

Zur Lebenssituation der Partner depressiver Patienten

Eine qualitative Untersuchung

Jeannette Bischof

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der
Philosophie am Fachbereich Erziehungswissenschaften
und Psychologie der Freien Universität Berlin

Berlin, Oktober 2002

Gutachter

Prof. Dr. Anna Auckenthaler
Prof. Dr. Dieter Kleiber
Disputation: 16.12.2002

Es gibt 'ne sehr komplizierte Beziehung bei uns momentan. Und da herauszukommen und da die richtigen Mittel und Wege zu finden, das ist das, was mir am meisten schwerfällt. Was Du tust, bist Du hart oder streng, bist Du weich oder gütig, verzeihst Du alles, schluckst Du alles weg, lässt Du alles an Dir abprallen, verarbeitest es, nimmst es nicht als persönlichen Angriff, das ist eben die Schwierigkeit.

(Ehepartner einer depressiven Patientin)

Danksagung

Allen Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern danke ich, dass sie mit mir über ihre Situation gesprochen haben. Sie haben Begriffe wie Depression, Belastungen, Partnerschaft und Zukunftsperspektiven mit Leben erfüllt. Ich empfand die Gespräche als Begegnungen, die mein eigenes Leben bereichert haben.

Frau Prof. Dr. Anna Auckenthaler danke ich für die Verbindlichkeit, mit der sie diese Arbeit begleitet hat. Ich danke ihr für ihre Beratung in allen inhaltlichen und methodischen Fragen und für die Zuversicht, dass sich alle Hindernisse meistern lassen.

Ich danke Herrn Prof. Dr. Matthias C. Angermeyer, der als Projektleiter der Rahmenstudie „Gesundheitliche und ökonomische Belastungen von Familien mit einem psychisch kranken Angehörigen“ mein Dissertationsvorhaben die meiste Zeit über unterstützt hat.

Frau Dr. Bettina Wittmund und Herrn Dr. Johannes Jungbauer danke ich für fachliche Diskussionen, die Erarbeitung des qualitativen Zugangs zur Forschungsfrage, den Aufbau der qualitativen Arbeitsgemeinschaft an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig und die Arbeit an gemeinsamen Publikationen. In diesen Dank schließe ich alle meine ehemaligen Kolleginnen und Kollegen, vor allem Frau Dr. Peggy Liebelt und die TeilnehmerInnen des qualitativen Forschungsscolloquiums mit ein. Weiterhin danke ich den studentischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Projektes, ohne deren Einsatz die Aufarbeitung und Transkription des umfangreichen Datenmaterials undenkbar gewesen wäre.

Schließlich danke ich allen, die mich vor allem im letzten halben Jahr der Arbeit ermutigt und unterstützt haben, meinen Freundinnen und Freunden sowie meiner Familie. Besonders danke ich Ralf, dass er meine Ungeduld besänftigt und mir Kraft gegeben hat.

Abstract

Ziel. In der klinischen Forschung sind die Paarbeziehungen depressiver Patienten vorrangig unter dem Aspekt der Ätiologie, des Verlaufs oder der Therapie von Depression untersucht worden. Ziel der Arbeit ist es, zu rekonstruieren, welche Veränderungen Ehe- und Lebenspartner depressiver Patienten in ihrem partnerschaftlichen und familiären Zusammenleben im Verlauf der Erkrankung erleben.

Methode. Die Dissertation basiert auf der qualitativen Analyse der narrativen Interviews zur Erfassung der Situation der Studienteilnehmer (n=54), die im Rahmen der Längsschnittstudie „Gesundheitliche und ökonomische Belastungen von Familien mit psychisch kranken Angehörigen“ geführt wurden. Diese Studie wurde an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig unter Leitung von Prof. Dr. med.

M. C. Angermeyer durchgeführt. **Ergebnis.** Partner nehmen die Depression als Lebensereignis mit weitreichenden Folgen für ihre Beziehung und ihren Alltag wahr. Die Bewältigungsformen in der Partnerschaft können entlang der Dimensionen „Involviertheit“ und „Einflussnahme“ der Partner systematisiert werden. Akute und langandauernde Folgen von Belastung machen spezifische Entlastungsangebote für Partner notwendig. **Schlussfolgerung.** Im klinischen Kontext sollten gemeinsame aktive Bewältigungsformen, d.h. Bewältigungsformen mit starker Involviertheit und Einflussnahme der Partner gefördert werden. Die Ergebnisse der Untersuchung plädieren für eine größere Sensibilität für partnerschaftliche Themen in der Behandlung depressiver Patienten und die Notwendigkeit der Entlastung ihrer Partner.

Schlagwörter: Depression, Partner, Coping, qualitativ

Coping with the Burden of Living with a Depressed Spouse – A Qualitative Study

Aims. To date clinical research on the couple relationships of depressed patients have focused mainly on the aetiology, course or treatment of the depression. The aim of the present study was to reconstruct the changes in marital or partner and family relationships experienced by the spouses and partners of depressed patients. **Methods.** The dissertation is based on a qualitative analysis of narrative interviews carried out to establish the situations of the study participants (n=54) in a longitudinal study on the „Burden of Caring for Mentally Ill Family Members – Economic and Health Aspects“. This research project was conducted by Prof. Dr. med. M.C. Angermeyer at the Clinic and Outpatient Clinic for Psychiatry of the University of Leipzig. **Results.** Depressed patients' partners experience the depression as a life event with far-reaching consequences for their family relationships and daily lives. The coping mechanisms employed can be categorised under the dimensions „degree of involvement“ and „exertion of influence“. Specific supportive services are necessary to counteract the acute and long-term consequences of living with a depressed spouse. **Conclusions.** In the clinical context active, co-operative coping mechanisms, i.e. coping mechanisms with a high degree of involvement and exertion of influence on the part of spouses and partners, should be promoted. The results of the study indicate that greater attention should be paid to relationship issues in the treatment of depressed patients and that supportive measures should be instituted to reduce the burden borne by their spouses and partners.

Keywords: depression, spouse, burden, coping, qualitative

1	Einleitung	9
2	Klinische Aspekte von Depression	12
2.1	Diagnostische Einordnung	13
2.2	Symptomatik und Verlauf	18
2.3	Epidemiologie und Risikofaktoren	21
2.4	Vorstellungen zur Ätiologie	24
2.5	Biologische, psychologische und soziale Aspekte der Depressionsbehandlung	26
2.6	Zusammenfassung und Folgerungen für die Untersuchung	27
3	Dyadische Aspekte von Depression	29
3.1	Beziehungsqualität, Beziehungsstabilität und Interaktion	30
3.2	Assortative Mating und Partnerwahl: Studien zur Konkordanz psychiatrischer Erkrankungen zwischen depressiven Patienten und ihren Partnern	35
3.3	Paartherapie und Paarberatung	38
3.4	Zusammenfassung und Folgerungen für die Untersuchung	42
4	Depression aus Angehörigenperspektive	44
4.1	Das Konzept „Caregiver-Burden“ in der Angehörigenforschung	45
4.2	„Caregiver-Burden“ bei Partnern depressiver Patienten	48
4.2.1	Objektive Belastungen	49
4.2.2	Subjektive Belastungen	50
4.2.3	Auswirkungen auf die Gesundheit der Angehörigen	52
4.3	Belastungen bei Depression im Vergleich zu anderen psychiatrischen Krankheiten	53
4.4	Studien zum Bewältigungsverhalten von Partnern depressiver Patienten	55
4.5	Zusammenfassung und Folgerungen für die Untersuchung	58

5	Fragestellung und Konzeption der Untersuchung	60
6	Methodische Basis und Durchführung der Untersuchung	64
6.1	Konzeption und Durchführung der Rahmenstudie	65
6.2	Datenbasis der vorliegenden Dissertation	67
6.2.1	Beschreibung der Samplingstrategie	70
6.3	Datenerhebung	76
6.3.1	Das narrative Interview	76
6.3.2	Durchführung der Interviews	78
6.4	Datenauswertung	79
6.4.1	Theoretisches Kodieren und Grounded Theory	79
6.4.2	Umsetzung und Modifikationen der Auswertestrategie in der Untersuchung	81
7	Depression und die Auswirkungen aus Partnerperspektive	86
7.1	Die Wahrnehmung depressiver Symptome	87
7.2	Die Wahrnehmung des Alltags	93
7.3	Die Wahrnehmung der Partnerschaft	100
8	Dimensionen der Krankheitsbewältigung aus Partnerperspektive	109
8.1	Individuelle Bewältigungsformen	110
8.2	Gemeinsame Bewältigungsformen	112
8.3	Individuelle und gemeinsame Bewältigungsformen im Zeitverlauf	115
8.4	Integrierende Illustration von Bewältigungsformen	117
8.5	Hemmnisse eines hilfreichen Umgangs mit Depression	119
9	Stresserleben und Entlastungsstrategien der Partner	128
9.1	Individuelles Wohlbefinden und Gesundheit	129
9.2	Entlastungsstrategien	134

10	Diskussion	139
10.1	Depression aus Partnerperspektive – Implikationen für die Praxis	140
10.2	Alltag und Beziehung: Plädoyer für eine gender-sensitive klinische Praxis	144
10.3	Folgerungen für die Rolle der Partner in der Depressionsbehandlung	148
10.4	Angebote für Partner zwischen Angehörigenberatung und Paartherapie	150
10.5	Kritische Bilanz der methodischen Umsetzung der Untersuchung	155
11	Zusammenfassung der Ergebnisse	158
12	Literaturverzeichnis	160
	Anhang A – Fallanalysen	187
	Anhang B – Auswertungsbeispiel	265
	Anhang C – Erklärung	273

1 Einleitung

In Deutschland sind gegenwärtig ca. vier Millionen Menschen von Depression betroffen. Etwa dreimal so viele Menschen erkranken irgendwann im Laufe ihres Lebens an Depression. Die Zahl der Betroffenen nimmt zu, besonders unter jüngeren Menschen. Fast die Hälfte aller depressiven Patienten unternehmen in ihrem Leben einen Suizidversuch, 15% sterben durch Suizid.

Nach einer Schätzung der Weltgesundheitsorganisation sind Depressionen nach kardiovaskulären Erkrankungen, z.B. Herzinfarkt die zweithäufigste „Volkskrankheit“ mit erheblichen Belastungen für den Betroffenen und sein Umfeld. Wird die globale Bedeutung von Krankheiten ermittelt, so steht in den entwickelten Ländern die unipolare Depression sogar an erster Stelle, weit vor anderen körperlichen oder psychiatrischen Krankheiten. Hochrechnungen zufolge wird die Bedeutung von Depressionen als weltweites „Gesundheitsrisiko“ in den nächsten Jahren weiter zunehmen.

Neben der Relevanz im Hinblick auf die Gesundheitsökonomie haben Depressionen volkswirtschaftliche Folgen. Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsausfälle und Erwerbsunfähigkeit nehmen zu. 18 629 Frühberentungen wurden 1995 aufgrund von Depression bewilligt¹. Depressionsbedingter Arbeitsausfall, vor allem unter sogenannten „white collar workers“, d.h. Arbeitnehmern in mittleren und höheren Positionen wird z.B. in Schweden bereits als volkswirtschaftliches Risiko betrachtet (Maslach, 2002).

Ganz anders hingegen sieht die Wahrnehmung von Depressionen in der Bevölkerung aus. Hier muss eine Unterschätzung von Depressionen und ihrer Folgen konstatiert werden. Umgangssprachlich sind Begriffe wie „depressiv“ und „Depression“ allgegenwärtig. Sie meinen jedoch häufig eine vorübergehende Niedergeschlagenheit, die zum Auf und Ab des Lebens gehört und wenig gemein hat mit der Leere und Endgültigkeit, welche die Krankheit Depression kennzeichnen. Epidemiologische Untersuchungen in der Allgemeinbevölkerung zum Stigma psychischer Krankheit zeigten, dass Depression in Fallvignetten von 60% der Befragten nicht als psychische Störung erkannt wurde (McKeon & Carrick, 1991). Depression wurde von ca. der

¹ Online im Internet: URL: [http:// www.kompetenznetz-depression.de](http://www.kompetenznetz-depression.de) [Stand 2002-08-05]

Hälfte der Befragten als Folge von Charakterschwäche angesehen (Jorm, Korten, Jacomb, Christensen & Henderson, 1999).

In diesem Spannungsfeld wird die Krankheit Depression in den Familien der Patienten erlebt. Ein angemessenes Bild von der Erkrankung entsteht oftmals erst durch eigene Erfahrungen und in Auseinandersetzung mit extremen Positionen. Dieser Prozess vollzieht sich für die Familien im Kontext der Wissens- und Informationsvermittlung, häufig verbunden mit dem Empfangen von Ratschlägen.

Akzeptieren Sie die Depression als Erkrankung! Ziehen Sie den Arzt zu Rate! Bleiben Sie geduldig! Überfordern Sie sich nicht! Seien Sie zurückhaltend mit gut gemeinten Ratschlägen! Treffen Sie keine wichtigen Entscheidungen!²

Offen ist hingegen, ob und wie diese Ratschläge die Lebenswelt der Familien treffen und von ihnen umgesetzt werden können. Was bedeuten die vom psychosozialen Hilfesystem vorgeschlagenen Umgangsstrategien für die Familien und speziell für die Partner der depressiven Patienten? Welche Bewältigungs- und Lebensformen nutzen die Partner der Patienten tatsächlich? Welche werden als hilfreich erlebt und was bedeutet dies für psychosoziale Hilfen und die Arbeit mit den Familien?

Die Auswirkungen von Depressionen auf den familiären und partnerschaftlichen Alltag sind gravierend. Familiäre Funktionsbereiche sind in den Familien mit einem depressiven Angehörigen stärker beeinträchtigt als in Familien von Patienten, die an Alkoholabhängigkeit, Schizophrenie, bipolaren Störungen, Angststörungen oder Anpassungsstörungen leiden (Crowther, 1985; Miller, Kabacoff, Keitner, Epstein & Bishop, 1986). Depression hat nach Ansicht sowohl der Patienten als auch ihrer Partner einen stärkeren Einfluss auf das eheliche Zusammenleben als z.B. Rheuma oder eine Herzerkrankung (Bouras, Vanger & Bridges, 1986).

Der angegebene Status quo in Form von familiären Funktionsbereichen und der Wahrnehmung des partnerschaftlichen Alltags sagt nichts darüber aus, wie dieser Alltag von den Beteiligten gemeinsam gestaltet wird. Über die Situation derer, die mit den depressiven Patienten zusammenleben, ist wenig bekannt. Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es daher, die Lebenssituation der Partner von Patienten näher zu untersuchen. Es soll analysiert werden, wie Partner von depressiven Patienten die „Krankheit“ wahrnehmen und welchen Einfluss die Depression auf ihre Lebens- und Beziehungsgestaltung hat. Anliegen ist es, die Lebenswelt derer besser zu verstehen, die mit ihren Angehörigen die Depression und ihre Folgen (mit)erleben.

