019].

Sotomo/Pro Mente Sana (2018). «Wie geht's dir?». Ein psychisches Stimmungsbild der Schweiz. URL: <https://www.wie-gehts-dir.ch/assets/images/contentImages/wie-gehts-dir-Studie-sotomo.pdf> [Zugriffsdatum: 8. Juni 2019].

Sozialdepartement der Stadt Zürich (2019). Familienberatung. In: https://www.stadt-zuerich.ch/sd/de/index/familien_kinder_jugendliche/beratung/familienberatung.html [Zugriffsdatum: 4. März 2019].

Sozialpädagogische Familienbegleitung (2017). Auswertung SPF Statistik 2017. In: <https://www.spf-fachverband.ch/assets/files/Auswertung%20Statistik%20SPF%20Fachverband%20Schweiz%202017.pdf> [Zugriffsdatum: 2. Februar 2019].

Stark, Wolfgang (o.J.). Empowerment. In: Dorsch. Lexikon der Psychologie. 18. Aufl. URL: <https://portal.hogrefe.com/dorsch/depression-1/> [Zugriffsdatum: 27. Juni 2019].

Steiner, Olivier/Wetzler, Marina (2015). Ambulante erzieherische Hilfen im Kanton Bern: Angebot, Zugänge und Finanzierung (Teilstudienbericht 2). Basel: Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit.

Thiersch, Hans (1982). Alltagshandeln und Sozialpädagogik. In: Hans Thiersch (2015). Soziale Arbeit und Lebensweltorientierung: Konzepte und Kontexte. Gesammelte Aufsätze. Bd. 1. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S. 277 – 304.

Thiersch, Hans (2014). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. 9. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Thiersch, Hans/Grunwald, Klaus (2014). Lebensweltorientierung. In Thiersch, Hans (2015). Soziale Arbeit und Lebensweltorientierung: Konzepte und Kontexte. Gesammelte Aufsätze. Bd. 1. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S. 327 – 363.

Thiersch, Hans/Grunwald, Klaus/Königter, Stefan (2012). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In: Thole, Werner (Hg.) (2012). Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2012. S. 175 – 194.

Timmermann, Helene (2016). Wir wollen doch gute Eltern sein ... Psychisch kranke Eltern als Bündnispartner in der Psychotherapie ihres Kindes. In: Bründl, Peter/Endres, Manfred/Hauser, Susanne (Hg.) (2016). Jahrbuch der Kinder- und Jugendlichen-Psychoanalyse. Elternschaft: klinische und entwicklungs-psychologische Perspektiven. Bd. 5. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel Verlag GmbH. S. 146 – 164.

Uhlendorff, Uwe/Euteneuer, Matthias/Sabla, Kim-Patrick (2013). Soziale Arbeit mit Familien. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag.

von Spiegel, Hiltrud (2013). Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. 5. Aufl. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Warner, Lisa Marie (o.J.). Resilienz. In: Dorsch. Lexikon der Psychologie. 18. Aufl. URL: <https://portal.hogrefe.com/dorsch/resilienz-1/> [Zugriffsdatum: 7. Juni 2019].

Welter-Enderlin, Rosmarie/Hildenbrand, Bruno (Hg.) (2008). Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

Wetzel, Marina/Fellmann, Lukas (2015). Leistungsbeschreibung, Zeitrahmen, Umfang, Leistungsabgeltung, Meldepflicht, Anerkennungsvoraussetzungen für Sozialpädagogische Familienbegleitung im Kanton Bern (Arbeitspaket 3). Basel: Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit. S. 1 – 4.

Wittchen, Hans-Ulrich (2011). Diagnostische Klassifikation psychischer Störungen. In: Wittchen, Hans-Ulrich/Hoyer, Jürgen (Hg.) (2011). Klinische Psychologie & Psychotherapie. 2. Aufl. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag. S. 27 – 55.

Wolfersdorf, Manfred (1994). Depression. Verstehen und bewältigen. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.

Titelbild:

Abb.: Mutter und Kind

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/196229/Psychisch-krank-Eltern-Forschung-soll-Versorgung-der-Kinder-verbessern> [Zugriffsdatum: 2. Februar 2019].

Abbildungen:

Abb. 1: Die vielen Gesichter der Depression

Baum, Katja/Wittchen, Hans-Ulrich (2011). Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. In: Wittchen, Hans-Ulrich/Hoyer, Jürgen (Hg.) (2011). Klinische Psychologie & Psychotherapie. 2. Aufl. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag. S. 879 – 914.

Abb. 2: Klassifikation «Psychische und Verhaltensstörungen»

DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hg.) (2019). Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. German Modification. Version 2019. Psychische und Verhaltensstörungen. URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kode-suche/html-amtl2019/block-f30-f39.htm> [Zugriffsdatum: 2. Juni 2019].

Abb. 3: Konzeptuelles Ätiologiemodell der Depression

Baum, Katja/Wittchen, Hans-Ulrich (2011). Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. In: Wittchen, Hans-Ulrich/Hoyer, Jürgen (Hg.) (2011). Klinische Psychologie & Psychotherapie. 2. Aufl. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag. S. 879 – 914.

Anhang

Anhang A: Empowerment (Stark o.J.: o.S.)

