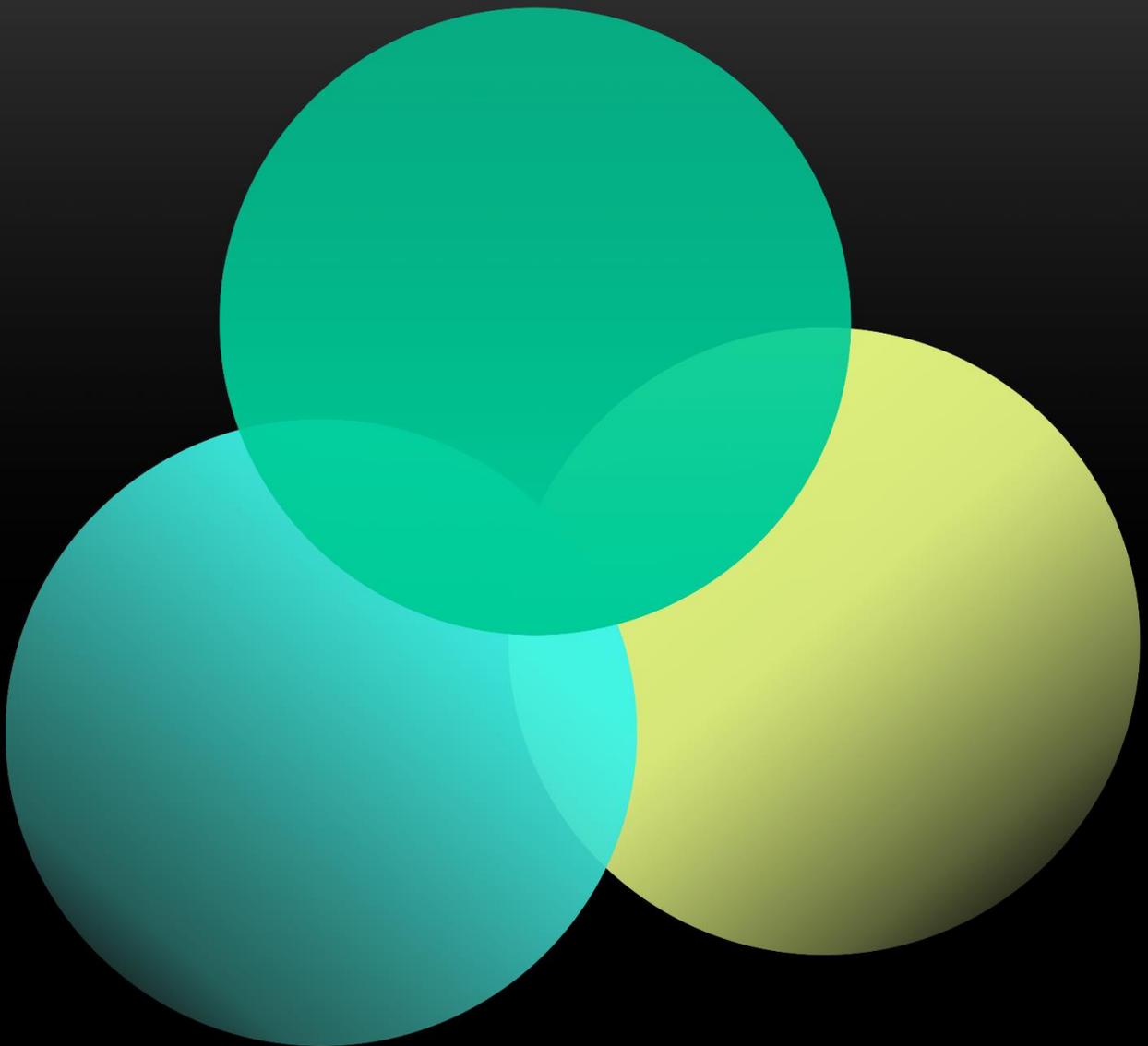


Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit, Olten

Die **soziale** Dimension der Depression

Bachelor-Thesis vorgelegt von Elia Veuve
19-475-763

Eingereicht bei Sarah Madörin, MA
Olten, im Januar 2023



Abstract

Das Ziel dieser Arbeit ist, die soziale Dimension von Depression theoretisch und empirisch zu erfassen. Dazu wird die folgende Fragestellung untersucht **«Welche Auswirkungen hat die soziale Dimension auf die Entstehung von Depressionen?»** Diese Arbeit setzt sich mit der sozialen Dimension und der depressiven Störung auseinander. Mit Hilfe des biopsychosozialen Verständnisses von Krankheit, werden durch eine Literaturrecherche theoretische und empirische Wissensbestände ausgebreitet, verknüpft und diskutiert. Diese Arbeit kommt zum Resultat, dass es durch Bedürfnisspannungen, krisenhafte Ereignisse und das Vulnerabilitäts-Stress-Modell theoretische Erklärungsansätze gibt, welche die soziale Dimension und die Entstehung von Depressionen in einen Zusammenhang setzen. Empirisch finden sich ebenfalls Hinweise darauf. Diese Ergebnisse sind durch die allgemeine Forschungslücken der Thematik **«Soziale Dimension und die Entstehung von Depressionen»** kritisch zu betrachten. Im Allgemeinen bedarf es an flächendeckender Forschung zu diesem Bereich.

.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
1.1 Problemstellung, Herleitung der Fragestellung und Zielsetzung	1
1.2 Relevanz	3
1.3 Methodisches Vorgehen.....	4
1.4 Aufbau der Arbeit	5
2 Definition des Begriffs «Depression»	6
2.1 Diagnose.....	8
2.2 Epidemiologie und Verlauf.....	8
2.3 Behandlung und Ätiopathogenese.....	9
3 Das biopsychosoziale Verständnis von Krankheit	12
3.1 Funktionale Gesundheit und die ICF	14
3.2 Kritik am biopsychosozialen Modell	15
4 Die soziale dimension von psychischer Krankheit	16
4.1 Die Systemtheorie als Ausgangslage	16
4.1.1 Die Synergetik des Menschen.....	18
4.1.2 Zirkuläre Kausalität.....	20
4.2 Allgemeine Theorie menschlicher Bedürfnisse	21
4.3 Integration und Lebensführung.....	23
4.4 Ausstattungsmerkmale von Individuen	26
4.5 Biografie, die Zeitkomponente der sozialen Dimension	27

5 Wie beeinflussen sich die biologische, die psychische und die soziale Dimension?	28
5.1 Das integrative Modell	28
5.2 Psychische Potentiallandschaft	30
6 Die soziale Dimension und die Entstehung von Depressionen	31
6.1 Bedürfnisspannung als Ursache für Depressionen	31
6.2 Kritische Lebensereignisse als Ursache für Depressionen	32
6.3 Das integrative Vulnerabilitäts-Stress-Modell	33
6.4 Empirical based Pluralism und Depressionen	35
6.5 Empirie im Zusammenhang mit der sozialen Dimension und der Entstehung von Depressionen	39
6.5.1 Integration und Lebensführung	39
6.5.2 Ausstattungsmerkmale von Individuen	40
6.5.3 Biografie als Abbild von Ausstattung, Integration und Lebensführung	41
7 Schlussfolgerungen	42
7.1 Diskussion der Rechercheergebnisse	42
7.2 Beantwortung der Fragestellung	50
7.3 Weiterführende Überlegungen und Ausblick	51
8 Quellen	54
8.1 Abbildungen und Tabellen	54
Anhang	60

Abkürzungsverzeichnis

DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EMP	Empirical Based Plurlism
ICD	International Clasification of Diseases
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
KEV	Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster
NVL	Nationalen VersorgungsLeitlinien
WHO	World Health Organization (WHO)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das biopsychosoziale Modell, Eigene Darstellung	13
Abbildung 2: Die funktionale Gesundheit, (Stucki 2007: 956).....	14
Abbildung 3: Das erweiterte Modell der Synergetik, (In Anlehnung an: Haken/Schiepek 2010: 24).....	18
Abbildung 4: Ordner, (In Anlehnung an: Haken/Schiepek 2010: 82).....	20
Abbildung 5: Das Lebensführungssystem, (In Anlehnung an: Calzaferri/Dällenbach/Gautschi/Hollenstein/Rüegger 2012: o. S.)	25
Abbildung 6: Ausstattung des Individuums, Eigene Darstellung.....	26
Abbildung 7: Das erweiterte Integrationsmodell, (In Anlehnung an: Sommerfeld et al. 2016: 133).....	28
Abbildung 8: Die psychische Potentiallandschaft, (In Anlehnung an: Haken/Schiepek 2010: 341).....	30
Abbildung 9: Das integrative Vulnerabilitäts-Stress-Modell, (In Anlehnung an: Hautzinger. In: Bschor 2008: 334).....	34

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Die Bedürfnisse des Menschen, (In Anlehnung an Obrecht 2009: 27).....	22
--	----

1 Einleitung

Depressive Störungen sind die am häufigsten auftretende psychische Erkrankung in der Schweiz. In einer Erhebung aus dem Jahr 2017 wurde ersichtlich, dass bei ca. 8 % aller Männer und bei etwa 9 % aller Frauen von einer depressiven Störung ausgegangen werden kann (vgl. Bundesamt für Statistik 2019: 38). Von der weltweiten Bevölkerung erkranken 16–20 % aller Menschen im Laufe ihres Lebens an einer depressiven Störung (vgl. Nationale Versorgungsleitlinien [NVL] 2022: 18). Somit gehören sie zu den meistverbreiteten Krankheiten (vgl. Rehm/Shield 2019: 3f.) Für Angehörige, das soziale Umfeld und die Betroffenen können die Auswirkungen der Erkrankung grosses Leiden verursachen (vgl. ebd.: 20). Trotz ausgiebiger Forschung und wissenschaftlichem Konsens über die Relevanz ist noch wenig über die Entstehung von Depressionen bekannt (vgl. Brakemeier/Normann/Berger 2008: 37). Es gibt zwar diverse Ansätze, welche die Entstehung von Depressionen zu erklären versuchen. Allerdings ist es noch nicht abschliessend gelungen, die Entstehung eindeutig und empirisch zu belegen (vgl. Altenthan et al. 2017: 512). Das Scheitern von monokausalen Erklärungsansätzen¹ bei der Entstehung von depressiven Störungen (vgl. Kendler/Gyngell 2020: 60f.) hat dazu geführt, dass nun vermehrt multifaktorielle Ansätze im Zentrum stehen (vgl. NVL 2022: 21). Diese beziehen sich auf ein Zusammenspiel zwischen biologischen und psychosozialen Faktoren (vgl. ebd.) oder auf das biopsychosoziale Verständnis (vgl. Kendler/Gyngell 2020: 66f). Letzteres versucht Krankheiten zu verstehen, indem diese von ihrer biologischen, psychischen und sozialen Dimension her betrachtet werden (vgl. Engels 1977: 129–135). Welche Gewichtung psychosoziale Faktoren und die soziale Dimension bei der Entstehung von depressiven und psychischen Störungen haben, bleibt weitgehend ungeklärt (vgl. NVL 2022: 21, Brakemeier et al. 2008: 384, Pauls 2013b: 19f.). Es gibt jedoch die Evidenz, dass die soziale Dimension bei der Entstehung von psychischen Störungen (vgl. Sommerfeld/Dällenbach/Rüegger/Hollenstein 2016: 127) und Depressionen (vgl. Grawe 2004: 369f.) eine Rolle spielt (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 127).

1.1 Problemstellung, Herleitung der Fragestellung und Zielsetzung

Die Schnittstelle zwischen der Klinischen Sozialarbeit und einer psychischen Krankheit ist durch das biopsychosoziale Verständnis von Krankheit gegeben (vgl. Sommerfeld et al. 2016:

¹ Mono = ein, eine Kausalität. Ein verursachender Faktor erklärt die ganze Auswirkung. Monokausale Erklärungsansätze gehen davon aus, dass nur ein Wirkfaktor oder ein Wirkungsbereich existiert, z. B., dass nur kognitive Prozesse bei der Entstehung von Depressionen beteiligt sind.

86–96), welches durch die World Health Organization (WHO) festgeschrieben wurde (vgl. ebd.: 86–93, Stucki 2007: 953f.). Die soziale Dimension besteht laut Sommerfeld et al. aus der Integration und der Lebensführung eines Individuums sowie aus dessen Ausstattung und Biografie (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 127f.). Das biopsychosoziale Verständnis von Krankheit liefert zwar eine gute Vorstellung von psychischen Störungen, es mangelt ihm jedoch an Inhalten und einem Verständnis, wie die einzelnen Dimensionen aufeinander einwirken (vgl. Pauls 2013b: 19). Mangels empirischer Forschungen, welche sich auf das biopsychosoziale Verständnis beziehen und dieses stützen, dominiert weiterhin die biomedizinische Sichtweise und Forschung von psychischer Krankheit (vgl. ebd.). Hier werden psychische Krankheiten im Sinne einer Stoffwechsel- oder Hirnstörung verstanden (vgl. Roach 2020: 30f, Pauls 2013b: 19). Solange die biomedizinische Sichtweise von psychischer Krankheit dominiert, wird die soziale Perspektive von Krankheit lediglich am Rand zum Tragen kommen (vgl. Richter 2003: 11). So ist die soziale Dimension von psychischen Krankheiten und Depressionen zu wenig erforscht (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 6). Wenn es der Klinischen Sozialarbeit nicht gelingt, ihre Sichtweisen einzubringen, werden Menschen, welche von einer erhöhten Vulnerabilität oder von gesellschaftlichen Ausschlussprozessen betroffen sind, unterversorgt bleiben (vgl. Röh 2020: 9).

Aus der Einleitung und den vorangegangenen Ausführungen werden folgende drei Probleme kontrastiert:

1. Dem biopsychosozialen Modell von Engels mangelt es an Verständnis, z. B. darüber, wie die einzelnen Dimensionen aufeinander einwirken.
2. Die soziale Dimension von psychischer Krankheit und somit auch von Depressionen ist nur mangelhaft erforscht und bleibt dadurch unterbelichtet.
3. Trotz ausgiebiger Forschung ist es in monokausalen Ansätzen nicht gelungen, die Entstehungsursache von Depressionen abschliessend zu erklären.

Diese drei Probleme führen zum Ziel dieser Arbeit. Es besteht darin, die bereits vorhandenen Theorien zur Auswirkung der sozialen Dimension auf die Entstehung von Depressionen darzustellen sowie die bereits vorhandene Evidenz in Bezug auf die soziale Dimension und Depression aufzuzeigen. Dies geschieht, um Erkenntnisse zum Zusammenhang zwischen der sozialen Dimension und der Entstehung von depressiven Störungen zu erhalten. Dabei wird in dieser Arbeit von der Hypothese ausgegangen, dass die soziale Dimension einen Einfluss auf die Entstehung von Depressionen hat. Daraus ergibt sich folgende Fragestellung:

Welche Auswirkungen hat die soziale Dimension auf die Entstehung von Depressionen?

Mit den folgenden Unterfragen soll in den einzelnen Kapiteln das Wissen aufbereitet werden, welches dann zur Beantwortung der Fragestellung benötigt wird:

- Was ist eine Depression? Wie verbreitet sind Depressionen? Was gibt es für Therapiemöglichkeiten und wie erfolgreich sind diese?
- Was ist die soziale Dimension? Wie kann diese die psychische und die biologische Dimension beeinflussen?
- Welche theoretischen Erklärungen gibt es zur sozialen Dimension als Ort der Entstehung von Depressionen? Welche empirischen Zusammenhänge sind vorhanden?

Die Fragestellung ist vorwiegend offen formuliert und kann dementsprechend offene, aber auch vage Resultate generieren. Beim aktuellen Forschungsstand erschien es jedoch nicht sinnvoll, die Fragestellung weiter einzugrenzen. Grund für diese Entscheidung waren die un-spezifischen theoretischen Modelle und die mangelnde Empirie.

1.2 Relevanz

Die Soziale Arbeit hat in der Psychiatrie zwar eine grosse potenzielle Relevanz, besitzt jedoch faktisch einen geringen Status (vgl. Sommerfeld et al. 2016 :5) und einen klaren Optimierungsbedarf bei der Professionalisierung (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 10f., Pauls 2013b: 12f.). Der Mangel an Akademisierung der Sozialen Arbeit führt in der Schweiz dazu, dass sie im wissenschaftlichen Austausch mit den etablierten Disziplinen² des Gesundheitswesens (Medizin, Psychiatrie und Psychologie) nicht als gleichwertig betrachtet wird. So gehören Klinische Sozialarbeitende meist nicht zum behandelnden Kernteam, sondern werden optional eingesetzt (vgl. Sommerfeld et al. 2016 10f.). Parallel zum geringen Status der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie steigt im Zuge der wachsenden Ökonomisierung im Gesundheitswesen auch der Druck auf die Klinische Sozialarbeit, ihre Wirkung belegen zu können. Doch bis 2016 existierte praktisch keine Forschung, in welcher die soziale Dimension einbezogen wurde (vgl. Sommerfeld et al. 2016 :5). Wird es nicht gelingen, die Wirksamkeit der Klinischen Sozialarbeit zu belegen und die Professionalisierung voranzutreiben, wird die Soziale Arbeit weiterhin an fachfremden Massstäben gemessen (vgl. Hüttemann/Süsstrunk 2019: 11).

Die Klinische Sozialarbeit setzt sich mit dem Klienten (dem Individuum) und dessen sozialer Umwelt auseinander (vgl. Pauls 2015: 6), dies geschieht auch in der Psychiatrie (vgl. Pauls 2013a: 17). Sie hat dabei das Ziel, eine bessere Passung zwischen dem Individuum und der

² Wissenschaftszweig.

sozialen Umwelt herzustellen. Diese Passung lässt sich in der sozialen Dimension und der damit verbundenen Theorie von Integration und Lebensführung beobachten (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 25–65). Zusammen mit der Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit gewann auch die Soziale Diagnose an Bedeutung (vgl. Pauls 2015: 6). Das Ziel dieser ist das verbesserte Verstehen eines Falles. Die Soziale Diagnose treibt auch die Professionalisierung der Sozialen Arbeit voran (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2021: 231f.). Um eine Diagnose zu stellen, ist zum einen das Sammeln von Daten zentral und zum anderen der Bezug auf wissenschaftliches Fachwissen erforderlich (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2021: 231f.). Dabei dient die Soziale Diagnose als Ausgangslage für Hilfeprozesse (vgl. Staub-Bernasconi 2007: 292). Erkenntnisse im Forschungsbereich dieser Arbeit hätten nach dem Autor dieser Thesis noch zwei weitere Vorteile. Erstens würde ein gutes und empirisch fundiertes Verständnis über die Entstehung von Depressionen es der Sozialen Arbeit ermöglichen, Hilfeplanungen im Diskurs mit anderen Disziplinen argumentativ zu verhandeln und zu erweitern. Würde zweitens ein beweisbarer Zusammenhang zwischen der sozialen Dimension und der Entstehung von Depressionen bestehen, könnte dies als Ausgangspunkt für eine mögliche Wirkungsforschung der Klinischen Sozialarbeit dienen.

1.3 Methodisches Vorgehen

Das methodische Vorgehen basiert auf einer Literaturrecherche. Die theoretischen Bestandteile wurden ausgehend vom Buch «Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie», das von Sommerfeld et al. veröffentlicht wurde, und der Masterarbeit von Cornelia Rüeegger «Die soziale Dimension psychischer Krankheit und Gesundheit» im Schneeballsystem recherchiert. Die in Kapitel 6.5 dargestellte Empirie basiert auf einer Stichwortsuche in Swiscovery. Das genaue Vorgehen der empirischen Recherche kann im Anhang I nachgelesen werden. Sowohl die beschriebenen Theorien als auch die Empirie zielen darauf ab, die Fragestellung zu beantworten. Ausgangslage und Orientierungshilfe für die Literaturrecherche sind die Masterarbeit von Rüeegger und das Buch von Sommerfeld et al. Beide Quellen setzen sich mit der Entwicklung einer handlungstheoretischen Wissensbasis auseinander. Von der Orientierung an den wissenschaftlichen Arbeiten ist klar abzugrenzen, dass sich diese Arbeiten mit psychischen Störungen im Allgemeinen auseinandersetzen. Der Fokus dieser Bachelor-Thesis liegt auf den depressiven Störungen. Des Weiteren wurde die Theorie «Empirical Based Pluralism» (EMP) sowie das integrative Vulnerabilitäts-Stress-Modell ergänzend zu den theoretischen Grundlagen von Rüeegger sowie Sommerfeld et al. hinzugezogen. Da die wissenschaftlichen Arbeiten von Rüeegger und Sommerfeld et al. vor 2017 veröffentlicht wurden, befindet sich diese Arbeit auf einem aktuelleren empirischen Stand. Dies ist in Relation dazu zu sehen, dass die Empirie

nicht im selben Masse aufgearbeitet und überprüft wurde. Sowohl die Arbeit von Rüegger als auch das Buch von Sommerfeld et al. verwenden ein ähnliches theoretisches Grundgerüst und wurden von Dozierenden der FHNW verfasst. Zudem sind nach dem aktuellen Wissensstand des Autors die beiden Quellen die aktuellsten, welche sich in diesem Umfang und in dieser Tiefe mit der sozialen Dimension von psychischer Krankheit auseinandersetzen. Ein weiteres bedeutendes Modell ist das EMP. Diese wurde aufgrund der hohen Aktualität und ihrem Bezug zum biopsychosozialen Modell gewählt. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell wurde hinzugenommen, da es ein multifaktorieller Ansatz ist und die einzige Erklärungshypothese für Depression, welche in den aktuellen Nationalen VersorgungsLeitlinien (NVL) abgedruckt wurde (vgl. NVL 2022: 21). Die NVL sind ein Leitfaden der deutschen Bundesärztekammer zur Behandlung von Menschen mit depressiven Störungen (vgl. ebd.: 4–12).

1.4 Aufbau der Arbeit

Kapitel zwei setzt sich mit depressiven Störungen auseinander und damit, wie verbreitet diese sind und auf welche Weise sich Krankheitsverläufe zeigen. Ausserdem werden Behandlungsansätze und Hypothesen der Ätiopathogenese beschrieben. Das Kapitel drei befasst sich mit dem biopsychosozialen Verständnis nach Engel, welches das Grundverständnis von Krankheit in dieser Arbeit darstellt. Im vierten Kapitel geht es um die soziale Dimension von psychischer Krankheit. Dazu wird zuerst der Wissensbestand der Systemtheorie konsolidiert. Diese stellt eine wesentliche Bezugstheorie dar und verknüpft weitere verwendete Theorien. Die allgemeine Theorie der menschlichen Bedürfnisse nach Obrecht ist ebenfalls eine bedeutende Bezugstheorie für die soziale Dimension und wird deshalb in dieser Thesis beschrieben. Die Ausführungen zum Modell der Integration und Lebensführung von Sommerfeld et al., die Ausstattungsmerkmale von Individuen sowie die Biografie bilden anschliessend das Verständnis der sozialen Dimension. Das Kapitel fünf befasst sich ausgehend vom biopsychosozialen Verständnis von psychischer Krankheit mit der Frage, wie sich die biologische, die psychische und die soziale Ebene gegenseitig beeinflussen. Dies wird anhand des integrativen Modells nach Sommerfeld et al. erarbeitet. Um einen tieferen Einblick in das Zusammenspiel der sozialen Dimension und der psychischen Ebene zu erhalten, wird das Modell der psychischen Potentiallandschaft dargestellt. Im sechsten Kapitel werden verschiedene Zugänge beschrieben, mit denen erklärt wird, wie die soziale Dimension die Entstehung von Depressionen beeinflusst. Dabei ist das biopsychosoziale Verständnis der Ausgangspunkt und die soziale Dimension der Mittelpunkt des Interesses. Anhand der theoretischen Bezüge zu Bedürfnisspannungen, kritischen Lebensereignissen, zum Vulnerabilitäts-Stress-Modell und zum EMP wird die soziale Dimension als Ursache für Depressionen betrachtet. Abschliessend werden

empirische Ergebnisse betrachtet, welche einen Zusammenhang zwischen der sozialen Dimension und der Entstehung von Depressionen herstellen. Kapitel sieben enthält die Schlussfolgerungen und Erkenntnisse dieser Arbeit. Es wird die Fragestellung beantwortet und es gibt ein Ausblick auf weitere Forschungsbereiche und weiterführende Überlegungen.