² Online im Internet: URL: [http:// www.kompetenznetz-depression.de](http://www.kompetenznetz-depression.de) [Stand 2002-08-20]

Der Einbezug der Partner der Patienten ist auch deshalb relevant, weil ein enger Zusammenhang zwischen Merkmalen der Partnerschaft und der Entwicklung von Depressionen nachgewiesen worden ist (Hahlweg, 1996). Die subjektive Sicht der Partner könnte dazu beitragen, diese Zusammenhänge weiter zu explorieren. Depression wird in der vorliegenden Untersuchung konsequent als *bio-psycho-soziales* Geschehen verstanden.

Von 1998–2001 war ich über die gesamte Projektlaufzeit hinweg als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Längsschnittstudie „Gesundheitliche und ökonomische Belastungen von Familien mit psychisch kranken Angehörigen“ beschäftigt. Diese Studie wurde an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig unter Leitung von Prof. Dr. med. M. C. Angermeyer durchgeführt. Die vorliegende Dissertation basiert auf der qualitativen Analyse der narrativen Interviews zur Lebenssituation, die ich mit den Partnern und Partnerinnen depressiver Patienten geführt habe. Ich habe drei Jahre lang über 50 Familien begleitet und sie im Abstand von einem halben Jahr jeweils zu einem Gespräch aufgesucht. Die Gespräche mit 54 Partnern depressiver Patienten, die zum ersten Erhebungszeitpunkt geführt wurden, bilden die Grundlage meiner Dissertation.

Die Arbeit gliedert sich in 11 Kapitel. Die theoretische Basis der Arbeit besteht aus drei Kapiteln, in denen jeweils die Krankheit Depression, die Partnerschaften depressiver Patienten und die Angehörigenperspektive vorgestellt werden. Jedes dieser Unterkapitel endet mit einer Zusammenfassung und mit Folgerungen, die sich für die empirische Untersuchung ergeben. Daran schließt sich in Kapitel 5 die Erläuterung der Fragestellung der Untersuchung an. In Kapitel 6 werden die methodischen Überlegungen sowie der Ablauf der Untersuchung und die Auswertung der Daten dargestellt. In Kapitel 7 bis 9 werden die Ergebnisse der Analyse beschrieben. Sie sind in drei Kapitel gegliedert, in denen jeweils präsentiert wird, wie die Partner die Krankheit wahrnehmen, wie sie mit ihr umgehen und welche Konsequenzen sich daraus für sie ergeben. Die Ergebnisse werden in Kapitel 10 diskutiert und mit dem Forschungshintergrund sowie weiterführenden Forschungsfragen verknüpft. Es werden Schlussfolgerungen für die Arbeit mit den Familien depressiver Patienten und für mögliche Entlastungsstrategien für die Partner der Patienten dargestellt. Abschließend werden die zentralen Aussagen der Analyse in Kapitel 11 noch einmal kurz zusammengefasst. Nach dem Literaturverzeichnis sind in Anhang A die Fallanalysen angefügt, die Einblick in das Spektrum der untersuchten „Lebenswelten“ geben. Auf sie kann vor allem beim Lesen der drei Ergebniskapitel (7 bis 9) Bezug genommen werden.

2 Klinische Aspekte von Depression

Wenn die Lebenspartner der Patienten mehr über die „Krankheit“ ihres Angehörigen wissen wollen, werden sie u.a. folgende Fragen interessieren: Wie wird das, was sie erleben, im klinischen Kontext eingeordnet, d.h. wie heißt die „Krankheit“, an der die Partner „leiden“? Woher kommt sie? Wie kann sie behandelt werden? Ist sie heilbar? Wird sie wieder auftreten? Wie lange wird sie dauern? Kann sie sich verschlimmern? Wird der Partner oder die Partnerin wieder arbeitsfähig sein? Wo finden wir Unterstützung? Wie können wir vorbeugen?

Diese und ähnliche Fragen werden in der klinischen Praxis von Angehörigen gestellt und es ist zu vermuten bzw. zu hoffen, dass sie darauf Antworten erhalten, die dem heutigen empirisch begründeten Wissensstand zu diesem Thema entsprechen. Die folgenden Kapitel 2.1 bis 2.6 sollen hierzu einen Überblick vermitteln und als Einführung und ein möglicher Weg verstanden werden, sich dem Thema anzunähern.

2.1 Diagnostische Einordnung

Die klinische Praxis hat vor ca. 15 Jahren mit der Entwicklung und Revision der diagnostischen Manuale DSM-III-R bzw. DSM IV und der ICD-10 einen Wandel in der Klassifikation psychischer Störungen erfahren, der sich vor allem in der Neuordnung der affektiven Störungen abbildet (Maier, 1994)³. In der ICD-9 war eine Trennung nach ätiologischen Gesichtspunkten in neurotische und endogene Depression vorgenommen worden. Diese konnte jedoch empirisch nicht bestätigt werden, so dass sie zugunsten einer Klassifikation nach phänomenologischen Merkmalen wie Verlaufsgesichtspunkten (Episode, rezidivierend und anhaltend), Schweregraden (leicht, mittel, schwer) und dem Vorliegen zusätzlicher Unterscheidungskriterien (psychotische, somatische Symptome) aufgegeben wurde (Dilling, Mombour & Schmidt, 1992). Zusätzlich wurde der Krankheitsbegriff durch den Störungsbegriff ersetzt und eine multiaxiale Diagnostik eingeführt. Der Störungsbegriff sollte deutlich machen, dass psychische Auffälligkeiten sich nicht in klar umgrenzten Kategorien darstellen lassen, aus denen Behandlung und Prognose eindeutig ableitbar sind.⁴

Im klinischen Alltag bestanden beide Klassifikationen ICD-9 und ICD-10 lange Zeit nebeneinander. Erst durch die Einführung vereinheitlichter, computerunterstützter Dokumentation hat sich die Anwendung der ICD-10 konsequent durchgesetzt. Die klinische Akzeptanz der Veränderungen variiert innerhalb der klinisch-psychiatrischen Versorgungslandschaft. Während einerseits festgestellt wurde, dass die Änderungen trotz der Radikalität erstaunlich gut toleriert wurden (Maier, 1994), setzten sich die neuen Bezeichnungen in der Einschätzung anderer kaum durch (Niklewski & Rieken-Niklewski, 1998, S. 68). Erschwerend kommen populärwissenschaftliche und alltagssprachliche Begriffe hinzu, die zusätzlich zum wissenschaftlichen Diskurs zu einer Mischung von Termini mit ätiologischem und phänomenologischem Bezug führen.⁵

³ Es wird hier nur auf die aktuellen Entwicklungen eingegangen, die das klinische Handeln unmittelbar verändert haben. Für einen problemgeschichtlichen Überblick bzw. „eine Rückbesinnung auf die Entwicklung der Theorien- und Begriffsbildung in der Psychiatrie“ (S. 11) wird auf die Monographie von Schmidt-Degenhardt (1983) verwiesen.

⁴ Die aktuelle Einführung des Begriffes der „Störungen mit Krankheitswert“ im Psychotherapeutengesetz hebt diese Diskussion allerdings wieder auf (Kleiber, 1997).

⁵ Winterdepression oder saisonal abhängige Depression, Postpartum Depression, Wochenbettdepression, klimakterische Depression, Involutionsdepression, primäre Depression, sekundäre Depression, reaktive Depression, psychogene Depression, endogene Depression, exogene Depression, pharmakogene Depression, somatische Depression, organische Depression, neurotische Depression, psychotische Depression, wahnhafte Depression, Affektpsychose, Melancholie, Erschöpfungsdepression, Entwurzelungsdepression, somatogene Depression, symptomatische Depression, chronische Depression, therapieresistente Depression, Entfremdungsdepression, agitierte Depression, atypische Depression, gehemmte Depression, anankastische Depression, larvierte Depression, ängstliche Depression, Sissi-Syndrom, männliche Depression

Eine Übersetzung der alten ICD-9 in die neuen ICD-10 Kategorien ist nicht einfach, da es viele Überschneidungen von Konzepten aufgrund der früheren ätiologischen im Gegensatz zu der neuen phänomenologischen Kodierung gibt (vgl. Tab. 1). Nach dem Verlauf unterscheidet man heute affektive Störungen in unipolar und bipolar und in einmalige Episoden und rezidivierende Störungen. Unipolare Störungen werden nach der Auslenkung der Störung in „manische Episode“ (F30) bei Auftreten von charakteristischen Symptomen über mindestens eine Woche und „depressive Episode“ (F32) bei Auftreten von charakteristischen Symptomen über mindestens zwei Wochen unterteilt. Bipolare Störungen sind durch einen Wechsel des Symptombildes zwischen depressiven und manischen Episoden im Verlauf gekennzeichnet. Ein mehrmaliges Auftreten depressiver Phasen wird als „rezidivierende depressive Störungen“ (F33) klassifiziert, sofern zwischen zwei Episoden ein symptomfreies Intervall von mindestens sechs Monaten liegt. Anhaltende affektive Störungen (F34), wie die „Dysthymia“ (F34.1) mit depressiver Auslenkung und die „Zyklothymia“ (F34.0) als anhaltende Stimmungsschwankung, werden zusätzlich eingeführt. Die Dysthymia wird auch als chronische affektive Störung bezeichnet, bei der eine depressive Symptomatik über mindestens zwei Jahre besteht, die aber nicht die Ausprägung und Kennzeichen einer einzelnen depressiven Episode erreicht. Bei Vorliegen eines depressiven Symptombildes kürzerer Zeitdauer als die für eine depressive Episode definierten zwei Wochen werden „andere affektive Störungen“ (F38) klassifiziert.

Bei den Subklassifikationen werden das Vorhandensein eines somatischen Syndroms (früher: Melancholie) bzw. einer psychotischen Symptomatik (früher: wahnhafte Depression) und die Schweregradkriterien kodiert. Der Schweregrad wird nach der Anzahl und Schwere vorhandener Symptome bestimmt, wobei die Reliabilität der Einteilung nach drei Schweregradstufen in der Diskussion ist (Judd & Akiskal, 2000; Maier, 1994). Gefragt wird, ob es sich um diskrete Einheiten handeln kann, denen Patienten zuordenbar sind. Vielmehr wird von einem Schweregradkontinuum ausgegangen. Hinsichtlich der Chronizität von Depressionen (s. Kap. 2.2) geht man davon aus, dass Patienten dauerhaft depressiv bzw. subdepressiv sein können und sich nur hinsichtlich ihrer „Verweildauer“ in unterschiedlichen Schweregraden unterscheiden.

Depressive Syndrome in deutlichem Zusammenhang mit einem lebensverändernden Ereignis werden als „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43) klassifiziert, wodurch das traditionelle Konzept der reaktiven Depression (ICD-9) abgelöst wurde. In der Diskussion sind weiterhin Konzepte, die, obwohl sie möglicherweise theoretisch und praktisch relevant sind, nicht explizit in die Klassifikation der ICD-10 aufgenommen wurden. Dazu zählen: „double Depression“,

„saisonale Depression“, „atypische Depression“ und „Rapid Cycling Affective Disorders“ (Maier, 1994).

Die neue Klassifikation ist als vorläufiger Kompromiss zu verstehen, da die Beziehungen zwischen Ätiologie, Symptomatik, zugrundeliegenden biochemischen Prozessen, Ansprechen auf Behandlung und weiterem Verlauf gegenwärtig noch nicht eindeutig geklärt sind. Vorsichtig formuliert, wurde die ICD-10 „in der Hoffnung vorgelegt, dass sie als Ergebnis vielfältiger Beratungen zumindest akzeptabel erscheint“ (Dilling, Mombour & Schmidt, 1992, S. 120). Die Nachweisbarkeit der Existenz unterscheidbarer Subgruppen von Depressionen zählt zu den Kontroversen in der Depressionsforschung (Hautzinger & de Jong-Meyer, 1990). Mittels neurobiologischer und genetischer Forschung wird versucht, ätiologisch und prognostisch bedeutsame biologische Marker für Subgruppen zu definieren (Parker, 2000). Gelingt dies, könnten zukünftige Revisionen der Klassifikation psychischer Störungen möglicherweise wieder zu einem stärkeren ätiologischen Bezug hinsichtlich der Einteilung affektiver Störungen zurückkehren. Ein Überblick über andere, therapierelevante ätiologische Modelle wird in Kapitel 2.4 gegeben.

Tab.1 Klassifikation der affektiven Störungen in der ICD-9 im Vergleich zur ICD-10
(Online im Internet: URL: <http://www.informatik.fh-luebeck.de/icdger/icd9.aff.html> und <http://www.informatik.fh-luebeck.de/icdger/icd9.neu.html> [Stand 2000-02-08])

ICD-9	ICD-10
296 affektive Psychosen	
296.0 endogene Manie, bisher nur monopolar	F31.1 bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode, ohne psychotische Symptome F31.2 bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode, mit psychotischen Symptomen F31.8 andere bipolare affektive Störung, rezidivierende manische Episoden F30.0 Hypomanie F30.1 Manie ohne psychotische Symptome F30.2 Manie mit psychotischen Symptomen
291.6 endogene Depression, bisher nur monopolar	F32 depressive Episode F32.0 leichte depressive Episode F32.1 mittelgradige depressive Episode F32.2 schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome F32.3 schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen F32.8 andere F33 rezidivierende depressive Störungen F33.0 gegenwärtig leichte Episode F33.1 gegenwärtig mittelgradige Episode

ICD-9	ICD-10
	F33.2 gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome F33.3 gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen F33.4 gegenwärtig remittiert F33.8 andere
296.2 Manie im Rahmen einer zirkulären Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose	F31.0 bipolare Störung, gegenwärtig hypo-manische Episode F31.1 bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome F31.2 bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen
296.3 Depression im Rahmen einer zirkulären Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose	F 31.3 bipolare affektive Störung, gegenwärtig mittelgradige oder leichte depressive Episode F31.4 bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome F31.5 bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
296.4 Mischzustand im Rahmen einer zirkulären Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose	F 31.6 bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode F38.0 andere einzelne affektive Störungen F38.00 einzelne gemischte affektive Episode
296.5 zirkuläre Form einer manisch-depressiven Psychose ohne Angaben über das vorliegende Zustandsbild	F31.9 nicht näher bezeichnete bipolare affektive Störung
296.6 andere und nicht näher bezeichnete manisch-depressive Psychosen	F31.8 andere bipolare affektive Störung F31.9 nicht näher bezeichnete bipolare affektive Störung F25.0 schizomanische Störung F25.1 schizodepressive Störung F25.2 gemischte schizoaffektive Störung
296.8 andere affektive Psychosen	F25.0 schizomanische Störung F25.1 schizodepressive Störung F25.2 gemischte schizoaffektive Störung F30.8 andere manische Episode F31.8 andere bipolare affektive Störung F32.8 andere depressive Episode F33.8 andere rezidivierende depressive Störung F38.8 andere nicht näher bezeichnete affektive Störungen
296.9 nicht näher bezeichnete affektive Psychosen	F39 nicht näher bezeichnete affektive Störung

ICD-9	ICD-10
300 Neurosen	
300.0 Angstneurose	F41.2 Angst- und depressive Störung gemischt F43.2 Anpassungsstörungen F43.22 Angst- und depressive Reaktion gemischt
300.4 neurotische Depression	F34.1 Dysthymia F32.0 leichte depressive Episode F32.1 mittelgradige depressive Episode F33.0 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode F33.1 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode
Depressive Reaktion	F43.21 Anpassungsstörung längere depressive Reaktion
Angstdepression	F41.2 Angst- und depressive Störung, gemischt
Reaktive Depression	F32.0 leichte depressive Episode F32.1 mittelgradige depressive Episode F32.8 andere depressive Episode F33.0 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode F33.1 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode F34.20 Anpassungsstörung, kurze depressive Reaktion F43.21 Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion

Für die Differentialdiagnose muss berücksichtigt werden, dass Depressionen eine hohe Rate an Komorbidität aufweisen. Überlappungen sind vor allem zu Angststörungen beschrieben worden (Angst, 1994). Depressive Syndrome treten auch im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen, Somatisierungsstörungen, Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit, endokrinen und immunologischen Störungen, zerebralen Abbauprozessen sowie neurologischen Erkrankungen auf und gehören zum Nebenwirkungsspektrum einer Reihe von Psychopharmaka (früher: sekundäre Depression, somatogene Depression, organische Depression, symptomatische Depression, pharmakogene Depression) (Rahn & Mahnkopf, 1999).