[engl. Selbstbefähigung, Ermächtigung], **[GES, KLI]**, E. als praxisorientiertes Konzept ist ursprünglich in der [Gemeindepsychologie](#) beheimatet, hat aber in den letzten Jahren verstärkt Eingang in [Public Health](#), [Gesundheitsförderung](#), Soziale Arbeit, Entwicklungszusammenarbeit und auch [Organisationsentwicklung](#) gefunden. E. zielt darauf ab, dass Menschen die [Fähigkeit](#) entwickeln und verbessern, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten und sich nicht gestalten zu lassen. Psychosoziale Praktiker in versch. Arbeitsfeldern tragen durch ihre Arbeit dazu bei, alle Bedingungen zu schaffen, die eine «Bemächtigung» der Betroffenen fördern, und es ihnen ermöglichen, ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben zu führen. Insofern bedient E. die Schnittstelle zw. indiv. und sozialem Wandel. Prozesse des E. beziehen sich auf solidarische Aktionen von oft marginalisierten Personen und Gruppen (z. B. [Selbsthilfe](#)). Durch gegenseitige Unterstützung ([soziale Unterstützung](#)) und soziale Aktion sollen diskriminierende Lebensbedingungen überwunden werden. Ergebnis dieser Prozesse ist meist die Aufhebung von Ohnmacht und ein gestärktes Selbstbewusstsein für die Betroffenen – also eine Umverteilung von Macht im Kleinen: Es entwickelt sich ein pos. und aktives [Gefühl](#) des «In-der-Welt-Seins»; es entwickeln sich Fähigkeiten, [Strategien](#) und Ressourcen ([Ressourcen, gesundheitsbezogene](#)) um aktiv und gezielt indiv. und gemeinschaftliche [Ziele](#) zu erreichen; es wird [Wissen](#) und Können erworben, das zu einem kritischen Verständnis der sozialen und politischen Verhältnisse und der eigenen sozialen Umwelt führt.

Grundlage für diese Perspektive sind Erkenntnisse aus einer Reihe wiss. Studien, nach denen eine wichtige Voraussetzung für körperliches und seelisches [Wohlbefinden](#) die Fähigkeiten und Möglichkeiten einer Person sind, ihr eigenes Leben selbst zu kontrollieren. Die Def. von Prozessen des E. fällt normalerweise nicht leicht und lässt sich eher über das Gegenteil erschließen: Machtlosigkeit, [erlernte Hilflosigkeit](#) oder Kontrollverlust sind Begriffe, die in der psychosozialen Arbeit sehr viel häufiger gebraucht werden als ihre pos. Gegenteile. Der Defizitblickwinkel psychosozialer Professionen wird dabei – auch i. S. der «positiven Ps.» – umgekehrt. E. beschreibt Prozesse von Einzelnen ([Individuum](#)), [Gruppen](#) und Strukturen hin zu größerer gemeinschaftlicher Stärke und Handlungsfähigkeit. Psychosoziale Praktiker können für deren Entdeckung im Alltag sensibel werden und sie gezielt fördern – etwa durch Bereitstellung von instrumentellen Hilfen (Räume, Finanzen etc.), ggf. durch [Beratung](#) von Personen, Gruppen oder Organisationen oder durch sozialpolitische Einflussnahme. Professionelle können auch aus der Analyse dieser Prozesse lernen, welche Bedingungen und Situationen E. fördern oder behindern. Professionelle Förderung von Prozessen des E. benötigt die Entwicklung eines sozialen Klimas und einer professionellen Haltung, die den Fokus der Arbeit auf vorhandene oder verschüttete Ressourcen und [Kompetenzen](#) lenkt. Solche Ressourcen sind nicht begrenzt und damit erweiterbar, wenn Ressourcen auf der indiv. Ebene mit denen der Gruppenebene oder den sozialen Strukturen verbunden werden. Der Anstoß von Prozessen des E. durch Professionelle erfolgt durch die Verknüpfungen versch. Ebenen – durch die Herstellung von Zusammenhängen. Eine professionelle Haltung des E. bedeutet immer die Arbeit im und am sozialen Kontext.

Erfolgreiche Prozesse des E. wirken über Erfahrungen ([Erfahrung](#)) der Selbstorganisation für Einzelne und Gruppen praktisch immer kompetenzfördernd. Professionelle dagegen müssen lernen, stärker als bisher die dafür fördernden Rahmenbedingungen zur Verfügung zu stellen oder zu entwickeln, jedoch sich selbst nicht oder nur sehr vorsichtig in den Prozess einzumischen. Diese Haltung einer «Arbeit am und im sozialen Kontext» bedeutet, die Möglichkeiten zu verbessern, damit benachteiligte Menschen ihre Interessen besser vertreten können – und nicht diese Interessen für die «Betroffenen» zu vertreten. Dadurch werden Prozesse angestoßen, durch die die Zielgruppen von E. persönliche, organisatorische und gemeinschaftliche Ressourcen erhalten und sich erarbeiten, die sie befähigen, größere Kontrolle über ihr Leben auszuüben und ihre Ziele zu erreichen. E. als Grundlage psychosozialer Arbeit hat weitreichende Konsequenzen für ein professionelles und freiwilliges Engagement im psychosozialen und Gesundheitsbereich – bes. im Bereich vorbeugender, präventiver Ansätze ([Prävention](#)). Es verlässt die hierarchische oder paternalistische Ebene vieler sozialer und gesundheitlicher Dienstleistungen, die Hilfe für andere als Hilfe und Fürsorge für Schwächere ansieht. E. sucht und betont die weiterhin vorhandenen Stärken und Ressourcen, v. a. die Rechte von Hilfe- und Ratsuchenden, die in der traditionellen psychosozialen Arbeit oft vernachlässigt wurden.