2 Definition des Begriffs «Depression»

In diesem Kapitel soll dargelegt werden, was Depressionen sind. Dafür wird als Erstes das Störungsbild beschrieben und die genaue Diagnose erklärt. Anschliessend wird anhand der Epidemiologie aufgezeigt, wie verbreitet Depressionen sind und wie die Störung verläuft. Ausserdem werden verschiedene Behandlungsmöglichkeiten und Therapieformen aufgezeigt sowie Erklärungsansätze beschrieben, mit denen begründet wird, wie eine depressive Störung entsteht.

Die depressive Störung ist eine psychische Störung oder psychische Krankheit (vgl. ICD 10: F32.). Der Terminus «psychische Krankheit» ist veraltet, es wird mehrheitlich der Begriff «psychische Störung» verwendet. Die Bedeutung ist jedoch deckungsgleich (vgl. Althaus et al. 2017: 512). Da es in dieser Arbeit jedoch immer wieder um das biopsychosoziale Verständnis von Krankheit und somit auch von psychischer Krankheit geht, werden beide Begriffe verwendet. Von einer psychischen Störung (Krankheit) wird dann gesprochen, wenn das Erleben oder Verhalten deutlich von den gesellschaftlichen Normen über eine längere Zeit abweicht und ein Leidensdruck für den Mensch und bzw. oder dessen Umfeld entsteht. Somit stellen psychische Störungen für den betroffenen Menschen und bzw. oder dessen Umfeld eine Beeinträchtigung dar. Die Definition von psychischen Störungen ist immer auch gesellschaftlich geprägt (vgl. ebd.: 512–515). In dieser Arbeit wird die Definition von Depression nach ICD 10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten) verwendet. Seit 2022 existiert ICD 11, die neuere Version der Internationalen Klassifikation von Krankheiten (vgl. WHO 2022: o.S.). Da jedoch die Mehrheit aller zitierten Artikel und Texte vor 2022 publiziert worden ist, wird weiterhin die Definition von ICD 10 verwendet. Daneben existiert noch ein weiteres bekanntes Diagnosemanual, das «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» (DSM). Es wird von der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung herausgegeben. Sowohl die ICD als auch das DSM sind inhaltlich stark einander angeglichen (vgl. Leuzinger-Bohleber/Hau/Deserno 2005: 15f). Ein weiteres Instrument zur Beschreibung von Gesundheit und Krankheit ist das «International Classification of Functioning, Disability and Health» (ICF) der WHO (vgl. Oberholzer 2009: 15). Es wird in Kapitel 3.1 dargelegt.

Eine Depression wird laut der ICD 10 als «Major Depression» oder als «depressive Episode» bezeichnet. Eine Major Depression ist eine psychische Erkrankung und gehört zu den affektiven Störungen. Diese beinhalten Störungen, welche als Hauptsymptomatik eine Veränderung des Aktivitätsniveaus (Motivation bzw. Energie, um Aktivitäten nachzugehen) und der Stimmung haben (vgl. ICD 10: F32.). Weitere Symptome einer Major Depression sind folgende:

Die Fähigkeit zur 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"³ Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung⁴, Agitiertheit⁵, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust⁶.» (vgl. ebd.)

Bei Depressionen kann zwischen leichter, mittlerer oder schwerer Episode unterschieden werden. Kommt es nach einer depressiven Episode zu einer Stabilisierung, gefolgt von einer weiteren depressiven Phase, wird von einer «rezidivierenden Depression» gesprochen (vgl. ebd.). Es gibt auch Verläufe von Depressionen, in welchen eine leichte depressive Verstimmung vorherrscht, diese jedoch einen grossen Teil des Erwachsenenlebens bestehen bleibt. Folglich tritt sie nicht episodisch auf. Diese Form der Depression wird «Dysthymie» genannt (vgl. NVL 2022: 34f.). Wechseln sich depressive Episoden mit manischen Episoden ab oder werden von diesen begleitet, handelt es sich um eine bipolare Störung. Manie ist ein Zustand des starken Antriebs, der erhöhten Affektivität und der gehobenen Stimmung (vgl. ebd.: 35f.). Bei der bipolaren Störung handelt es sich nach ICD 10 nicht um eine Major Depression (vgl. ICD 10: F.32). Somit wird dieses Krankheitsbild für den weiteren Verlauf der Arbeit nicht berücksichtigt. In dieser Arbeit wird der Terminus «Depression» als Überbegriff verwendet, und zwar für eine depressive Episode leichten, mittleren und schweren Grades sowie für eine rezidivierende oder eine chronische Depression. Der Grund dafür ist, dass in den zitierten Texten teilweise nicht klar ersichtlich ist, auf welche Episoden sie sich beziehen und ob es sich um eine chronische oder eine rezidivierende Depression handelt.

³ Symptome, welche sich körperlich zeigen.

⁴ Verlangsamung der körperlichen und der psychischen Aktivität.

⁵ Unruhige, sich wiederholende motorische Bewegungen (z. B. ruheloses Umherlaufen).

⁶ Verlust des sexuellen Antriebs und der sexuellen Aktivität.

2.1 Diagnose

Die Diagnose erfolgt anhand der Symptomatik von ICD 10 (vgl. Malhi/Mann 2018: 2299f.), welche bereits im vorherigen Kapitel beschrieben wurde. Bei einer **leichten depressiven Episode** sind mindestens zwei der aufgeführten Symptome vorhanden. Betroffene werden dadurch beeinträchtigt, sind jedoch weiterhin in der Lage, ihren Aktivitäten nachzugehen (vgl. ICD 10: F32.0). Bei einer **mittelgradigen depressiven Episode** sind vier oder mehr der beschriebenen Symptome vorhanden. Betroffene haben häufig grosse Mühe, ihren Aktivitäten weiterhin nachzugehen (vgl. ebd.: F32.1). Bei einer **schweren depressiven Episode** sind mehrere der genannten Symptome vorhanden, welche bei den Betroffenen auftreten. Das Selbstwertgefühl geht verloren, dafür herrschen Gefühle der Wertlosigkeit und Schuld vor. Häufig wird die Episode von Suizidgedanken und somatischen Symptomen begleitet. Schwere depressive Episoden können mit oder ohne psychotische Symptome auftreten. Dabei handelt es sich um Wahnideen⁷ und bzw. oder Halluzinationen, die den Alltag massiv beeinträchtigen oder verunmöglichen (vgl. ebd.: F32.2, F32.3). Dauert eine Depression länger als 2 Jahre, wird von einer «chronischen Depression» gesprochen (vgl. Wolfersdorf/Laux 2022: 61). Meist erfolgt die Erhebung der Symptomatik über standardisierte Beurteilungsskalen, bspw. die Hamilton-Depressions-Skala, oder mit Gesundheitsfragebogen für Patient:innen, wie dem Patient Health Questionnaire (vgl. ebd.: 116).

2.2 Epidemiologie und Verlauf

«Epidemiologie» ist der Fachbegriff dafür, wie häufig und wie verteilt eine Krankheit in der Bevölkerung auftritt. Depressionen sind die am häufigsten auftretende psychische Erkrankung in der Schweiz. In einer Erhebung des Bundesamtes für Statistik von 2017 wurde ersichtlich, dass bei ca. 8 % aller Männer und bei ca. 9 % aller Frauen von einer schweren Depression ausgegangen werden muss (vgl. Bundesamt für Statistik 2019: 38). Es ist anzunehmen, dass durch die zusätzliche Belastung der Coronapandemie diese Zahlen noch weiter gestiegen sind (vgl. WHO 2022: 12). Am häufigsten treten Depressionen in der Altersspanne zwischen 18 und 29 Jahren auf. Frauen haben ein doppelt so hohes Risiko, in ihrer Lebensspanne an einer Depression zu erkranken (vgl. Wolfensdorf/Laux 2022: 24). Weltweit gehören Depressionen zur grössten «Burden of Mental and Addictive Disorders» (Rehm/Shield 2019: 3) und führen zu den meisten verlorenen Lebensjahren (vgl. ebd. 3f). Diese errechnen sich aufgrund der verlorenen Jahre durch die Krankheit und das frühzeitige Eintreten des Todes (bspw. durch Suizid) und aufgrund des Umstandes, wie viele Menschen von dieser Krankheit betroffen sind

⁷ (Zwanghafte) Ideen, welche stark von der Realität und der Rationalität abweichen.

(vgl. ebd.: 3f). Ungefähr die Hälfte aller Menschen mit einer Depression genesen innerhalb eines halben Jahres, ein Viertel aller depressiven Störungen verlaufen jedoch chronisch (vgl. Malhi/Mann 2018: 2299) und dauern mehr als 2 Jahre an (vgl. Linden/Hautzinger 2011: 566). Je länger die Depression anhält, desto kleiner wird die Chance einer Genesung. Bei chronischen Depressionen über eine Zeitspanne von 6 Jahren liegt die Anzahl der Personen, welche genesen, lediglich bei 30 % (vgl. Malhi/Mann 2018: 2299). Depressionen können auch kombiniert mit unterschiedlichen psychischen Störungen auftreten, dann handelt es sich um eine Komorbidität (vgl. Linden/Hautzinger 2011: 566).

2.3 Behandlung und Ätiopathogenese

Im Folgenden wird eine nicht abschliessende Auswahl an Behandlungsansätzen vorgestellt. Meist erfolgt die Behandlung durch eine kombinierte Therapie von medikamentöser Behandlung und Psychotherapie (vgl. Malhi/Mann 2018: 22304f.). Bei den Medikamenten gibt es ein weites Spektrum an Antidepressiva und weiteren Medikamenten mit unterschiedlichen Wirkungsmechanismen (vgl. Malhi/Mann 2018: 2304, vgl. NVL 2022: 66–81). Die psychotherapeutische Behandlung kann in einzelnen Settings oder Gruppensettings mit verschiedenen therapeutischen Ansätzen stattfinden (vgl. ebd.). Die Behandlungsstrategien lassen sich in Akutbehandlung (kurzzeitig intensive Behandlung; Krisenintervention), Langzeittherapie, Erhaltungstherapie und Rückfallprävention (6–12 Monate medikamentöse und therapeutische Behandlung) aufteilen (vgl. Wolfersdorf/Laux 2022: 124–127). Weitere begleitende Therapieformen sind folgende:

Ergotherapie: (vgl. Schnell et al. 2016: 279–281) Sie unterstützt Menschen mit einer psychischen Störung darin, ihren Alltag zu bewältigen (vgl. EVS o. J.).

Sporttherapie: Sie wird auch Bewegungstherapie genannt (vgl. Wolfersdorf 2011: 130).

Sozialberatung: Es ist das Einsatzgebiet der Sozialen Arbeit. Diese unterstützt Menschen in anspruchsvollen Lebenslagen beratend (vgl. Schnell et al. 2016: 279–281).

Lichttherapie: Menschen setzen sich hier einer speziellen Lichtquelle aus, welche das Licht eines Sommertages nachahmt (vgl. Wolfersdorf 2011: 131).

Selbsthilfegruppen: Sie können ebenfalls unterstützend wirken (vgl. ebd.: 132).

Je nach Art der Behandlung liegt das Rückfallrisiko innerhalb eines Jahres bei 30–40 % und über zwei Jahre hinweg bei 40–60 % (vgl. NVL 2018: 27). Bei chronisch depressiven Störungen zeigen die üblichen medikamentösen und psychiatrischen Therapieformen generell nur eine unzureichende Wirkung (vgl. Linden/Hautzinger 2011: 566). Bei therapieresistenten

Depressionen wird auch die Elektrokonvulsive Therapie (EKT) angewendet. Diese erzeugt unter Narkose einen künstlich generierten Krampfanfall. Die mehrfache Behandlung durch eine EKT führt bei den Betroffenen meist zu einer deutlichen Besserung der Symptomatik (vgl. DGPPN/BÄK/KBV/AWMF 2015: 120–122).

Trotz der erkannten Relevanz der affektiven Störungen (Depressionen inbegriffen) besteht weiterhin ein grosser Forschungsbedarf bei der Ätiopathogenese⁸ (vgl. Brakemeier et al. 2008: 37). Bis heute ist es noch nicht gelungen, die Entstehung von Depressionen anhand eines einzelnen Mechanismus oder Modells zu erklären (vgl. Malhi/Mann 2018: 22302f., vgl. Brakemeier et al. 2008: 37). Deshalb ist es bedeutend, in zukünftigen klinischen Studien genau auf die Mechanismen zwischen biologischen und psychosozialen Faktoren zu achten (vgl. Malhi/Mann 2018: 22302). Im Folgenden wird eine Auswahl an Erklärungshypothesen beschrieben.

Biologische Hypothesen

Am besten belegt ist aktuell, dass genetische Faktoren bei der Entstehung von Depressionen eine Rolle spielen, (vgl. Brakemeier et al. 2008: 37). Die genetische Veranlagung zeigt sich bei den Betroffenen durch eine erhöhte Vulnerabilität⁹. Diese wird nach dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell jedoch erst durch körperliche Erkrankungen oder belastende psychosoziale Faktoren ausgelöst (vgl. DGPPN et al. 2015: 24). Ebenfalls kann davon ausgegangen werden, dass Stressreaktionen durch Neurotransmitter-Systeme¹⁰ Einfluss auf die Entstehung von Depressionen haben können. Dabei ist ein wesentlicher Faktor, ob der Stress von den Betroffenen kontrolliert werden kann oder nicht (vgl. ebd.). Weiter wird vermutet, dass die Neurotransmitter Serotonin¹¹ oder dessen Aufnahme einen Einfluss auf Depressionen haben. So bauen auch Antidepressiva auf dieser Theorie auf (vgl. Wolfersdorf/Laux 2022: 83). Das glutamaterge¹² System kann ebenfalls bei der Entstehung von Depressionen involviert sein. Durch Stress kommt es zu einer Glutamatfreisetzung, welche dann die Neuroplastizität beeinträchtigt (vgl. ebd.). Die Neurogenese-Hypothese besagt, dass die Verminderung der Neuroplastizität die Ursache für Depressionen ist. Sie umfasst die Vorgänge im zentralen Nervensystem, welche die Lernfähigkeit ermöglichen (vgl. ebd.: 84). Ausserdem weisen Menschen mit einer Depression häufig Störungen des Schilddrüsenhormonsystems, der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinde (HPA)-Achse (hormonelles Nachrichtensystem) und der Wachstumshormonregulation auf (vgl. ebd.).

⁸ Entstehungsgeschichte.

⁹ Verletzlichkeit oder deutlich höhere Chance, für etwas anfällig zu sein (z. B. Krankheiten).

¹⁰ Neurotransmittersysteme sind für die Informationsvermittlung zwischen Nervenzellen verantwortlich (vgl. Strey 2020: 278).

¹¹ Serotonin ist ein Neurotransmitter und wird umgangssprachlich auch als Glückshormon bezeichnet.

¹² Glutamat fungiert als Neurotransmitter (vgl. Gass/Vasilescu/Inta 2021: 223f.).

Psychologische Hypothesen

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) beschreibt drei mögliche psychische Entstehungsansätze von Depressionen. Sie sind als Hypothesen zu betrachten. Das psychodynamische Modell geht davon aus, dass die Ansammlung der Trennungs- und Beziehungsängstlichkeit durch gegenseitige Interaktion von den Eltern an die Kinder weitergegeben wird. Somit erlernt das Kind die Depression, die dann im späteren Leben ausbricht (vgl. DGPPN et al. 2015: 25).

Im verstärkungstheoretischen interpersonellen Erklärungsmodell heisst es, dass die Ursache für Depressionen die Abnahme von positiven Verstärkern¹³ ist und dass das soziale Umfeld nicht mehr in derselben Qualität kontaktierbar ist. Besonders der Verlust bedeutender Bezugspersonen kann zur Entstehung von Depressionen führen. Dies hat zur Folge, dass sich die Betroffenen zurückziehen, was den Zugang zu positiven Verstärkern erschwert (vgl. ebd.: 25). Positive Verstärker sind Dinge welcher der Mensch als belohnen war nimmt. Gemeinsame Zeit mit befreundeten ist ein mögliches Beispiel. Bei den kognitionspsychischen Hypothesen wird angenommen, dass sich aufgrund von kognitiven Störungen¹⁴ und aufgrund erlernter Hilflosigkeit negative Kognitionen, eine verzerrte Informationsverarbeitung sowie eine gestörte Interaktion mit anderen Menschen ergeben und sich somit Depressionen bilden (vgl. ebd.). Dies führt u. a. zu einer Verallgemeinerung von negativen Erlebnissen, zu einem Tunnelblick auf das Negative und zu einem eingeschränkten Denken (vgl. Wolfersdorf/Laux 2022: 95). Dadurch entstehen negative Gedanken über die Zukunft, die Welt und sich selbst (vgl. DGPPN et al. 2015: 25).

Gesellschaftliche soziologische Risikofaktoren

Untersuchungen zu psychosozialen Faktoren stellen vorwiegend Ausnahmeerscheinungen dar. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass eine fehlende emotionale Zuneigung durch Bezugspersonen im Kindesalter zu späteren depressiven Erkrankungen führen kann. Zudem sind soziale Faktoren ein Auslöser für eine bereits vorhandene Vulnerabilität¹⁵ (vgl. Wolfersdorf/Laux 2022: 98). Daneben gibt es einen hohen statistischen Zusammenhang zwischen kritischen Lebensereignissen und Depressionen (vgl. ebd.: 94f.).

Es ist ersichtlich, dass es eine grosse Anzahl von Hypothesen gibt, mit welchen die Ursachen von Depressionen erklärt werden sollen. Trotz dieser Vielfalt ist es noch mit keiner gelungen, die empirische und wissenschaftliche Beweisführung zu erbringen, mit welcher die Entstehung von Depressionen abschliessend geklärt werden kann (vgl. Altenthan et al. 2017: 512).

¹³ Eine positive Motivation, welche ein gewisses Verhalten hervorruft oder verstärkt.

¹⁴ Der Begriff «Kognition» beinhaltet den Prozess des Wahrnehmens, Interpretierens und Bewertens von Erlebnissen und Eindrücken sowie die Einstellung, Erwartungen und Grundhaltung eines Menschen (vgl. Altenthan et al. 2017: 564). Kognitive Störungen sind Störungen der kognitiven Prozesse.

¹⁵ Verletzlichkeit, Anfälligkeit für etwas, z. B. für eine psychische Krankheit.

Deshalb liegt nun der Fokus vermehrt auf multifaktoriellen Ansätzen (vgl. NVL 2022: 21). Diese beziehen sich auf ein Zusammenspiel zwischen biologischen und psychosozialen Faktoren (vgl. ebd.). Hypothesen, welche gesellschaftliche und soziale Faktoren als Ursache für Depressionen vermuten, sind in der Vielfalt von Hypothesen untervertreten.

Da nun ein Überblick über die Thematik und die Bedeutung von Depressionen gegeben wurde, geht es im nächsten Kapitel um das allgemeine Verständnis von Krankheit und das biopsychosoziale Modell.

3 Das biopsychosoziale Verständnis von Krankheit

In diesem Kapitel wird das Grundverständnis von Gesundheit und Krankheit in dieser Thesis beschrieben. Dieses basiert auf dem biopsychosozialen Verständnis. Das zugehörige Modell wurde zum einen gewählt, weil es im theoretischen Aufbau der Masterarbeit «Soziale Dimension psychischer Gesundheit und Krankheit» von Rügger verwendet wurde. Zum anderen kommt es zum Einsatz, weil es ein häufig verwendetes Konzept ist (vgl. Pauls 2013b: 21–24). Das biopsychosoziale Modell wird laut Savulescu meist mit Gorge Engel verbunden (vgl. Savulescu et al. 2020: 29f., Sommerfeld et al. 2016: 86).

Nach Engel kam es um 1977 zu Diskursen, in welchen darüber debattiert wurde, ob psychiatrische Erkrankungen vom Gegenstand der medizinischen Disziplin abgelöst werden sollten. Die Medizin als Disziplin konnte damals grosse Erfolge erzielen und wirkte mit dem biomedizinischen Verständnis einheitlich und produktiv (vgl. Engel 1977: 129). Die Psychologie gliederte sich in diverse Fachrichtungen, Vorstellungen und Schulen und schaffte es nicht, Erklärungen für psychische Krankheiten zu generieren, welche sich im biomedizinischen Verständnis hätten einordnen lassen (vgl. ebd.). Nach Engel war jedoch der Grund, dass keine guten Erklärungsansätze für psychische Krankheiten gefunden wurden, nicht ein Problem der Disziplin, sondern ein Problem des allgemeinen Krankheitsverständnisses. Dieses war mit seiner klaren biologischen Ausrichtung nicht mehr dazu geeignet, um psychische Krankheitsbilder zu beschreiben. Engel schlussfolgerte daraus, dass es notwendig ist, von einem rein biomedizinischen Verständnis von Krankheit und psychischer Krankheit wegzukommen (vgl. ebd.: 129–135). Stattdessen sei es an der Zeit, ein neues Modell von Krankheit zu verwenden, nämlich das biopsychosoziale Modell (vgl. ebd.). Mit diesem soll es möglich sein, die Patienten ganzheitlich wahrzunehmen. Ausserdem sollen damit die Gesundheit bzw. Krankheit sowie die sozialen Umstände von Patienten besser wahrgenommen werden. Alle Bereiche sind dabei als gleichwertig zu betrachten und sind bei allen Krankheiten involviert. Dies würde es ermöglichen, somatische wie auch psychische Krankheitsbilder zu erklären (vgl. ebd.). Das

biopsychosoziale Verständnis geht davon aus, dass sich die drei Dimensionen (die biologische, die psychische und die soziale Dimension) wechselseitig und dynamisch beeinflussen und einzeln oder gemeinsam für die Entstehung von Krankheit in Betracht kommen (vgl. Pauls 2013b: 17–27). Dieses Verständnis ist in Abbildung 1 dargestellt. Das biopsychosoziale Modell wurde von Engel nie gänzlich ausformuliert und inhaltlich gefüllt (vgl. Kendler/Gyngell 2020: 60–63). Hier erfolgt jedoch ein Beispiel des Autors, damit es deutlicher wird.

Eine Grippe lässt sich auf den ersten Blick klar der biologischen Dimension von Krankheit zuordnen. Wie sehr ein Mensch daran leidet, hängt jedoch stark von der Bewertung der Person ab (der psychischen Dimension) und wie stark er dadurch eingeschränkt wird. Wann sich Personen Hilfe holen und wie die Krankheit sich zeigt und den betroffenen Menschen einschränkt, hängt von der sozialen Dimension ab. Die Dimensionen überschneiden sich und beeinflussen sich gegenseitig. So gibt es verschiedene Zeitungsartikel und Studien zum Thema «Männergrippe», in welchen sowohl biologische (anderes Immunsystem als Frauen), psychische (übermässiges Leiden) als auch soziale Faktoren (mangelnde Zuneigung der Partnerin) als Verursacher dieses Phänomens beschrieben werden.

Um die Krankheit «Grippe» bei einem Betroffenen zu verstehen, müssten demnach sowohl die biologische, die psychische als auch die soziale Dimension betrachtet werden. Engel geht auch davon aus, dass mit einem rein biomedizinischen Modell nie mit Sicherheit gesagt werden kann, ob ein Patient krank oder gesund ist, da stets soziale Faktoren und die Wahrnehmung des Patienten ausschlaggebend sind (vgl. Engel 1977: 129–135). Die biomedizinische Vorstellung von Krankheit beruht darauf, dass Krankheiten messbare Abweichungen von den biologischen Normwerten darstellen (vgl. ebd.: 130). Dies gibt jedoch keinerlei Informationen darüber, welchen Einfluss die Krankheit auf den Menschen hat (vgl. Ewert/Stucki 2007: 953) und wie dieser die Krankheit wahrnimmt (vgl. Engel 1977: 129–135). Laut Engel soll das biopsychosoziale Modell als Ausgangslage für Forschung, Lehre (Ausbildung) und Praxis dienen (vgl. ebd.). Gemäss Pauls ist ein Bestandteil des biopsychosozialen Verständnisses die allgemeine Systemtheorie (vgl. Pauls 2013b: 16f.). Nach dieser ist der Mensch ein biopsychosoziales Wesen (vgl. Staub-Bernasconi 2018: 174f.). Das erlaubt den Rückschluss, warum eine Krankheit in diesen drei Bereichen entsteht und wie sie sich auswirkt. Die allgemeine Systemtheorie wird in Kapitel 4.1 beschrieben. Das biopsychosoziale Modell stellt in dieser Arbeit das Grundverständnis von Krankheit dar. Um dieses jedoch noch zu vertiefen, wird eine



Abbildung 1: Das biopsychosoziale Modell.
Eigene Darstellung

Erweiterung des biopsychosozialen Modells hinzugezogen, nämlich das Verständnis der ICF der WHO.