2.2 Symptomatik und Verlauf

Kern der depressiven Symptomatik ist eine allgemeine Herabgestimmtheit, eine „Entleerung des Menschen von Emotionalität bzw. Affektivität“ (Wolfersdorf, 2000, S. 38). Das Symptombild ist komplex und betrifft alle Ebenen des menschlichen Seins. Mögliche Symptome depressiver Störungsbilder lassen sich phänomenologisch in Anlehnung an Wolfersdorf (2000) auf folgenden Ebenen beschreiben: motorisch, emotional, psychologisch-vegetativ, imaginativ-kognitiv und motivational.

Motorisch: Die Körperhaltung depressiver Patienten ist kraftlos, gebeugt, spannungslos, die Bewegungen sind verlangsamt oder agitiert, nervös-zappelig. Der Gesichtsausdruck ist traurig, weinerlich, besorgt, maskenhaft erstarrt, manchmal auch nervös, wechselnd-angepannt. Die Sprache ist leise, monoton und langsam. Das Aktivitätsniveau ist allgemein vermindert und kann bis zum Stupor reichen. Alltägliche Anforderungen werden nicht mehr bewältigt.

Emotional: Es herrschen Gefühle von Niedergeschlagenheit, Hilflosigkeit, Trauer, Hoffnungslosigkeit, Verlust, Verlassenheit, Einsamkeit, Schuld, Angst, Feindseligkeit sowie Gefühle der Leere und Gefühllosigkeit vor.

Psychologisch-vegetativ: Es werden innere Unruhe, Spannung, Reizbarkeit, Weinen, Ermüdung, Schwäche, Schlafstörungen, tageszeitliche Schwankungen im Befinden, Appetit- und Gewichtsverlust, Libidoverlust, vegetative Beschwerden wie Kopfdruck und Magenbeschwerden beschrieben.

Imaginativ-kognitiv: Es sind eine negative Einstellung gegenüber sich selbst und bezüglich der Zukunft, Pessimismus, Selbstkritik und Selbstunsicherheit, Hypochondrie, zirkuläres Grübeln, Erwarten von Katastrophen bis hin zu stimmungskongruenten Wahnvorstellungen wie Schuld-, Versündigungs- und Verarmungswahn, rigides Anspruchsniveau und Suizidideen deutlich. Neuropsychologische Defizite wie Konzentrationsprobleme, Gedächtnisdefizite, mühseliges Denken bis zur Denkhemmung wurden beschrieben (früher: Pseudodemenz).

Motivational: Misserfolgsorientierung, Vermeidungsverhalten, Erleben von Hilflosigkeit, Interesseverlust, Antriebslosigkeit, Gefühle des Überfordertseins und Rückzug bis zum Suizid sind kennzeichnend.

Je nach Vorhandensein, Ausprägung und Dauer der kurz skizzierten Symptome werden die oben eingeführten Subgruppen von Depressionen eingeteilt. Da keines der

Symptome nur bei depressiven Störungen vorkommt und Patienten ein unterschiedlich zusammengesetztes Muster von Symptomen in unterschiedlicher Ausprägung haben können, ist das Erkennen von Depressionen schwierig und erfordert eine sorgfältige Diagnostik. Auch das Alter (Carlson & Kashani, 1988) und das Geschlecht (Khan, Gardner, Prescott & Kendler, 2002) können das Symptombild verändern. In der Selbstbeschreibung von Patienten wird Depression als körperliches Leiden erlebt (Woggon, 1998).

Die meisten depressiven Patienten erleben mehrere Episoden (Mueller & Leon, 1996; Solomon et al., 2000). In einer Studie von Keller (1994) hatten im Verlauf von 10 Jahren nur $\frac{1}{4}$ der Patienten eine einzelne Episode, d.h. $\frac{3}{4}$ der zu Beginn untersuchten depressiven Patienten erlebten erneute depressive Phasen. Die mittlere Dauer gesunder Zeiten nach einer depressiven Episode betrug ca. 20 Monate, wobei über die Hälfte der Untersuchten ca. ein Jahr und 22% sogar fünf Jahre symptomfrei waren. Die meisten akuten Episoden waren nach ca. sechs Monaten abgeklungen. Soziale Beeinträchtigungen können jedoch auch nach dem Abklingen akuter Symptome besonders im partnerschaftlich-sozialen Bereich fortbestehen (Keitner, Miller, Ryan, Epstein & Bishop, 1989; Thornicroft & Sartorius, 1993).

Die Dauer der depressiven Episode ist ein Prädiktor für den weiteren Verlauf der Störung. Je länger die Dauer einer Episode, um so unwahrscheinlicher wird ein vollständiges Abklingen. Annähernd 20% der Verläufe sind chronisch. In einer umfangreichen multizentrischen Studie der Weltgesundheitsorganisation hatten 22% der Patienten eine Episode von mehr als einem Jahr, was als Kriterium für die Chronizität der Depression definiert wurde (Thornicroft & Sartorius, 1993).

Komorbiditäten, vor allem Persönlichkeitsstörungen und organische Krankheiten, erhöhen das Risiko chronischer Verläufe. Als negative Verlaufsprädiktoren affektiver Störungen werden weiterhin eine Reihe sozialer Faktoren untersucht, u.a. kritische Lebensereignisse, multiple Verluste, Netzwerkfaktoren und Ehekonflikte (Zimmer, 1991). Es wird diskutiert, ob diese Zusammenhänge für Subgruppen depressiver Patienten einen ausgeprägteren Einfluss haben (Billings & Moos, 1984). Die eheliche Kommunikation und soziale Unterstützung gelten als einflussreichste Faktoren für den Verlauf von Depressionen (s. Kap. 3.1).

Treten akute Episoden bei gleichzeitigem Bestehen einer chronischen dysthymen Störung auf („double depression“), so klingen die einzelnen akuten Episoden schneller ab. Es kommt jedoch häufiger oder schneller zu Rückfällen verglichen mit Patienten, die eine akute depressive Episode ohne gleichzeitige chronische dysthyme Störung erleben (Keller, 1994).

Aufgrund dieser empirischen Befunde zum Verlauf von depressiven Störungen werden Depressionen in neueren Arbeiten mit chronischen körperlichen Krankheiten, z.B. Diabetes und Bluthochdruck verglichen (Coyne & Benazon, 2001; Judd, 2001). In einer 20 Jahre währenden Längsschnittstudie wurde festgestellt, dass die Patienten in über der Hälfte des Untersuchungszeitraumes als depressiv eingestuft werden mussten, wenn auch häufig auf einem leichten, dysthymen oder unterschwelligen Niveau (Judd & Akiskal, 2000). Es wurde daher vorgeschlagen, Depression als chronische Krankheit zu konzeptualisieren, die von Stadien unterschiedlicher Schwere gekennzeichnet ist.

Das Suizidrisiko bei Depression liegt bei etwa 15%. Im Untersuchungszeitraum von 10 Jahren einer umfangreichen multizentrischen Langzeitstudie starben 11% der Patienten durch Suizid, weitere 14% unternahmen Suizidversuche (Thornicroft & Sartorius, 1993). Auch besteht gegenüber Nicht-Depressiven eine erhöhte Mortalität aufgrund komorbider körperlicher Krankheiten (Hautzinger, 1998).

2.3 Epidemiologie und Risikofaktoren

Depressionen sind die häufigsten psychischen Störungen. Die Wahrscheinlichkeit, an einer Depression zu erkranken, ist bei einem Lebenszeitrisiko von 12% für Männer und 26% für Frauen als hoch einzustufen (Hautzinger, 1998). Die hohen Prävalenzen bei Frauen im Vergleich zu Männern beziehen sich auf eine bestimmte Form der Depression, die stärker mit somatischen Symptomen, wie Schlafstörungen, Appetitverlust, Mattigkeit oder Schmerz verbunden ist (Silverstein, 2002). Das Lebenszeitrisiko für Dysthymia beträgt ca. 3%, wobei vor allem Frauen unter 65 Jahren, Unverheiratete und junge Menschen mit geringem Einkommen betroffen sind. Allerdings treten nur ca. 1/3 der Dysthymien ohne weitere komorbide psychische Störungen auf. Hohe Komorbiditätsraten bestehen zu depressiven Episoden („double depression“), Angststörungen und Abhängigkeitserkrankungen (Weissman, Leaf, Bruce & Florio, 1988).

Seit einigen Jahren werden steigende Prävalenzraten für Depressionen beobachtet, wobei das Ersterkrankungsalter sinkt (Wittchen, 1994). In einer Literaturübersicht wurde für Major Depression eine 6-Monats- bis 1-Jahresprävalenz von ca. 6% angegeben (Variation zwischen 2.6–9.8%) (Wittchen, Knäuper & Kessler, 1994). In einer aktuellen epidemiologischen Studie in Deutschland hatten 6.3% der Bevölkerung in den letzten zwölf Monaten eine Depression (Wittchen, Müller, Pfister, Winter & Schmidtke, 1999). Der Vergleich zwischen alten und neuen Bundesländern ergab

geringere Prävalenzraten für affektive Störungen in den neuen Bundesländern (6.7% vs. 4.8%) (Wittchen et al., 1999). Dieses Ergebnis überrascht zunächst angesichts der psychosozialen Folgen des politischen Wandels in den neuen Ländern. Subjektiv geäußerte und über Fragebogen erhobene einzelne Beschwerden können in den neuen Bundesländern durchaus höher als in den alten sein. So ergaben sich in einer früheren Studie für die Stichproben Ost für einzelne depressionstypische sowie einzelne psychovegetative Symptome und für Alkoholgebrauch statistisch signifikant erhöhte Werte (Wittchen, Lachner, Perkonigg & Hoeltz, 1994). Für manifeste Formen psychischer Störungen gilt dies hingegen nicht.

Ausgehend von der Epidemiologie werden eine Reihe von Risikofaktoren für die Entwicklung von Depressionen diskutiert (modifiziert nach Hautzinger, 1998):

Frühere Depression: Frühere depressive Episoden sind ein Risikofaktor für weitere depressive Episoden, da die Mehrzahl der Depressionen rezidivierend verläuft. Coyne & Benazon (2001) geben ein relatives Risiko von 8.0 an, das dem anderer, z.B. psychosozialer Faktoren überlegen ist (S. 28).

Kultur: Das Lebenszeitrisko für Depression variiert mit der Kultur und reicht von 1.5% in Taiwan und 2.9% in Korea bis zu 19% im Libanon (Horgan, 1996). Die Gründe für dieses Verteilungsmuster sind vielschichtig. Sie beziehen sich sowohl auf kulturell geprägte Normen, Werte und Regeln menschlichen Zusammenlebens als auch auf politische Hintergründe wie die Verteilung von Ressourcen und das Erleben kollektiver Traumata. Taiwan und Korea weisen neben den geringsten Depressionsraten die geringsten Scheidungs- und Trennungsraten weltweit auf (Horgan, 1996). Dies gibt Anlass, über einen Zusammenhang zu spekulieren, wirkt doch das Vorliegen enger persönlicher Bindungen der Entstehung von Depressionen entgegen. Rahn und Mahnkopf (1999) diskutieren hingegen, dass Depressionen besonders in Kulturen auftreten, bei denen der Ausdruck von Aggressivität innerhalb des eigenen Kulturkreises besonderen Reglementierungen unterworfen ist. Insgesamt ist festzustellen, dass die kulturspezifischen Prävalenzraten eine einseitige biologische Orientierung in der Erforschung von Depressionen fragwürdig erscheinen lassen. Vielmehr unterstreichen sie die Notwendigkeit eines komplexen psychosozialen Zugangs zu diesem Phänomen.

Geschlecht: Frauen weisen für unipolare Depressionen ein doppelt so hohes Erkrankungsrisiko wie Männer auf. Die Unterschiede in der Prävalenz beginnen in der frühen Adoleszenz und bestehen bis zum mittleren Erwachsenenalter (Wittchen et al., 1994). Zu den Risikofaktoren für Frauen, im Erwachsenenalter eine Depression zu entwickeln, zählen traumatische Erfahrungen in der Kindheit, vor allem sexuelle

Gewalt. Auch Depressionen oder Angststörungen in der Kindheit und Pubertät, Vulnerabilität und ineffektives Bewältigungsverhalten können zusammen mit soziokulturellen Normen und negativen Lebensereignissen zur Entstehung einer Depression beitragen (Piccinelli & Wilkinson, 2000). Besonders die traditionelle Ehe wurde als Risikofaktor für Frauen beschrieben (Bebbington, 1998). Traditionell bezieht sich sowohl auf ein unausgewogenes Verhältnis der Verteilung von Hausarbeiten und Kindererziehung zuungunsten der Frauen als auch auf eine Dominanz des Mannes in wichtigen Entscheidungen der Lebensgestaltung. Prävalenzraten für Depression sind unter verheirateten Frauen höher als unter unverheirateten, bei Männern gilt das umgekehrte Muster (Bebbington & Tansella, 1989).

Die geschlechtsspezifischen Prävalenzraten für Depression werden auf die sozialen Ungleichheiten zwischen Männern und Frauen in ihren Ressourcen, Verpflichtungen und Entwicklungsmöglichkeiten zurückgeführt, die mit dem Eintritt ins Erwachsenenalter verbunden sind (McGrath, Keita, Strickland & Russo, 1990). Es zeigte sich, dass zwischen Depression und sozialer Benachteiligung von Frauen ein enger Zusammenhang besteht (Mirowsky & Ross, 2001). Haushalt und Kindererziehung beschränken Frauen auf bestimmte Rollen, die gesellschaftlich nicht entsprechend anerkannt oder honoriert werden. Auf dem Arbeitsmarkt werden sie gegenüber ihren männlichen Kollegen hinsichtlich ihrer beruflichen Perspektiven häufig diskriminiert und geringer bezahlt (Mirowsky & Ross, 2001).