ICD-10-GM Version 2019

Kapitel V

Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)

Affektive Störungen (F30-F39)

Diese Gruppe enthält Störungen deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität entweder zur Depression - mit oder ohne begleitende(r) Angst - oder zur gehobenen Stimmung bestehen. Dieser Stimmungswechsel wird meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Die meisten anderen Symptome beruhen hierauf oder sind im Zusammenhang mit dem Stimmungs- und Aktivitätswechsel leicht zu verstehen. Die meisten dieser Störungen neigen zu Rückfällen. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen.

F30.- Manische Episode

Alle Untergruppen dieser Kategorie dürfen nur für eine einzelne Episode verwendet werden. Hypomanische oder manische Episoden bei Betroffenen, die früher eine oder mehrere affektive (depressive, hypomanische, manische oder gemischte) Episoden hatten, sind unter bipolarer affektiver Störung (F31.-) zu klassifizieren.

Inkl.:

Bipolare Störung, einzelne manische Episode

F30.0 Hypomanie

Eine Störung, charakterisiert durch eine anhaltende, leicht gehobene Stimmung, gesteigerten Antrieb und Aktivität und in der Regel auch ein auffallendes Gefühl von Wohlbefinden und körperlicher und seelischer Leistungsfähigkeit. Gesteigerte Geselligkeit, Gesprächigkeit, übermäßige Vertraulichkeit, gesteigerte Libido und vermindertes Schlafbedürfnis sind häufig vorhanden, aber nicht in dem Ausmaß, dass sie zu einem Abbruch der Berufstätigkeit oder zu sozialer Ablehnung führen. Reizbarkeit, Selbstüberschätzung und flegelhaftes Verhalten können an die Stelle der häufigen euphorischen Geselligkeit treten. Die Störungen der Stimmung und des Verhaltens werden nicht von Halluzinationen oder Wahn begleitet.

F30.1 Manie ohne psychotische Symptome

Die Stimmung ist situationsinadäquat gehoben und kann zwischen sorgloser Heiterkeit und fast unkontrollierbarer Erregung schwanken. Die gehobene Stimmung ist mit vermehrtem Antrieb verbunden, dies führt zu Überaktivität, Rededrang und vermindertem Schlafbedürfnis. Die Aufmerksamkeit kann nicht mehr aufrechterhalten werden, es

kommt oft zu starker Ablenkbarkeit. Die Selbsteinschätzung ist mit Größenideen oder übertriebenem Optimismus häufig weit überhöht. Der Verlust normaler sozialer Hemmungen kann zu einem leichtsinnigen, rücksichtslosen oder in Bezug auf die Umstände unpassenden und persönlichkeitsfremden Verhalten führen.

F30.2 Manie mit psychotischen Symptomen

Zusätzlich zu dem unter F30.1 beschriebenen klinischen Bild treten Wahn (zumeist Größenwahn) oder Halluzinationen (zumeist Stimmen, die unmittelbar zum Betroffenen sprechen) auf. Die Erregung, die ausgeprägte körperliche Aktivität und die Ideenflucht können so extrem sein, dass der Betroffene für eine normale Kommunikation unzugänglich wird.

Manie mit parathymen psychotischen Symptomen

Manie mit synthymen psychotischen Symptomen

Manischer Stupor

F30.8 Sonstige manische Episoden

F30.9 Manische Episode, nicht näher bezeichnet

Manie o.n.A.

F31.- Bipolare affektive Störung

Hierbei handelt es sich um eine Störung, die durch wenigstens zwei Episoden charakterisiert ist, in denen Stimmung und Aktivitätsniveau des Betroffenen deutlich gestört sind. Diese Störung besteht einmal in gehobener Stimmung, vermehrtem Antrieb und Aktivität (Hypomanie oder Manie), dann wieder in einer Stimmungssenkung und vermindertem Antrieb und Aktivität (Depression). Wiederholte hypomanische oder manische Episoden sind ebenfalls als bipolar zu klassifizieren.

Inkl.:

Manisch-depressiv:

- Krankheit
- Psychose
- Reaktion

Exkl.:

Bipolare affektive Störung, einzelne manische Episode (F30.-)

Zyklothymia (F34.0)

F31.0 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode

Der betroffene Patient ist gegenwärtig hypomanisch (siehe F30.0) und hatte wenigstens eine weitere affektive Episode (hypomanisch, manisch, depressiv oder gemischt) in der Anamnese.

F31.1 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome

Der betroffene Patient ist gegenwärtig manisch, ohne psychotische Symptome (siehe F30.1) und hatte wenigstens eine weitere affektive Episode (hypomanisch, manisch, depressiv oder gemischt) in der Anamnese.