3.1 Funktionale Gesundheit und die ICF

Die WHO hat, basierend auf den Grundannahmen des biopsychosozialen Modells, die «Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit» (ICF) aufgebaut. Das Ziel der ICF ist es, Krankheitskonsequenzen und Phänomene, welche mit gesundheitlichen Problemen verbunden werden, besser darzulegen (vgl. Ewert/Stucki 2007: 953). Die ICF basiert auf einem Wechselwirkungsmodell, das die funktionale Gesundheit erzeugt. Ewert und Stucki beschreiben sie wie folgt: «Die funktionale Gesundheit wird nicht mehr als eine Eigenschaft von Personen, sondern als das Resultat einer Interaktion zwischen dem Betroffenen und seiner Umwelt verstanden.» (ebd.) Hier grenzt sich die ICF auch klar vom Klassifikationssystem ICD ab, welches Krankheit zwar ausgiebig durch Symptome beschreibt, jedoch keine Aussage darüber ermöglicht, wie die Krankheit sich auf den Menschen auswirkt (vgl. ebd.). Zudem ist das Klassifikationssystem ICF für diese Arbeit nicht weiter relevant, denn es geht in dieser Bachelor-Thesis nicht um die Klassifikation von Depressionen, sondern darum, zu verstehen, wie die soziale Dimension die Entstehung von Depressionen beeinflusst. Deshalb wird auf die ICF als Klassifizierungssystem nicht weiter eingegangen. Zielführend ist jedoch das Verständnis der funktionalen Gesundheit und der Umstand, wie diese entsteht. Das Modell der allgemeinen funktionalen Gesundheit ist in Abbildung 2 dargestellt. Die zentralen Elemente sind dort benannt (vgl. Oberholzer 2009: 20).

Die funktionale Gesundheit ist dann erreicht, wenn alle in der Abbildung beschriebenen Faktoren dazu führen, dass für die Person eine normale Teilhabe¹⁶ an allen Handlungssystemen (vgl. Kap. 4.3) möglich ist (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 94). Demnach gilt eine Person dann als funktional gesund, wenn sie: «möglichst kompetent mit einem möglichst gesunden Körper an möglichst normalisierten Lebens-

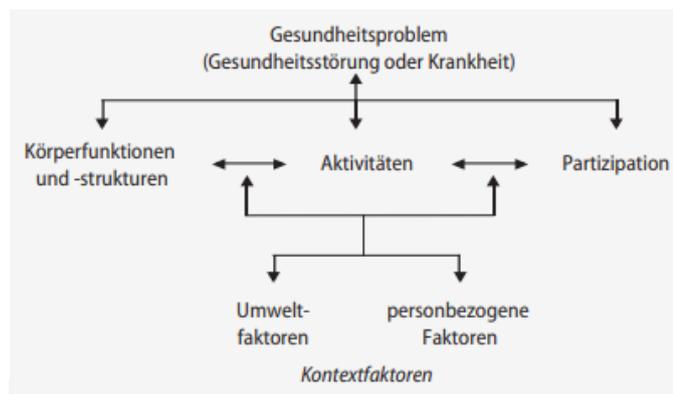


Abbildung 2: Die funktionale Gesundheit (In: Stucki 2007: 956)

bereichen teilnimmt und handelt» (Oberholzer 2009:19). Im Vergleich dazu bezieht sich das biomedizinische Verständnis lediglich auf eine Sollabweichung von Normwerten der

¹⁶ Teilhaben, involviert sein.

Gesundheit (vgl. Engel 1977: 129f) und ermöglicht keinerlei Aussagen darüber, wie der Mensch durch die Krankheit betroffen ist (vgl. Ewert/Stucki 2007: 953). Nach dem Konzept der ICF entwickelt sich der Mensch in der Auseinandersetzung mit sich und seiner sozialen und materiellen Umwelt. «Diese Auseinandersetzungen vollziehen sich in Partizipation. Das heisst, in der aktiven oder auch passiven Teilnahme und Teilhabe an Aktivitäten, zusammen mit anderen Menschen oder allein und in unterschiedlichen Lebensbereichen und Lebensräumen» (ebd.). In der Beschreibung von Oberholzer zeigt sich die begriffliche Nähe zwischen dem Konzept der funktionalen Gesundheit und des Modells der «Integration und Lebensführung» (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 94). Dieses Modell wird bei der Ausdifferenzierung der sozialen Dimension (vgl. Kap. 4.3) dargelegt. Auf die biologische und die psychologische Dimension wird nicht weiter eingegangen, da für diese Arbeit die soziale Dimension die bedeutendste ist. Da das biopsychosoziale Modell das Grundverständnis dieser Thesis darstellt und es umstritten ist, wird es im Folgenden kritisch diskutiert.

3.2 Kritik am biopsychosozialen Modell

Auch wenn das biopsychosoziale Modell rege Anwendung in der Forschung findet, z. B. in Konzepten wie der ICF und im interdisziplinären Austausch (vgl. Pauls 2013: 21–24), wird es häufig kritisch diskutiert. Staub-Bernasconi kritisiert, das biopsychosoziale Modell sei unvollständig, da die kulturelle Ebene nicht einbezogen wird (vgl. Staub-Bernasconi 2018: 174f.). Ghaemi, einer der bekanntesten Kritiker des Ansatzes (vgl. Roache 2020: 41), führt an, dass das Modell und der damit verbundene Holismus¹⁷ seinen Nutzenden eklektische Freiheiten¹⁸ gibt. Das bedeutet, jegliche Ideologien und Theorien können wahllos in das Modell integriert werden. Wenn integriert werden kann, was die Nutzenden wollen, wird es über längere Zeit zu einer stark dogmatischen¹⁹ Verwendung kommen (vgl. Ghaemi 2009: 3). Zudem führt das Modell zu einer Zunahme der Komplexität des Untersuchungsgegenstandes. Aus der Sicht von Ghaemi führt Reduktionismus, also die Reduzierung von Komplexitäten, jedoch zu guten Forschungsergebnissen (vgl. ebd.: 4). Während Ghaemi kritisiert, das biopsychosoziale Verständnis erhöhe die Komplexität nur unnötig (vgl. ebd.), meint wiederum Egger, dass das Modell zu wenig Komplexität innehat, um bspw. chronische Depressionen zu erklären (vgl. Egger 2018: 1156). Das biopsychosoziale Modell stösst auch immer wieder an seine Grenzen, da es an

¹⁷ Philosophische Vorstellung, dass die Wirklichkeit aus Systemen, Gesellschaften und Organisationen besteht. Komponenten (z. B. Individuen) sind ihnen untergeordnet und sind somit nur zur Erhaltung des Ganzen (z. B. der Gesellschaft) relevant. Die einzelnen Komponenten können jedoch nur wenig Einfluss auf das Ganze nehmen (vgl. Staub-Bernasconi 2018: 158).

¹⁸ Hier steht es für das Auswählen und Mischen unterschiedlicher Theorien.

¹⁹ Unkritisches Verfechten und Verwenden einer spezifischen Denkweise oder Theorie.

Verständnis mangelt, wie die einzelnen Dimensionen aufeinander wirken (vgl. Pauls 2013b: 19). Die Kritik von verschiedenen Seiten zeigt, dass das biopsychosoziale Modell umstritten ist.

Doch besonders bei Depressionen vermochten Ansätze, welche monokausal und nicht interdisziplinär ausgerichtet sind, nicht ausreichend die Entstehung von Depressionen zu erklären (vgl. Malhi/Mann 2018: 22302f., vgl. Brakemeier et al. 2008: 37). Auch Roache betont trotz der Kritik, das Modell eigne sich gut, um psychische Erkrankungen zu erklären und Behandlungen zu erforschen. Das Modell ermöglicht es laut Roache, alle Dimensionen als einen möglichen Beginn von Krankheit miteinzubeziehen und dann anhand von Empirie das beste Vorgehen oder die beste Erklärung der Krankheitsursache zu erwägen (vgl. Roache 2020: 29–46). Die Wechselwirkung zwischen den einzelnen Dimensionen des biopsychosozialen Modells sind noch weitgehend ungeklärt. Demnach ist die Frage noch offen, wie eine Dimension die anderen beeinflusst und wie eine Dimension zur Entstehung von psychischer Krankheit führt (vgl. Pauls 2013: 24). Es gilt, dies nun zu klären und das biopsychosoziale Modell mit Inhalten zu füllen. Um die soziale Dimension genauer zu beleuchten, wird in dieser Arbeit eine der Grundtheorien der Sozialen Arbeit, Integration und Lebensführung nach Sommerfeld et al. verwendet.

4 Die soziale Dimension von psychischer Krankheit

Nach der Definition von Sommerfeld et al. hat die soziale Dimension eine Verhältniskomponente und eine zeitliche Komponente (vgl. 2016: 127f.). Erstere ist in den Kapiteln 4.3 und 4.4 ausgeführt. Die Zeitkomponente wird in Kapitel 4.5 beschrieben. Die Theorien, welche die soziale Dimension umfassen, basieren und verweisen auf Bestandteile der Systemtheorie. Für das Verständnis und die Erklärung von bestimmten Begriffen werden Bestandteile der Systemtheorie in Kapitel 4.1 erklärt. Eine weitere Bezugstheorie für die soziale Dimension ist die allgemeine Theorie der menschlichen Bedürfnisse nach Obrecht. Diese wird anschliessend an die Bestandteile der Systemtheorie in Kapitel 4.2 beschrieben.

4.1 Die Systemtheorie als Ausgangslage

Bei der Systemtheorie handelt es sich um eine interdisziplinäre Theorie, welche sowohl physikalische, biologische, psychische als auch soziale Phänomene erklärt (vgl. Krieger 1998: 7). Die Lehre der Synergetik kann auch als die Lehre des Zusammenwirkens bezeichnet werden und wurde von Haken begründet (vgl. Haken/Schiepek 2006: 31) Die Systemtheorie dient

ebenfalls in der Sozialen Arbeit in verschiedenen Bereichen als Bezugsrahmen. Ein bekanntes Beispiel ist die Definition von sozialen Problemen nach Staub-Bernasconi (vgl. Klassen 2004: 29-31). Sie beschreibt das Soziale Problem als Ausgangsproblem und somit als Gegenstand der Sozialen Arbeit (vgl. Staub-Bernasconi: 2018: 198–210) und bezieht sich dabei auf das systemische Grundverständnis (vgl. Klassen 2004: 29–31). Da die Systemtheorie in der Sozialen Arbeit in verschiedenen Bereichen als Bezugsrahmen dient (vgl. ebd.) und sowohl biologische, psychische als auch soziale Phänomene beschreibt, spricht dies für eine Eignung für diese Arbeit.

Zur Beschreibung der Grundannahmen der Systemtheorie werden die Hypothesen von Obrecht verwendet (vgl. Klassen 2004: 59). Sie werden nun in gekürzter Form wiedergegeben.

- Die Wirklichkeit besteht aus realen ‹Dingen›. Jedes ‹Ding› ist eine Komponente eines Systems und selbst ein System.
- Systeme bilden Eigenschaften (emergente Eigenschaften oder Emergenz), welche die einzelnen Komponenten nicht besitzen.
- Alle Systeme oder zumindest Komponenten davon sind mit ihrer Umwelt verbunden und mehr oder weniger offen für Beeinflussung.
- Es gibt Systeme, welche zu Ebenen zusammengefasst werden können und aufeinander aufbauen. Dies sind physische, chemische, biologische, psychische und soziale Systeme.
- Systeme können aus diversen Arten von Subsystemen bestehen.
- Alle Dinge sind über die Zeit hinweg mehr oder weniger stetig im Wandel.
- Systeme können nie aus dem Nichts entstehen und sich auch nicht vollständig auflösen (zerfallen).

(vgl. Obrecht 1999a: 6; Zit. nach Klassen 2004: 59)

Menschen sind biopsychische Systeme, welche in einer sozialen Umwelt leben, selbstbewusst sind, durch Kultur geprägt werden (vgl. Staub-Bernasconi 2018: 174f.) und durch ihre Bedürfnisse motiviert sind (vgl. Klassen 2004: 28). So wird der Mensch als biopsychosoziales Wesen aufgefasst (vgl. Oberholzer 2009:19, Staub-Bernasconi 2018: 170).

Hier folgt ein kurzes Beispiel: Familie X besteht aus zwei Kindern, Frau X und Herrn X. Als System bilden sie Eigenschaften (Emergenzen), welche sie sonst nicht besitzen. In diesem System sind es Rollen (Mutter, Vater, Sohn, Tochter), welche ohne die Familie nicht existieren könnten. Menschen wiederum besitzen eine physische Systemebene (Bewusstsein) und eine biologische Systemebene (Körper oder Organismus) (vgl. Klassen 2004: 82f.). Damit die biologische und die psychische Systemebene existieren können, braucht es wiederum die

physikalische Systemebene (z. B. Atome, physische Prozesse), die chemische Systemebene (z. B. Proteinsynthese, also die Entstehung von Zellbausteinen, Hormone). Menschen werden durch ihre Bedürfnisse motiviert (vgl. Obrecht 2009: 18). So ist die Familie dadurch entstanden, weil es für das Individuum möglich ist, seine Bedürfnisse zu befriedigen (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 29. Hier geht es bspw. um das Bedürfnis nach emotionaler Zuwendung. Menschen leben in soziokulturellen Systemen (Familien, Gruppen usw.) und werden in einen Kulturkreis hineingeboren, z. B. die Schweiz.

4.1.1 Die Synergetik des Menschen

Ein weiterer wesentlicher Baustein für die weiterführenden Theorien und die Systemtheorie ist das Prinzip der Synergetik, welches ursprünglich aus der Physik stammt (vgl. Haken/Schiepek 2010: 244). Das Prinzip der Synergetik lässt sich auch auf psychische und biologische Systeme im Menschen anwenden (vgl. ebd.: 244–247). Der auf den Menschen angepasste Prozess der Synergetik ist in Darstellung 3 ersichtlich. Die Begriffe der Grafik sind jeweils im Text mit Fettdruck markiert.

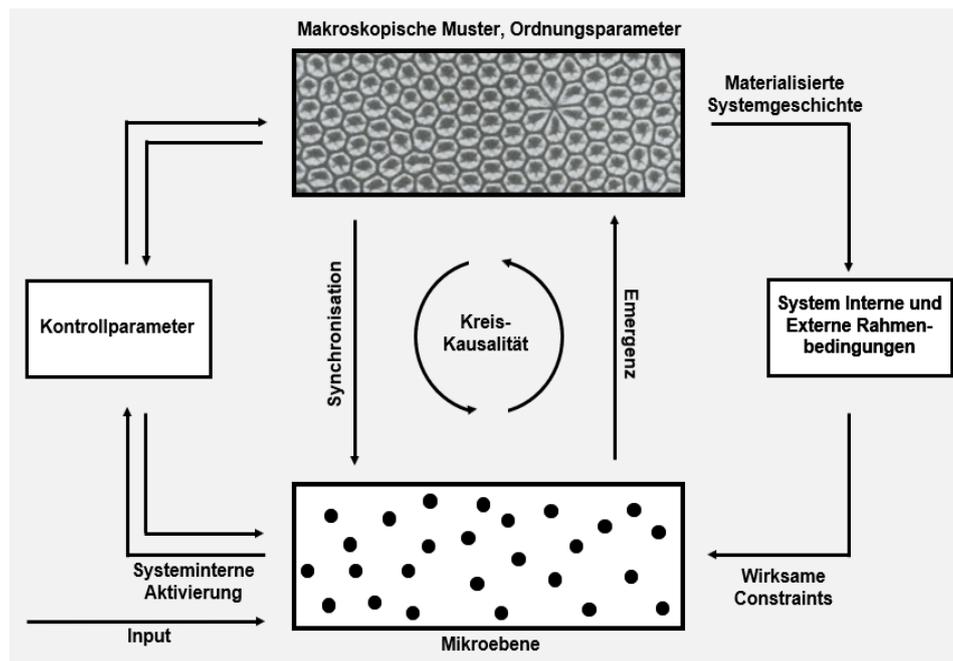


Abbildung 3. Das erweiterte Modell der Synergetik. (In Anlehnung an: Haken/Schiepek 2010: 244)

Die Synergetik besagt, dass es durch die nichtlineare Wechselwirkung zwischen einzelnen Elementen zu Synchronisationseffekten kommt. Durch diese **Synchronisationseffekte** kommt es auf der Mikroebene und der gekoppelten Makroebene zur Musterbildung (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 53f.). Die **Mikro-** und die **Makroebene** sind insofern dasselbe, aber sie werden von einer anderen Ebene betrachtet. Die in der Grafik dargestellte Mikroebene stellt

Ölmoleküle dar (mikroskopische Ebene). Die Makroebene zeigt das Muster, welches durch gleichmässiges Erhitzen von Öl entsteht (vgl. Haken/Schiepek 2010: 72f.). Durch diese Strukturen auf der Mikroebene und der gekoppelten Makroebene bildet sich eine Bindung der einzelnen Elemente. Es entstehen spezifische Eigenschaften, also **Emergenz** und **Ordner**, welche das Muster am erhalten. Die entstandenen Muster passen durch Synchronisation zueinander und erhalten diese Passung durch Reproduktion²⁰. Diese Passung bleibt dynamisch, ist aber stabil (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 54–56). Bei Menschen befinden sich Kontrollparameter innerhalb des Organismus. Dadurch wird der Mensch zu einem selbstorganisierten System, denn die Systeme des Menschen erhalten sich selbst (vgl. Haken/Schiepek 2010: 244f.). Die internen **Kontrollparameter** des Menschen beeinflussen die Einwirkungen auf das System und steuern es indirekt. Wird der kritische Wert des Kontrollparameters überschritten, so verändert sich das Systemverhalten. Kontrollparameter können durch externe oder interne Faktoren beeinflusst werden (vgl. ebd.: 80). Möchte ein Individuum bspw. eine Veränderung des Kontrollparameters durch Medikamente erreichen (externe Beeinflussung), hängt der Effekt massgeblich davon ab, ob der Patient die Medikamente nimmt (Motivation) und ob er an deren Wirkung glaubt (interne Faktoren) (vgl. ebd.: 244). Der **Input** besteht aus sensorischen Stimulationen oder aus körperinneren Signalen (z. B. Bedürfnissen). Stimulationen erhalten ihre Gewichtung meist erst im Organismus. So wäre Temperatur eine sensorische Stimulation. Ob die Wassertemperatur im Bad als angenehm oder als zu heiss empfunden wird, hängt in einem bestimmten Masse von der Bewertung des Organismus ab (vgl. ebd.: 244f.). Die Musterbildung wird durch vorhandene **systeminterne** (materialisierte Systemgeschichte) und **systemexterne Randbedingungen** eingeschränkt. Diese einschränkende Faktoren sind **wirksame Constraints** (Zwänge). Sie drängen die Ebenen dazu, Muster zu erzeugen, welche zur Ebene passen und dominant vorhandene Muster wiedergeben (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 62). So wäre die **materialisierte Systemgeschichte** bei psychischen Prozessen die Erfahrungen, welche bereits gemacht wurden. Hat jemand schlechte Erfahrungen mit einem Hund gemacht, wird er das Verhalten des Hundes, welcher auf ihn zuläuft, anders interpretieren als ein anderer Mensch, der Hunde grossartig findet (vgl. Haken/Schiepek 2010: 245). **Externe Rahmenbedingungen** beeinflussen, welche Erfahrungen gemacht werden können (vgl. ebd.). Gibt es bspw. viele aggressive Strassenhunde, werden diese die Erfahrung anders beeinflussen als der Familienhund. Die **Kreiskausalität** steht für die gegenseitige Wechselwirkung und Stabilisierung der gekoppelten Mikro- und Makroebene (vgl. ebd.)

Nach dieser ersten Ausdifferenzierung der Systemtheorie erfolgt noch eine begriffliche Ausdifferenzierung zwischen der sozialen Ebene und der sozialen Dimension. Die Differenzierung

²⁰ Wiederherstellung, Fortpflanzung.

dieser beiden Termini gelingt nicht trennscharf, da sich beide Begriffe überlappen. Abgeleitet aus dem Text von Obrecht stammt das Verständnis der sozialen Ebene aus dem systemischen Vokabular (vgl. Obrecht 1999a: 6; Zit. nach Klassen 2004: 59) und steht für eine zusammengefasste Systemebene, welche alle Systeme beinhaltet, die als soziale Systeme kategorisiert werden können (vgl. ebd.). Die soziale Dimension hingegen wurde aus der Begreiflichkeit von Engel abgeleitet und umfasst laut Sommerfeld et al. eine Verhältnis- und eine Zeitkomponente (vgl. Sommerfeld et al. 2016:127f.). Demzufolge beinhaltet die soziale Dimension durch die Zeitkomponente zusätzlich noch die Systemgeschichte. Die soziale Ebene ist dagegen eine Momentaufnahme und eine Kategorisierung. Da weder die biologische noch die psychische Dimension in dieser Arbeit ausdifferenziert werden, sind diese als ‹Ebene› kategorisiert und werden jeweils so benannt.

4.1.2 Zirkuläre Kausalität

Zirkuläre Kausalität²¹ ist das «universale, dynamische ordnungsgenerierende Prinzip» (ebd.: 54). Das Prinzip der zirkulären Kausalität kann auch als Versklavungsprinzip bezeichnet werden (vgl. Haken/Schiepek 2010: 82f.), denn der **Ordner** auf der Makroebene versklavt die einzelnen Teile auf der Mikroebene und zwingt sie in ein bestimmtes Muster. Der oder die Ordner entstehen aber erst durch die einzelnen Elemente, welche sich auf der Makroebene befinden (vgl. Haken/Schiepek 2010: 82f.). Wenn einzelne Elemente auf der relativen Mikroebene in Beziehung treten, bildet sich durch Selbstorganisation eine Ordnung auf der relativen Makroebene (neues System), welche die Freiheitsgrade der Elemente begrenzt, Emergenz erzeugt und dadurch die Bindung der einzelnen Elemente stabilisiert. Solange sich diese Ordnung reproduzieren kann, reproduziert sich das System (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 53f). Durch Zirkuläre Kausalität entsteht somit aus Einzelteilen eine Ordnung und dadurch ein neues stabiles System. Ein Ordnungswandel der Systeme erfordert eine energetische Destabilisierung des bestehenden Musters über einen Kontrollparameter (vgl. ebd.: 54f.).

Das Prinzip der zirkulären Kausalität müsste mit einem Beispiel aus der Physik erklärt werden, welches zu viel Raum einnehmen würde und deshalb unterlassen wird. Das Prinzip des Ordners kann jedoch bildlich in Abbildung 4 dargestellt werden. Der orange Kreis zeigt einen Ball

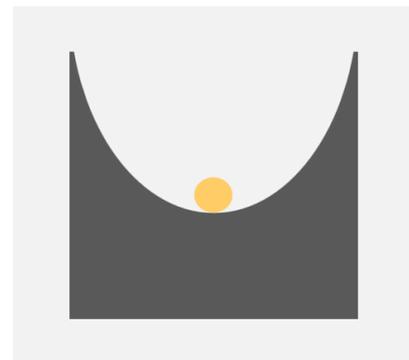


Abbildung 4. Ordner. In Anlehnung an: (vgl. Haken/Schiepek 2010: 82).

²¹ Kausal ist das Verhältnis zwischen Ursache und Wirkung. Im Gegensatz zur linearen Kausalität ist bei der zirkulären Kausalität nicht klar, was die Ursache und was die Wirkung ist, da sie sich zirkulär bedingen.

und das dunkelgraue Objekt den Ordner als Vase. Wird der Ball so stark angestossen, dass er sich in Bewegung setzt (die Energie muss den Kontrollparameter überwinden), kann er sich zwar bewegen, er wird jedoch immer wieder zum tiefsten Punkt der Vase zurückkehren (vgl. Haken/Schiepek 2010: 82).