Hingegen ließ sich die sogenannte „cost of caring“-Hypothese nicht empirisch bestätigen (Piccinelli & Wilkinson, 2000). Sie postulierte, dass Frauen stärker als Männer auf soziale Unterstützung aus ihrem engsten Umfeld angewiesen sind und sich deshalb stärker für Beziehungen engagieren, d.h. einen Großteil der „Beziehungsarbeit“ innerhalb der Familien übernehmen. Frauen entwickeln dieser Hypothese zufolge vor allem dann Depressionen, wenn Probleme in ihren Beziehungen auftreten. Es ließ sich jedoch nicht bestätigen, dass Frauen im Vergleich zu Männern generell mehr soziale Unterstützung benötigen. Der Zusammenhang zwischen geringer Ehequalität und der Entwicklung psychischer Störungen ist für Frauen jedoch deutlich stärker als für Männer ausgeprägt (Earle, Smith, Harris & Longino, 1998; Horwitz, McLaughlin & White, 1998). Zusammenfassend ist festzustellen, dass das weibliche Geschlecht als „Risikovariablen“ für die Entwicklung von Depression als komplexes Zusammenspiel verschiedener Einflüsse von intraindividuellen Faktoren und Beziehungsaspekten in ihrem gesellschaftlichen Kontext zu verstehen ist.

Lebensalter: Neuere Studien zeigen, dass sich der Altersgipfel für Depressionen bezüglich der Ersterkrankung vorverlagert hat zwischen das 18. und 29. Lebensjahr (Wittchen et al., 1994). In einer aktuellen epidemiologischen Studie waren die

Prävalenzbefunde in allen Altersgruppen ähnlich mit geringen Variationen. Affektive Störungen sind demnach kein altersgruppenspezifisches Phänomen (Wittchen et al., 1999).

Sozioökonomische Faktoren: Es besteht ein Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit, ungünstigen sozialen Lebensbedingungen, Ressourcendefiziten und Depression (Mirowsky & Ross, 2001; Ross & Huber, 1985; Vinokur, Price & Caplan, 1996). So ist das sozioökonomische Milieu des Einzugsgebietes einer Hausarztpraxis ein starker Prädiktor für die Prävalenz und Dauer depressiver Symptome, die in dieser Praxis behandelt werden (Ostler, Thompson, Kinmonth, Peveler, Stevens & Stevens, 2001). Arbeitslosigkeit und finanzielle Sorgen gelten als Risikovariablen und stabilisierender Faktor für Depression.

Finanzielle Belastungen, z.B. die Arbeitslosigkeit eines Partners wirken sich nicht nur negativ auf die psychische Gesundheit der Partner, sondern auch ungünstig auf deren Partnerschaft aus (Conger, Rueter & Elder, 1999; Kinnunen & Pulkkinen, 1998). Destruktive Interaktionsmuster und der Verlust sozialer Unterstützung als Folge des sozialen Abstiegs können die Ehequalität negativ beeinflussen. Das Fehlen einer intimen und vertrauensvollen Beziehung ist insgesamt als Risikofaktor für die Entwicklung von Depressionen nachgewiesen (Hautzinger, 1998).

Lebensereignisse: Im Vorfeld von Depressionen treten gehäuft belastende Lebensereignisse auf. Die klassische medizinsoziologische Studie von Brown und Harris (1978), die im Zeitraum von 1969–1975 im Londoner Stadtteil Camberwell durchgeführt wurde, konnte als eine der ersten die Zusammenhänge zwischen negativen Lebensereignissen und klinischer Depression methodisch überzeugend nachweisen. Annähernd ¼ der Patienten wird jedoch ohne auslösendes Lebensereignis klinisch auffällig, so dass zusätzlich von einer spezifischen Vulnerabilität ausgegangen wird (Hautzinger, 1998).

Genetische Risikofaktoren: Die familiäre Belastung mit affektiven Störungen gilt besonders für bipolare Störungen, weniger für unipolare Depressionen als Risikovariablen (Hautzinger, 1998).

2.4 Vorstellungen zur Ätiologie

Es werden eine Reihe von unterschiedlichen Erklärungshypothesen diskutiert, die Depressionen als „bio-psycho-soziales“ Geschehen abbilden. Zu den *biologischen Auslösefaktoren* zählen prädisponierende genetische Effekte, eine Veränderung im Hormon- und Neurotransmitterhaushalt sowie Rezeptorveränderungen und Störungen der Biorhythmik (Hautzinger & de Jong-Meyer, 1990, S. 136).

Die Ausdifferenzierung störungsspezifischer Therapiemodelle innerhalb der unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen hat zu einer Reihe von *psychologischen Ätiologievorstellungen* und darauf aufbauenden Behandlungsansätzen geführt. Deren Darstellung würde über die theoretische Rahmung der vorliegenden Arbeit hinausgehen, so dass für einen Überblick auf die Literatur (z.B. Gotlib & Hammen, 1996) verwiesen wird.

Soziale Faktoren, die in der Ätiologie von Depressionen diskutiert werden, sind kritische Lebensereignisse, aversive Lebensbedingungen, das Fehlen einer intimen, vertrauensvollen Beziehung, aber auch der Postmoderne geschuldete psychosoziale Stressoren wie Massenarbeitslosigkeit, beruflicher Druck, Anforderungen der modernen Freizeitgesellschaft, Missachtung biologischer Rhythmen, Urbanisierung und struktureller Wandel des Netzwerkes mit den damit verbundenen Risiken und Chancen (Niklewski & Rieke-Niklewski, 1998, S. 11).

Besondere Beachtung soll im Hinblick auf die Fragestellung der vorliegenden Studie die *Interaktionale Theorie der Depression von Coyne (1976)* finden. Es handelt sich um ein ätiologisches Modell, welches sich direkt auf das soziale Umfeld des Patienten bezieht. In Analogie zu interaktionalen Schizophreniemodellen wurde versucht, ein Modell für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Depression im sozialen Kontext zu formulieren. Die Theorie postuliert, dass Muster depressiven Verhaltens mit entsprechenden Mustern im Interaktionsverhalten der Mitmenschen verknüpft sind. Depression wird auf der Grundlage kommunikationstheoretischer Annahmen als ein sich selbst erhaltendes interpersonales System verstanden. Die für Depression charakteristischen Muster der Wahrnehmung und Kognition werden als Ausdruck von Kommunikation betrachtet (Coyne, 1976a, S. 29).

Depressive Menschen suchen der Theorie zufolge verstärkt nach Bestätigung, Rückversicherung und positivem Feedback in ihrer Umwelt. Gleichzeitig werden positive Rückmeldungen negiert und nicht angenommen, da sie nicht Selbstbild-kongruent sind. Vielmehr werden Selbstbild-kongruente Botschaften, im Fall

depressiver Wahrnehmung bedeutet dies negatives Feedback, wahr- und angenommen. Depressive Menschen gehen demnach in ihrer Wahrnehmung und Interaktion von negativem Feedback aus, obwohl sie positives, unterstützendes und bestätigendes einfordern. Sie verstricken damit ihre Interaktionspartner in einen widersprüchlichen kommunikativen Zwangsprozess. Je mehr bestätigendes Feedback eingefordert wird und je mehr der „gesunde“ Interaktionspartner darauf eingeht, um so stärker wird der depressive Interaktionspartner dies negieren und ablehnen. Dieser Prozess kann im Ergebnis zu einer Art „burn-out“-Situation auf Seiten des nicht-depressiven Partners führen. Je mehr er sich engagiert, um so stärker hat er das Gefühl, dass seine Versuche ins Leere laufen, nichts bewirken oder ins Gegenteil verkehrt werden. Die Situation wird im Verlauf der Interaktion zunehmend unkontrollierbar und entfaltet eine für beide Partner destruktive Eigendynamik.

Zentrale Vorhersage dieser Interaktionstheorie der Depression ist die negative Wirkung depressiven Verhaltens auf das soziale Umfeld. Dies kann sich einerseits in der Beziehung zeigen in Form von Kommunikationsabbrüchen bis hin zu Kontaktabbrüchen. Andererseits können die nicht-depressiven Interaktionspartner ihrerseits Symptome von Stress und Belastung entwickeln. In verschiedenen Studien wurden diese Auswirkungen empirisch geprüft und bestätigt. Negatives Befinden, Abwehr und Ablehnung wurden durch depressives Verhalten bei den Interaktionspartnern ausgelöst (Coyne, 1976b; Hammen & Peters, 1978). Depressive Personen wurden von gegengeschlechtlichen Interaktionspartnern am stärksten abgelehnt (Hammen & Peters, 1978). In der Studie von Hammen & Peters (1978) zeigten die Versuchspersonen nach der Interaktion mit einem depressiven Menschen weniger Interesse an weiteren Kontakten als nach der Interaktion mit nicht-depressiven Personen. Auch schätzten die Versuchspersonen ihr eigenes Befinden depressiver ein als nach der Interaktion mit nicht-depressiven Personen.

Obwohl die Theorie von Coyne (1976) Depression explizit als interpersonales System kennzeichnet, wurde sie kaum auf natürliche Systeme wie Ehen und Partnerschaften bezogen. Die Studienteilnehmer waren fast ausschließlich Studenten, die sich z.B. ein Zimmer teilten oder auf verschiedene Personen am Telefon oder in einer vorgegebenen Situation reagieren sollten. Erst in einer neueren Untersuchung wurde das Modell auf Ehepaare angewandt und empirisch überprüft (Benazon, 2000). Es konnte bestätigt werden, dass, wenn depressive Menschen permanent Feedback und Bestätigung bei ihren Partnern suchen, diese ihrerseits mit negativen Stimmungen reagieren.

Die interaktionale Beschreibung von Depression nach Coyne (1976) bietet eine gute Möglichkeit das Auftreten und Fortbestehen der Störung im Kontext der Partnerschaft zu verstehen (vgl. Hell, 1992). Es ist zu bedauern, dass diese Theorie bisher wenig

Beachtung in der Praxis gefunden hat. Sie hat Erklärungswert auch für das Auftreten von Folgeproblemen, die für das soziale Umfeld und die Beziehungen depressiver Menschen entstehen. Die neurobiologische und genetische Grundlagenforschung hat in den letzten Jahrzehnten vor allem aufgrund ihrer vielversprechenden Entdeckungen einen Auftrieb bekommen. Erinnert sei an den Slogan „Jahrzehnt des Gehirns“ für die 90er Jahre, der diesen Trend öffentlich dokumentierte. Es galt (und gilt) den „letzten Kontinent“ zu entdecken, den der Hirnfunktionen und ihrer (u.a. genetischen) Determinanten. Der Bereich des zwischenmenschlichen Zusammenlebens und damit die dritte Komponente der bio-psycho-sozialen Einheit des Menschen ist zunehmend aus dem Blickfeld geraten. Die Vernetzung biologischer, psychologischer und sozialer Forschungsansätze scheint ein lohnender Weg, dieser Einheit stärker als bisher wissenschaftlich gerecht zu werden. Ein Überblick über empirische Untersuchungen zu den Auswirkungen von Depressionen auf den Partner und die Partnerschaft wird in Kapitel 3 und 4 gegeben.

2.5 Biologische, psychologische und soziale Aspekte der Depressionsbehandlung

Analog zur ätiologischen Modellbildung lassen sich die unterschiedlichen Behandlungsansätze entsprechend ihres biologischen, psychologischen oder sozialen Fokus darstellen. Jedoch macht die multifaktorielle Genese einen Mehrebenenansatz in der Therapie von Depression notwendig. *Biologische Verfahren* sind die pharmakologische Behandlung mit Antidepressiva sowie symptomspezifisch eingesetzten anderen Psychopharmaka zur Akut- und Erhaltungstherapie sowie Rezidivprophylaxe. Beste Ergebnisse wurden nach einer Studie von Keller (1994) bei Patienten erzielt, die in den ersten vier Wochen der akuten Episode antidepressiv behandelt wurden. Bei schweren depressiven Episoden mit somatischen oder psychotischen Symptomen wird die Elektrokrampftherapie (EKT) eingesetzt (Rahn & Mahnkopf, 1999). Angewendet werden je nach Ausprägung und Schwere der Symptome Verfahren wie Lichttherapie, Wachtherapie und gezieltes Bewegungstraining. In der letzten Zeit wurden die Anwendung von Akupunktur bei leichten und mittelschweren depressiven Episoden und der Einsatz von Phytopharmaka (Johanniskrautpräparate) diskutiert.

Unter den *psychologischen Verfahren* haben nach den Kriterien vergleichender Therapieforschung die kognitive Verhaltenstherapie und die Interpersonelle Psychotherapie empirische Wirkungsnachweise erbringen können (Hautzinger, 1998).

Auch klientenzentrierte Ansätze, vor allem erfahrungsorientierte, erweisen sich als effektiv (Greenberg & Watson, 1998). Bei der längerfristigen Beurteilung (Katamnese zwischen einem und zwei Jahren) schneiden die Psychotherapien besser als die Pharmakotherapien ab. Eine Kombinationsbehandlung von Pharmakotherapie und Psychotherapie ist hinsichtlich langfristiger Effekte den Monotherapien überlegen (Hautzinger, 1998).

Rahn & Mahnkopf (1999) betonen für die Therapie von Depressionen die Notwendigkeit „einer Neuordnung des kognitiv-affektiven Binnenraumes sowie der sozialen Beziehungen“ (S. 330), womit drei Behandlungsebenen angesprochen sind. Im Bereich sozialer Beziehungen sind paartherapeutische Interventionen vor allem für diejenigen depressiven Patienten indiziert, die zusätzlich über partnerschaftliche Probleme klagen. Ein Überblick darüber, wie Partner in die Behandlung einbezogen werden können, wird in Kapitel 3.3 gegeben. Neben sozialen Beziehungen können im Sinne eines *sozialen Fokus* der Behandlung die berufliche Wiedereingliederung sowie mögliche Interventionen auf der Ebene des Lebensmilieus (z.B. soziale Hilfen, angemessene Wohnformen) einbezogen sein (Rahn & Mahnkopf, 1999).

Der *Aufklärungsbedarf über die Diagnostik und die Behandlung von Depressionen* ist außerordentlich hoch. Ein Großteil depressiver Menschen bleibt lange Zeit unerkannt und wird falsch behandelt (Davidson & Meltzer-Brody, 1999). Besonders in der hausärztlichen Praxis bestehen Defizite hinsichtlich der Diagnostik und Behandlung der Störung (Helle, Auckenthaler & Kleiber, 1999; Wittchen, Hofler & Meister, 2001). Hausärzte übersehen in 30–50% der Fälle eine Depression, so dass ein generelles Depressions-Screening in Hausarztpraxen vorgeschlagen wurde (Josefson, 2002). Nur 3% der untersuchten Patienten erhielten darüber hinaus eine antidepressive Medikation in der angemessenen Dosierung (Keller, 1994).