F31.2 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen

Der betroffene Patient ist gegenwärtig manisch, mit psychotischen Symptomen (F30.2) und hatte wenigstens eine weitere affektive Episode (hypomanisch, manisch, depressiv oder gemischt) in der Anamnese.

F31.3 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode

Der betroffene Patient ist gegenwärtig depressiv, wie bei einer leichten oder mittelgradigen depressiven Episode (siehe F32.0 oder F32.1) und hatte wenigstens eine eindeutig diagnostizierte hypomanische, manische oder gemischte Episode in der Anamnese.

F31.4 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

Der betroffene Patient ist gegenwärtig depressiv, wie bei einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (siehe F32.2) und hatte wenigstens eine eindeutig diagnostizierte hypomanische, manische oder gemischte Episode in der Anamnese.

F31.5 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen

Der betroffene Patient ist gegenwärtig depressiv, wie bei einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen (siehe F32.3) und hatte wenigstens eine eindeutig diagnostizierte hypomanische, manische oder gemischte Episode in der Anamnese.

F31.6 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode

Der betroffene Patient hatte wenigstens eine eindeutig diagnostizierte hypomanische, manische, depressive oder gemischte affektive Episode in der Anamnese und zeigt gegenwärtig entweder eine Kombination oder einen raschen Wechsel von manischen und depressiven Symptomen.

Exkl.:

Einzelne gemischte affektive Episode (F38.0)

F31.7 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig remittiert

Der betroffene Patient hatte wenigstens eine eindeutig diagnostizierte hypomanische, manische oder gemischte affektive Episode und wenigstens eine weitere affektive Episode (hypomanisch, manisch, depressiv oder gemischt) in der Anamnese; in den letzten Monaten und gegenwärtig besteht keine deutliche Störung der Stimmung. Auch Remissionen während einer prophylaktischen Behandlung sollen hier kodiert werden.

F31.8 Sonstige bipolare affektive Störungen

Bipolar-II-Störung

Rezidivierende manische Episoden o.n.A.

F31.9 Bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet

F32.- Depressive Episode

Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten "somatischen" Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen.

Inkl.:

Einzelne Episoden von:

- depressiver Reaktion
- psychogener Depression
- reaktiver Depression (F32.0, F32.1, F32.2)

Exkl.:

Anpassungsstörungen (F43.2)

depressive Episode in Verbindung mit Störungen des Sozialverhaltens (F91.-, F92.0)

rezidivierende depressive Störung (F33.-)

F32.0 Leichte depressive Episode

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

F32.1 Mittelgradige depressive Episode

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

F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

Eine depressive Episode mit mehreren oben angegebenen, quälenden Symptomen. Typischerweise bestehen ein Verlust des Selbstwertgefühls und Gefühle von Wertlosigkeit und Schuld. Suizidgedanken und -handlungen sind häufig, und meist liegen einige somatische Symptome vor.

Einzelne Episode einer agitierten Depression

Einzelne Episode einer majoren Depression [major depression] ohne psychotische Symptome

Einzelne Episode einer vitalen Depression ohne psychotische Symptome

F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen

Eine schwere depressive Episode, wie unter F32.2 beschrieben, bei der aber Halluzinationen, Wahnideen, psychomotorische Hemmung oder ein Stupor so schwer ausgeprägt sind, dass alltägliche soziale Aktivitäten unmöglich sind und Lebensgefahr durch Suizid und mangelhafte Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme bestehen kann. Halluzinationen und Wahn können, müssen aber nicht, synthym sein.

Einzelne Episoden:

- majore Depression [major depression] mit psychotischen Symptomen
- psychogene depressive Psychose
- psychotische Depression
- reaktive depressive Psychose

F32.8 Sonstige depressive Episoden

Atypische Depression

Einzelne Episoden der "larvierten" Depression o.n.A.

F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet

Depression o.n.A.

Depressive Störung o.n.A.

F33.- Rezidivierende depressive Störung

Hierbei handelt es sich um eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden (F32.-) charakterisiert ist. In der Anamnese finden sich dabei keine unabhängigen Episoden mit gehobener Stimmung und vermehrtem Antrieb (Manie). Kurze Episoden von leicht gehobener Stimmung und Überaktivität (Hypomanie) können allerdings unmittelbar nach einer depressiven Episode, manchmal durch eine antidepressive Behandlung mitbedingt, aufgetreten sein. Die schwereren Formen der rezidivierenden depressiven Störung (F33.2 und .3) haben viel mit den früheren Konzepten der manisch-depressiven Krankheit, der Melancholie, der vitalen Depression und der endogenen Depression gemeinsam. Die erste Episode kann in jedem Alter zwischen Kindheit und Senium auftreten, der Beginn kann akut oder schleichend sein, die Dauer reicht von wenigen Wochen bis zu vielen Monaten. Das Risiko, dass ein Patient mit rezidivierender depressiver Störung eine manische Episode entwickelt, wird niemals vollständig aufgehoben, gleichgültig, wie viele depressive Episoden aufgetreten sind. Bei Auftreten einer manischen Episode ist die Diagnose in bipolare affektive Störung zu ändern (F31.-).