Die für die Arbeit bedeutendsten Begriffe der Systemtheorie wurden erklärt. Nun folgt eine allgemeine Theorie menschlicher Bedürfnisse, welche ebenfalls auf der Systemtheorie aufbaut und wesentlich für das Verständnis der sozialen Dimension ist.

4.2 Allgemeine Theorie menschlicher Bedürfnisse

Laut Obrecht können Menschen als halboffene Biosysteme verstanden werden. Sie gelten als halboffen, da sie einen Energie- und Stoffaustausch mit ihrer Umgebung betreiben (Stoffwechsel). Menschen sind Organismen und Organismen sind selbstregulierende Systeme. Diese bevorzugen bestimmte Zustände (Werte) und besitzen die Fähigkeit, bis zu einem bestimmten Grad die Abweichung dieses Zustands festzustellen und zu kompensieren (vgl. Obrecht 2009: 15). Es existieren primäre Werte, die alle Organismen haben, und sekundäre Werte, die nur Lebewesen haben, welche sich zukünftige und vergangene Zustände vorstellen und diese als positiv oder negativ bewerten können. Folglich sind Menschen denkende Lebewesen (vgl. ebd.: 15f). Sie gehen davon aus, dass auch ihre Primärwerte sichergestellt sind, wenn der Sollzustand der sekundären Werte erreicht wird. So ist bspw. Frieden ein sekundärer Wert, da Krieg die Erreichung der primären Werte verunmöglicht oder stark gefährdet (vgl. ebd.: 16). Bedürfnisse sind ein über ein Verhalten zu erreichender Zielzustand (primärer oder sekundärer Sollwert) (vgl. ebd.: 18). Bedürfnisse sind universal (vgl. ebd.: 21), alle Menschen haben sie. Weicht der Organismus davon ab, so entsteht eine Bedürfnisspannung. Die Nahrungsaufnahme ist z. B. ein Bedürfnis und die Bedürfnisspannung zeigt sich durch ein Hungergefühl (vgl. ebd.: 18f.). Der Organismus wird dann motiviert, auf die Reduktion der Spannung hinzuwirken oder eine Kompensation zu erreichen, um so seine Bedürfnisse zu befriedigen und das Wohlbefinden wiederherzustellen. Somit ist Wohlbefinden der Zustand einer hinreichenden Regelung des Organismus. Bedürfnisse können bewusst sein oder im Unterbewusstsein existieren (vgl. ebd.: 18f.). Der Mensch ist ein selbstorganisiertes System. Dies zeigt sich dadurch, dass er sich selbst erhalten kann. Die Selbsterhaltung wird durch die Bedürfnisbefriedigung erkennbar (vgl. Haken/Schiepek 2010: 244f.). Bedürfnisse lassen sich wie folgt unterteilen: biologische, biopsychische und biopsychosoziale Bedürfnisse (vgl. ebd.: 25–26). Die konkreten Bedürfnisse sind in der folgenden Tabelle aufgeführt:

	Biologische Bedürfnisse
1	Nach physischer Integrität: Vermeidung von Verschmutzung, Vermeidung von das Wohlbefinden reduzierende (schmerzhafte) physikalische Beeinträchtigungen (Hitze, Kälte, Nässe), Verletzungen sowie Exposition gegenüber (absichtsvoller) Gewalt
2	Nach den für das Überleben erforderlichen Austauschstoffen: verdaubare Biomasse (Stoffwechsel), Wasser (Flüssigkeitshaushalt), Atemluft (Gasaustausch)
3	Nach Regenerierung
4	Nach sexueller Aktivität und Fortpflanzung
	Biopsychische Bedürfnisse
5	Nach wahrnehmungsgerechter sensorischer Stimulation: Gravitation, Schall, Licht, taktile Reize (sensorische Bedürfnisse).
6	Nach ästhetischem Erleben: Zum Beispiel Landschaften, Gesichter, unversehrte Körper
7	Nach Abwechslung, Stimulation
8	Nach verarbeitbarer orientierungs- und handlungsrelevanter Information: Es beinhaltet das Bedürfnis nach Orientierung, nach ‹Sinn› und nach subjektiver Sicherheit.
9	Nach subjektiv relevanten (affektiv besetzten) Zielen und Hoffnungen auf deren Erfüllung
10	Nach effektiven Fertigkeiten, Regeln und (sozialen) Normen zur Bewältigung von (wiederkehrenden) Situationen
	Biopsychosoziale Bedürfnisse
11	Nach emotionaler Zuwendung: Liebe und Freundschaft
12	Nach spontaner Hilfe: Helfen und geholfen werden
13	Nach sozial(kulturell)er Zugehörigkeit durch Teilnahme: Mitgliedschaft in Familie, Gruppe, Gesellschaft, Religion & Nationalstaat
14	Nach Unverwechselbarkeit und Identität
15	Nach Autonomie
16	Nach Fairness
17	Nach sozialer Anerkennung: Über Funktion, Leistung
18	Nach (Austausch-)Gerechtigkeit

Tab. 1. (In Anlehnung an: Obrecht 2009: 27)

Je nach Bedürfnissen muss dieses innert näherer oder fernerer Zeit befriedigt werden. Hier wird von Elastizität gesprochen (vgl. ebd. 21). Das Bedürfnis nach Atemluft (Gasaustausch) muss z. B. innert 3 Minuten gestillt werden und hat somit eine geringe Elastizität. Bleibt die Befriedigung der Bedürfnisse aus, kommt es für den Organismus zu Folgen. Eine fehlende Nahrungsaufnahme führt bspw. zur Entkräftung oder bis hin zum Tod (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 169). Bedürfnisse machen dem Menschen in gewisser Weise verletzlich, d. h. vulnerabel (vgl. ebd. 168f.), denn er ist immer auf die Integration in soziale Kontexte angewiesen, um seine Bedürfnisse zu befriedigen. Diese Kontexte regulieren auf der relativen Makrostruktur jedoch immer den Freiheitsgrad ihrer Individuen und dadurch auch die Bedürfnisbefriedigung. So ist der Mensch stets auf gute Vermeidungsmuster und damit auf den Verzicht auf Bedürfnisse angewiesen, damit eine Integration möglich ist (vgl. ebd.). Mit dieser Ausgangslage wird nun das Modell der Integration und Lebensführung dargelegt.

4.3 Integration und Lebensführung

Die Theorie «Integration und Lebensführung» ist der erste Bestandteil, um die soziale Dimension von Krankheit zu beschreiben. Der Ansatz Integration und Lebensführung gehört zu den Grundtheorien der Sozialen Arbeit, auch wenn er nicht durchgehend empirisch belegt ist (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 276). «Integration und Lebensführung bilden ein Begriffspaar, mit dem das Zusammenspiel von Individuum und Gesellschaft als dynamische Einheit theoretisch und empirisch gefasst werden kann» (ebd.: 273). So wurde die Theorie von Integration und Lebensführung auch von Calzaferri, Dällenbach, Gautschi, Hollenstein, Rüeegger als Ausgangslage für Methoden und Verfahren verwendet, um die soziale Dimension von Fällen zu erfassen (vgl. Calzaferri et al. 2011: o. S.).

Das Verständnis von Lebensführungssystemen leitet sich daher ab, dass Menschen zum Überleben und zur Bedürfnisbefriedigung ein durch Handeln gesteuertes Verhältnis zur Welt herstellen (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 29) und somit «ihr Leben führen» (ebd.: 29). Um das Überleben zu sichern und Bedürfnisse zu befriedigen, bilden Menschen soziokulturelle Systeme, das sind Lebensführungssysteme (vgl. ebd.:29). Ein solches System beschreibt «die typische Form menschlichen Lebens, die eine biopsychische und eine soziokulturelle Seite hat, welche dynamisch miteinander verknüpft sind» (Sommerfeld et al. 2011: 29). Konkrete Handlungssysteme bilden sich durch das Zusammenspiel von Sinn und einzelnen Akteuren aus. Durch diese zwei Komponenten entstehen bestimmte Positions- und Interaktionsmuster, welche das System erhalten. Bei der Entstehung von Lebensführungssystemen bildet sich ein Muster mit Ordnungsparametern, welches dynamisch die Interaktion der einzelnen Individuen begrenzt (vgl. ebd. 126f). Dieses Muster entsteht selbstorganisiert, es entstehen dann Muster,

Ordner und Emergenz und das System hält sich schliesslich selbst stabil (vgl. ebd.: 59f.). Das Muster kann jedoch durch andere dominante Muster anderer Ebenen beeinflusst werden (vgl. ebd.: 126). Integration (in das System) bedeutet nach diesem Verständnis das Herausbilden einer sinngenerierenden sozialen Ordnungsstruktur. Die Ordnungsstrukturen sind als Handlungssysteme erkennbar. Zweitens steht Integration (des Systems) für den Grad, wie gut ein Individuum in ein soziales System eingebunden ist. Es geht folglich darum, welche Position es innehat und wie viele Interaktionen es mitgestalten kann (vgl. ebd.).

An dieser Stelle folgt ein Beispiel des Autors, um diese Sachverhalte verständlicher zu machen: Das traditionelle Lebensführungssystem «Familie» besteht aus einzelnen Akteuren (Vater, Mutter, Kind) und einem Sinn (Sicherstellen der Reproduktion, Befriedigung von Bedürfnissen). Dieses System bildet Emergenz (in diesem Fall: Rollen) und diese Rollen bestimmen die Interaktion und Positionsmuster. Die Frau wird durch die Geburt des ersten Kindes zur Mutter (Rolle) und stellt die Bedürfnisbefriedigung des Säuglings sicher. Indem sie die Bedürfnisbefriedigung des Kindes sicherstellt und nicht umgekehrt, nimmt sie eine bestimmte (Macht-)Position ein. Es entsteht ein spezifisches Interaktionsmuster. Da der Vater die Bedürfnisse der Kinder sicherstellt (z. B. sensorische Bedürfnisse), muss er teilweise selbst auf eigene Bedürfnisse verzichten (z. B. Bedürfnisse nach Erholung). Die Rollen werden durch den Ordner erstellt und dieser wird durch eigene Mitglieder stabil gehalten. Die 6-jährige Tochter, welche die Rolle der fürsorglichen und pflichtbewussten übernommen hat, wird diese Rolle nicht plötzlich wieder abgeben und auch nicht plötzlich die Rolle des Bruders übernehmen. Wie diese Rollen genau ausgelebt werden, ist vom ordnungssteuernden Muster (Rollenbild) abhängig, welches die Familie selbst hat. Das Muster wird jedoch von anderen ordnungssteuernden Mustern der höheren Ebene beeinflusst, bspw. von gesellschaftlichen Rollenbildern. Integration beschreibt zum einen die Entstehung von Sinn in einem sozialen System (Kernfamilie²² nach der Geburt des ersten Kindes) und zum anderen den Umstand, wie gut ein Individuum darin integriert ist. Kann ein Vater seine Rolle aufgrund einer Suchterkrankung nicht wahrnehmen, so wird auch sein Grad an Einbindung (Integration) in das System der Kernfamilie stark abnehmen. Die Theorie der Integration und Lebensführung wird in Abbildung 5 auf der folgenden Seite dargestellt und anschliessend beschrieben. Der Mensch als biopsychisches System steht auf der einen Seite des Lebensführungssystems und die konkreten Handlungssysteme auf der anderen. Die beiden Seiten sind durch Interaktionen dynamisch miteinander verbunden (vgl. Rügger 2011: 26). Durch Integration und Position in unterschiedliche Handlungssysteme gestaltet der Mensch seine Lebensführung (vgl. ebd.). Es konnte keine Literatur gefunden werden, in welcher die «konkreten Handlungssysteme» von Sommerfeld et

²² Beinhaltet Kinder und die Erziehungsberechtigten ohne weitere Verwandten.

al. trennscharf definiert werden. Aus diesem Grund werden die Handlungssysteme im Folgenden nicht ausdefiniert. Die Ausführungen sind als nicht abschliessende Beispiele zu verstehen:

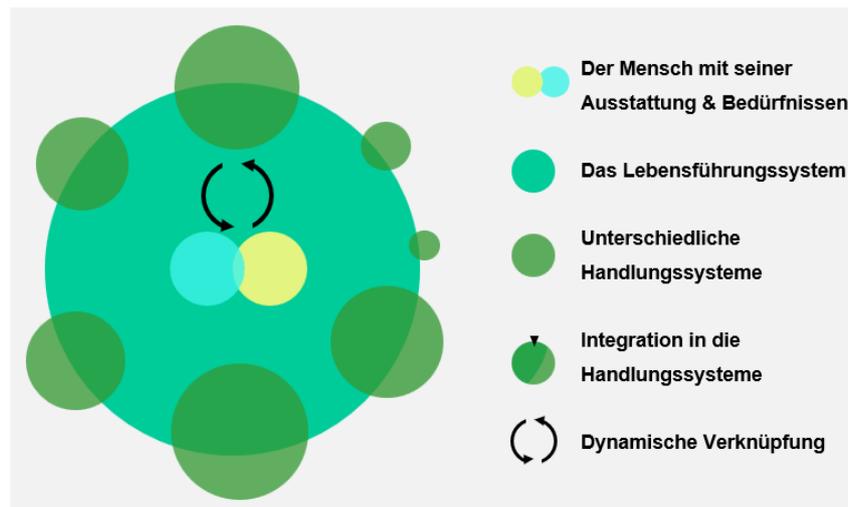


Abbildung 5. Das Lebensführungssystem. (In Anlehnung an: Calzaferri et al. 2012: o.S.).

Familie: Die noch lebenden Verwandten oder die Menschen, welche subjektiv eine Funktion in der Familie haben, bspw. der Vater, die Tante, die Pflegeeltern, der Partner, die Partnerin usw. (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 112–120).

Das soziale Netzwerk: Beinhaltet soziale Beziehungen wie Freunde.

Kultur und Freizeit: Dies meint z. B. Bekanntschaften in Vereinen oder Mitgliedschaften in Gebetskreisen, der Moschee usw. (vgl. ebd.).

Wohnen: Hier sind alle Menschen einzuordnen, welche aufgrund des Wohnens eine Beziehung zueinander aufgebaut haben, z. B. Mitbewohner in einer Wohngemeinschaft oder Nachbarn (vgl. ebd.).

Arbeit, Ausbildung, Tagestruktur: Das Handlungssystem beinhaltet alle Menschen, mit welchen zusammengearbeitet, gelernt oder studiert wird. Somit führt eine gewisse Logik von Produktion (Erarbeitung von etwas) dazu, dass dieses System entstanden ist (vgl. ebd.).

Schattenwelten: Das sind soziale Systeme, welche deutlich von den Normen der Gesellschaft abweichen und deshalb an den Rand der Gesellschaft gedrängt werden (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 313). Ein mögliches Beispiel wäre die Drogenszene, in welcher offen oder im Verborgenen illegale Substanzen konsumiert werden.

Das professionelle Helfer:innen-Netz: Beinhaltet alle Formen von professioneller Hilfe (bspw. Psychiater:innen, Sozialarbeiter:innen) und stellt eine sog. «stellvertretende Integration» dar. Das heisst, Professionelle kommen dann zum Zug, wenn die Integration in die anderen Lebensführungssysteme missglückt oder gefährdet ist oder aktuell nicht gelingt (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 134f.).

In unserer freien und kapitalistischen Gesellschaft wird verlangt, dass Individuen durch ihre Lebensführung die Integration in die unterschiedlichen Handlungssysteme selbst herstellen. Dies ist eine komplexe Entwicklungsaufgabe, da keine Position einfach gegeben ist und diese Positionen meist abhängig vom Verkauf der Arbeitskraft (oder von finanziellen Mitteln) sind und auch wieder verloren gehen können (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 269). Das Individuum ist in der Lebensführung kein Mensch ohne Eigenschaften. Es besitzt Ausstattungsmerkmale, welche seine Lebensführung, Position und Integration massgeblich beeinflussen (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 103). Diese Ausstattungsmerkmale werden im nächsten Kapitel beschrieben.

4.4 Ausstattungsmerkmale von Individuen

In diesem Kapitel geht es um das Individuum im Mittelpunkt der Lebensführung (siehe Abbildungen 5 und 6). Nach Sommerfeld et al. ist dies bedeutend, um zu verstehen, wie das Individuum den Handlungssystemen gegenübertritt und wie es ausgestattet ist (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 103). Es handelt sich in diesem Kapitel somit um Beschreibungswissen, welches ebenfalls relevant für die soziale Dimension von Krankheit ist.

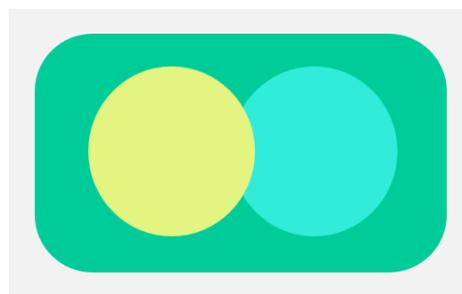


Abbildung 6. Ausstattung. (Eigene Darstellung)

Lebensalter und Geschlecht, Gender

Das Lebensalter (vgl. ebd.: 105) und das Geschlecht sind neben biologischen Determinationen auch stark sozialisationsgeprägte Faktoren (vgl. Gildemeister 2010: 137f.). Sie können direkt oder indirekt auf die Integration in den einzelnen Handlungssystemen Einfluss nehmen (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 105). So führt bspw. die Pension zu einer Desintegration aus dem Handlungssystem der Arbeit.

Sozioökonomische Merkmale

Sie beinhalten den Bildungsstand, den beruflichen Status²³ und das Einkommen. Zudem geht es um die finanziellen Mittel, die einem Individuum zur Verfügung stehen (vgl. ebd. 106).

Sozioökologische Merkmale

Diese stellen die Merkmale der Umwelt dar, in welcher das Individuum lebt und aufwuchs. Dabei spielen sowohl die räumliche Umgebung (bspw. Stadt oder Land, Infrastruktur) als auch die soziale Umgebung eine Rolle. Es geht um die Frage, welche sozialen Systeme und

²³ Anerkennung und Einfluss, der vom Beruf ausgeht.

Organisationen²⁴ es in der Umgebung gab bzw. gibt und welche Berührungspunkte sie mit dem Individuum haben (vgl. Bronfenbrenner 2012: 170f.).

Soziokulturelle Merkmale

Soziokulturelle Merkmale beinhalten bspw. eine religiöse und nationale Identität, eine Wertorientierung sowie eine Sprachkompetenz (vgl. Adler-Zwahlen/Nagel/Schlesinger 2019: 138f.). Nationale Identität ist insofern ein bedeutender Faktor, als er massgeblich beeinflusst, wie frei das Individuum an politischen und wirtschaftlichen Strukturen teilhaben kann (vgl. Rügger 2011: 36).

Soziale Beziehung als Ausstattungsmerkmal von Individuen

Hier ist die Gesamtheit der Beziehungen zu verorten, welche das Individuum aufrechterhält. Es geht demnach um einen Querschnitt aus verschiedenen Handlungssystemen. Dabei kann zwischen strukturellen und funktionalen Merkmalen der Beziehungen unterschieden werden. Strukturelle Merkmale sind die Anzahl von verschiedenen Beziehungen oder von sozialen Kontakten, die innert einer gewissen Zeit stattgefunden haben. Funktionelle Merkmale beziehen sich mehr auf die Qualität der Beziehung und darauf, wie viel (soziale) Unterstützung von den Beziehungen erwartet werden kann (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 110f.).

4.5 Biografie, die Zeitkomponente der sozialen Dimension

Um die soziale Dimension von Krankheit darzustellen, wird eine Verhältnis- und eine Zeitkomponente benötigt (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 127f.). Erstere wurde in den vorhergehenden Kapiteln beschrieben und besteht aus dem Individuum mit seiner Ausstattung, seiner Integration und Position in den verschiedenen Handlungssystemen (vgl. ebd. 129). Die Zeitkomponente der sozialen Dimension ist die Ansammlung von langfristigen Entwicklungen in Lebensführungssystemen. Daneben geht es um die Ausstattung sowie die Ansammlung von punktuellen kritischen Lebensereignissen, welche das Individuum geprägt haben (vgl. ebd. 127f.). Eine langfristige Entwicklung wäre bspw. die Kindheit im Handlungssystem der Familie. Ein punktuell kritisches Ereignis wäre, wenn der Vater in der Kindheit verstirbt (vgl. ebd.) Somit kann die Zeitkomponente mit dem Begriff «Biografie» (Lebensgeschichte) erfasst werden, mit der Einschränkung, dass sich die Lebensgeschichte ausschliesslich auf die Integration und Lebensführung sowie auf die Ausstattungsmerkmale bezieht.

In diesem Kapitel konnte ein theoretisches Verständnis über die soziale Dimension und die darin entstehenden Muster erarbeitet werden. Als Nächstes wird geklärt, wie die soziale Dimension die psychische Ebene und die biologische Ebene beeinflussen kann.

²⁴ Organisierte Ansammlung von Menschen mit einem spezifischen Ziel oder Auftrag, z. B. die Schule.

5 Wie beeinflussen sich die biologische, die psychische und die soziale Dimension?

Ausgehend vom biopsychosozialen Verständnis von Krankheit (vgl. Kap. 3) handelt es sich bei Krankheit immer um ein Zusammenspiel von biologischer, psychischer und sozialer Dimension (vgl. Engel 1977: 129–135). In diesem Kapitel geht es darum, die Frage zu beantworten, wie die soziale Dimension die psychische und die biologische Dimension beeinflussen kann. Zu diesem Zweck wird das erweiterte Integrationsmodell nach Sommerfeld et al. dargestellt. Die Ausgangslage für dieses Modell beinhaltet die soziale Dimension, welche die Integration und Lebensführung, die Ausstattung des Individuums sowie die Zeitkomponente beinhaltet. Die soziale Dimension wurde bereits in Kapitel 4 dargestellt.

5.1 Das integrative Modell

Das integrative Modell baut auf der Forschung auf, welche sich an Einzelfällen orientiert (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 247–249). Der ganze Prozess der Musterbildung auf der sozialen, psychischen und biologischen Ebene basiert auf der Synergetik und wird in Abbildung 7 dargestellt. Die Theorie der Synergetik kann in Kapitel 4.1 nachgelesen werden. So wird hier nur

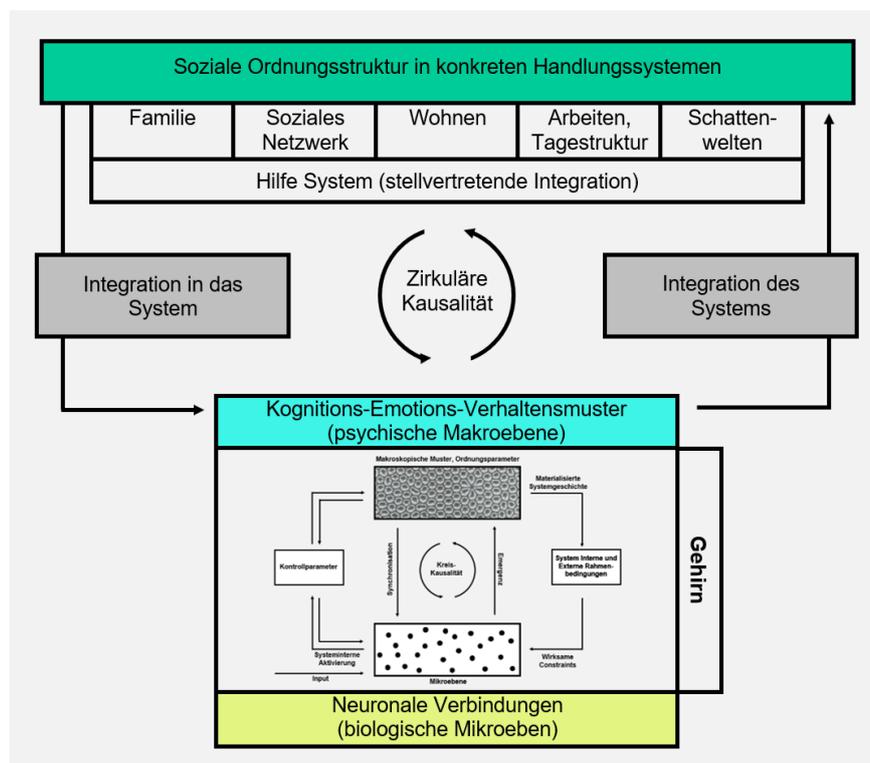


Abb. 7. Das erweiterte Integrationsmodell (In Anlehnung an: Sommerfeld et al. 2016: 133).

noch auf einzelne Begriffe vertieft eingegangen und anschliessend auf das erweiterte Integrationsmodell. Dieses ist in der folgenden Abbildung dargestellt:

Bedeutend ist hier, dass sich die Kontrollparameter der Menschen aus den systeminternen und systemexternen Faktoren zusammensetzen, welche das System energetisieren und somit beeinflussen. Beim Menschen sind Bedürfnisse (vgl. Kap. 4.2) energetisierende interne Faktoren. Sie motivieren (beeinflussen) den Organismus dazu, eine Veränderung des Zustands anzustreben (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 279f.). Diese Bedürfnisbefriedigung bringt den Menschen täglich in den Kontakt mit seiner Umwelt. Zu diesem Zweck muss er seine Umwelt wahrnehmen, also erkennen, diese Wahrnehmung deuten und unterscheiden können (vgl. ebd.: 280f.). Des Weiteren braucht es Rahmenbedingungen, welche dem Organismus das Überleben ermöglichen. Beim Menschen sind dies die soziokulturellen Systeme. Ohne diese wäre er nicht imstande zu überleben. Diese soziokulturellen Systeme stellen «wirksame Constraints» (Rahmenbedingungen) für die Musterbildung des Gehirns dar. Die Psyche ist ein System, welches dem Menschen die Lebensführung und eine erkenntnisbezogene Handlungssteuerung ermöglicht (vgl. ebd.: 278–282). Auf der anderen Seite führt die Musterbildung auf der sozialen Ebene (Lebensführungssystem) zu einer Musterbildung auf der psychischen Ebene (psychische Potentiallandschaft), welche sich ihrerseits durch eine Musterbildung in den neuronalen Netzwerken des Gehirns auf die biologische Ebene auswirkt (vgl. ebd.: 282–282). Zusammengefasst lässt sich herleiten, dass sich die

Abbildung 7. Das erweiterte Integrationsmodell (In Anlehnung an: Sommerfeld et al. 2016: 133).