2.6 Zusammenfassung und Folgerungen für die Untersuchung

Aus den bisher referierten theoretischen und empirischen Befunden lässt sich ableiten, dass die Familien der Patienten unter Umständen viele, sich zum Teil widersprechende Informationen erhalten. Dies dürfte ihr Bild von der Krankheit prägen. Drei Themenbereiche bezüglich der Begrifflichkeit, der Häufigkeit, Schwere und Dauer und der Therapie von Depressionen sind als Hintergrund für die Konzeption der empirischen Untersuchung und die Analyse des Interviewmaterials festzuhalten:

1. Eine verwirrende Heterogenität der Symptome bei Auftreten einer Vielzahl körperlicher Begleiterscheinungen sowie das Vorhandensein komorbider Störungen und die Nähe von Einzelsymptomen zu Alltagserfahrungen wie Stress, Hektik, Sorgen und Unsicherheiten können das richtige und rechtzeitige Erkennen von Depressionen erschweren. Es gibt eine unübersichtliche Anzahl von Begriffen, die Depressionen kennzeichnen und parallel bestehen. Diese Begrifflichkeiten gehen einmal auf die Geschichte der Klassifikation zurück, in der alte und neue Konzepte lange Zeit parallel verwendet wurden. Die begriffliche Verwirrung wird durch Modebegriffe und Wortschöpfungen in den Medien verstärkt.
2. Depressionen sind die häufigsten psychischen Störungen, wobei steigende Prävalenzen vor allem unter den jüngeren Geburtskohorten zu verzeichnen sind und Frauen doppelt so häufig wie Männer betroffen sind. Die meisten Depressionen verlaufen rezidivierend, bei fast einem Viertel der Patienten chronisch. Die hohe Komorbiditätsrate zu anderen psychischen Störungen und körperlichen Krankheiten sowie die hohe Suizidrate depressiver Patienten sprechen für eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöhte Mortalität.
3. Die multikausale Genese psychischer Störungen macht komplexe Behandlungsmodelle notwendig. Ebenso wie die Begriffsvielfalt kann auch die Komplexität der Ursachenmodelle und Behandlungsansätze dazu führen, dass Depressionen schwer zugänglich erscheinen. Depressionen sind zwar gut behandelbar, werden aber in vielen Fällen nicht erkannt oder falsch behandelt. Zudem lassen der rezidivierende Verlauf und das Chronifizierungsrisiko Behandlungserfolge nur zu einem gegebenen Zeitpunkt zu. Diagnose- und Behandlungsfehler im Zusammenhang mit der Therapie von Depressionen sind ein zunehmend diskutiertes Problem, welches einen Informations- und Weiterbildungsbedarf auch unter den medizinischen und psychosozialen Berufen widerspiegelt.

3 Dyadische Aspekte von Depression

Innerhalb des klinischen Rahmens der Konzeption und Behandlung von Depressionen wurden die Partner der Patienten in unterschiedlichen Zusammenhängen einbezogen (vgl. Beach, 2001). Zunächst stand der Patient im Mittelpunkt und sein Lebens- und Beziehungskontext wurde als möglicher Einflussfaktor für die Entwicklung und Stabilität von Depressionen untersucht. Hierbei interessierten u.a. folgende Fragen: Wie kann man die Beziehungen von Patienten zu ihren Partnern beschreiben? Was sind charakteristische Merkmale? Welche Erklärungsansätze gibt es dafür? Unterscheiden sich die Beziehungen depressiver Patienten hinsichtlich Qualität und Stabilität von denen der Allgemeinbevölkerung? Gibt es einen Zusammenhang zwischen Ausprägung und Verlauf der Depression eines Partners und den Beziehungsmerkmalen? Wie lässt sich dies abbilden?

Ein zweiter Aspekt der Forschung bezog sich darauf, zusätzlich zur Beziehung depressiver Patienten deren Partner näher zu beschreiben. Gibt es charakteristische Merkmale von Partnern depressiver Patienten, die sie gegenüber der Allgemeinbevölkerung auszeichnen? Leben depressive Patienten mit Menschen zusammen, die selbst behandlungsbedürftig sind? Wenn ja, um welche Störungen handelt es sich? Hat der Gesundheitsstatus des einen Partners einen Einfluss auf die Ausprägung oder den Verlauf der Depression des anderen Partners?

Eine dritte Betrachtungsweise von Partnern depressiver Patienten im klinischen Kontext betraf die Frage, wie Partner optimal in die Behandlung der Patienten einbezogen werden können. In welchen Fällen ist eine gemeinsame Behandlung im Sinne einer Paartherapie indiziert? Welche paartherapeutischen Ansätze gibt es und wie entscheidet man über deren Anwendung? Ist Paartherapie so erfolgreich wie Einzeltherapie bzw. in welchen Fällen ist sie erfolgreicher?

Auf diese Fragen sollen die folgenden Kapitel 3.1–3.4 Antwort geben. Der Perspektivenwechsel hin zu der Sichtweise der Partner selbst und dazu, welche Situation sie erleben, wenn ihr Angehöriger depressiv ist, wird in Kapitel 4 vorgenommen.

3.1 Beziehungsqualität, Beziehungsstabilität und Interaktion

Bei etwa der Hälfte depressiver Patienten konnten erhebliche Störungen in den partnerschaftlichen und familiären Beziehungen nachgewiesen werden (Coyne & DeLongis, 1986). Dörner & Plog (1992) sprechen von einer „depressiven Entwicklung der Paarbeziehung“ (S. 193). Niedrige Ehequalität⁶ und Depressivität sind häufig korreliert (Birtchnell, 1991; Hell, 1998) und die Scheidungsrate depressiver Patienten zwei Jahre nach der Behandlung ist neunmal höher als die der Allgemeinbevölkerung (Merikangas, 1984). Es liegt daher nahe, von einem Zusammenhang zwischen Depression und Paarbeziehung auszugehen und zu untersuchen, in welchen Aspekten die Beziehungen depressiver Menschen sich von denen nicht-depressiver unterscheiden.

Kontrollgruppenuntersuchungen weisen ein im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung höheres Konfliktpotential, vermehrte Kommunikationsstörungen und eine allgemein geringere Ehequalität für die Partnerschaften depressiver Patienten nach (Hahlweg, 1996). Auch im Vergleich mit anderen Patientengruppen schneiden die Familien mit einem depressiven Angehörigen schlechter ab, d.h. sie sind beeinträchtigt in ihrem standardisiert erfassten familiären Funktionsniveau. Dies zeigte sich im Vergleich mit Familien von Patienten, die an Alkoholabhängigkeit, Schizophrenie, bipolaren Störungen, Angststörungen oder Anpassungsstörungen litten (Crowther, 1985; Miller, Kabacoff, Keitner, Epstein & Bishop, 1986). Offenbar weist das Leben mit einem depressiven Menschen Merkmale auf, die sich von dem gesunder und von dem anderer Patientengruppen unterscheiden. Depression hat nach Ansicht sowohl der Patienten als auch ihrer Partner einen stärkeren Einfluss auf das Eheleben als z.B. Rheuma oder eine Herzerkrankung (Bouras, Vanger & Bridges, 1986). Werden unterschiedliche affektive Diagnosegruppen (unipolar, bipolar, sekundär) bezüglich ihrer familiären Beziehungen miteinander verglichen, so lässt sich kein Unterschied feststellen (Bromet, Ed & May, 1984). Jedoch beeinflusst das Vorhandensein komorbider Störungen das familiäre Zusammenleben negativ (Keitner, Miller, Ryan, Epstein & Bishop, 1989).

In den meisten der Untersuchungen wurde die Variable „familiäres Funktionsniveau“ („family functioning“) standardisiert erfasst, nicht jedoch deren subjektive Bedeutung für die Befragten. Werden andere Prozesse z.B. im Rahmen des Belastungs-Bewältigungs-Paradigmas erforscht, ergibt sich ein differenzierteres Bild (s. Kap. 4).

⁶ Ein grundlegendes Problem stellt die Bestimmung eines Kriteriums für Ehequalität dar. In der Literatur wird eine Reihe von Konzepten betrachtet, z.B. Eheglück, -anpassung, -zufriedenheit oder -erfolg. Ausschlaggebend für die jeweiligen Konzepte ist die subjektive Bewertung der Beziehung durch die Partner. Dabei zeigte sich, dass das interaktionelle Verhalten der Partner, ihre Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten die Ehequalität am stärksten determinieren (Hahlweg, 1990).

Es stellt sich die Frage, welche Aspekte der Partnerschaft mit dieser negativen Beziehungseinschätzung und der Beeinträchtigung des familiären Zusammenlebens zusammenhängen. Der vielversprechendste Ansatz diesbezüglich war zunächst die Interaktionsforschung. In einer Reihe von Studien wurde die Kommunikation zwischen den Partnern als Determinante der Beziehungsqualität untersucht. Negativer Affekt, Kritik und Spannungen waren kennzeichnend für die Interaktion zwischen depressiven Patienten und ihren Ehepartnern (Backenstraß, 1998; Hautzinger, 1998; Johnson & Jacob, 1997). In Problemlöseaufgaben äußerten sich die Sozialpartner depressiver Patienten positiver über sich selbst, waren aktiver und lösungsorientierter, kritisierten jedoch häufig ihren depressiven Partner (Biglan, 1985; Hautzinger, Hoffmann & Linden, 1982; Johnson & Jacob, 2000). Verglichen mit nicht-depressiven Kontrollpaaren war die Kommunikation von Paaren mit einem depressiven Partner öfter vorwurfsvoll, wenig positiv, direktiv und enthielt mehr ungünstig lange Sequenzen derartiger Interaktionen. In Verlaufsuntersuchungen zeigte sich, dass die Kommunikationsprobleme von Paaren mit einem depressiven Patienten sich in einem 12-Monats-Zeitraum besserten. Dies traf jedoch nicht auf alle Bereiche gleichermaßen zu (Keitner et al., 1995) und konnte insgesamt auch unter dem Niveau gesunder Kontrollfamilien verbleiben (Keitner & Miller, 1990).

Die meisten Studien zum Interaktionsverhalten in den Familien depressiver Patienten betrachteten die Defizite und Probleme in der familiären Interaktion, obwohl ca. die Hälfte der Familien depressiver Patienten auch in akuten Zeiten von einem guten familiären Zusammenleben berichteten (Keitner et al., 1995). Es ist daher kritisch anzumerken, dass eine defizit-orientierte Perspektive die Forschung zur Partnerschaft und zur Interaktion depressiver Patienten dominiert und wenig über hilfreich erlebte Formen des Umgangs und der Bewältigung der Familien bekannt ist.

Das ursprünglich in der Schizophrenieforschung entwickelte „Expressed Emotion“-Konzept wurde für die Charakterisierung der Interaktionsmerkmale in den Familien depressiver Patienten genutzt und auf den Verlauf von Depressionen bezogen (Hahlweg, 1996). Zur Bestimmung von „Expressed Emotion“ des Angehörigen schätzt man auf der Basis von Ton- und Videoaufnahmen nach Durchführung des Camberwell Family Interview (CFI) die Aussagen der Angehörigen bezüglich ihrer Einstellungen und Gefühle dem Patienten gegenüber auf folgenden fünf Skalen ein: „Kritik“, „Feindseligkeit“, „Emotionales Überengagement“, „Wärme“ und „Anzahl positiver Bemerkungen“. Bei Vorliegen von sechs oder mehr kritischen Äußerungen oder einem Rating von eins oder höher auf der Skala „Feindseligkeit“ oder einem Rating von drei oder höher auf der Skala „Emotionales Überengagement“ wird von einer hohen Ausprägung von „Expressed Emotion“ bei Angehörigen schizophrener Patienten gesprochen. Der Grenzwert für die Skala „Kritik“ verringert sich auf zwei oder mehr

Äußerungen für die Angehörigen depressiver Patienten, um als hoch „Expressed Emotion“ eingestuft zu werden (Hahlweg, 1996).

Nach einer Studie von Hayhurst, Cooper, Paykel, Vearnals & Ramana (1997) sind anhaltend hohe Werte von „Expressed Emotion“ besonders für den Verlauf von Depressionen relevant, da sie vermehrt in Familien mit einem chronisch depressiven Familienmitglied gefunden wurden. Der „Expressed Emotion“-Index sagt auch die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls nach akuten depressiven Episoden vorher. In der klassischen Untersuchung von Vaughn und Leff (1976) war ein Rückfall innerhalb eines Zeitraums von neun Monaten für depressive Patienten in Familien mit einem hohen „Expressed Emotion“-Wert dreimal wahrscheinlicher als für Patienten in Familien mit einem niedrigen „Expressed Emotion“-Wert. Diese Untersuchung wurde ca. 10 Jahre später von Hooley, Ortleby und Teasdale (1986) repliziert. In ihrer Untersuchung hatten über die Hälfte (59%) der depressiven Patienten nach neun Monaten einen Rückfall, die nach einem stationären Aufenthalt zu einem Partner mit hoher „Expressed Emotion“-Ausprägung zurückkehrten, verglichen mit keinem der Patienten, die nach der Entlassung mit einem Partner mit einem niedrigen „Expressed Emotion“-Wert zusammenlebten. Das „Expressed Emotion“-Konzept regte eine Vielzahl von Untersuchungen an, in denen die Beziehung zwischen Interaktionsmerkmalen der Partnerschaft und Depressivität bestätigt werden konnte (Hinchliffe, Vaughan, Hooper & Roberts, 1977 und 1978; Hinchliffe, Hooper, Roberts & Vaughn, 1978; Hooper, Roberts, Hinchliffe & Vaughan, 1977; Hooper, Vaughan, Hinchliffe & Roberts, 1978).

Da das Interview zur Erfassung des „Expressed Emotion“-Indexes sehr aufwendig und klinisch wenig praktikabel ist, wurde nach anderen Möglichkeiten der Erhebung gesucht. Anstelle des langen Angehörigeninterviews wurden mehrere Kurzinstrumente entwickelt, von denen die Methode des Five-Minute-Speech-Sample (FMSS) sich als Screeninginstrument für „Expressed Emotion“ durchsetzte. Für depressive Patienten wurde die Kodierung der häufig auftretenden indirekten Kritik oder Feindseligkeit als „Verdeckte Kritik“ in das Kodiersystem des FMSS eingeführt (Leeb, Mundt, Fiedler, Ernst, Hober & Münzel, 1993). Auch mit dieser Methode konnte der Zusammenhang zwischen Depressivität und „Expressed Emotion“ nachgewiesen werden (Florin, Nostadt, Reck, Franzen & Jenkins, 1992). Weiterhin ist die Entwicklung von Fragebögen zur Messung der wahrgenommenen „Expressed Emotion“, z.B. die Level of Expressed Emotion Scale (LEE) (Gerlsma & Hale, 1997) in der Diskussion. Unklar ist jedoch, wie wahrgenommenes „Expressed Emotion“ und mit dem FMSS oder CFI gemessenes „Expressed Emotion“ zusammenhängen.

Auch Variablen der Partnerschaft wurden auf ihre Vorhersagekraft für den Verlauf von Depressionen geprüft. Aspekte der Bindung zwischen den Partnern (Hickie & Parker, 1992), Skalen zur Beschreibung der Ehebeziehung (Kerns, Haythornthwaite, Southwick & Giller, 1990; Kung & Elkin, 2000) und Aspekte der Beziehungsgeschichte (Cano & O’Leary, 2000) erwiesen sich ebenfalls als prädiktiv für den Verlauf von Depressionen. Bittet man den depressiven Patienten beispielsweise darum, einzuschätzen, wie unterstützend er seinen Partner aktuell erlebt, so sagt dieses Ergebnis den Krankheitsverlauf für die folgenden sechs Monate vorher (Hickie, Parker, Wilhelm & Tennant, 1991). Patienten, die ihren Partner als wenig unterstützend erleben, werden mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit Besserungen ihres Symptombildes erfahren, verglichen mit Patienten, die ihren Partner als unterstützend erleben.