Inkl.:

Rezidivierende Episoden (F33.0 oder F33.1):

- depressive Reaktion
- psychogene Depression
- reaktive Depression

Saisonale depressive Störung

Exkl.:

Rezidivierende kurze depressive Episoden (F38.1)

F33.0 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode

Eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden gekennzeichnet ist, wobei die gegenwärtige Episode leicht ist (siehe F32.0), ohne Manie in der Anamnese.

F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode

Anhang

Eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden gekennzeichnet ist, wobei die gegenwärtige Episode mittelgradig ist (siehe F32.1), ohne Manie in der Anamnese.

F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome

Eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden gekennzeichnet ist, wobei die gegenwärtige Episode schwer ist, ohne psychotische Symptome (siehe F32.2) und ohne Manie in der Anamnese.

Endogene Depression ohne psychotische Symptome

Manisch-depressive Psychose, depressive Form, ohne psychotische Symptome

Rezidivierende majore Depression [major depression], ohne psychotische Symptome

Rezidivierende vitale Depression, ohne psychotische Symptome

F33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen

Eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden gekennzeichnet ist; die gegenwärtige Episode ist schwer, mit psychotischen Symptomen (siehe F32.3), ohne vorhergehende manische Episoden.

Endogene Depression mit psychotischen Symptomen

Manisch-depressive Psychose, depressive Form, mit psychotischen Symptomen

Rezidivierende schwere Episoden:

- majore Depression [major depression] mit psychotischen Symptomen
- psychogene depressive Psychose
- psychotische Depression
- reaktive depressive Psychose

F33.4 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert

Die Kriterien für eine der oben beschriebenen Störungen F33.0-F33.3 sind in der Anamnese erfüllt, aber in den letzten Monaten bestehen keine depressiven Symptome.

F33.8 Sonstige rezidivierende depressive Störungen

F33.9 Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet

Monopolare Depression o.n.A.

F34.-Anhaltende affektive Störungen

Hierbei handelt es sich um anhaltende und meist fluktuierende Stimmungsstörungen, bei denen die Mehrzahl der einzelnen Episoden nicht ausreichend schwer genug sind, um als hypomanische oder auch nur leichte depressive Episoden gelten zu können. Da sie jahrelang, manchmal den größeren Teil des Erwachsenenlebens, andauern, ziehen sie beträchtliches subjektives Leiden und Beeinträchtigungen nach sich. Gelegentlich können rezidivierende oder einzelne manische oder depressive Episoden eine anhaltende affektive Störung überlagern.

F34.0 Zylothymia

Hierbei handelt es sich um eine andauernde Instabilität der Stimmung mit zahlreichen Perioden von Depression und leicht gehobener Stimmung (Hypomanie), von denen aber keine ausreichend schwer und anhaltend genug ist, um die Kriterien für eine bipolare affektive Störung (F31.-) oder rezidivierende depressive Störung (F33.-) zu erfüllen. Diese Störung kommt häufig bei Verwandten von Patienten mit bipolarer affektiver Störung vor. Einige Patienten mit Zylothymia entwickeln schließlich selbst eine bipolare affektive Störung.

Affektive Persönlichkeit(störung)

Zykloide Persönlichkeit

Zylothyme Persönlichkeit

F34.1 Dysthymia

Hierbei handelt es sich um eine chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung (F33.-) zu erfüllen.

Anhaltende ängstliche Depression

Depressiv:

- Neurose
- Persönlichkeit(störung)

Neurotische Depression

Exkl.:

Ängstliche Depression (leicht, aber nicht anhaltend) (F41.2)

F34.8 Sonstige anhaltende affektive Störungen

F34.9 Anhaltende affektive Störung, nicht näher bezeichnet

F38.-Andere affektive Störungen

Anhang

Hierbei handelt es sich um eine Restkategorie für Stimmungsstörungen, die die Kriterien der oben genannten Kategorien F30-F34 in Bezug auf Ausprägung und Dauer nicht erfüllen.

F38.0Andere einzelne affektive Störungen

Gemischte affektive Episode

F38.1Andere rezidivierende affektive Störungen

Rezidivierende kurze depressive Episoden

F38.8Sonstige näher bezeichnete affektive Störungen

F39Nicht näher bezeichnete affektive Störung

Inkl.:

Affektive Psychose o.n.A.

Tabella 6.3

Die Fremden-Situation und ihre Episoden

Episode	Ereignisse	Das zu beobachtende Bindungsverhalten
1	Der Versuchsleiter begrüßt die Bezugsperson (Mutter oder Vater) und das Baby. Danach werden sie in ein Zimmer geführt, das mit Spielzeug, einer (versteckten) Kamera und zwei Stühlen ausgestattet ist.	
2	Mutter und Kind sind jetzt allein im Raum und machen sich mit der Situation vertraut. Die Mutter setzt sich und in der Regel beginnt das Kind, die Umgebung ein wenig zu explorieren.	Die Bezugsperson als sichere Basis
3	Nach drei Minuten betritt eine Fremde den Raum, setzt sich zunächst schweigend auf den Stuhl, plaudert dann mit der Mutter und versucht schließlich, mit dem Kind Kontakt aufzunehmen.	Reaktion auf einen unbekanntem Erwachsenen
4	Die Mutter verlässt nun unauffällig den Raum und die Fremde wendet sich dem Kind zu und bietet Trost an, wenn es Stressreaktionen erkennen lässt.	Trennungsangst
5	Nach drei Minuten (oder früher, wenn das Kind zu großen Stress erkennen lässt) kehrt die Mutter zurück, begrüßt ihr Kind und bietet wenn nötig Trost an. Die Fremde verlässt den Raum nach dem Eintritt der Mutter, die jetzt wieder mit ihrem Kind allein ist.	Reaktion auf die Wiedervereinigung
6	Nach drei Minuten verlässt die Mutter das Kind erneut. Das Kind ist jetzt allein.	Trennungsangst
7	Kurze Zeit später betritt die Fremde wieder den Raum und macht ein Spiel- oder Trostangebot.	Fähigkeit des Kindes, sich von einer Fremden beruhigen zu lassen
8	Dann kommt die Mutter zurück und die Fremde geht. Die Mutter begrüßt ihr Kind, bietet Trost an wenn nötig und versucht, das Kind wieder für das Spielzeug zu interessieren.	Reaktion auf die Wiedervereinigung