«Wechselwirkungen zwischen der körperlich-biologischen, der psychischen und der sozialen Ebene» (Sommerfeld et al. 2016: 133) in zwei zirkuläre kausale Prozesse einteilen lassen, den «*inneren* (bio-psychischen) und einen *äusseren* (psycho-sozialen) kreis-kausalen Prozess» (ebd.: 133). Diese beiden Prozesse sind durch das Gehirn miteinander verbunden. Der innere zirkuläre kausale Prozess führt zur Beeinflussung der Integration in die Lebensführungssysteme durch die biologische und die psychische Ebene. Es wird also die soziale Ebene durch die psychische und die biologische Ebene beeinflusst. Der äussere zirkuläre kausale Prozess führt dazu, dass die Integration in die Lebensführungssysteme über Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster (KEV) die neuronale Musterbildung beeinflusst. Das heisst, die soziale Ebene beeinflusst die psychische und die biologische Ebene. Die Schnittstelle zwischen diesen beiden Beeinflussungsprozessen ist das Gehirn, welches ein komplexes dynamisches System darstellt (vgl. ebd.). Deshalb sprechen Sommerfeld et al. auch vom Hirn als sozialem Organ (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 279f.).

Zusammengefasst erklärt dieses Modell, wie die soziale Ebene die psychische und die biologische Ebene beeinflussen kann und umgekehrt. Da Depressionen eine psychische Krankheit sind, (vgl. ICD 10: F32.) wird die Schnittstelle zwischen der sozialen und der psychischen Ebene noch ausführlicher begutachtet.

5.2 Psychische Potentiallandschaft

Die psychische Potentiallandschaft ist ein wesentlicher Bestandteil der psychischen Ebene (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 127–130). Die Bildung der Ordnungsstruktur in einem Handlungssystem (Bestandteil der sozialen Dimension) führt dazu, dass das Verhalten der Akteure zusehends synchronisiert und begrenzt wird und somit häufig ähnliche Interaktionen stattfinden (vgl. ebd.). Dies hat zur Folge, dass Individuen zusehends bestimmte «Kognitions-Emotions-Verhaltens-Muster herausbilden» (Sommerfeld et al. 2011: 128). Diese KEV sind sinnhaft und passen zueinander. Ist ein Individuum über längere Zeit in ein Handlungssystem integriert, kommt es ebenfalls zu einer psychischen Ordnungsbildung aufgrund der KEV (vgl. ebd.: 127–129).

Die Summe aller KEV führt zur Entstehung der psychischen Potentiallandschaft. Diese ist in Abbildung 8 auf der folgenden Seite dargestellt. Durch die Synergetik kommt es zu Stabilisierungen und zur Bildung von Mustern. Diese können sich ordnen und ausdehnen. Somit können sich durch die Synergetik Attraktoren ausbilden (vgl. ebd.: 128f.) Bei Attraktoren handelt es sich um «die Menge der Zustände, in denen sich das System über eine bestimmte Zeit hinweg mit grosser Wahrscheinlichkeit befindet» (ebd.). Die Täler und Hügel auf der Abbildung veranschaulichen die Wahrscheinlichkeit, wann eine KEV auftreten wird. Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens verschiedener KEV wird durch die Weite des Tals visualisiert, die Stabilität durch die Tiefe der Täler und die Hügel dazwischen veranschaulichen, wie gut von der einen KEV zur anderen gewechselt werden kann (vgl. Haken/Schiepek 2010: 340). An dieser Stelle folgt ein Beispiel dazu: Je häufiger ein Pfad gegangen wird (Wiedererleben des KEV), desto leichter ist er zu gehen und es bildet sich ein Attraktor (der einfachste oder beste Weg zu gehen). Kommt ein Mensch in die Nähe dieses Pfades, wird automatisch auf ihn ausgewichen, anstatt einen neuen Pfad zu begehen.

Nochmals zusammengefasst heisst das Folgendes: Die soziale Dimension ist mit der psychischen Ebene gekoppelt (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 134–137). Die Lebensführung in den einzelnen Handlungssystemen führt zu einer Musterbildung, welche sich als KEV manifestiert (vgl. Sommerfeld/Hollenstein/Calzaferri 2011: 127–130). So beeinflusst die soziale Dimension die psychische Dimension in einer zirkulär-kausalen Wechselwirkung (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 133). Die Ausbildung der KEV führt durch das Gehirn zur Bildung von neuronalen Strukturen und beeinflusst so die Musterbildung auf der biologischen Ebene. Sowohl die biologische als auch die psychische Ebene wirken auf die soziale Dimension durch die zirkuläre Kausalität

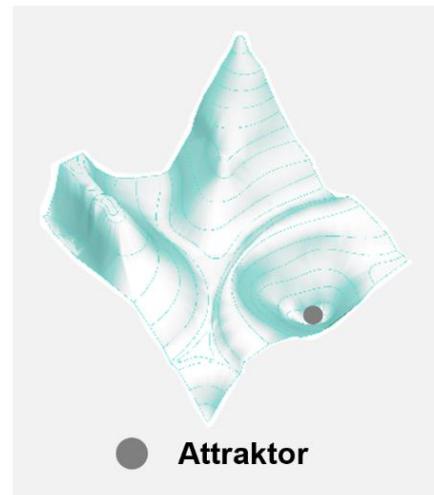


Abbildung 8. Die psychische Potentiallandschaft (In Anlehnung an: vgl. Haken/Schiepek 2010: 341)

zurück (vgl. ebd.: 134–137). Somit konnte ein Erklärungsansatz aufgezeigt werden, welcher erklärt, wie die soziale Dimension Einfluss auf die psychische Ebene nehmen kann. Nun gilt es jedoch, die Frage zu klären, wie die soziale Dimension die Entstehung von psychischer Krankheit und von Depressionen beeinflussen kann. Dies geschieht im nächsten Kapitel.

6 Die soziale Dimension und die Entstehung von Depressionen

Mithilfe der erarbeiteten Theorien ist es nun möglich, ein erstes theoretisches Bild von psychischer Krankheit zu skizzieren. Sie ist ein dominantes Muster auf der psychischen Potentiallandschaft. Das dominante Muster kann durch die kreisförmigen Wechselwirkungen zwischen der sozialen (Integration und Lebensführung), der psychischen (KEV) und der biologischen Ebene (neuronal Vernetzung) entstehen und sich stabilisieren (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 164–170). Auf der psychischen Potentiallandschaft sind jedoch immer auch «gesunde Muster» enthalten (vgl. ebd.: 169f.). Nun gilt es jedoch, die Frage zu klären, wie die soziale Dimension die Entstehung von Depressionen und nicht die Entstehung von psychischer Krankheit beeinflusst. Depressionen sind eine psychische Krankheit (vgl. ICD 10: F32) und nach dem Gesetz der Logik (vgl. Knauff 2005: 2) somit stets mitgemeint.

Im Folgenden werden vier Theorien aufgezeigt, welche die Entstehung von psychischen Krankheiten und Depressionen erklären. Sie bauen alle auf dem biopsychosozialen Verständnis auf, geben der sozialen Dimension jedoch unterschiedliche Bedeutungen. Die ersten beiden Theorien bauen direkt auf der allgemeinen Systemtheorie auf und beschäftigen sich mit der Bedürfnisspannung und kritischen Lebensereignissen als Ausgangslage von psychischer Krankheit und Depressionen. Die anschließenden Theorien haben durch das biopsychosoziale Modell zwar einen losen Bezug zur allgemeinen Systemtheorie, verweisen aber nicht direkt darauf. Mit den vier Theorien soll ein breites Bild gezeigt werden, wie die soziale Dimension die Entstehung von Depressionen beeinflussen könnte. Dies wird anschließend mithilfe der empirischen Forschung erweitert, um aufzuzeigen, welche kausalen Zusammenhänge es gibt.

6.1 Bedürfnisspannung als Ursache für Depressionen

Laut Sommerfeld et al. sind Bedürfnisspannungen eine Erklärung für die Entstehung von psychischer Krankheit (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 166f.). Das stetige und wiederholte Aussetzen der Bedürfnisbefriedigung führt zu einer anhaltenden Bedürfnisspannung. Diese hat starken

Stress für die Betroffenen und den Organismus zur Folge. Stress kann über eine längere Zeit zu einer psychischen Krankheit führen. Diese Hypothese konnte bis zum Stand des Artikels im Jahr 2009 jedoch noch nicht empirisch bestätigt werden (vgl. Obrecht 2009: 28f.).

Bedürfnisspannungen sind allgegenwärtig, da der Mensch andauernd seine Bedürfnisse befriedigen muss. Da er (meistens) nicht alle Bedürfnisse befriedigen kann, versucht er auch durch Vermeidung die (Bedürfnis-)Spannung zu reduzieren (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 166f.). Gelingt es auf Dauer nicht, sie durch Befriedigung oder durch Vermeidung zu senken, entsteht Stress. Dieser wird «über organismus (sic.) interne kreiskausale Prozesse die neuronalen Strukturen im Gehirn verändern (...) was zu gestörten Funktionsabläufen führen kann» (ebd. 2016: 167). Auch laut Grawe besteht ein enger Zusammenhang zwischen Inkongruenz²⁵-Erleben und Depressionen (vgl. Grawe 2004: 369). Wenn alle Bemühungen scheitern, die eigenen Bedürfnisse zu erfüllen, und die eigenen Werte und Ziele verletzt werden, wenn alle Reaktionsmöglichkeiten ausgeschöpft sind, bleibt kein anderer Weg, als sich zurückzuziehen. Alle Wünsche werden aufgegeben, Gefühle nicht mehr zugelassen, es findet eine Selbstentwertung statt und die betroffene Person kapselt sich von ihrem Umfeld ab. So werden keine Verletzungen mehr erfahren (vgl. ebd.: 369f.). Nach Grawe sind Depressionen eine generelle Schutzhaltung, mit der durch Vermeidung versucht wird, der permanenten Inkongruenz (Bedürfnisspannung) entgegenzuhalten (vgl. ebd.). Die Argumentation von Grawe zur Entstehung von Depressionen ist mit der Argumentation von Obrecht und Sommerfeld et al. deckungsgleich.

6.2 Kritische Lebensereignisse als Ursache für Depressionen

Eine weitere Erklärung für die Entstehung von psychischen Krankheiten sind kritische Lebensereignisse. Das sind Geschehnisse, welche individuelle Krisen auslösen können. Im Unterschied zu Entwicklungsaufgaben sind kritische Lebensereignisse plötzliche Veränderungen, bspw. das Versterben eines Partners. Sie sind für die betroffenen Personen mit Stress verbunden, denn dadurch müssen Menschen ihre Lebensführung anpassen (vgl. Flip 1995: 9–25). Zudem sind sie für die Betroffenen emotional tiefgreifend (vgl. ebd.: 9). Nach Sommerfeld et al. belegt die qualitative Forschung, dass «kritische Lebensereignisse einen relevanten Faktor bei der Entwicklung psychischer Störung bilden können» (Sommerfeld et al. 2016: 123). Das krisenhafte Ereignis, in Kombination mit der verbundenen Umstrukturierung der

²⁵ Negative Emotionen und Stress, welche durch das Nichterreichen oder Vermeiden der Bedürfnisbefriedigung ausgelöst werden (vgl. Rügger 2011: 74–76). Diese Begrifflichkeit liegt somit nahe am Terminus der Bedürfnisspannung.

Lebensführung und grossem emotionalen Leiden, kann zu starkem Stress bei den Betroffenen führen (vgl. ebd.).

An einem kurzen vereinfachten Beispiel soll symbolhaft dargestellt werden, wie aus einem kritischen Lebensereignis eine psychische Erkrankung entstehen kann: Der Tod des Partners bzw. der Partnerin löst bei dem betroffenen Menschen ein grosses Leiden aus und führt zur Umstrukturierung des gesamten Handlungssystems der Familie (vgl. ebd.: 167). Durch die Umstrukturierung des Lebensführungssystems gehen Zugänge zur Bedürfnisbefriedigung verloren oder werden aktiv bedroht, was zur Bedürfnisspannung führt und langfristigen Stress auslösen kann (vgl. Obrecht 2009: 18f.). Parallel kommt es zu einer Energetisierung des psychischen Systems, welche zu Schwankungen zwischen den KEV führt. Der Mensch versucht mit den vorhandenen KEV, welche sich auf der psychischen Potentiallandschaft befinden, die neue Situation zu meistern. Im besten Fall kommt es nach einer gewissen Zeit zu einer Stabilisierung. Im ungünstigen Fall kommt es zu einer Reaktivierung von alten oder neuen Vermeidungsmustern (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 168). Die neuen Verhaltens- und Vermeidungsmuster sind nicht zwingend mit den vorhandenen sozialen Beziehungen kompatibel und es kann neue Ablehnung erfahren werden. Dadurch sinkt der Integrationsgrad in weitere Lebensführungssysteme. Durch einen zirkulär-kausalen Prozess kommt es zur Musterbildung zwischen der sozialen Dimension und der psychischen Ebene. Schliesslich folgt eine Stabilisierung von KEV der Vermeidung und von dysfunktionalem Verhalten auf der psychischen Potentiallandschaft. Dauert diese Stabilisierung an, wird das Muster ein Attraktor, welcher sich durch eine Depression zeigen kann (vgl. ebd.: 168–170). Dass kritische Lebensereignisse eine Ursache für die Entstehung von Depressionen sein können, wird auch von Wolfersdorf und Laux gestützt. Diese halten fest, dass es bei der Mehrheit aller Betroffenen von Depressionen zu einem kritischen Lebensereignis in den letzten 12 Monaten kam (vgl. Wolfersdorf/Laux 2022: 94f.).

6.3 Das integrative Vulnerabilitäts-Stress-Modell

In Bezug auf dieses Modell konnte keine Literatur gefunden werden, welche es mit der Systemtheorie in Verbindung bringt. Das Modell hat jedoch einen Bezug zum biopsychosozialen Ansatz. Zuerst wird auf die Grundannahmen eingegangen und dann das Modell vorgestellt.

Je nach psychologischer Schwerpunktsetzung variiert auch, welche psychosozialen Faktoren eine Gewichtung erhalten (vgl. Brakemeier et al. 2008: 384). Es besteht jedoch eine hohe

Einigkeit, dass ein integratives Diathese-Stress-Modell, auch Vulnerabilitäts-Stress-Modell genannt, die Ursache von Depressionen erklären könnte (vgl. ebd.). Dieser Ansatz geht davon aus, dass diverse Faktoren Stress oder Vulnerabilität auslösen, sich gegenseitig verstärken und beeinflussen. Folglich bestehen die Auswirkungen auf die Entstehung von Depressionen im Zusammenwirken der verschiedenen Faktoren und gehen über die einzelne Wirkung der Faktoren hinaus (vgl. Coldoro-Conde et al. 2018: 1590). Das Modell bezieht sich dabei auf das Verständnis, dass Gene durch die Umwelt aktiviert werden oder inaktiv bleiben können (vgl. ebd.). Es ist in Abbildung 9 zu sehen. Individuen haben eine gewisse

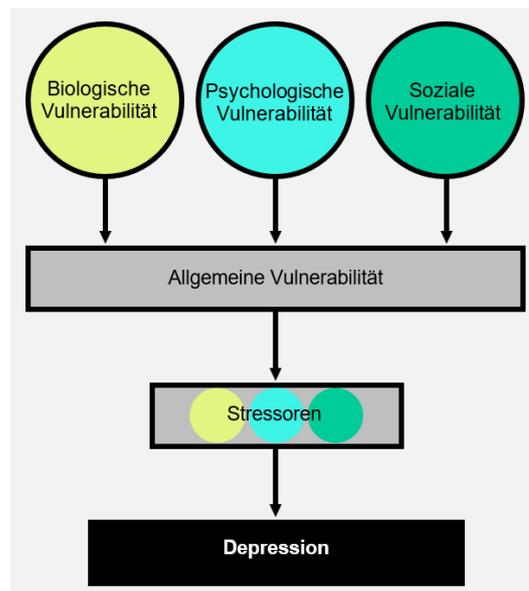


Abbildung 9. Das integrative Vulnerabilitäts-Stress-Modell (In Anlehnung an: Brakemeier/Hautzinger. In: Bschor 2008: 334)

Vulnerabilität gegenüber Depressionen, welche kombiniert mit einem von der Vulnerabilität abhängigen, ungesunden Mass an Stress zu einer Depression führen kann (vgl. Brakemeier et al. 2008: 384). Die Vulnerabilität, besonders auf der psychischen und der biologischen Ebene, kann durch dieselben Bedingungen entstanden sein, welche dann bei erneutem Auftreten als Stressoren fungieren (vgl. Brakemeier/Hautzinger 2008: 333f.). Folgend und nicht abschliessend werden bekannte Vulnerabilitätsfaktoren sowie Stressoren beschrieben:

Biologische Vulnerabilität: Diese beinhaltet die genetische Veranlagung, eine biologische Störung der Stressregulation, eine biologische Störung der Regulation von Neurotransmittern sowie eine Fehlsteuerung der Vorgänge im zentralen Nervensystem (vgl. Brakemeier et al. 2008: 384–389). Bei der genetischen Determination ist davon auszugehen, dass es sich um mehrere Gene handelt, welche miteinander oder allein kleinere Effekte erzielen. So ist es wahrscheinlicher, dass eine Vielzahl von Genen für die genetische Determination verantwortlich ist und nicht ein Gen mit einer hohen Wirkungskraft (vgl. Colodro-Code et al. 2018: 1590).

Psychologische Vulnerabilität: Dazu gehören Bindungsstörungen, eine hohe Verletzlichkeit des Selbstwerts, dysfunktionale Kognitionen, Lerndefizite und ein bestimmter Persönlichkeitstypus, bspw. der Neurozentrismus (vgl. Brakemeier et al. 2008: 384–389).

Soziale Vulnerabilitätsfaktoren: Brakemeier et al. reden hier von umweltbezogenen Faktoren (vgl. ebd.). Da sich die beschriebenen Faktoren jedoch in der Lebensführung und der Biografie verorten lassen und somit Bestandteil der sozialen Dimension sind, werden sie hier als «soziale Vulnerabilitätsfaktoren» bezeichnet. Die sozialen Vulnerabilität beinhaltet laut Brakemeier et al. Faktoren wie sexuelle Ausbeutung, Vernachlässigung, Isolation und schädliche Beziehungen (vgl. ebd.: 289f.).

Stressoren: Stressoren sind Reize aus der Umwelt, welche vom Individuum als belastend bewertet werden. Somit sind sie Stress auslösende Faktoren (vgl. Altenthan et al. 2017: 219f.). Dabei gibt es physikalische Stressoren wie Hitze und Schmerzen, psychische Stressoren wie Ängste, Leistungsdruck und soziale Stressoren wie Mobbing, Ablehnung oder Verlust von bedeutsamen Menschen. Stress hat bei den Betroffenen sowohl emotionale Auswirkungen als auch körperliche. So führt Stress z. B. zur Adrenalinausschüttung, zu höherer Körperspannung und zu einem höheren Herzschlag (vgl. ebd.: 219).

Es werden verschiedene Stressoren diskutiert, welche die Entstehung von Depressionen begünstigen. Als wesentlich erachtet werden kritische Lebensereignisse und soziale Stressoren, z. B. der Verlust eines bedeutenden Menschen (vgl. ebd.). So findet sich bei 75 % aller Betroffenen von Depressionen mindestens ein kritisches Lebensereignis innert 12 Monate vor dem Krankheitsbeginn. Besonders traumatische Erlebnisse in der Kindheit, aber auch allgemein wirken traumatische Erlebnisse als starke Stressoren auf Menschen (vgl. Wolfersdorf/Laux 2022: 94). Es ist davon auszugehen, dass langanhaltender Stress mittlerer Intensität besonders schädlich ist (vgl. Filtova/Shadrina/Slominsky 2021: 4f., Wolfersdorf/Laux 2022: 94f.). Dieser stimuliert den Organismus über lange Zeit hinweg und führt zu einer allgemeinen Erschöpfung (vgl. Filtova et al. 2021: 4f.), zu Rückzug und erlernter Hilflosigkeit (vgl. Wolfersdorf/Laux 2022: 94f.).

Das integrative Vulnerabilitäts-Stress-Modell stellt Stress und Vulnerabilität als Ursache für die Entstehung von Depressionen in den Mittelpunkt. Im Hinblick auf Stress ist diese Theorie mit derjenigen von Obrecht deckungsgleich. Auch könnten Bedürfnisspannungen als Stressor gut in dieses Modell integriert werden. Beim integrativen Vulnerabilitäts-Stress-Modell werden zudem kritische Lebensereignisse und soziale Stressoren als wesentlich erachtet (vgl. Brake-meier et al. 2008: 384–389). Dies deckt sich wiederum mit der Aussage, dass kritische Lebensereignisse möglicherweise Ursachen von Depressionen sind (vgl. Grawe 2004: 369). Dem theoretische Konzept der Vulnerabilität wird jedoch weder bei der Bedürfnisspannung noch bei kritischen Lebensereignisse als Ausgangslage für psychische Krankheiten oder Depressionen Bedeutung zugemessen.

6.4 Empirical based Pluralism und Depressionen

Der EMP baut nicht erkennbar auf der systemischen Theorie auf. Er verweist jedoch auf das biopsychosoziale Modell. Um deutlich zu machen, was die Grundidee des EMP ist, wird dieser zuerst dargestellt.