Wenn depressive Patienten eine wenig unterstützende Beziehung verlassen, beobachtet man bei ihnen ähnliche Symptomverbesserungen im Verlauf wie bei Patienten, die mit einem unterstützenden Partner zusammenleben (Hickie & Parker, 1992). Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Beziehungswahrnehmung des Patienten (von Hickie und Mitarbeitern mit einer einzigen Frage erfasst) eher mit der Stabilität depressiver Muster zusammenhängen könnte als ein objektiv erhobenes Interaktionsmaß wie „Expressed Emotion“. Weiterhin wird deutlich, dass Trennungen depressiver Patienten nicht per se als negativ und als Konsequenz von Depression verstanden werden können. Vielmehr erscheint das depressive Symptommuster eines Menschen eng verwoben mit seinem Beziehungsmuster, so dass Veränderungen in einem dieser Bereiche Veränderungen in dem anderen hervorrufen.

Eine Beziehung wirkt sich günstig auf den Verlauf depressiver Krisen eines Menschen aus, wenn sie von ihm aktuell als unterstützend wahrgenommen wird. Als zentrale Komponenten einer positiven Beziehungswahrnehmung wurden „care“, „sympathy“ und „control“ beschrieben (Marks, Wieck, Checkley & Kumar, 1996). Für eine positive Beziehungsbilanz wurden weiterhin körperliche Anziehung und eine vertrauensvolle, intime Beziehung der Partner hervorgehoben (Marks et al., 1996). So wurden beispielsweise der „Seitensprung“ eines der Partner oder andere als „humiliating marital events“ (HMEs) bezeichnete belastende Ereignisse zeitnah zum Auftreten von depressiven Symptomen des anderen Partners beschrieben (Cano & O’Leary, 2000).

Die Paarprobleme depressiver Patienten erweisen sich in vielen Fällen als Ausdruck der Beziehungsgeschichte des Paares. Gestörte Kommunikation, wie sie sich beispielsweise als „Expressed Emotion“ zeigt, kann folglich auf „unspezifische Enttäuschungen, emotionale Distanzierungen, Verletzungen und Kränkungen, allgemein: Brüche in der emotionalen Verbundenheit miteinander“ (Riehl-Emde, 2000, S. 79) hinweisen. Für die Qualität und Stabilität einer Partnerschaft erwies sich die Beziehungskomponente

„Liebe“ als wichtigste prädiktive Dimension (Riehl-Emde, 2000). Es sind daher eher Merkmale des Paares als der Depression eines Partners, die dysfunktionaler Interaktion zugrundeliegen (Schmaling & Jacobson, 1990).

Die Abbildung der partnerschaftlichen Interaktion mit Hilfe des „Expressed Emotion“-Konzeptes hat auch aus anderen Richtungen Kritik erfahren. Es zeigte sich, dass die im „Expressed Emotion“-Index ermittelten Faktoren mit der Persönlichkeit des Sprechers und seiner eigenen Krankheitsgeschichte korrelieren (Mark et al., 1996). Die drei Komponenten von Feindseligkeit „Cynism“, „Aggressive Responding“ und „Hostile Affect“ stehen z.B. im Zusammenhang mit der Depressivität des Sprechers (Brummett, Barefoot, Feaganes, Yen, Bosworth, Williams & Siegler, 2000). Dieses Interaktionsmuster verweist demnach auf eigene Probleme. Es korreliert aber auch mit spezifischen Attributionsstilen. Partner mit hohen „Expressed Emotion“-Werten attribuieren Symptomverhalten als personal und veränderbar durch den Patienten (Hooley & Licht, 1997).

Auch erwies sich der „Expressed Emotion“-Index als nicht störungsspezifisch. „Expressed Emotion“ wurde in Familien mit Angehörigen mit Schizophrenie, Depression, Angststörungen und Essstörungen nachgewiesen und tritt auch in Familien mit gesunden Familienmitgliedern auf (Chambless & Steketee, 1999; Cierpka, 1989; Gerlsma, van der Lubbe & van Nieuwenhuizen, 1992; Reiter, 1993). Die Suche nach störungsspezifischen Systembedingungen fasste Cierpka (1989) unter dem Begriff „Spezifitätstheorie“ zusammen. Es wurde versucht, zusätzlich zu Interaktionsmerkmalen, spezifische Merkmale des Partners (Häfner, 1981) und der Familienstruktur (Peters, 1991; Zlotnick, Kohn, Keitner & Della Grotta, 2000) herauszuarbeiten, welche die Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen begünstigen. Im Ergebnis der Forschung muss jedoch festgestellt werden, dass es keinen empirischen Nachweis für depressionstypische Interaktionsmuster gibt (Keitner & Miller, 1990).

Vielmehr handelt es sich um ein interaktives Geschehen (Smolen, Spiegel & Martin, 1986), welches auch Auswirkungen des depressiven Symptombildes auf das partnerschaftliche Zusammenleben widerspiegelt. In einer Längsschnittstudie wies Menaghan (1985) beispielsweise nach, dass partnerschaftliche Probleme sich im Krankheitsverlauf verstärkten. Einige Merkmale, welche negative Auswirkungen auf die Interaktion der Partner haben, könnten im Zusammenhang mit den depressiven Symptomen erst entstehen. Dies sind z.B. Abhängigkeit (Birtchnell, 1991), negative Selbst- und Fremdwahrnehmung (Gara, Woolfolk, Cohen, Goldston, Allen & Novalany, 1993) und erhöhte Aggressivität (Wolfersdorf & Kiefer, 1998).

Im neueren Verständnis von „Expressed Emotion“ innerhalb der Schizophrenieforschung, wird dieses Kommunikationsmuster als Ausdruck einer komplexen Interaktion zwischen dem Erkrankten und seiner Familie aufgefasst. Belastungserleben, emotionales Überengagement, Kritik und Feindseligkeit werden aufeinander bezogen (Scazufca & Kuipers, 1996). In den letzten Jahren setzen sich verstärkt Prozessmodelle durch, welche die ursprünglich als störungsspezifisch beschriebenen familiären Muster als adaptive Phänomene im Sinne der Reaktion der Familie auf die eingetretene Erkrankung eines Familienmitglieds verstehen (s. Kap. 4).

3.2 Assortative Mating und Partnerwahl: Studien zur Konkordanz psychiatrischer Erkrankungen zwischen depressiven Patienten und ihren Partnern

Die Frage nach der seelischen Gesundheit der Partner depressiver Patienten entstand im klinischen Setting und wurde zunächst an klinischen Stichproben untersucht. Es interessierte, ob die Partner der Patienten selbst an psychischen Störungen leiden. In einer Untersuchung von Merikangas & Spiker (1982) wurden 56 verheiratete Patienten mit affektiven Störungen in stationärer Behandlung und deren Partner untersucht. Hohe Konkordanzraten vor allem für Major Depression und für Alkoholismus wurden zwischen Patienten und ihren Partnern gefunden.

Das gleichzeitige Auftreten depressiven Verhaltens bzw. die gleichzeitige Behandlung beider Partner aufgrund einer Depression („simultane Depression“) konnte hingegen nicht belegt werden. Unter 8008 registrierten Personen mit stationärer Behandlung zwischen 1961–1971 in Norwegen fand sich kein einziger solcher Fall (Holte, Bjoru, Sorvig & Abrahamsen, 1990). Nicht beachtet worden sind subklinische Phänomene. Auch das Problem unbehandelter depressiver Phasen und der Einfluss der Krankheit und Behandlung eines Partners auf das Hilfesuchverhalten des anderen Partners wird in dieser deskriptiv-statistischen Auswertung nicht berücksichtigt. Die Aussage kann daher nur sein, dass die Behandlung beider Partner aufgrund einer depressiven Symptomatik in diesem Zeitraum sehr selten war.

Allerdings ist die Lebenszeitprävalenz für psychische Störungen bei den Partnern depressiver Patienten höher als bei einer gesunden Kontrollgruppe. Die Untersuchung einer klinischen Stichprobe von Kindern depressiver Eltern ergab eine Lebenszeitprävalenz für die Diagnose Major Depression, Angststörung oder Alkoholismus von 69% für die Partner eines depressiv erkrankten Elternteils. Für die

Partner einer gesunden Kontrollgruppe lag die Lebenszeitprävalenz für diese Störungen bei nur 37% und damit deutlich unter der der Partner depressiver Patienten (Merikangas, Prusoff & Weissman, 1988).

Heun & Maier (1993) zeigten hingegen, dass Partner von Patienten nicht häufiger als Partner gesunder Menschen eine psychische Störung aufweisen. Die Wahrscheinlichkeit von Partnern, an einer unipolaren Depression zu erkranken, lag zwischen .15 und .25, für andere Störungen sank die Wahrscheinlichkeit unter .03. In nur einem Fall waren beide Partner vor Beginn der Ehe an einer psychischen Störung erkrankt. Es wurde daher geschlossen, dass „assortative mating“ von nur geringer Relevanz ist.

Das bislang verwendete Studiendesign und die Auswahl der Stichproben sind kritisch zu betrachten. Gemeinsamkeiten zwischen Ehepartnern hinsichtlich physischer Merkmale wurden an repräsentativen Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung gefunden. Die Konkordanz zwischen Partnern bezüglich psychiatrischer Morbidität wurde hingegen in der Mehrzahl der Fälle an klinischen Stichproben untersucht (Galbaud du Fort, Boivin & Kovess, 1993). Klinische Stichproben unterliegen jedoch einer systematischen Verzerrung. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Paar ausgewählt wird, hängt davon ab, ob ein Partner oder beide die interessierende Krankheit bereits haben. Auch ist die Wahrscheinlichkeit für das Aufsuchen von Hilfe und Behandlung durch die Partner nicht unabhängig voneinander. Aussagen bezüglich Gemeinsamkeiten von Partnern sollten demnach aufgrund von Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung getroffen werden.

In den letzten Jahren wurde dieser Argumentation vermehrt gefolgt und die Frage nach der Konkordanz psychiatrischer Krankheiten zwischen Partnern in epidemiologischen Studien untersucht. An 845 Paaren wurde beispielsweise eine Symmetrie in den Werten von psychologischem Stress und Wohlbefinden zwischen Partnern gefunden (Galbaud du Fort, Kovess & Boivin, 1994). Dies traf auch für Paare mit einer geringen Partnerschaftsdauer von unter zwei Jahren zu. Faktoren wie Bildungsstand, Altersunterschied und andere soziodemographische Variablen erklärten die Gemeinsamkeiten der Partner bezüglich psychologischem Stress und Wohlbefinden nicht. Es wurde daher von „assortative mating“ im Sinne persönlicher Präferenz und subjektiver Partnerwahl ausgegangen. Auch in der Untersuchung von Maes, Neale, Kendler, Hewitt, Silberg, Foley, Meyer, Rutter, Simonoff, Pickles & Eaves (1998) erklärten Alter, Religiosität und Bildung nur in einem sehr geringen Maße die Konkordanz für psychische Störungen zwischen den Partnern. Hier wurde ebenfalls eine primäre subjektive Auswahl im Sinne des „assortative mating“ geschlossen.

Galboud du Fort, Bland, Newman & Boothroyd (1998) wird als erste Studie eingeschätzt, in der Gemeinsamkeiten zwischen Partnern bezüglich psychiatrischer Morbidität an einem Sample aus der Allgemeinbevölkerung mittels standardisierter diagnostischer Kriterien ermittelt wurden. 519 Paare, von denen jeweils ein Partner bereits an einem Bevölkerungssurvey teilgenommen hatte, wurden unter Einsatz eines klinischen Interviews erneut befragt. Es zeigte sich eine signifikante Übereinstimmung in der Lebenszeitprävalenz für affektive Störungen sowie für die antisoziale Persönlichkeitsstörung und Abhängigkeitserkrankungen. Dysthymia bei Frauen korrelierte mit generalisierter Angststörung und PTSD bei ihren Partnern. Offen ist jedoch die Frage nach den ätiologischen Mechanismen und der klinischen Relevanz der Ergebnisse.

McLeod (1993) fand an 586 Paaren aus einem Bevölkerungssurvey eine Übereinstimmung der Partner nur für Depressionen. Für die Lebenszeitprävalenz der Major Depression ließen sich nur schwache Konkordanzraten zeigen, wohingegen die Konkordanz für depressive Episoden statistisch signifikant war. Diese erhöhte sich nicht im Laufe der Beziehung. Der Einfluss partnerschaftlicher Variablen wie Interaktion und Beziehungsqualität muss aufgrund dieser Ergebnisse geringer als der der subjektiven Partnerwahl im Sinne des „assortative mating“ eingeschätzt werden.

Dufouil & Alperovitch (2000) untersuchten 318 Paare aus einer epidemiologischen Langzeitstudie zu kognitiven Faktoren und Alterungsprozess u.a. mit Fragebögen zu depressiven Symptomen und Angstsymptomen. Es zeigten sich statistisch signifikante positive Korrelationen für die Werte der psychologischen Skalen der Partner, wobei die Gemeinsamkeiten für depressive Symptome höher waren als für Angstsymptome. Auch in dieser Studie waren Alter und Bildungsstand keine erklärenden Variablen.

Vier Erklärungshypothesen für die Befunde zur Konkordanz der Partner bezüglich unterschiedlicher Merkmale wie Persönlichkeitstraits, Einstellungen, Stress und Wohlbefinden sowie psychiatrischer Morbidität wurden diskutiert (Feng & Baker, 1994). Diese waren „initial similiarity“, „attrition“, „convergence“ und „age covariation“. „Initial similiarity“, d.h. die subjektive Partnerwahl bei Ähnlichkeit beider Partner wurde aufgrund der Befundlage den anderen Hypothesen vorgezogen. Das Phänomen des „assortative mating“ kann als gut bestätigt gelten.

Im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe waren die Frauen depressiver (hier bipolar erkrankter) Männer häufiger als die Männer depressiver Frauen selbst an einer affektiven Störung erkrankt (Dunner, Fleiss, Addonizio & Fieve, 1976). Auch bei rezidivierendem Verlauf wurde eine hohe Stabilität der Partnerschaften verzeichnet, so

dass sich die Trennungs- oder Scheidungsraten nicht von denen der Kontrollgruppe unterscheiden.

Hingegen war in der Langzeituntersuchung von Merikangas & Spiker (1982) die Scheidungsrate der Paare, in denen beide Partner als krank eingestuft wurden, höher als die von Paaren, in denen nur ein Partner wegen einer depressiven Symptomatik in Behandlung war. Die seelische Gesundheit der Partner der Patienten muss daher als ein Faktor eingestuft werden, der den Beziehungsverlauf beeinflusst.