Zu beachten: Episode 1 dauert etwa 30 Sekunden; jede weitere Episode etwa drei Minuten. Die Trennungsepisoden werden verkürzt, wenn das Kind zu sehr weint. Die Episoden der Wiedervereinigung werden verlängert, wenn das Kind mehr Zeit benötigt, um sich wieder zu beruhigen und sich wieder dem Spiel zuzuwenden.

Quelle: Ainsworth et al., 1978.

Gemäß Bowlby (1980) konstruieren Kinder aus ihren Erfahrungen dieser vier Phasen heraus eine andauernde Bindung zu ihrer Bezugsperson, die sie in der Abwesenheit ihrer Eltern als sichere Basis nutzen können. Diese innere Repräsentation wird zu einem wichtigen Teil der eigenen Persönlichkeit. Sie dient als **inneres Arbeitsmodell** bzw. als ein Set von Erwartungen an die Verfügbarkeit der Bindungspersonen sowie der Wahrscheinlichkeit, dass diese dem Kind in stressreichen Situationen Unterstützung bieten. Die innere Repräsentation wird mit der Zeit zum Modell, zu einer Art Leitfigur, die sich auf alle zukünftigen engen Beziehungen auswirkt (Bretherton, 1992).

6.4.2 Die Messung der Bindungssicherheit

Obwohl nahezu alle Säuglinge, die in einer Familie aufwachsen, bis zum Ende des zweiten Lebensjahres an eine ihnen vertraute Bezugsperson gebunden sind, variiert doch die Qualität dieser Beziehung von Kind zur Kind. Eine verbreitete Methode zur Beurteilung der Bindungsqualitäten im Alter von ein bis zwei Jahren ist die **Fremden-Situation**. In ihrer Entwicklung gingen Mary Ainsworth und ihre Mitarbeiter davon aus, dass sicher gebundene Säuglinge und Kleinkinder ihre Bezugsperson als **sichere Basis** nutzen würden, von der aus sie ein ihnen unbekanntes Spielzimmer explorieren würden. Wenn die Bezugsperson den Raum verlässt, sollte man zudem davon ausgehen können, dass eine dem Kind

fremde Person sich weniger beruhigend auswirkt als die Bezugsperson. Wie Sie in der Zusammenfassung in Tabelle 6.3 erkennen können, durchläuft der Säugling in der Fremden-Situation acht kurze Episoden, in denen sich kurze Trennungen mit Wiedervereinigungen mit der Bezugsperson abwechseln.

Durch die Beobachtung, wie die Säuglinge auf diese Episoden reagierten, war es den Wissenschaftlern möglich, ein sicheres Bindungsmuster und drei unsichere Bindungsmuster zu identifizieren. Einige der Säuglinge allerdings konnten keinem dieser Bindungsmuster zugeordnet werden (Ainsworth et al., 1978; Barnett & Vondra, 1999; Main & Solomon, 1990). Welcher Bindungskategorie konnte wohl Anna zugeordnet werden, nachdem sie sich in ihre Adoptivfamilie eingepasst hatte? (Siehe auch die Beschreibung zu Beginn dieses Kapitels.)

- **Sichere Bindung.** Diese Kinder nutzen die Bezugsperson als eine sichere Basis, von der aus sie ihre Umgebung explorieren. Wenn sie von ihr getrennt sind, kann es sein, dass sie weinen. Wenn sie weinen, dann deshalb, weil die Bezugsperson abwesend ist und sie diese der Fremden vorziehen. Wenn die Bezugsperson wiederkehrt, suchen sie aktiv Körperkontakt und wollen getröstet werden, woraufhin sie sich nach kurzer Zeit wieder beruhigen und dem Spiel erneut zuwenden. Etwa 65 % der nordamerikanischen Kinder und 58 % der deutschen Kinder können als sicher gebunden klassifiziert werden.
- **Unsicher-vermeidende Bindung.** Diese Kinder scheinen auf die anwesende Bezugsperson nicht zu reagieren. Wenn diese den Raum verlässt, registrieren sie ihr Verschwinden kaum, reagieren für gewöhnlich wenig oder gar nicht mit Beunruhigung und reagieren auch auf die fremde Person in ähnlicher Weise wie auf die Bezugsperson. Bei der Wiedervereinigung mit der Bezugsperson reagieren sie eher mit Ablehnung oder begrüßen diese nur sehr zögerlich. Sie wollen nicht auf den Arm genommen und getröstet werden und klammern sich auch nicht an. Etwa 20 % der nordamerikanischen Kinder und etwa 35 % der deutschen Kinder können als unsicher-vermeidend gebunden klassifiziert werden.
- **Unsicher-ambivalente (resistente) Bindung.** Vor der Trennungsepisode suchen diese Kinder häufig die Nähe der Bezugsperson und