Nach Engel müssen alle drei Ebenen (biologische, psychische und soziale Ebene) bei jeder Krankheit betrachtet werden und sind dabei als gleichwertig zu erachten (vgl. Engel 1977: 129–135). Dieses Verständnis lässt jedoch auch Fragen offen, wie das folgende Zitat zeigt:

Just because biological, psychological, and social factors are all part of a process which causes mental illness doesn't mean they are equally important in explaining why some people get psychiatric disorders and others don't. Similarly, knowing that all three levels are part of an interlinked process doesn't tell us how best to reduce rates of mental illness. (Kendler/Gyngell 2020: 66)

Kendler und Gyngell greifen das biopsychosoziale Verständnis auf, stellen sich jedoch die Frage, ob alle Dimensionen immer als gleichbedeutend zu betrachten sind (vgl. ebd.). Ausserdem halten sie fest, dass es, trotz intensiver Forschung, mit noch keinem monokausalen Erklärungsansatz gelungen ist, psychische Krankheiten zu erklären. Daher ist davon auszugehen, dass sich kausale Zusammenhänge nicht auf einer Ebene, z. B. auf der biologischen, finden lassen, sondern über verschiedene Ebenen und Wirkfaktoren verstreut sind (vgl. Kendler/Gyngell 2020: 60f.). So kam bspw. eine Studie zum Schluss, dass genetisch vulnerable Personen nach kritischen Lebensereignissen eher an einer Depression erkranken als andere. Kommt es jedoch zu keinen kritischen Lebensereignissen, bleibt die genetische Vulnerabilität verborgen (vgl. ebd.: 52). In einer Studie konnte festgestellt werden, dass Menschen, die von sexuellen Übergriffen in der Kindheit betroffen waren, ein höheres Risiko haben, an Depressionen zu erkranken. Diese Korrelation zeigt sich jedoch erst, wenn die Betroffenen Stressoren²⁶ oder kritischen Lebensereignissen ausgesetzt sind. Je mehr Stressoren die Betroffenen ausgesetzt sind, desto deutlicher unterscheiden sie sich von Menschen, die keine sexuellen Übergriffe erleiden mussten (vgl. ebd.: 56f.). Diese Beispiele sollen zum einen aufzeigen, dass für die Entstehung von psychischen Krankheiten verschiedene Faktoren auf unterschiedlichen Ebenen mitwirken. Zum anderen sollen die Beispiele deutlich machen, dass gewisse Wirkfaktoren nicht ersichtlich sind, wenn die Ebenen isoliert betrachtet werden (vgl. ebd.: 50–60). Nach Kendler und Gyngell liefern aktuelle Mehrebenen-Modelle wie das biopsychosoziale Modell zwar ein gutes Verständnis für die Mechanismen von psychischer Krankheit und die Zusammenhänge auf unterschiedlichen Ebenen. Bis jetzt wurden die Modelle aber nicht so weiterentwickelt, dass sie eine solide Ausgangslage für Forschung und Behandlungsansätze liefern könnten. Ein möglicher Ansatz, welcher dieses «Problem» beheben könnte, ist der EMP (vgl. ebd.: 63). Dieser grenzt sich klar vom Reduktionismus und von monokausalen Entstehungszusammenhängen zwischen Ursache und Krankheit ab, ebenso wie von festgefahrenen medizinischen Modellen (vgl. Kendler/Gyngell 2020: 62). Der EMP steht allen Ebenen, die bei

²⁶ Faktoren, welche Stress auslösen.

der Entstehung einer psychischen Erkrankung beteiligt sein können, neutral gegenüber, fokussiert sich dann aber auf die Mechanismen und Ursachen, die empirisch belegt einen Einfluss haben (vgl. Kendler/Gyngell 2020: 66). Der EMP hat das Ziel, als Rahmenmodell für neue Forschungen zu dienen, damit Forschende ein besseres Verständnis von psychischer Krankheit erhalten und sich insgesamt bessere Behandlungsmöglichkeiten erschliessen (vgl. ebd.: 68). Dabei ist der EMP an folgenden drei Grundsätzen orientiert:

1. Das Finden von Wirkfaktoren auf verschiedenen Ebenen und Unterebenen

Auf Basis von empirischen Studien gilt es herauszufinden, wo sich Wirkfaktoren (causes) abbilden (vgl. Kendler/Gyngell 2020: 66). «Anything that when manipulated makes a difference to an outcome is considered ‚a cause’» (ebd.). Dabei sind die Wirkfaktoren bedeutend, welche durch Beeinflussung die Entstehung von psychischer Krankheit voraussagen oder vorbeugen können (vgl. ebd.).

2. Klärung von Wirkungsmechanismen

Nachdem die Wirkfaktoren ausfindig gemacht wurden, gilt es nun zu klären, wie diese zusammenhängen oder zusammenwirken. Dabei wird auch nach Mechanismen gesucht, welche über mehrere Ebenen zusammenhängen oder ihre Wirkung nur gepaart mit anderen Mechanismen entfalten. Diese Forschung muss darauf ausgerichtet sein, herauszufinden, wie eine Grosszahl von kleinen Mechanismen schlussendlich zu einer Psychischen Krankheit wird (vgl. ebd.).

3. Rückverfolgung der Wirkungszusammenhänge zur Psyche

Hier geht es darum, die wissenschaftliche Erklärung so zu lesen, dass psychische Krankheiten verstanden und nachempfunden werden können. Dies ist grundlegend, damit Behandelnde sich in ihre Patientinnen einfühlen können (vgl. ebd.: 67).

In einer 2012 veröffentlichten Arbeit von Kendel macht dieser einen Vorschlag für Unterkategorien auf der biologischen, psychologischen und sozialen Ebene (vgl. Kendel 2012: 380f.). Diese Kategorien wurden jedoch im Artikel von 2020 nicht mehr erwähnt (vgl. Kendel/Gyngell 2020: 50–69). Somit ist davon auszugehen, dass diese Kategorien verworfen wurden. Trotzdem werden sie im Folgenden nochmals aufgeführt, um zu veranschaulichen, welche verschiedenen Wirkfaktoren bei Depressionen bis zum Jahr 2012 lokalisiert wurden. Es geht dabei nur um die Veranschaulichung der diversen Wirkfaktoren. Dabei ist auszugehen, dass die Liste nicht vollständig und nicht mehr aktuell ist. Da seit 2012 intensiv weitergeforscht wurde. Auch über die Kategorisierung lässt sich diskutieren. Nun erfolgt eine Auflistung der Wirkfaktoren nach Kendel:

Molekulare Genetik

Das sind Genvarianten, welche allein für Depressionen verantwortlich sind. Sie wurden bis 2012 noch nicht identifiziert.

Molekulare Neurowissenschaft

Es wurden verschiedene Theorien entwickelt, welche unterschiedliche Neurotransmitter oder Einschränkungen in der Neuroplastizität als Ursache vermuten.

Systemische Neurowissenschaft

Diese zeigen, dass bei Menschen, die von Depressionen betroffen sind, gewisse Hirnregionen mehr ausgeprägt (grösser) sind als bei Nichtbetroffenen.

Gesamtheit alle genetischen Faktoren

Zwillingsstudien haben gezeigt, dass die genetische Veranlagung bei Depressionen bis zu ca. 40 % übereinstimmt.

Andere biologische Risikofaktoren

Eine Anzahl von Abweichungen im Nervensystem sowie Immunreaktionen werden mit Depressionen in Verbindung gebracht.

Neuropsychologie

Die Forschung zeigt, dass Aufmerksamkeitsverzerrungen, Interaktionen in der rechten Hirnhälfte und eine veränderte Emotionsverarbeitung sowie Defizite mit dem Erinnerungsvermögen einen Zusammenhang mit Depressionen haben können.

Charakter, kognitive Muster und Verhaltensmuster

Verschiedene Charaktereigenschaften werden mit Depressionen in Verbindung gebracht, bspw. der Neurotizismus²⁷. Ebenfalls können negative Gedankenmuster wie eine erlernte Hilflosigkeit zur Entstehung von Depressionen beitragen.

Traumata²⁸

Traumatische Erlebnisse in der Kindheit stehen in Verbindung mit Depressionen. Starke Stressoren erhöhen im Allgemeinen das Risiko, an Depressionen zu erkranken.

Soziale Faktoren

Bekannte Faktoren, welche einen Einfluss auf Depressionen haben, sind Arbeitslosigkeit, Armut und soziale Isolation.

Politische Faktoren:

Es sind (noch) keine politischen Faktoren bekannt, welche Einflüsse auf Depressionen haben.

Kulturelle Faktoren: Sie haben einen Einfluss darauf, wie sich Depressionen zeigen und zu welchem Zeitpunkt eine Behandlung in Anspruch genommen wird (vgl. Kendel 2012: 380f.).

²⁷ Menschen mit Neurotizismus haben eine Tendenz zu Verletzlichkeit und emotionaler Labilität. Negative Emotionen werden häufiger erlebt (vgl. Küskens/Reinhard/Gieselmann 2021: 176).

²⁸ Stark belastendes und prägendes Lebensereignis.

Der EMP ermöglicht es insofern nicht, eine Aussage zu machen, als die soziale Dimension die Entstehung von Depressionen beeinflusst. Mit dem EMP ist es aber möglich zu sagen, dass es Hinweise darauf gibt, dass die soziale Dimension die Entstehung von Depressionen beeinflussen kann. Wie fest eine Dimension und dessen Subsysteme (z. B. die Lebensführungssysteme) zu gewichten sind, hängt nach Kendler und Gyngell jedoch von der Evidenz ab und davon, wie viele Wirkfaktoren gefunden werden können (vgl. Kendler/Gyngell 2020: 62–68). Der EMP enthält aber auch die Aussage, dass, wenn Wirkfaktoren gefunden werden, diese nicht isoliert betrachtet werden sollen, sondern in Interaktion mit anderen Ebenen (psychische und biologische Ebene) zu prüfen sind (vgl. ebd.: 66). Folgend geht es darum, wie im EMP beschriebene Wirkfaktoren zu finden. Dabei bezieht sich diese Arbeit nur auf die soziale Dimension (vgl. Kap. 4.3–4.5). Indem Evidenz in den verschiedenen Bereichen der sozialen Dimension aufgezeigt wird, sollen weitere Aussagen den Zusammenhang zwischen der sozialen Dimension und der Entstehung von Depressionen hervorheben.

6.5 Empirie im Zusammenhang mit der sozialen Dimension und der Entstehung von Depressionen

Dieses Kapitel besteht aus Rechercheergebnissen, welche mithilfe von Swisscovery gefunden wurden. Eine genaue Beschreibung über das Vorgehen bei der Literaturrecherche findet sich in Anhang I. Die Gliederung der Ergebnisse basiert auf den bereits definierten Inhalten der sozialen Dimension. Sie sollen aufzeigen, was es für Zusammenhänge zwischen der Entstehung von Depressionen und der sozialen Dimension gibt. Die dargestellte Empirie entspricht lediglich einem Ausschnitt aus einer grossen Menge an empirischen Ergebnissen. Diese sind teils widersprüchlich und wurden in unterschiedlichen Ländern und Zeitabschnitten erhoben. Alle Artikel wurden im Zeitrahmen von 2017 bis 2022 publiziert und besitzen somit eine Aktualität. Aufgrund der Menge ist es nicht möglich, die empirischen Ergebnisse kritisch zu reflektieren.

6.5.1 Integration und Lebensführung

Bei Kindern und Jugendlichen erhöht ein belastetes Familienumfeld (Handlungssystem der Familie) die Chance, an Depressionen zu erkranken (vgl. Stadelmann et al. 2020: 404). Kinder, die in einer instabilen Familiensituation leben oder Eltern haben, welche an einer psychischen Krankheit leiden, haben eine dreifach höhere Chance, an Depressionen zu erkranken (vgl. Müller 2021: o. S., Stadelmann et al. 2020: 404).

Bei Erwachsenen konnten eine fehlende soziale Unterstützung und eine ungerechte Machtverteilung (Beispiel: Der Ehemann erwirtschaftet das gesamte Einkommen) in der Ehe als depressionsfördernde Faktoren identifiziert werden (vgl. Trevisan 2020: 488). Probleme in der Beziehung, Mobbing oder «Abusive Relationships» gelten als Risikofaktoren bei Depressionen (vgl. Gaffney/Adams/Syme/Hagen: 2022: 243). Es liessen sich auch Artikel über das Handlungssystem Arbeit finden. Diese empirischen Forschungen bezogen sich jedoch ausschliesslich auf das Burnoutsyndrom oder stellten Wirkungszusammenhänge dar, auf welche nicht weiter eingegangen wird. Insgesamt waren nur vier Studien zu finden, welche sich klar mit Integration und Lebensführung verknüpfen liessen.

6.5.2 Ausstattungsmerkmale von Individuen

Lebensalter und Geschlecht, Gender

Frauen (definiert durch ihr biologisches Geschlecht) haben eine höhere Chance, an Depressionen zu erkranken (vgl. Knebel 2021: 113, Califf et al. 2021: 2738). Wie hoch dieses Risiko jeweils ist, schwankt jedoch nach Erhebungsland. In nordeuropäischen Ländern ist der Unterschied bspw. gering, in süd- und westeuropäischen Ländern ist er höher (vgl. Schmitz 2021: 86). So konnte in einer Studie nachgewiesen werden, dass sich das Auftreten von depressiver Symptomatik zwischen Mann und Frau angleicht, je eher sich ihre Lebensumstände gleichen. «Dies spricht dafür, dass die Unterschiede in der Häufigkeit der Symptomatik **nicht** dem biologischen Geschlecht geschuldet sind, sondern **sie** ein «Gender»-Faktor **sind** (vgl. ebd.: 108–114). Nach einer Studie in den USA leiden Menschen jungen Alters eher an Depressionen (Califf et al. 2021: 2738). Nach einer Querschnittstudie, welche über verschiedene Länder hinweg erfolgte, gibt es jedoch zwischen vorgeschrittenem Alter und häufigerer depressiver Symptomatik keinen kausalen Zusammenhang (vgl. Schmitz 2021: 86).

Sozioökonomische Merkmale

Der Zusammenhang zwischen sozialem Status (Ausstattung) und Depression konnte in mehreren Studien beobachtet werden. So haben Menschen mit einem niedrigen sozialen Status ein 1,8-faches höheres Risiko, an Depressionen zu erkranken als Menschen mit einem hohen sozialen Status (vgl. Lüdecke, Vonneilich/von dem Knesebeck 2018: 238f.). Dies deckt sich auch mit weiteren Studien. Menschen mit einem niedrigeren Bildungsniveau sind deutlich häufiger von Depressionen betroffen als Menschen mit einem hohen Bildungsniveau (vgl. Lüdecke et al. 2018: 242, Califf et al. 2021: 2738). Menschen mit einem niedrigen Einkommen sind häufiger betroffen als Menschen mit einem hohen Einkommen (vgl. Sinkewicz et al. 2022: 5f., Califf et al. 2021: 2738). In einer südafrikanischen Studie wurden zudem ebenfalls die Auswirkungen des sozioökonomischen Status betont (vgl. Peltzer/Pengpid 2020: 525–531). Nach

Knebel konnte eine Verschlechterung des sozioökonomischen Status in Folge von Depressionen besser belegt werden, als die These, dass der sozioökonomische Status Einfluss auf die Entstehung von Depressionen hat (vgl. Knebel 2021: 112).

Sozioökologische Merkmale

Eine in China durchgeführte Studie kam zum Schluss, dass Menschen in ländlichen Gebieten doppelt so oft von Depressionen betroffen waren wie Menschen aus einem urbanen Umfeld (vgl. Lu et al. 2018: 1054). Nach Köhler haben obdachlose Personen ein hohes Risiko, an affektiven Störungen (inklusive Depressionen) zu erkranken (vgl. Köhler 2018: 23). In einer kanadischen Studie wurden Patienten und Patientinnen untersucht, die eine depressive Symptomatik hatten und ein Spital besuchten. Bei Menschen, welche nicht zufrieden mit ihrer Wohnsituation waren und keinerlei Zugehörigkeit zu ihrem Umfeld verspürten, traten deutlich mehr depressive Symptome auf als in der Vergleichsgruppe (vgl. Shyman 2021: 337). Eine australische Studie fand Evidenz, dass das Leben in einer benachteiligten Nachbarschaft mit hoher Kriminalität auf Dauer das Auftreten einer Depression begünstigt (vgl. Learnihan/Kinfu/Turrell 2022: 1–7).

Soziokulturelle Merkmale

Eine in den USA durchgeführte Studie ergab, dass «People of Color» und Menschen mit einer hispanischen Ethnizität mehr depressive Symptome hatten als der Durchschnitt der US-amerikanischen Bevölkerung (vgl. Califf et al. 2021: 2738). Ebenfalls war die «non-white racial/ethnic group» (Sinkewicz et al. 2022: 5) häufiger von Depressionen betroffen (vgl. Sinkewicz et al. 2022: 5). Eine Studie in Südafrika kam zum Schluss, dass Menschen mit starker Religiosität häufiger an Depressionen erkrankten (vgl. Peltzer/Pengpid 2020: 525–531). Ebenfalls haben Menschen, welche nie verheiratet waren, ein höheres Risiko, eine Depression zu bekommen (vgl. Califf et al. 2021: 2738).

Soziale Beziehung als Ausstattungsmerkmal von Individuen

Ein möglicher Risikofaktor ist der mangelnde oder erschwerte Zugang zu sozialer Unterstützung (vgl. Trevisan 2020: 488).

6.5.3 Biografie als Abbild von Ausstattung, Integration und Lebensführung

Trevisan hat 17 Interviews mit Frauen mit Migrationshintergrund geführt und dabei untersucht, welche biografischen Ereignisse zu Depressionen geführt haben könnten. Sie kam zum Schluss das Depressionen sich in der Biografie anhand diverser Faktoren entwickelt (vgl. Trevisan 2020: 488). Depressionen traten jeweils dann auf, wenn mehrere belastende Faktoren kumulierten. Besonders auf die psychische Gesundheit haben sich folgende Faktoren ausgewirkt: erschwerter Zugang zum Arbeitsmarkt und gesellschaftliche Ausgrenzungs-

mechanismen aufgrund ihrer soziokulturellen Ausstattung und der sozioökologischen Ausstattung sowie der mangelnde Zugang zu sozialer Unterstützung (vgl. ebd.). Finanzielle Existenzängste und Armut (sozioökologisches Merkmal) begünstigten ebenfalls die Entstehung von Depressionen (vgl. ebd.). Diskriminierung, Ungleichbehandlung und das Gefühl, nicht aufgenommen zu werden, führten dazu, dass Migrantinnen häufig in chronische Belastungszustände gerieten (vgl. ebd.).

Eine Studie hielt fest, dass Menschen mit Depressionen etwa doppelt so viele negative Lebensereignisse in ihrer Biografie beschreiben wie Menschen ohne depressive Symptomatik. Diese negativen Lebensereignisse beinhalten traumatische Ereignisse wie sozialen Abstieg, Verlust eines nahestehenden Menschen und Gewalt- oder Rauberfahrungen (vgl. Gaffney et al. 2022: 243). Nach Gaffney et al. gibt es somit eine deutliche Evidenz, dass Depressionen durch kritische Lebensereignisse ausgelöst werden können (vgl. ebd.). Der Zusammenhang zwischen kritischen Lebensereignissen und Depressionen wird auch in einer südafrikanischen Studie betont (vgl. Peltzer/Pengpid 2020: 525–531). Besonders hohe Risikofaktoren sind kritische Lebensereignisse im Kinder- und Jugendalter (vgl. Stadelmann et al. 2020: 404). Laut einer Studie aus Südafrika erkrankten Erwachsene, welche nicht bei ihren biologischen Eltern aufgewachsen sind, häufiger an Depressionen (vgl. Peltzer/Pengpid 2020: 525–531).

Die durch die Literaturrecherche erhaltenen Resultate werden im Kapitel 7 diskutiert.

7 Schlussfolgerungen

Im letzten Kapitel werden die Ergebnisse dargestellt und diskutiert. Anhand dieser Diskussion wird die Fragestellung soweit wie möglich beantwortet. Daran anschliessend wird ausgeführt, wo noch weitere Forschungen möglich wären. Zusätzlich werden noch weiterführende Überlegungen des Autors dieser Bachelor-Thesis dargestellt.

7.1 Diskussion der Rechercheergebnisse

In diesem Kapitel werden die Resultate dargestellt, welche im Verlauf der Literaturrecherche in dieser Thesis erarbeitet wurden. Sie werden diskutiert und miteinander in Verbindung gebracht. Die Darstellung der Ergebnisse orientiert sich an der Struktur der Arbeit.

Wie in Kapitel 2 ersichtlich, sind Depressionen eine psychische Störung oder Krankheit. Dabei gehört die depressive Störung zu der am meisten verbreiteten psychischen Krankheit in der Schweiz. Depressionen zählen zu den affektiven Störungen und zeigen sich u. a. durch eine gedrückte Stimmung und einen verminderten Antrieb. Menschen mit Depressionen, ihre Angehörigen und Bekannten erfahren durch die Krankheit grosses Leiden. Depressionen können mehrfach im Laufe des Lebens auftreten und teilweise über Jahre andauern. Trotz einer Vielzahl von Therapien gibt es ein hohes Rückfallrisiko bei Betroffenen. Die Ätiopathogenese ist noch nicht abschliessend geklärt, es gibt jedoch diverse Hypothesen. Soziale Faktoren sind dabei untervertreten und untererforscht (vgl. Kapitel 1).

Diese Arbeit bezieht sich auf das biopsychosoziale Verständnis von Krankheit, welches in Kapitel 3 beschrieben wurde. Ausgehend davon, dass eine Krankheit aus einer biologischen, psychischen und sozialen Dimension besteht, wendet sich das Modell von einem rein biologisch-medizinischen Verständnis ab. Das biopsychosoziale Modell ist umstritten, denn es ist inhaltlich nicht abschliessend erklärt und bietet kein Verständnis darüber, wie sich die einzelnen Dimensionen gegenseitig beeinflussen. Damit sich dieser Ansatz über eine reine Vorstellung hinaus für die Forschung eignet, muss er zuerst mit Inhalten gefüllt werden (wie dies das EMP oder das Integrative Modell macht). Nach dem biopsychosozialen Verständnis wären Depressionen folglich keine psychische Erkrankung, sondern eine biopsychosoziale Krankheit

Diese inhaltliche Füllung geschieht in Kapitel 4. Die Systemtheorie kann als erste inhaltliche Füllung bezeichnet werden. Mit der Synergetik und dem Prinzip der zirkulären Kausalität ist es möglich, sowohl biologische, psychische als auch soziale Prozesse und Phänomene zu beschreiben und zu erklären. So wird es möglich, die biologische, psychische und soziale Ebene bzw. Dimension miteinander zu verbinden. Durch diese Allgemeingültigkeit der Lehre des Zusammenwirkens stösst sie auch nirgends an Grenzen. So wirkt es auf den Autor, als würde die Systemtheorie parallel zu anderen gängigen wissenschaftlichen Theorien existieren. Sie hat eine eigene Sprache ausgebildet und hat eigene Ideen. Zudem verfügt sie mit dem systemischen Realismus auch über eine andere Grundannahme als andere gängige wissenschaftliche Ausrichtungen, wie der Konstruktivismus. Dieser basiert darauf, dass Realität nie gänzlich beobachtbar ist.

Eine weitere inhaltliche Füllung für das biopsychosoziale Verständnis von Krankheit ist die allgemeine Theorie der menschlichen Bedürfnisse von Obrecht. Diese hat ebenfalls einen Bezug zur Systemtheorie. Der Mensch als biopsychisches Wesen, welches in sozialen und kulturellen Systemen lebt, benötigt gewisse Sollzustände, um zu überleben. Diese zeigen sich durch Bedürfnisse, der der Mensch aktiv zu stillen versucht. Weicht er von seinen Sollzuständen ab, nimmt er das als Bedürfnisspannung wahr und wird dazu motiviert, den Sollzustand wiederherzustellen. Sind die Sollzustände des Menschen ausreichend erfüllt, nimmt er das als

Wohlbefinden wahr. Für das Stillen seiner Bedürfnisse ist der Mensch immer auf eine gute Integration in soziale Systeme angewiesen. Diese geht für das Individuum jedoch immer auch mit einem Verzicht einher. Somit ist der Mensch auf gute Vermeidungsmuster angewiesen, die es ihm ermöglichen, mit nichtbefriedigten Bedürfnissen über eine bestimmte Zeit hinweg zurechtzukommen und die Bedürfnisbefriedigung hinauszuzögern. Neben der Bedürfnistheorie von Obrecht existieren noch weitere Bedürfnistheorien, bspw. die von Maslow und die von Marshall. Die Theorie der menschlichen Bedürfnisse von Obrecht wurde theoretisch gut eingebettet und hat nach Meinung des Autors somit einen Vorteil gegenüber Marshall und Maslow. Obwohl sie auf der Forschung aufbaut, hat die Bedürfnistheorie von Obrecht mangels empirischer Beweisführung nur die Gewichtung einer Hypothese.