Der Gesundheitsstatus der Partner depressiver Patienten ist nicht nur für den Beziehungsverlauf, sondern auch für den Verlauf der Depression relevant. In einer Studie von Merikangas, Bromet & Spiker (1983) zeigte sich bei einem Follow-up von 12 und 36 Monaten eine geringere soziale Anpassung der Patienten, wenn beide Partner erkrankt waren verglichen mit Paaren mit nur einem erkrankten Partner.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in den letzten Jahren eine Reihe von Studien an repräsentativen und klinischen Stichproben das Phänomen des „assortative mating“ für Depressionen belegen konnten. Auch für andere Störungen, wie die Schizophrenien ist dies untersucht worden (Parnas, 1988). Für die Schizophrenien wird ein positiver Einfluss auf den Krankheitsverlauf mit dem Trend zur Symptomverbesserung verzeichnet, wenn eine Partnerschaft zwischen zwei chronisch kranken Menschen besteht (Shanks & Atkins, 1985). Hingegen muss für Depression das Vorliegen der psychischen Störung bei beiden Partnern als Risikofaktor für den Krankheitsverlauf und den Bestand der Beziehung betrachtet werden.

3.3 Paartherapie und Paarberatung

Der Einbezug der Partner in die Therapie von Patienten kann allgemein in drei Aspekten beschrieben werden (Baucom, Shoham, Mueser, Daiuto & Stickle, 1998). Erstens unterstützen Partner die Therapie und die Therapieziele und werden als wichtige Ressource für die Umsetzung therapeutischer Interventionen betrachtet. Beispielsweise spielen Partner eine wichtige Rolle in der Expositionsbehandlung bei Angststörungen, der Reaktionsverhinderung bei Zwangsstörungen und der Compliance des Patienten bei der Neuroleptikabehandlung bei schizophrenen Psychosen.

Zweitens sind störungsspezifische Paarinterventionen entwickelt worden. Diese sollen dazu beitragen, bestimmte Verhaltensweisen des Paares zu modifizieren, die im

Zusammenhang mit dem Auftreten oder dem Aufrechterhalten von Symptomverhalten gesehen werden. Dies spielt u.a. eine Rolle bei der Behandlung sexueller Funktionsstörungen oder der Veränderung des Kommunikationsverhaltens von Partnern im Sinne des „Expressed Emotion“-Indexes.

Drittens wird eine Paartherapie selbst als Intervention zur Behandlung der Störung eines der Partner betrachtet, sofern der Beziehung Bedeutung für die Störungsentwicklung und den Verlauf zukommt. In dieser Anwendung werden Änderungen in der Beziehung mit Änderungen des Symptomverhaltens eines der Partner verknüpft.

Für Depressionen ist aufgrund des engen Zusammenhangs zwischen Beziehungs- und Krankheitsmerkmalen die dritte Komponente, die Paartherapie, zentral. Hierfür sind verschiedene Konzepte entwickelt worden. Diskutiert werden u.a. Ansätze, die lösungsorientiert mit der Technik des Reframing arbeiten (Coyne, 1986) und Ansätze, welche die Paarbeziehung als Entwicklungsumwelt für beide Partner in den Mittelpunkt stellen (Willi, 1996). Weiterhin bestehen Konzepte, die auf familientherapeutischen Prämissen in der Behandlung von Depressionen aufbauen (Reiter, 1993). Eine Sonderform stellt die speziell für Depression entwickelte Interpersonelle Therapie (IPT) dar (Schramm, 1996), wobei hier nicht notwendigerweise mit beiden Partnern gearbeitet werden muss. Vielmehr wird die Beziehung und das Beziehungsverhalten des depressiven Patienten zum Fokus der Therapie. Auf die einzelnen Ansätze kann in diesem Rahmen nicht ausführlicher eingegangen werden und es wird daher auf die Literatur verwiesen (vgl. Joraschky & Petrowski, 2002). Durch die Auflistung von paartherapeutischen Möglichkeiten in der Therapie von Depression wird allerdings verdeutlicht, dass diese Ansätze theoretische und praktische Relevanz in der Behandlung haben und gut ausgearbeitet sind. Offen ist hingegen die Frage nach der tatsächlichen Behandlungsrealität und der Evaluation der Programme.

In der Übersichtsarbeit von Baucom et al. (1998) konnten nur zwei kontrollierte Studien gefunden werden, die mit dem Ziel durchgeführt wurden, Paartherapie als Behandlungsvariante für Depression zu evaluieren. In der Untersuchung von O’Leary und Beach (1990) wurden 36 Paare untersucht, in denen die Ehefrau an einer Major Depression oder Dysthymia erkrankt war und in denen zusätzlich Eheprobleme bestanden. Die Paare wurden randomisiert drei Behandlungsbedingungen zugewiesen, einer Wartekontrollgruppe, kognitiver Einzeltherapie und Paartherapie. Es wurden keine Unterschiede gefunden bezüglich der Remission depressiver Symptome zwischen der Gruppe, die kognitive Einzeltherapie erhalten hatte und der Gruppe mit Paartherapie. Beide Gruppen waren allerdings bezüglich der Outcome-Variable „depressives Symptomverhalten“ der Wartekontrollgruppe überlegen. Hinsichtlich der

Verbesserung der wahrgenommenen Ehequalität konnten nur Effekte in der Gruppe nachgewiesen werden, die Paartherapie erhalten hatte.

Die Autoren bewerten die Ergebnisse als Beleg für die Verknüpfung von Merkmalen der Partnerschaft und depressiver Symptomatik. Sie unterstreichen, dass Paartherapie ein möglicher Behandlungsweg für Depressionen sein kann, mit dem neben der depressiven Symptomatik auch die Ehequalität positiv beeinflusst werden kann. Baucom et al. (1998) kritisieren jedoch die geringe Stichprobengröße, die sich ungünstig auf die Abbildung von Effektgrößen auswirkt. Auch wurden nur Paare untersucht, bei denen sowohl partnerschaftliche Probleme als auch depressive Symptome eines Partners vorlagen.

In einer Untersuchung von Jacobson, Dobson, Fruzzetti, Schmalings & Salusky (1991) wurden 60 Paare untersucht, in denen die Ehefrau depressiv erkrankt war, jedoch bestanden nicht in allen Paaren parallel partnerschaftliche Probleme. Die Patienten wurden randomisiert den Bedingungen kognitive Einzeltherapie, Paartherapie und einer Kombinationsbehandlung aus beidem zugewiesen. Bezogen auf die Outcome-Variable „depressives Symptomverhalten“ war Paartherapie für Paare ohne Partnerschaftsprobleme weniger effektiv als kognitive Einzeltherapie. Für Paare mit Partnerschaftsproblemen waren sowohl die Ergebnisse beider Behandlungsbedingungen als auch die der Kombinationsbehandlung vergleichbar, die keine zusätzlichen Effekte brachte. Ebenso wie in der Studie von O’Leary und Beach (1990) konnte die Effektivität von Paartherapie in der Behandlung von Depression vor allem bei Patienten nachgewiesen werden, die in unbefriedigenden Partnerschaften leben. In Folgeuntersuchungen wurde gezeigt, dass Paartherapie der kognitiven Einzelbehandlung besonders dann in der Wirksamkeit überlegen ist, wenn die Partnerschaftsprobleme bereits vor Beginn der Erkrankung bestanden, die Beziehung von den Partnern negativ und unbefriedigend erlebt wird und kognitive Störungen beim depressiven Patienten gering ausgeprägt sind (Baucom et al., 1998).

Nachteile der vorliegenden Evaluationsstudien sind, dass die inhaltliche Bedeutung des evaluierten Konzeptes Paartherapie unklar bleibt. Auch ist wenig über depressiv erkrankte Männer und deren Partnerschaften bekannt.

Grundlage der meisten paartherapeutischen Interventionen ist die Perspektive, durch den Einbezug des Partners bzw. des Umfeldes die Depression des Patienten positiv zu beeinflussen. Demgegenüber wird von Willi (1996) gefordert, die Situation der Partner selbst zum Gegenstand der Intervention zu machen und den Partnern gegebenenfalls Entlastung und Unterstützung anzubieten: „Beratung und Betreuung der Angehörigen

können eventuell wichtiger und wirksamer sein als jene des Patienten“ (Willi, 1996, S. 179).

Mit dieser Perspektive sind in den letzten Jahrzehnten vor allem im angloamerikanischen Raum eine Reihe von Programmen zur Aufklärung und Entlastung der Angehörigen depressiver Patienten entwickelt worden (Anderson, Griffin, Rossi, Pagonis, Holder & Treiber, 1986; Daley, Bowler & Cahalane, 1992; Jacob, Frank, Kupfer, Cornes & Carpenter, 1987). Ziel dieser Programme ist die Vermittlung von Wissen über das Störungsbild Depression sowie über Grundlagen und Probleme menschlicher Kommunikation. Obwohl die Programme zum Teil variieren, beziehen sich alle auf die Problembereiche Krankheit und Beziehung. Sie beinhalten häufig eine Kombination aus dem Erwerb von Krankheitswissen, Kommunikationsregeln und individueller Stressbewältigungskompetenz. Jedoch stehen deutschsprachige Versionen, deren Evaluierung und Integration in die klinische Praxis aus.

Deutschsprachige Programme für Angehörige depressiver Patienten liegen bisher kaum vor (Blum & Dauenhauer, 1996; Reiter, 1997). Der geringe Einbezug der Angehörigen in die Depressionsbehandlung wird unter anderem auf mangelnde Ausbildungscurricula oder fehlende Implementierung der Angehörigenperspektive in bestehende Ausbildungsprogramme zurückgeführt (Reiter, 1997). Erst in letzter Zeit werden vor allem im stationären Setting Gruppen für Angehörige depressiver Patienten angeboten (Harter, Kick & Rave-Schwenk, 2002; Keller & Schuler, 2002). Die größte Gruppe von Angehörigen, die diese Gruppen nutzen, ist die der Ehepartner der depressiven Patienten. Die am meisten interessierende Thematik bezieht sich auf den Umgang mit dem kranken Partner (Keller & Schuler, 2002).

Unabhängig von den Diskussionen und Programmentwicklungen der professionellen Helfer spielt für die Angehörigen die Selbst- und Laienhilfe eine wichtige Rolle bei der Suche nach Informationen über die Krankheit und den Umgang mit der Situation (Angermeyer, Matschinger & Riedel-Heller, 1999; Wittmund, Bischoff & Angermeyer, 2001). Erfahrungsberichte und Ratgeberbücher verweisen darauf, dass Angehörige nach Möglichkeiten suchen, sich auszutauschen und ihr eigenes Befinden auszudrücken (Holtz, 1994; Woggon, 1998).

3.4 Zusammenfassung und Folgerungen für die Untersuchung

Die Ergebnisse der Forschung zu dyadischen Aspekten von Depression sind für die Konzeption der vorliegenden Untersuchung, ihre Durchführung und Auswertung besonders relevant. Die bisherige Forschung zu spezifischen Merkmalen der Paarbeziehung und der Partnerwahl kann als ein Hintergrund für das Verständnis der Situation der Partner betrachtet werden. Besonders drei Punkte sollen berücksichtigt werden:

1. Partnerschaften mit einem depressiven Patienten sind besonders problembelastet. Sie werden schlechter eingeschätzt als Partnerschaften mit einem gesunden Partner oder mit einem Partner, der an einer anderen psychischen oder körperlichen Krankheit leidet. Partnerschaften mit einem depressiven Patienten sind besonders durch Kommunikationsstörungen gekennzeichnet. Diese lassen sich dyadisch (z.B. in Problemlöseaufgaben), im strukturierten Interview mit dem Partner (CFI, FMSS) und in der subjektiven Einschätzung des depressiven Patienten (LEE oder offene Frage nach der wahrgenommenen Unterstützung) abbilden. Das Auftreten von Kommunikationsstörungen ist ein Prädiktor für den Verlauf der Depression. Ein wenig unterstützendes Umfeld ist depressionsfördernd. Diese problemorientierte, defizitorientierte Sichtweise beherrschte die bisherige Forschung. Weitgehend unklar ist hingegen, welche Merkmale und Strategien ein „unterstützendes“ Umfeld auszeichnen. Auffallend ist weiterhin, dass die Ehe- oder Lebenspartner depressiver Patienten mehr als „Merkmalsträger“ (z.B. von „Expressed Emotion“) denn als Subjekte in der Forschung betrachtet wurden. Offen ist daher, in welchem Kontext sich ein solches „Kritikmuster“ von „Expressed Emotion“ entwickelt. Es gibt Hinweise auf einen Zusammenhang zu eigener Vulnerabilität des Sprechers, Überforderung und Belastungserleben, alten Verletzungen in der Beziehung und Einflüssen der akuten depressiven Symptome des Patienten. Es stellt sich daher die Frage, welche Umgangsformen für das familiäre Umfeld hilfreich sind. Hierfür ist eine konsequente Orientierung an der subjektiven Sicht der betroffenen Angehörigen notwendig.

2. Assortative Mating bedeutet, dass Partner depressiver Patienten häufiger als die Allgemeinbevölkerung eine psychische Störung in ihrer Lebensgeschichte aufweisen oder selbst aktuell erkrankt sind. Die Partnerwahl beruht auf Ähnlichkeit, d.h. Menschen, die eine hohe Vulnerabilität für Depressionen aufweisen, haben häufig einen Partner, dessen Vulnerabilität ebenfalls erhöht ist. Dies ist für das Verständnis der Situation der Partner insofern wichtig, da eine erhöhte Vulnerabilität die Wahrnehmung von Belastungen und Stress beeinflussen kann. Eigene depressive Denkmuster von Partnern können dazu führen, dass die Situation in dichotomer Weise eingeordnet wird:

alles oder nichts, gesund oder krank, Zukunft oder keine Zukunft, eigene Handlungsmöglichkeiten oder keine eigenen Handlungsmöglichkeiten. Dies wiederum hat einen Einfluss darauf, ob und wie eigene Gestaltungsmöglichkeiten der Situation wahrgenommen werden. Die eigene Erfahrung depressiver Episoden kann auch beeinflussen, wie die aktuelle Situation des erkrankten Partners gesehen und eingeschätzt wird.

3. Partner von Patienten werden vielfach als „therapeutische Ressource“ wahrgenommen, weniger jedoch in ihrer eigenen Situation unterstützt. Paartherapeutische Interventionen fokussieren die Situation des depressiven Patienten und sind besonders für Patienten mit unbefriedigenden Partnerschaften und Partnerschaftsproblemen effektiv. Psychoedukative Programme zur Verbesserung der Situation der Angehörigen von Patienten entstanden vor allem im angloamerikanischen Raum. Für den psychosozialen Versorgungsalltag hierzulande müssen jedoch Defizite im Sinne fehlender Kompetenzen und Ressourcen für die Angehörigenarbeit mit den Partnern depressiver Patienten festgestellt werden.