auch die Exploration ihrer Umgebung gelingt ihnen häufig nicht. Nach der Trennung zeigen diese Kinder den größten Stress und weinen heftig. Bei der Wiedervereinigung drücken sie einerseits den Wunsch nach Körperkontakt und Nähe aus, andererseits reagieren sie aber auch wütend und ablehnend mit aggressivem Verhalten, etwa mit Strampeln, Schlagen, Stoßen oder Abwenden. Auch nachdem sie auf den Arm genommen wurden, können sie kaum beruhigt werden und brauchen in der Regel eine längere Zeit, bis sie wieder einen emotional stabilen Zustand erreicht haben. Etwa 10 bis 15 % der nordamerikanischen Kinder und 8 % der deutschen Kinder weisen ein unsicher-ambivalentes Bindungsmuster auf.

- **Unsicher-desorganisierte/desorientierte Bindung.** Dieses Muster reflektiert die größte Unsicherheit. Bei der Wiedervereinigung zeigen die Kinder eine ganze Reihe konfuser, sich widersprechender Verhaltensweisen. Zum Beispiel wenden sie sich ab, während sie von der Bezugsperson auf den Arm genommen werden, oder sie nähern sich ihr mit einem flachen, depressiv anmutenden Emotionsausdruck. Einige stoßen Schreie aus, auch nachdem sie sich schon beruhigt hatten. Ihre Bewegungen können mitten im Bewegungsablauf erstarren und scheinbar einfrieren. Etwa 5 bis 10 % der nordamerikanischen Kinder und etwa 5 % der deutschen Kinder fallen unter diese Zusatzklassifikation eines desorganisierten Verhaltensmusters.

Die Reaktionen der Kinder auf die Fremden-Situation verdeutlichen, wie und ob sie die Bezugsperson als sichere Basis nutzen können sowie ihre Reaktion auf Trennungssituationen im Elternhaus (Pederson & Moran, 1996; Pederson et al., 1998). Aus diesem Grund eignet sich die Fremden-Situation als ein wirksames Messinstrument für die Beurteilung der Bindungssicherheit.

6.4.3 Die Stabilität der Bindungsqualität und ihre kulturellen Abweichungen

Die Forschung über die Stabilität der Bindungsmuster im Alter von ein bis zwei Jahren hatte eine ganze Reihe von Ergebnissen gebracht (Thompson, 1998).

Online-Beratung / telefonische Beratung

- Dargebotene Hand: <https://www.143.ch/Beratung/Beratungsangebot>
Kinderseele CH: <https://www.kinderseele.ch/> (speziell für Kinder und Jugendliche)
Pro Juventute: <https://www.147.ch/de/> (speziell für Kinder und Jugendliche)
Por Mente Sana: <https://www.promentesana.ch/de/beratung.html>
Seelsorge.net: https://www.seelsorge.net/de/gratis-psychologische-beratung/?gclid=EAlaIQob-ChMlrviYwvbz4glVxo4YCh1d7QF2EAAYASAAEgLNlvd_BwE

Professionelle Internetseiten mit Informationan

- medX: <https://www.medix.ch/wissen/guidelines/psychische-krankheiten/depression.html>
Pro Juventute: <https://www.projuventute.ch/> (speziell für Kinder und Jugendliche)
Pro Mente Sana: <https://www.promentesana.ch/de/beratung.html>
SGAD: <https://www.sgad.ch/de/> (Schweizerische Gesellschaft für Angst und Depression)

Betroffene

- Depression.ch: <http://www.depression.ch/de>
Equilibrium: <http://depressionen.ch/>
Selbsthilfe: <https://www.selbsthilfeschweiz.ch/shch/de/selbsthilfe-gesucht/themenliste.thema.f2e79495-cc3f-41d1-b1b7-393e7b05d7db.html>

Angehörige

- Beobachter: <https://www.beobachter.ch/foren/questions/13792/selbsthilfe-fuer-angehoerige-von-depressiven.html>
My Therapy: <https://www.mytherapyapp.com/de/blog/depression-familie-freunde-10-tipps>
Wie geht's dir?: https://www.wie-gehts-dir.ch/?gclid=EAlaIQobChMlrLy-GkPjz4glVj4GyCh08BwU3EAAYAyAAEqJazfD_BwE
ZGPP: <https://www.psychiatrie.ch/sqpp/patienten-und-angehoerige/psychiater suche/> (Suchhilfe)

SPF aus der CH

- Fachverband SPF: <https://www.spf-fachverband.ch/anbieter.html>
SPF Plus: <http://www.spfplus.ch/>

Familien- und Erziehungsberatung Angebote aus der CH

- Familienleben: <https://www.familienleben.ch/kind/erziehung/familienberatung-tipps-und-wichtige-adressen-2253/2>

Ambulante Psychotherapie aus derCH

- Ambulatorium IKP: https://psychotherapie-ikp.ch/anmeldung-therapie/?gclid=EAlaIQob-ChMlrLyGkPjz4glVj4GyCh08BwU3EAAYBCAAEgL-8_D_BwE
ZGPP: <https://www.psychiatrie.ch/sqpp/patienten-und-angehoerige/psychiater suche/> (Suchhilfe)



Woran erkennt man seriöse Gesundheitsinformationen im Internet?