Die für diese Arbeit inhaltlich bedeutendste Dimension des biopsychosozialen Verständnisses von psychischer Krankheit ist die soziale Ebene. Sie wurde in den Kapiteln 4.3 bis 4.5 dargestellt. Für ein allgemeines Verständnis wäre es sinnvoll gewesen, noch die psychische und die biologische Dimension von psychischer Krankheit auszuformulieren. Dies war jedoch aufgrund des Umfangs dieser Arbeit nicht machbar und wäre möglicherweise ohne Kooperation mit anderen Studiengängen auch nicht umsetzbar gewesen. Nach Sommerfeld et al. und Rüeegger beinhaltet die soziale Dimension von psychischer Krankheit eine Verhältniskomponente, welche in dieser Arbeit durch Integration und Lebensführung sowie durch die Ausstattung des Individuums ausdefiniert wird. Die Zeitkomponente wird in dieser Arbeit als «Biografie» bezeichnet. Die Theorie der Integration und Lebensführung (vgl. Kap. 4.3) kann so zusammengefasst werden, dass Menschen ihr Leben in unterschiedlichen Handlungssystemen führen, um ihre Bedürfnisse zu befriedigen. Die Handlungssysteme entstehen durch einzelne Akteure und Sinn durch zirkuläre Kausalität selbstorganisiert (vgl. Kap. 4.1.2). Integration steht nach dem Verständnis von Sommerfeld et al. für das Herausbilden von sozialen Ordnungsstrukturen (Handlungssystemen) und für die Einbindungsqualität, welche ein Individuum in einem sozialen System hat. Es ist nochmals zu betonen, dass der Mensch Lebensführungssysteme benötigt, um seine Bedürfnisse zu befriedigen. Der Zugang zu diesen Handlungssystemen ist jedoch nicht zwingend gegeben oder kann erschwert sein. Zudem sind die Integration und die Position, welche ein Individuum in den Handlungssystemen hat, ein relevanter Faktor dafür, wie gut eine Person ihre Bedürfnisse befriedigen kann (vgl. Kap. 4.3). Das Individuum tritt immer mit seiner Ausstattung den Lebensführungssystemen gegenüber und führt somit auch mit seiner Ausstattung sein Leben. Wie in Kapitel 4.4 ersichtlich ist, lässt sich die Ausstattung in diverse Merkmale kategorisieren. Der Autor dieser Thesis sieht in der Ausstattung die Faktoren, welche durch die biopsychosoziale Biografie erworben wurden und welche das Individuum mitträgt. Zudem werden diese Faktoren vom Gegenüber und von der Gesellschaft beachtet und bewertet.

Folgendes Beispiel soll dies veranschaulichen: Migration kann nur durch den Wegzug von einem Land in ein anderes entstehen und ist somit ein biografisches Ereignis. Zudem wird das Migrieren von der Gesellschaft und von einzelnen Personen bewertet, was dann letztlich Einfluss auf die Integration und die Position haben kann. Somit beeinflusst die Biografie die Ausstattung und umgekehrt. Auf diese Weise ist auch ein Bezug zur Biografie in Kapitel 4.5 möglich. Integration und Lebensführung bilden sowohl beim Individuum als auch in den einzelnen Handlungssystemen und der Lebensführung Merkmale aus (Bildungsstand, Gender, usw.). Integration und Lebensführung sowie die Ausstattung des Individuums und dessen Biografie sind theoretisch stark miteinander verbunden. Wie bereits in Kapitel 4.3 betont, gehört die Theorie der Integration und Lebensführung von Sommerfeld et al. mittlerweile zu einer der Grundtheorien der Sozialen Arbeit. Dadurch genießt sie eine gewisse Anerkennung. Das Modell der Integration und Lebensführung ist empirisch nicht vollständig belegt. Kritisierbar ist, dass die Kategorisierung der Lebensführungssysteme nicht abschliessend definiert wurde. Die Kategorisierungen wirken somit wie Vorschläge. Das zeigt sich auch dadurch, dass die Handlungssysteme in der Fachliteratur unterschiedlich benannt werden. Dies kann als mangelnde Ausdifferenzierung kritisiert werden, eröffnet den Anwendenden jedoch einen Interpretationsspielraum. Die Ausstattungsmerkmale wurden ebenfalls nicht ausdefiniert und besitzen dadurch auch einen grösseren Interpretationsspielraum.

Durch das inhaltliche Füllen der sozialen Dimension und des biopsychosozialen Modells wurde es in Kapitel 5 möglich, das Zusammenspiel zwischen der sozialen Dimension, der psychischen und der biologischen Ebene zu beschreiben. Dazu wurden das integrative Modell von Sommerfeld et al. und die psychische Potentiallandschaft als Bezugstheorien verwendet. Sommerfeld et al. beschrieb die Psyche des Menschen als ein System, welches dem Menschen eine bewusste Steuerung der Lebensführung ermöglicht. Die Schnittstelle zwischen der psychischen Ebene (Bewusstsein) und der biologischen Ebene (neuronale Verbindungen) ist das Gehirn. Durch die Musterbildung in den Handlungssystemen kommt es auch zu einer Musterbildung der KEV und so wird die psychische Ebene beeinflusst. Die KEV können durch den synergetischen Prozess der Musterbildung zu dominanten Mustern (Attraktoren) werden, wodurch sie dann zu häufigen KEV werden. Sowohl die biologische, die psychische als auch die soziale Ebene beeinflussen sich wechselseitig. Dies bedeutet, biopsychische Prozesse haben ebenfalls einen Einfluss auf die Lebensführung.

Das integrative Modell ist aus der Erforschung von Einzelfällen hervorgegangen. Der Autor empfindet das integrative Modell als eingängig, wenn es darum geht, die Verbindung zwischen der sozialen, psychischen und biologischen Ebene aufzuzeigen. Das Modell wirkt jedoch nicht vollständig bis zum Ende durchdacht. So haben bspw. Psychopharmaka einen bewiesenen

Effekt auf KEV und die Lebensführung. Hier ist für den Autor der Thesis nicht klar, wie ein Medikament (biologische Ebene) durch die psychische Ebene (erhöht die Affektivität und Stimmung) auf die soziale Ebene einwirkt. Diese Unklarheit könnte auch darauf zurückzuführen sein, dass die Systemtheorie im Allgemeinen und die Synergetik von Haken und Schiepek, auf die sich Sommerfeld et al. beziehen, eine komplexe Wissenschaft sind. Um diese zu verstehen, wäre ein umfangreicheres Vorwissen vonnöten, welches Sommerfeld et al. nicht auf wenigen Seiten darstellen können. Ebenfalls gelang es dem Autor nicht, dieses Vorwissen abschliessend zu erlangen. Darin zeigt sich auch eine Limitierung dieser Arbeit. Das integrative Modell konnte nur in begrenzter Tiefe dargestellt werden und bestimmte synergetische Prozesse konnten nur vage angedacht werden. Dies kann und darf kritisiert werden, ist jedoch in Relation zu sehen. Der Autor hat weder Synergetik noch Physik studiert und ein Grundwerk der ‹Synergetik der Psychologie› (nur eine Ebene) beinhaltet allein 700 Seiten.

In Kapitel 6 wurden verschiedene Hypothesen beleuchtet, welche einen Bezug zwischen der sozialen Dimension und Depressionen herstellen und versuchen, die Entstehung von Depressionen zu erklären. Dabei ist die erste Hypothese in Kapitel 6.1, dass Bedürfnisspannungen Depressionen verursachen. Diese wird von Obrecht, Sommerfeld et al. und Grawe gestützt. Zusammengefasst führt die andauernde Bedürfnisspannung zu Stress und zu einem Vermeidungsverhalten, um dieser Bedürfnisspannung entgegenzuhalten. Dieser Stress und bzw. oder dieses Vermeidungsverhalten führen nach einer gewissen Zeitspanne zu einer Depression. Die Verbindung zur sozialen Dimension zeigt sich hier, da der Mensch auf Integration in die Handlungssysteme angewiesen ist, um seine Bedürfnisse zu befriedigen. Eine mangelnde Integration und bzw. oder gesellschaftliche Ausgrenzungsprozesse können somit einen erschwerten Zugang zur Bedürfnisbefriedigung bedeuten. Spannend an dieser These ist, dass laut Obrecht (vgl. Kap. 4.2) der Mensch bei Bedürfnisspannung motiviert wird, seine Bedürfnisse zu lindern. Dies führt wiederum zu Wohlbefinden. Kommt es aufgrund der mehrfach gescheiterten Bedürfnisbefriedigung zu einer Vermeidung der Bedürfnisbefriedigung, würden sowohl die Motivation als auch das belohnende Wohlbefinden ausbleiben. Stabilisiert sich dieses KEV ‹Vermeidung – kein Wohlbefinden – Motivationslosigkeit› dann als Attraktor, würde das KEV-Muster sehr häufig gezeigt. Dieser Attraktor würde einem Zustand ähneln, welcher als ‹Depression› beschrieben werden kann. Merkmale einer Depression sind nämlich u. a. Antriebslosigkeit, eine langanhaltende gedrückte Stimmung und Senkung des Aktivitätsniveaus (fehlende Motivation oder Energie, Aktivitäten nachzugehen) (vgl. Kap. 2). Dass der Stress, welcher mit der Bedürfnisspannung einhergeht, zu Depressionen führen kann, wurde im Text von Sommerfeld et al. und Obrecht festgehalten, jedoch nie klar beschrieben, wie das Stress zu einer Depression führt. Die Sinnhaftigkeit dahinter zeigt sich dann aber erst zusammen mit dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell.

In Kapitel 6.2 werden kritische Lebensereignisse als Ursache für Depressionen beschrieben. Dass solche Geschehnisse einen Zusammenhang mit Depressionen haben können, zeigen mehrere Studien. Kritische Lebensereignisse sind emotional tiefgreifend, mit Stress verbunden und beeinflussen die Handlungssysteme. Durch die Veränderung dieser Systeme ist die Bedürfnisbefriedigung bedroht oder beeinträchtigt und es kommt zu Vermeidungsmustern, um die Bedürfnisspannung zu ertragen. Diese können zu Problemen in anderen Handlungssystemen führen und schliesslich eine Depression ausbilden. Der Bezug zur sozialen Dimension geschieht bei dieser Theorie über die Handlungssysteme bzw. die Qualität, also die Integration in den Handlungssystemen. Schwierig an dieser Hypothese ist, dass kritische Lebensereignisse zu Stress, emotionaler Belastung (ebenfalls Stress), Bedürfnisspannung und Veränderungen in den Handlungssystemen und der Lebensführung führen. Somit ist es schwierig zu bestimmen, ob die Kombination all dieser Faktoren die Depression auslöst oder ob es sich dabei um isolierte Faktoren handelt. Des Weiteren stellt sich die Frage, wie die Faktoren (Stress, emotionale Belastung, Bedürfnisspannung und Veränderung in den Handlungssystemen und der Lebensführung) zu gewichten sind, also wie gross die Auswirkung der einzelnen Faktoren auf die Entstehung von Stress ist.

Eine weitere Hypothese wird in Kapitel 6.3 vorgestellt. Das integrative Vulnerabilitäts-Stress-Modell geht davon aus, dass eine Kombination von Verletzlichkeit und Stress zu Depressionen führen kann. Die Vulnerabilität ergibt sich aus biologischen, psychischen und sozialen Vulnerabilitätsfaktoren. Je nach Vulnerabilität sind Individuen anfälliger für Depressionen oder weniger anfällig. Damit eine Depression ausbricht, braucht es zusätzlich zur Vulnerabilität Stressoren. Diese können auf die biologische, psychische und soziale Ebene einwirken. Überschreiten die Stressoren das für das Individuum erträgliche Mass, führt dies zu einer Depression. Nach der Studie von Filatova et al. ist v. a. langanhaltender Stress mittlerer Intensität besonders schädlich. Als relevante Stressoren werden u. a. soziale Stressoren, Traumata und kritische Lebensereignisse benannt. Der Bezug dieses Modells zur sozialen Dimension geschieht zum einen über Vulnerabilität und zum anderen über mögliche Stressoren. Hierbei ist nochmals zu betonen, dass der Autor «umweltbezogene Vulnerabilitätsfaktoren» in «soziale Vulnerabilitätsfaktoren» umbenannt hat. Dies gelang nach Meinung des Autors gut, da sich die beschriebenen Faktoren der Umwelt nach Brakemeier et al. in der sozialen Dimension verorten liessen. Allerdings ist anzunehmen, dass die umweltbezogenen Vulnerabilitätsfaktoren noch mehr beinhalten als die sozialen.

Dem Autor sind zwei Dinge am Vulnerabilitäts-Stress-Modell nicht klar. Erstens geht es um die Frage, weshalb die sozialen Vulnerabilitätsfaktoren nicht explizit als solche betitelt wurden. Zweitens wird nicht deutlich, warum es in vielen Theorien um Copingstrategien im Gegensatz zu Stressoren geht. Das heisst, Stressoren haben nur kleine Auswirkungen, solange es dem

Individuum gelingt, sie zu bewältigen. Nun stellt sich die Frage, ob diese Idee bei den Stressoren im Vulnerabilitäts-Stress-Modell mitgedacht, aber nicht beschrieben wurde, oder ob dies bewusst weggelassen wurde. Das Modell erklärt des Weiteren nicht, wie Stress und Vulnerabilität zusammenwirken, wie diese zu gewichten sind und wie dieser Stress schlussendlich zu einer Depression führt. Es wird jedoch festgehalten, dass langanhaltender Stress mittlerer Intensität besonders schädlich ist. Langanhaltende Bedürfnisspannungen sind ein langanhaltender Stressor. Welche Stressintensität Bedürfnisspannungen auslöst, muss erst noch untersucht werden.

Das letzte theoretische Modell, welches in Kapitel 6.4 dargestellt wurde, ist EMP. Es bezieht sich auf das biopsychosoziale Verständnis von Engel. Im Gegensatz zu Engel löst sich der EMP jedoch von der Vorstellung, dass alle Dimensionen (biologisch, psychologisch, sozial) als gleichwertig zu betrachten sind. Stattdessen gilt es empirisch zu prüfen, auf welcher Ebene am meisten Hinweise existieren, wie diese miteinander vernetzt sind und sich beeinflussen. Ebenfalls ist es zu überprüfen, welche Ebene oder welche Zusammenhänge sich am besten eignen, um therapeutische Interventionen zu entwickeln. Dabei hat der EMP folgenden Forschungsweg, um biopsychosoziale Erklärungen für Depressionen zu finden: das Lokalisieren von Wirkungsfaktoren auf den unterschiedlichen Ebenen, das Klären und Überprüfen von Wirkungsmechanismen und die Rückverfolgung der Wirkungszusammenhänge zur Psyche. Beim letzten Schritt geht es darum, Erklärungsansätze zu entwickeln, welche verstehbar sind und nicht rein abstrakt. Nach dem EMP-Modell wäre es demnach nur möglich, die Entstehung von Depressionen klar zu benennen, wenn die empirischen Resultate aller Ebenen zusammengetragen wird und die einzelnen Wirkfaktoren miteinander verknüpft sind. Somit ermöglicht der EMP aktuell keine Aussage darüber, welche Auswirkungen die soziale Dimension auf die Entstehung von Depressionen hat. Der EMP zeigt jedoch einen Weg auf, wie das Forschungsdesign sein müsste, um eine Antwort zu finden. Im gleichen Zug ist es möglich, anhand von Aussagen des EMP alle anderen Hypothesen, welche bis jetzt vorgestellt wurden, zu kritisieren. Diese bauen zwar meist auf empirischen Ergebnissen auf, es kommt jedoch weder zu einem umfassenden empirischen Bild in Bezug auf die Wirkfaktoren, noch werden diese mit anderen Ebenen verknüpft.

Die Erkenntnisse, welche durch die Literaturrecherche in Kapitel 6.5 gesammelt wurden, sind so konzentriert dargestellt, dass sie hier nicht noch einmal vertieft werden können. Deshalb werden die Ergebnisse nochmals aus einer übergeordneten Sichtweise betrachtet. Wie aufgezeigt wurde, gibt es eine grosse Anzahl von empirischen Resultaten, die im Zusammenhang mit der Entstehung von Depressionen und der sozialen Dimension stehen. Das Problem ist jedoch, dass keine Studie gefunden werden konnte, welche sich klar auf das Verständnis der

sozialen Dimension von Sommerfeld et al. berufen hätte. Stattdessen wurden i. d. R. statische Verhaltensweisen untersucht. Wie die Studien von Califf et al. und Sinkewicz et al. zeigen, sind Minderheiten (nichtweisse Personen) häufiger von Depressionen betroffen. Das «Nichtweissein» kann als Ausstattungsmerkmal kategorisiert werden, beinhaltet jedoch deutlich mehr. Unter Umständen²⁹ ist es mit einer Reihe weiterer Ausstattungsmerkmale verbunden, z. B. Bildung, Diskriminierung, geringeres Einkommen, und hat auch Einfluss auf die Lebensführung, bspw. eine schlechtere Position im Bereich der Arbeit oder ein schwierigerer Zugang zu professioneller Hilfe. Durch diese nicht einheitliche Erfassung der sozialen Dimension scheint es nicht erstaunlich, dass sich aus den Studien teilweise widersprüchliche Resultate ergeben. Dies zeigt z. B. die Studie von Califf et al. Sie zeigt, dass Depressionen eher im jüngeren Alter auftreten. Im Gegensatz dazu steht die Studie von Schmitz, die besagt, dass es keinen Zusammenhang zwischen Alter und der Entstehung von Depressionen gibt. Ebenfalls wurden die Studien in unterschiedlichen Ländern durchgeführt, was die Resultate beeinflussen könnte. Des Weiteren hat der Autor keine der Studien wegen des grossen Zeitaufwands auf ihre Validität untersucht. Es sollte ebenfalls nicht vernachlässigt werden, dass Depressionen auf die Integration und die Lebensführung zurückwirken. Es gibt einen statistischen Zusammenhang zwischen niedrigem Einkommen und Depression. Auf der einen Seite könnte dies bedeuten, dass Menschen mit niedrigem Einkommen häufiger an Depressionen erkranken. Auf der anderen Seite können Depressionen zu einer Arbeitsunfähigkeit führen, was dann einen deutlichen Erwerbsausfall bedeutet und somit ein niedriges Einkommen zur Folge hat.

Die Auseinandersetzung mit den Rechercheergebnissen zeigt, dass ein breites Spektrum an Erkenntnissen gewonnen werden konnte. Bemerkens wert ist, dass die Theorie «Kritische Lebensereignisse als Ursache von Depressionen» Empirisch gut abgestützt werden kann. In dieser Arbeit wurde auf verschiedene Wissensbestände der Psychologie, der Medizin, der Sozialen Arbeit, der Physik, der Soziologie und der Klinischen Sozialarbeit zurückgegriffen. Diese breite Verwendung führt automatisch dazu, dass die einzelnen Modelle und Theorien nur auf einer mittleren Tiefe behandelt und diskutiert werden können. Zusätzlich erhöht es das Risiko, dass es zu Verständnisfehlern oder zu Missinterpretationen des Autors kommt, da es nicht möglich ist, für alle Theorien das komplette Hintergrundwissen zu erarbeiten. Insgesamt wirkt die gesamte Thematik der sozialen Dimension und der psychischen Krankheit untererforscht, wie dies bereits von Sommerfeld et al. festgehalten wurde. Es führt dazu, dass viele der verwendeten Theorien nicht abschliessend anerkannt und nicht empirisch belegt sind. Dadurch müssen die Ergebnisse als eine Auslegung der aktuellen Theorie und Empirie verstanden

²⁹ Dies geschieht in der Annahme, dass Diskriminierung und Rassismus in den USA das Nichtweissein negativ beeinflussen und Zugänge zur Teilhabe stark einschränken können.

werden. Mit den gewonnenen Erkenntnissen wird die Fragestellung so weit wie möglich im nächsten Kapitel beantwortet.

7.2 Beantwortung der Fragestellung

Nun gilt es die Fragestellung **«Welche Auswirkungen hat die soziale Dimension auf die Entstehung von Depressionen?»** zu beantworten. Dies geschieht zuerst aus theoretischer Sicht, dann aus empirischer. Die Erkenntnisse werden zur Beantwortung der Fragestellung nochmals stark verdichtet.

Ausgehend vom biopsychosozialen Verständnis ist Depression eine Krankheit, welche durch biopsychosoziale Faktoren und Prozesse entsteht. Bei der sozialen Dimension beinhaltet folgendes: Integration und Lebensführung, Ausstattungsmerkmale, mit welchen der Mensch den Handlungssystemen gegenübertritt und seine Biografie. Der Mensch ist für die Befriedigung von biopsychosozialen Bedürfnissen auf Integration in konkreten Handlungssystemen angewiesen. Er führt auch in diesen Handlungssystemen sein Leben. Die Musterbildung in den Handlungssystemen führt durch kreiskausale Prozesse zu einer Musterbildung auf der psychischen Ebene. Die soziale Ebene wirkt auf die psychische Ebene, so wie die psychische Ebene auf die soziale Ebene einwirkt. Die auf der psychischen Ebene gebildeten Muster werden im Gehirn durch neuronale Verbindungen abgebildet und beeinflussen so die biologische Ebene, welche auf die psychische zurückwirkt. Die Schnittstelle zwischen der psychischen und der sozialen Ebene ist das Gehirn.

Durch die Recherche konnten folgende Auswirkungen der sozialen Dimension auf die Entstehung von Depressionen gefunden werden. Nach Sommerfeld et al. und Grawe hat die soziale Dimension Auswirkungen auf die Entstehung von Depressionen, weil der Mensch durch eine ungenügende Integration (in die Handlungssysteme) und durch eine schlechte Position seine Bedürfnisse nicht oder nur ungenügend befriedigen kann. Dies erzeugt Bedürfnisspannungen, welche dann zu einer Depression führen können.

Nach Sommerfeld et al. hat die soziale Dimension Auswirkungen auf die Entstehung von Depressionen, weil kritische Lebensereignisse in den Handlungssystemen entstehen und diese beeinflussen. Es besteht ein belegter empirischer Zusammenhang zwischen Depressionen und kritischen Lebensereignissen.

Nach dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell hat die soziale Dimension Auswirkungen auf die Entstehung von Depressionen, weil zum einen die soziale Dimension die Vulnerabilität mitbeeinflusst (Biografie, Ausstattung) und zu den anderen Stressoren durch die Lebensführung,

Integration und die Ausstattung entstehen. Das Zusammenspiel von Vulnerabilität und Stress führt dann zu einer Depression.

Durch die Literaturrecherche konnten diverse Wirkfaktoren, welche mit der Entstehung von Depressionen empirisch zusammenhängen und der sozialen Dimension zugeordnet werden. In der Lebensführung und Integration fanden sich nur wenige Wirkfaktoren. Sowohl bei der Ausstattung von Individuen als auch in der Biografie konnte jedoch ein breiteres Spektrum an Wirkfaktoren zugeordnet werden. Dass es einen empirischen Zusammenhang zwischen der Entstehung von Depressionen und kritischen Lebensereignissen gibt wurde in mehreren Studien beschrieben.

Wie festgehalten wurde, gibt es theoretische Literatur und empirische Daten, welche einen Zusammenhang zwischen der sozialen Dimension und der Entstehung von Depressionen aufzeigen. Somit gelingt es, eine Antwort auf die Fragestellung zu geben. Die mit der Literaturrecherche erzielten Ergebnisse sind jedoch kritisch zu betrachten. Den verwendeten Theorien mangelt es an empirischer Beweisführung, zudem sind sie teilweise aufeinander aufbauend. So baut das integrative Modell oder die Theorie der Integration und Lebensführung auf anderen Modellen auf, welche ebenfalls nicht gänzlich empirisch belegt wurden. Auch die verwendete Empirie ist kritisch zu betrachten, denn die Ergebnisse sind teilweise widersprüchlich und die Forschungen wurden mit einem häufig statischen Verständnis erhoben, welches involvierte Faktoren unterbelichtet lässt. Zudem beziehen sich die Studien nicht zwingend auf das Verständnis der sozialen Dimension, um das es in dieser Arbeit geht. So entstehen zusätzlich «blinde Flecken». Literaturrecherchen sind durch die veröffentlichte Literatur limitiert sowie durch die Sprachen, welche der Autor versteht (Deutsch und Englisch). Da die Literaturrecherche in einem unterbelichteten Forschungsfeld stattfand, ist anzunehmen, dass die Ergebnisse genau diese Unterbelichtung abbilden und dies geschieht, obwohl oder weil Quellen von anderen Disziplinen als der Sozialen Arbeit verwendet wurden. Somit gelingt es eine Antwort auf die Fragestellung zu geben diese kann jedoch auf Grunde der Unterbelichtung nicht als abschliessend betrachtet werden. Für eine abschliessende Antwort wäre weitere und flächendeckende Forschung im Bereich «Soziale Dimension und die Entaschung von Depression» nötig.