Professor G. Eysenbach hat massgeblich an Qualitätsnormen für Gesundheitsinformationen im Internet mitgewirkt (z.B. [Medcircle](#)). Er hat einen „Internetwaschzettel“ entworfen der Patient_innen hilft gesundheitsbezogene Informationen im Internet kritisch zu betrachten und sich dazu bestimmte Fragen zu stellen. Wir haben seinen Internetwaschzettel leicht angepasst ohne die wesentlichen Inhalte zu verändern.

Die Föderation der Schweizer Psycholog_innen (FSP) hat Qualitätskriterien für psychologische Online Therapie –oder Beratung aufgestellt. www.psychologie.ch

Internetwaschzettel für Patient_innen

- An wen richtet sich die Website (Patient_in, Mediziner_innen, potentielle Kunden)? Was ist die Motivation oder Absicht der Webseite (Verkaufen? PR? Aufklären?).
- Ist der_die Betreiber_in der Internetseite mit Name, Anschrift etc. erkennbar? Schauen Sie im *Impressum* nach oder unter *Kontakt*.
- Wird offen dargelegt, wie sich die Webseite finanziert? Gibt es Industriegelder? Gibt es Beiträge, die deshalb im Netz sind, weil jemand den_die Betreiber_in dafür bezahlt?
- Achten sie auf das Datum der Webseite. Wird bei jeder Seite die letzte Überarbeitung genannt? Medizinisches Wissen kann rasch „veralten“.
- Sind der Autorennamen und die Qualifikation auf jeder Seite angegeben?
- Worauf basieren die Informationen des_r Autor_in (Quelle und "Evidenzlevel" der Informationen): Handelt es sich um eine einzelne Expertenmeinung ohne Quellenangabe (schlecht) oder können Beachtungsstudien (besser) oder sogar kontrollierte klinische Studien (am besten) zur Untermauerung der Aussagen zitiert werden.
- Werden Alternativen aufgezeigt? Prüfen Sie, ob die Webseite nur eine Seite der Medaille darstellt oder auch sorgfältig abwägend auf Risiken, Nebenwirkungen und Alternativen eingeht. Merke: In der Medizin ist nichts hundertprozentig sicher - man geht von Wahrscheinlichkeiten aus, macht Kosten-Nutzen-Abwägungen und passt Behandlungen individuell den Patient_innen an. Werden keine Alternativen aufgezeigt, so ist die Information vermutlich nicht objektiv.
- Wird ein "Diskussionsforum" moderiert und dadurch die Qualität gesichert? Wenn ja, wird beschrieben, nach welchen Kriterien dies geschieht?
- Sind Hinweise auf wissenschaftliche Evidenz, insbesondere Literaturhinweise auf sog. "randomisierte klinische Studien" ersichtlich? Können Sie die Aussagen überprüfen, d.h. sind wissenschaftliche Quellenangaben so gemacht, dass sie über eine Bibliothek die Originalaufsätze bestellen könnten?
- Sofern Sie produktbezogen recherchieren: Geben Sie den Namen des Produkts in eine Suchmaschine ein, und schauen Sie nach, was andere zu diesem Produkt sagen. Sind die Geschäftsbedingungen seriös oder liegen alle Risiken bei Ihnen?
- Erwecken die Erklärungen den Anschein, als würde einseitig ein bestimmtes (medikamentöses) Verfahren dargestellt oder auf spezielle Onlineshops hingewiesen?

Reden Sie mit Ihrem_r Arzt oder Ärztin bzw. einer geeignete Fachperson

Entscheidungen, die Ihre Gesundheit betreffen, sollten niemals allein auf eine Internetrecherche basieren. Nutzen Sie ihr Hintergrundwissen und fragen Sie auf jeden Fall ihre_n behandelnde Ärzt_in oder eine geeignete Fachperson nach ihrer_seiner Meinung. Auch wenn Sie denken, es sei schon nicht so schlimm.

Ehrenwörtliche Erklärung

Bachelor Thesis

Erklärung der Studierenden zur Bachelor Thesis

Name, Vorname: Fernandez, Marisa

Titel/Untertitel Bachelor Thesis:

Lebensweltorientierung von Familien mit einem an
Depression erkrankten Elternteil. Wie kann die
Soziale Arbeit betroffene Familien adäquat unterstützen?

Begleitung Bachelor Thesis:

Frau Dr. phil. Regula Berger

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelor Thesis selbstständig, ohne unerlaubte Hilfe und nur unter Benutzung der angegebenen Quellen, Hilfsmittel und Hilfeleistungen verfasst und sämtliche Zitate kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form, auch nicht in Teilen, keiner anderen Prüfungsinstanz vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Datum: 22.06.2019 Unterschrift: 