7.3 Weiterführende Überlegungen und Ausblick

Verbunden mit der bisher zu wenig erforschten sozialen Dimension von psychischer Krankheit gibt es auch grosse Forschungsfelder, welche beleuchtet werden könnten. Unter anderem

zeigt die für diese Arbeit gefundene und nicht gefundene Literatur drei Forschungsbereiche auf, in welchen weitere Fragestellungen Platz hätten.

1. Das Kritisieren und Validieren der verwendeten Theorien und das Überprüfen der von ihnen getragenen Aussagen. Dies gilt bspw. für die Bedürfnistheorie von Obrecht, an welche der Ansatz der Integration und Lebensführung sowie das integrative Modell von Sommerfeld anknüpfen. Diese Theorie wurde nach dem Wissensstand des Autors nie vollständig publiziert und nicht empirisch belegt, was bei der breiten Verwendung in der Sozialen Arbeit lohnend wäre.

2. Das Anwenden der generalisierbaren Hypothesen (Bedürfnisspannung, kritische Lebensereignisse und das integrative Modell) als Erklärung von psychischer Krankheit auf andere spezifische psychische Krankheiten. Hier enden die Möglichkeiten der Fragestellungen erst, wenn alle psychischen Krankheiten berücksichtigt wurden. Die Sinnhaftigkeit einer solchen Fragestellung wäre jeweils zu überprüfen.

3. Das Erweitern oder Vertiefen des Vulnerabilitäts-Stress-Modells. Hier wären weiterführende Überlegungen und Forschungen möglich. Zudem könnten die sozialen Faktoren der Vulnerabilität von den Umweltfaktoren losgelöst werden und eine eigene neue Kategorie bilden. Dieser Schritt könnte auch mit dem Sammeln von (empirischen) Daten verbunden werden, welche soziale Faktoren in einen Zusammenhang mit der Entstehung von Vulnerabilität und Depression bringen. Für das Sammeln dieser Daten wäre es wiederum bedeutend, zu definieren, was soziale Faktoren sind und wie sich diese in der sozialen Dimension einordnen lassen. Daneben wäre zu prüfen, ob ein anderes Modell der sozialen Dimension hierfür erforderlich wäre. Ebenfalls könnte untersucht werden, welche sozialen Faktoren als Stressoren wirken und wie diese in der sozialen Dimension verortet werden könnten. Eine weitere Möglichkeit wäre, in einem multiprofessionellen Team biologische, psychische, soziale Faktoren sowie Umweltfaktoren von Depressionen zusammenzutragen und Erkenntnisse über mehrere Ebenen auf Zusammenhänge zu prüfen. Zum Teil losgelöst vom Forschungsgebiet der Sozialen Arbeit wäre es noch eine Möglichkeit, das Vulnerabilitäts-Stress-Modell mit dem integrativen Ansatz zu paaren und herauszufinden, wie und ob Stress im integrativen Modell verortet werden kann. Neben den soeben benannten Forschungsfeldern besteht auch die Option, diese Arbeit weiterzuführen und die gesammelten Theorien anzupassen oder zu ergänzen. Mögliche weiterführende Fragen wären: Welche Auswirkungen hat die soziale Dimension bei Menschen mit einer depressiven Störungen? Welche Folgen hat die soziale Dimension auf die Genesung bei depressiven Störungen? Welche Auswirkungen haben Depressionen auf die soziale Dimension? Wie beeinflussen sich die soziale Dimension und depressive Störungen wechselwirkend?

Abschliessend folgen noch weiterführende Überlegungen des Autors. Die mangelnde Forschung der Sozialen Arbeit im Bereich der psychischen Gesundheit wirkt wie eine ‹grosse verpasste Chance›. Zum einen würde dies nämlich die Professionalisierung vorantreiben und zum anderen kann nur durch Forschung bewiesen oder widerlegt werden, welchen Einfluss die Sozialarbeit auf die psychische Gesundheit hat. Vor allem aber gehen durch die Nichteinbeziehung und den Mangel an Initiativen der Sozialen Arbeit bedeutende Blickwinkel und Perspektiven verloren.

Während des Schreibprozesses dieser Arbeit las der Autor in einer Zeitung, dass Forschende die biologische Ursache gefunden haben, weshalb Frauen häufiger an Depressionen erkranken als Männer. Die Forschung von Schmitz (vgl. Kap. 6.5.2.) würde dies jedoch klar widerlegen. Bei Schmitz zeigt sich, dass es Genderfaktoren sind und damit gesellschaftliche Unterschiede, welche Menschen mit dem Ausstattungsmerkmal ‹Frau› vermehrt krank machen. Durch das Nichtbeleuchten der Zusammenhänge ‹Gender, Lebenslagen und Entstehung von Depressionen› schwindet auch die Chance, gesellschaftliche Missstände zu thematisieren. So gibt es mehrere Chancen, die für die Soziale Arbeit damit verloren gehen. Es gelingt ihr nicht, ihre Bedeutung in der Psychiatrie aufzuzeigen, damit sie nicht nur als ‹optionale Hilfskraft› dient. Ausserdem büst sie ein Argument ein, welches sich eignen könnte, um auf die Lebenslagen von Frauen aufmerksam zu machen. Schließlich ist es der Sozialen Arbeit nicht möglich, wissentlich Interventionen und Angebote zu erstellen, welche den Sozialen Bedingungen entgegenwirken, welche dazu führen, dass Frauen doppelt so häufig von Depressionen betroffen sind wie Männer.

8 Quellen

- Adler- Zwahlen, Jenny/Nagel, Siegfried/Schlesinger Torsten (2019). Zur Bedeutung soziodemografischer, sportbezogener und soziokultureller Merkmale für die soziale Integration junger Migranten. In: Schweizer Sportvereine. Sport und Gesellschaft. (2). S. 125-154.
- Altenthan Sophia/Betscher-Ott, Sylvia/Gotthard, Wilfried/Hobmair, Hermann (Hg.)/Höhlein, Reiner/Ott-Wilhelm/Pöll, Rosmaria (2017). Psychologie. (6. Aufl.). Köln: Bildungsverlag EINS Westermann.
- Brakemeier, Eva-Lotta/Hautzinger, Martin (2008). Kognitive Verhaltenstherapie: In. Bschor, Tom (Hg.). Behandlungsmanual therapieresistente Depression. Pharmakotherapie- Somatische-Therapieverfahren- Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Brähler, Elmar/Herzog, Wolfgang (2018). Sozialpsychosomatik. Das Vergessene Soziale in der Psychoomatischen Medizin. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Brakemeier, Eva-Lotta/Normann, Claus/Berger, Mathias (2008). Ätiopathogenese der unipolaren Depression. Neurobiologische und psychosoziale Faktoren. In: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz. 51. Jg. (4). S. 379-391.
- Bronfenbrenner, Urie (2012). Ökologische Sozialisationsforschung- Ein Bezugsrahmen. In: Bauer, Ullrich/Bittlingmayer, Uwe, H./ Scherr, Albert (Hg.). Handbuch Bildungs- und Erziehungssoziologie. Wiesbaden: Springer VS Verlag. S. 167-176.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (Hg.) (2019). Gesundheitsstatistik 2019. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- Califf, Robert M./Wong, Celeste/Doraiswamy, P. Murali/Hong, David S./Miller, David P./Mega, Jessica L. (2022). Importance of Social Determinants in Screening for Depression. In: JGIM. Vol. 37. (11). S. 2736-2743.
- Calzaferri, Raphael/Dällenbach, Regula/Gautschi, Joel/Hollenstein, Lea/Rüegger, Cornelia (2012). Integration und Lebensführung – Verfahren zur Erfassung des Lebensführungssystems URL: <https://www.soziale-diagnostik.ch/konzepte/integration-und-lebensfuehrung/> [Zu griff am: 08.10.2022].
- Colodro Conde, Lucia/Couvy-Duchesne, Baptiste/Zhu, Gu/Coventry, William/Byrne, Enda/Gordon, Scott/Wright, Margaret/Montgomery, Grant/Madden, Pamela/Ripke, Stephan/Eaves, Lindon/Heath, Andrew/Wray, Naomi/Medland, Sarah E./Martin, Nick (2018). A direct test of the diathesis–stress model for depression. In: Molecular psychiatry. Vol. 23. (7). S. 1590-1596.
- DGPPN/BÄK/KBV/AWMF (Hrsg.) (2015). Für die Leitliniengruppe Unipolare Depression*. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung. (2. Aufl.). Version 5. URL: www.depression.versorgungsleitlinien.de [Zugriffsdatum: 15.10.2022].

- Engel, Gorge L. (1977). The Need for a New Medical Model: A challenge for Biomedicine. Science. Vol.196. S.129-136.
- EVS-ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz. URL: <https://www.ergotherapie.ch/startseite> [Zugriffsdatum: 19.10.2022].
- Ewert, Thomas/Stucki, Gerold (2007). Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz. Vol. 50. (7). S. 953-961.
- Filatova, Elena V./Shadrina, Maria I./Slominsky, Petr A. (2021). Major Depression: One Brain, One Disease, One Set of Intertwined Processes. In: Cells 10. 1283. S. 1-29.
- Flip, Sigrund-Heide (Hg.) (1995). Kritische Lebensereignisse. (3. Aufl.). Weinheim: PsychologieVerlagsUnion.
- Gaffney, Michael/Adams, Kai H./Syne, Kristen, L./Hagen, Edward H. (2022). "Depression and Suicidality as Evolved Credible Signals of Need in Social Conflicts." In: Evolution and human behavior. Vol. 43. (3). S. 242-256.
- Gass, Peter/Vasilescu, Andrei, N./Inta, Dragos (2021). Schnell wirksame Antidepressiva– neurobiologische Wirkprinzipien. In: Nervenarzt Vol. 93. (3). S. 223–233.
- Ghaemi, Nassir S. (2009). The rise and fall of the biopsychosocial model. In: The British Journal of Psychiatry. Vol. 195. S. 3-4.
- Grawe, Klaus (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe Verlag.
- Haken, Hermann/Schiepek, Günter (2010). Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Hochuli Freund, Ursula/Stotz, Walter (2021). Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch. (5. Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Hüttemann, Mathias/Süsstrunk, Simon (2019). Klinische Sozialarbeit: Perspektiven aus der Schweiz. In: Klinische Sozialarbeit. 15. Jg. (2). S. 9-13.
- ICD 10. (o.Jg.). F32. Depressive Episode. URL: <https://www.icd-code.de/suche/icd/code/F32.-.html?sp=SF32.A> [Zugriffsdatum: 27.09.2022].
- Kendler, Kenneth S./Gyngell, Christopher (2020). Multilevel interactions and the dappled causal world of psychiatric disorders. In: Savulescu, Julian/Roache, Rebecca/Davies, Will/Loebel, J. Pierre (2020). Psychiatry Reborn. Biopsychosocial psychiatry in modern medicine. Oxford: Oxford University Press. S. 50-69.
- Kendler, Kenneth. S. (2012). The dappled nature of causes of psychiatric illness: replacing the organic–functional/hardware–software dichotomy with empirically based pluralism. Molecular psychiatry. 17. Jg. (4). S.377-388.
- Klassen, Michael (2004). Was leisten Systemtheorien in der Sozialen Arbeit? Ein Vergleich der systemischen Ansätze von Niklas Luhmann und Mario Bunge. Bern: Haupt Verlag.

- Knauff, Markus (2005). Deduktion, logisches Denken. Beitrag für den Band C/II/8 der Enzyklopädie der Psychologie. URL: https://www.psychologie.uni-heidelberg.de/ae/allg/enzykl_denken/Enz_04_Deduktion.pdf [Zugriffsdatum: 16.10.2022].
- Köhler, Norbert (2018). Wohnungslosigkeit in Deutschland. In: Brähler, Elmar/Herzog, Wolfgang. Sozialpsychosomatik. Das Vergessene Soziale in der Psychoomatischen Medizin. Stuttgart: Schattauer Verlag. S. 20-31.
- Krieger, David, J. (1998). Einführung in die allgemeine Systemtheorie. (2. Aufl.). München: Wilhelm Fink Verlag.
- Küskens, Anna/Reinhard, Pietrowsky/Annika, Gieselmann (2021). Persönlichkeit und Insomnien. Zur Bedeutung von Neurotizismus, Gewissenhaftigkeit und Perfektionismus und zu möglichen Implikationen für die Praxis. In: Somnologie. Schlafforschung und Schlafmedizin. 25. Jg. (2). S.176–185.
- Learnihan, Vincent/Kinfu, Yohannes/Turrell, Gavin (2022). Social determinants of depression among mid-to-older aged Australians: A prospective study of the effects of neighbourhood disadvantage and crime. In: SSM - Population Health. Vol. 19. (101190). S. 1-9.
- Leuzinger-Bohleber, Marianne/Hau, Stephan/Deserno, Heinrich (Hg.) (2005). Depression-Pluralismus in Praxis und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag.
- Linden, Michael/Hautzinger, Martin (2011). Verhaltenstherapiemanual. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Lu, Shurong/Reavley, Nicola/Zhou, Jinyi/Su, Jian/Pan, Xiaoqun/Xiang, Quanyong/Zhang, Yongqing/Oldenburger, Brian/Wu, Ming (2018). Depression among the general adult population in Jiangsu Province of China: prevalence, associated factors and impacts. In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. Vol. 53. S.1051–1061.
- Lüdecke, Daniel/Voonneilich, Nico/Von dem Knesebeck, Olaf (2018). Soziale Ungleichheit und depressive Symptome in Europa- Ergebnisse des European Socila Survey. In: Brähler, Elmar/Herzog, Wolfgang. Sozialpsychosomatik. Das Vergessene Soziale in der Psychoomatischen Medizin. Stuttgart: Schattauer Verlag. S.237-250.
- Malhi, Gin S./Mann, John J. (2018). The Lancet (British edition). Vol. 392. (10161). S. 2299-2312.
- Müller, Tomas (2021). Depressionen über drei Generationen. MMW - Fortschritte der Medizin. Vol. 163. (9). S. 18-18.
- Nationale Versorgungsleitlinie, NVL (2022). Unipolare Depression. Langfassung. URL: <https://www.leitlinien.de/themen/depression/version-3> [Zugriffsdatum: 29.11.2022].
- Oberholzer, Daniel (2009). Das Konzept der Funktionalen Gesundheit. Grundlagen, Bedeutung und Einsatzmöglichkeiten am Beispiel der Behindertenhilfe. Bern: Insos Schweiz.
- Obrecht, Werner (2009). Was braucht der Mensch?. Grundlagen einer biopsychosozio-kulturellen Theorie menschlicher Bedürfnisse und ihre Bedeutung für eine erklärende Theorie

- sozialer Probleme. Erweiterte Fassung eines Vortrags. Gehalten an der Konferenz zum 100jährigen Jubiläum der Ligue Médico- Sociale Luxemburg. 1. Oktober 2008. Niederwil (Wattwil). 5.10. 2009.
- Obrecht, Wrener (1999a). Zit. In: Klassen, Michael (2004). Was leisten Systemtheorien in der Sozialen Arbeit? Ein Vergleich der systemischen Ansätze von Niklas Luhmann und Mario Bunge. Bern: Haupt Verlag.
- Pauls, Helmut (2015). Klinische Sozialarbeit- State of the art 2015. In: Klinische Sozialarbeit. 11. Jg. (3). S.6-8.
- Pauls, Helmut (2013a). Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. (3. Aufl.). Weinheim & München: Beltz Juventa Verlag.
- Pauls, Helmut (2013b). Das Biopsychosoziale Modell- Herkunft und Aktualität. In Resonanz. (1). S.15-31.
- Peltzer, Karl/Pengpid, Supa (2020). Social determinants of depression among adults in South Africa. In: Journal of human behavior in the social environment. Vol. 30. (5). S. 525-532.
- Rehm, Jürgen/Shield, Kevin D. (2019). Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictiv Disorders. Current Psychiatry Reports. Vol. 21. (10). S. 1-7.
- Richter, Dirk (2003). Psychisches System und soziale Umwelt. Soziologie psychischer Störung in der Ära der Biowissenschaft. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Roache, Rebecca (2020). The biopsychosocial model in psychiatry: Engel and beyond. In: Savulescu, Julian/Roache, Rebecca/Davies, Will/Loebel, J.Pierre. Psychiatry Reborn. Biopsychosocial psychiatry in modern medicine. Oxford: Oxford University Press. S. 29-47.
- Röh, Dieter (2022). Klinische Sozialarbeit 2020- Wo stehen wir?. In: Klinische Sozialarbeit. 16. Jg. (3). S. 6-8.
- Rüegger, Cornelia (2012). Die soziale Dimension psychischer Krankheit und Gesundheit. Eine handlungstheoretische Wissensbasis der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie. Coburg: ZKS- Verlag.
- Savulescu, Julian/Roache, Rebecca/Davies, Will/Loebel, J. Pierre (2020). Psychiatry Reborn. Biopsychosocial psychiatry in modern medicine. Oxford: Oxford University Press.
- Schmitz, Alina (2021). Geschlechterunterschiede bei Depressionen im Alter. Risikofaktoren und Bewältigungsressourcen im europäischen Vergleich. Wiesbaden: Springer VS.
- Schnell, K./Hochlehnert, A./Berger, M./Wolff, J./Radke, M./Schramm, E./Normann, C./ Hertz, S.C. (2016). Leitlinienentsprechende stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der chronischen Depression: Normative Personalbedarfsermittlung. In: Nervenarzt. Vol. 87. (3). S. 278-285.
- Shyman, Lilian/Sukhorukov, Roman/Barbic, David/Mathias, Steve/Chau, Shannon/Leon, Adelen/Barbic, Skye (2021). Social determinants of health and depression in adults

- presenting to the emergency department Implications for family medicine. In: MIS-
SISSAUGA: Coll Family Physicians Canada. Canadian family physician. Vol.67. (12). S.
E337-E347.
- Sinkewicz, Marilyn/Rostant, Ola/Zivin, Kara/McCammon, Ryan/Clarke, Philippa (2022). A life
course view on depression: Social determinants of depressive symptom trajectories over
25 Years of Americans' Changing Lives. In: SSM - population health. Vol. 18. (101125).
S. 1-8.
- Sommerfeld, Peter/Dällenbach, Regula/Rügger, Cornelia/Hollenstein, Lea (2016). Klinische
Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wis-
sensbasis. Wiesbaden: Springer VS.
- Sommerfeld, Peter/Hollenstein, Lea/Calzaferri, Raphael (2011). Integration und Lebensfüh-
rung. Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit. Wiesba-
den: VS Verlag.
- Stadelmann, Stephanie/Schlesier-Michel, Andrea/White, Lars Otto/Von Klitzing, Kai/Döhnert,
Mirko (2020). LIFE Child Psychische Entwicklung/Depression – Prospektive longitudinale
Kohortenstudie zur Erfassung von Entstehungsbedingungen depressiver Störungen von
der Kindheit bis ins junge Erwachsenenalter. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie. Vol. 66. (4). S. 402-417.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2018). Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Bern, Stuttgart,
Wien: Hauptverlag.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2007). Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Bern, Stuttgart,
Wien: Hauptverlag.
- Strey, Karsten (2020). Acetylcholin, der zentrale Neurotransmitter. In: Nervensache. Chemie
in unserer Zeit. 54. Jg. (5). S. 278–278.
- Trevisan, Amina (2020). Depression und Biographie. Krankheitserfahrungen migrierter Frauen
in der Schweiz. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2022). Der europäische Gesundheitsbericht 2021. Be-
standsaufnahme der gesundheitsbezogenen Ziele für nachhaltigen Entwicklung in der
COVID-19-Ära unter besonderer Berücksichtigung der Maxime, niemand zurückzulassen.
Wesentliche Perspektiven. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.
- Wolfersdorf, Manfred/Gerd Laux (2022). Depressionen. Ein Erfahrungsbuch zu Diagnostik,
verlauf, Therapie und Prävention. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Wolfersdorf, Manfred (2011). Depressionen verstehen und bewältigen. (4. Aufl.). Berlin, Hei-
delberg: Springer Berlin Heidelberg.
- World Health Organisation (WHO) (2022). International Statistical Classification of Diseases
and Related Health Problems (ICD). URL: <https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases> [Zugriffsdatum: 04.10. 2022].

World Health Organisation (2005). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf: World Health Organisation.

8.1 Abbildungen und Tabellen

Brakemeier, Eva-Lotta/Hautzinger, Martin (2008). Kognitive Verhaltenstherapie: In. Bschor, Tom (Hg.). Behandlungsmanual therapieresistente Depression. Pharmakotherapie- Somatische-Therapieverfahren- Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Calzaferri, Raphael/Dällenbach, Regula/Gautschi, Joel/Hollenstein, Lea/Rüegger, Cornelia (2012). Integration und Lebensführung – Verfahren zur Erfassung des Lebensführungssystems URL: <https://www.soziale-diagnostik.ch/konzepte/integration-und-lebensfuehrung/> [Zu griff am: 08.10.2022].

Ewert, Thomas/Stucki, Gerold (2007). Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz. Vol. 50 (7). S.953-961.

Haken, Hermann/Schiepek, Günter (2010). Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Obrecht, Werner (2009). Was braucht der Mensch?. Grundlagen einer biopsychosozio-kulturellen Theorie menschlicher Bedürfnisse und ihre Bedeutung für eine erklärende Theorie sozialer Probleme. Erweiterte Fassung eines Vortrags. Gehalten an der Konferenz zum 100 jährigen Jubiläum der Ligue Médico- Sociale Luxemburg. 1. Oktober 2008. Niederwil (Wattwil). 5.10. 2009.

Sommerfeld, Peter/Dällenbach, Regula/Rügger, Cornelia/Hollenstein, Lea (2016). Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis. Wiesbaden: Springer VS.

Anhang

I Empirisches Recherchevorgehen

Die Recherche fand im Suchtool von Swisscovery statt. Dabei wurden englische und deutsche Suchergebnisse im Zeitrahmen von 2017 bis 2022 gebraucht. Es wurden folgende Begriffe verwendet:

Depression (Titel), Entstehung (enthält).
Depression (Titel), Ätiopathogenese (enthält)
Depression (enthält), Integration und Lebensführung (enthält)
Depression (Titel), Biografie (Enthält)
Depression (enthält), Soziale Dimension
Depression (beginnt mit Titel), Social (Titel enthält exakt)
Depression (Titel), Etiopathogenesis (enthält)
Depressionen (Titel), Lebensführung (enthält, exakt)
Depressionen (Titel), Handlungssysteme (enthält)
Depressionen (Titel), Integration (enthält, exakt)
Depressionen (Titel), Bedürfnisspannung (enthält)
Depression (Titel), Social determinants (Titel)

Dabei wurden Klappentexte von 387 Artikeln begutachtet. Die durchsuchten Artikel mussten die unten aufgeführten Begriffe oder Synonyme im Kurzbeschreibung beinhalten und im unspezifischen Zusammenhang mit Depressionen stehen. Spezifische Beschreibungen wurden in der Recherche nicht berücksichtigt. Eine spezifische Beschreibung wäre bspw. «Depressionen bei Menschen mit Parkinson». Folgende Begriffe mussten vorkommen:

Soziale Ebene, soziale Dimension, sozial, Integration, Lebensführung, Familie, soziales Netzwerk, Wohnen/Obdachlosigkeit, Ausbildung/Tagesstruktur/Arbeit, Schattenwelten/gesellschaftlicher Ausschluss, (professionelles) Helfer:innen-Netzwerk, sozioökonomisch (alle beinhaltenden Faktoren), sozioökologisch (alle beinhaltenden Faktoren), soziokulturell, soziale Beziehung /Isolation, mangelnde soziale Unterstützung, Biografie, Bedürfnisspannung, kritische Lebensereignisse (in Bezug auf das Lebensführungssystem oder die Ausstattungsmerkmale)