4 Depression aus Angehörigenperspektive

Die Belastungs- und Bewältigungsforschung ermöglichte einen Perspektivenwechsel hin zum Erleben der Partner selbst. Die psychische Krankheit eines Angehörigen wird nicht nur als kritisches Lebensereignis (Filipp, 1995) für den Betroffenen, sondern auch für seine Familie betrachtet. Das Leben mit einem Menschen in Krisen und psychischen Ausnahmesituationen wird in diesem Rahmen als besonderer Erfahrungsbereich anerkannt und selbst Gegenstand der Forschung. Hierbei sind u.a. folgende Fragen interessant: Was bedeutet es für die Familien, wenn ein Familienmitglied psychisch krank ist? Wie ordnen sie das von ihnen Erlebte ein? Was hilft ihnen dabei? Wo finden sie Informationen, Unterstützung und Hilfe? Welchen Einfluss hat die psychische Krankheit des Angehörigen auf den Lebensalltag der Familien und speziell des Paares? Wie verändern sich familiäre Rollen und Routinen? Wovon hängt dies ab? Welche Krankheitssymptome werden als besonders belastend erlebt? Wie unterscheiden sich die verschiedenen Familienmitglieder in ihrer Wahrnehmung, ihrem Belastungserleben und ihrem Umgang mit dem oder der Erkrankten? Wie variieren verschiedene Krankheiten oder Symptome in ihrem Belastungspotential? Welche Rolle spielt das professionelle Hilfesystem für die Angehörigen der Patienten?

Nach einer kurzen Einführung in die Belastungs- und Bewältigungsforschung soll in den folgenden Kapiteln 4.1 – 4.5 auf diese Fragen eingegangen werden. Es wird ein Überblick gegeben über die empirischen Arbeiten und Ansätze, die sich auf die Situation der Partner depressiver Patienten beziehen.

4.1 Das Konzept „Caregiver-Burden“ in der Angehörigenforschung

Seit Mitte der 50er und 60er Jahre wird im Rahmen der sozialen Psychiatrie untersucht, welche Belastungen Angehörige psychisch Kranker erleben und welchen Einfluss das Zusammenleben mit einem psychiatrischen Patienten auf die Familie und das Wohlbefinden der einzelnen Familienmitglieder hat. Die wertende Konnotation des Begriffes „burden“ (Belastung), der für diese Forschung gewählt wurde, wurde aus soziologischer Sicht kritisiert (Gubman & Tessler, 1987). Von Gubman & Tessler (1987) wurde der neutralere Begriff „impact“ (Einfluss) vorgeschlagen, setzte sich jedoch bis heute nicht durch. Das mag an der Operationalisierung und Ausgestaltung des Konzeptes „burden“ liegen, wie es Anfang der 60er Jahre vorgeschlagen wurde. Das Konzept „burden“ wurde in Abgrenzung zum Begriff „distress“ geprägt, welcher seinerseits Belastungserleben allgemein bezeichnet. „Caregiver-Burden“ bezieht sich speziell auf die Auswirkungen einer Erkrankung auf die Personen, die eine Pflege - bzw. Unterstützungsfunktion für den Kranken ausüben (Familienmitglieder, Freunde, Pflegepersonen).

Die Differenzierung nach objektiven und subjektiven Belastungsfaktoren geht auf Hoenig & Hamilton (1966) zurück. Als objektive Belastungen definierten die Autoren alle aus der Betreuung des Patienten resultierenden negativen Auswirkungen auf die Familie, z.B. finanzielle Aufwendungen und negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Familienmitglieder. Als subjektive Belastung wurde der Grad definiert, in dem sich die Angehörigen selbst belastet fühlten.

Empirisch wurde eine Diskrepanz zwischen objektiven Belastungen und subjektiven Belastungen festgestellt. Dies führte dazu, dass vermehrt nach anderen Indikatoren für die subjektiv erlebte Belastung gesucht wurde. Dazu zählten Beziehungsqualität, Lebensereignisse, intrapsychische Bewertungsvorgänge vor dem Hintergrund der Lebensgeschichte und der Persönlichkeit des betreuenden Familienangehörigen (Noh & Avison, 1988; Solomon & Draine, 1995). Eine zunehmende Ausdifferenzierung dieser moderierenden Faktoren bedingte, dass stresstheoretische Ansätze in der Forschung Berücksichtigung fanden (Lazarus, 1985). Dies verlagerte den Fokus der Forschung hin zu Copingverhalten, Ressourcen und Bewältigungsstrategien auf Seiten der Angehörigen. Auch wurde die einseitige Betrachtung von Patientenverhalten als Stressor aufgegeben und eine interaktive Sicht des familiären Geschehens eingenommen (Horwitz, Reinhard & Howell-White, 1996).

Der theoretische Rahmen des „Caregiver-Burden“-Konzeptes ist jedoch nach wie vor wenig ausgearbeitet. In der Literatur finden sich nahezu so viele Ansätze und Methoden zur Erfassung von „burden“, wie es Forscher zu diesem Thema gibt (Baronet, 1999). Überschneidungen zwischen dem Konzept „burden“ und dem Stressbegriff wurden festgestellt. Es zeigte sich beispielweise, dass die Skala zu subjektiv erlebtem Stress (Perceived Stress Scale) eine bessere Aussage zur erlebten Belastung von Angehörigen macht, als die in der Literatur aufgeführten Skalen zu „burden“ (Chwalisz & Kisler, 1995). In der Zukunft könnten daher stresstheoretische Modelle sowie die Erkenntnisse und die Methoden der Stressforschung einen angemesseneren Rahmen für die Integration der Befunde zu Belastungen von Angehörigen bilden (Jungbauer, Bischof & Angermeyer, 2001a).

Soziologische Aspekte von Belastung sind bisher weitgehend ausgeblendet worden. Belastung, Bewältigung und Stress wurden vorwiegend als individuumzentrierte Konstrukte aufgefasst. Soziale Zwänge und gesellschaftliche Normen und Werte, welche die Regeln des Umgangs mit belastenden Situationen festlegen, müssten in einer sozialwissenschaftlichen Belastungskonzeption stärker berücksichtigt werden (Möller-Leimkühler, 1999). Ein sozialwissenschaftlicher Rahmen des Belastungsbegriffes wurde von Faltermaier (1988) vorgeschlagen:

Eine Belastung stellt immer eine Zustandsform des Individuums dar, die auf einen bestimmten Aspekt der gesellschaftlichen Umwelt bezogen ist; sie ist somit immer ein Person-Umwelt-Verhältnis. Jede (gegebenenfalls notwendige) getrennte Erfassung von Umweltbedingungen und von personalen Äußerungen stellt eine Abstraktion von diesem Verhältnis dar; dieses muss daher (zumindest theoretisch) rekonstruiert werden. ... Eine sozialwissenschaftliche Belastungsforschung sollte sich demnach auf die lebensweltlichen Bedingungen von Belastung konzentrieren. (Faltermeier, 1988, S. 57)

„Lebensweltliche Bedingungen von Belastung“ finden in der Lebensereignis-Forschung Beachtung, wenn sie sich Dauerbelastungen („chronic stress“) und Alltagsbelastungen („daily hassles“) zuwendet (Faltermeier, 1988). Der soziale Kontext kommt allerdings auch hier oftmals zu kurz. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der ursprüngliche Belastungsbegriff „burden“ in den letzten Jahrzehnten Annäherungen und Erweiterungen bezogen auf eine differenziertere Erforschung von Einflussgrößen erfahren hat. Diese sind weitestgehend mit dem interaktionalen Stressmodell nach Lazarus (1985) kompatibel, bedürfen jedoch einer stärker kontextuellen, sozialwissenschaftlichen Betrachtung.

Die Mehrzahl der Studien zu Angehörigen psychisch Kranker bezieht sich auf Familien von Patienten mit den Diagnosen Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis oder schizoaffektive Störungen. Dies liegt zum einen daran, dass diese Gruppe von Patienten

seit den 50er und 60er Jahren bis heute am stärksten von der Reform der psychiatrischen Versorgung betroffen ist (Thompson & Doll, 1982). Die Patienten werden nach relativ kurzer Zeit wieder in ihre Familien entlassen, da sich die institutionalisierte Betreuung zugunsten von Gemeindenähe und Familienorientierung verändert hat.

Zumeist wurden die Eltern, d.h. vorwiegend die Mütter dieser Patienten befragt. Diese sind am stärksten in den regionalen und nationalen Angehörigengruppen vertreten. Da eine Reihe von Studien die Studienteilnehmer aus dem Umfeld der Selbsthilfebewegung rekrutierte, könnten auch forschungspraktische Gründe die Auswahl der Untersuchten erklären. Die Ergebnisse beziehen sich daher oftmals auf hochselegierte Stichproben. In vielen Untersuchungen bleibt unklar, ob es sich bei den befragten Angehörigen um Partner, Eltern, Geschwister, Kinder oder andere Bezugspersonen handelt (Loukissa, 1995). Die meisten Studien wählen als zu befragenden Angehörigen den vom Patienten benannten „significant other“. Das ist in den meisten Fällen der Partner / die Partnerin oder eine andere Person, die z.B. bei der stationären Aufnahme als Ansprechpartner angegeben wurde. Es werden Kriterien definiert, z.B. ein gemeinsamer Haushalt, das Bestehen der Beziehung über eine gewisse Zeitspanne oder eine festgelegte Mindestdauer an täglichem oder wöchentlichem Kontakt (Perlick, Clarkin, Sirey, Raune, Greenfield, Stuenkel & Rosenheck, 1999). Jedoch hat sich bisher keine Vereinheitlichung von Kriterien für die Auswahl von Angehörigen in der Forschung durchgesetzt. Das führt dazu, dass sowohl die Angehörigenseite als auch die Auswahl und Dokumentation der Patientengruppen in den einzelnen Studien stark variiert. Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse ist aufgrund dieser Heterogenität eingeschränkt.

Zumeist wurde nur jeweils ein Familienmitglied befragt; in der Mehrzahl der Fälle handelt es sich dabei um Mütter bei Untersuchungen zu schizophrenen Patienten und um Partner bei Untersuchungen zu depressiven Patienten (John, 1988; Maurin & Boyd, 1990). Dies führt in vielen Fällen zu dem Vergleich von unterschiedlichen Angehörigen und zur Vernachlässigung bestimmter Angehörigengruppen. Über das Erleben der Eltern depressiver Patienten ist beispielweise wenig bekannt. Das mag daran liegen, dass lange Zeit angenommen wurde, depressive Episoden treten gehäuft im mittleren oder späten Erwachsenenalter auf. Mit der Verlagerung der Auftretenshäufigkeit von Depressionen in das junge Erwachsenenalter sind auch andere Angehörigengruppen mitbetroffen, die zukünftig stärker in der Forschung berücksichtigt werden müssen.

Weitgehend offen ist die Frage, welche störungsspezifischen Belastungen beschrieben werden können (Jungbauer et al., 2001a). In den Überblicksartikeln zum Thema wurden die Ergebnisse meist entlang zentraler Konzepte geordnet (Baronet, 1999; Loukissa, 1995; Maurin & Boyd, 1990; Rose, 1996). Neben den Belastungen der Familien

schizophrener Patienten wurden die von Familien depressiver Patienten bislang wenig einbezogen (Fadden, Bebbington & Kuipers, 1987b). Belastungen von Familien anderer Patientengruppen, z.B. von Patienten mit Angst- und Zwangsstörungen sind sehr selten diskutiert (Jungbauer et al., 2001).

Ein weiteres Problem ist methodischer Natur und betrifft die Erfassung von Belastungen von Angehörigen psychiatrischer Patienten. Obwohl eine Reihe von Instrumenten entwickelt worden sind, hat sich bisher keines als Standardinstrument durchsetzen können (Baronet, 1999; Chwalisz & Kisler, 1995; Schene, Tessler & Gamache, 1994). Dies liegt einerseits an unterschiedlichen theoretischen Konzepten und deren Operationalisierung (Schumacher & Reschke, 1994; Tesch-Römer, Salewski & Schwarz, 1997). Zum anderen fehlen häufig Nachweise der Reliabilität und der Validität der Skalen (Maurin & Boyd, 1990). In einer Übersicht von 21 gebräuchlichen Instrumenten zur Erfassung von Belastungen wurde die Heterogenität des „burden“-Konzeptes demonstriert (Schene et al., 1994). Die Anzahl der erfassten Dimensionen (2 bis 19) als auch deren Operationalisierung variierten. Einigkeit besteht hingegen darüber, Belastungen mehrdimensional abzubilden. Die Mehrzahl der entwickelten Instrumente ist für die Angehörigen von schizophrenen Patienten konzipiert (Schene et al., 1994). Eine Übertragung dieser Skalen auf die Situation der Angehörigen depressiver Patienten wurde kritisch diskutiert (Benazon & Coyne, 2000). Diese Instrumente sprechen teilweise spezifische Probleme an, die sich aus dem psychotischen Symptommuster ergeben und in dieser Form für die Angehörigen depressiver Patienten nicht relevant sind.

4.2 „Caregiver-Burden“ bei Partnern depressiver Patienten

Die meisten empirischen Studien zur Situation von Angehörigen orientieren sich an der ursprünglich geprägten Definition von Belastung. Folgt man dieser traditionellen Einteilung aus der „Caregiver-Burden“-Forschung, so kann man die Befunde zu Belastungen der Partner depressiver Patienten in drei Bereiche einteilen: *objektive Belastungen* i.S. von Patientenverhalten und situativen Faktoren, *subjektive Belastungen* i.S. des Erlebens der Angehörigen und *Stressfolgen der Belastung* i.S. der seelischen und körperlichen Gesundheit der Partner. Obwohl Hoenig & Hamilton (1966) ursprünglich auch die Auswirkungen auf die Gesundheit der „carer“ unter objektive Belastungen gefasst hatten, lassen sie sich auf Grundlage stresstheoretischen Denkens besser als Belastungsfolgen einordnen (Baronet, 1999).

4.2.1 Objektive Belastungen

Krankheitssymptome des depressiven Angehörigen wie Interesseverlust, Grübeln, Ermüdung, Hoffnungslosigkeit und Besorgnis wurden als *objektive Belastungen* von den Partnern der Patienten beschrieben (Coyne, Kessler, Tal, Turnbull, Wortman & Greden, 1987). Als besonders belastendes Symptom wurde der soziale Rückzug des Patienten wahrgenommen. Auch somatische Symptome, von denen die Befragten annahmen, dass der Patient sie kontrollieren könnte, wurden als belastend eingestuft. Wurden Familien mit depressiven Angehörigen unterschiedlicher diagnostischer Zuordnung miteinander verglichen, so unterschieden sie sich nicht in der Wahrnehmung familiärer Funktionsbereiche (Bromet et al., 1984). Akute Krankheitsphasen gingen jedoch mit besonders starkem Belastungserleben einher (Bromet et al., 1984; Jacob et al., 1987). Dies traf vor allem auf Angehörige zu, die mit dem Erkrankten zusammenlebten. Sie waren in akuten Phasen stärker belastet als Angehörige, die nicht mit dem Patienten zusammenlebten (Jacob et al., 1987).

Neben den akuten Symptomen ist der Verlauf der Krankheit für die Belastungswahrnehmung von Bedeutung. Die Dauer der Erkrankung und das Funktionsniveau des Patienten korrelierten mit dem Ausmaß der angegebenen Belastung (Chakrabarti, Kulhara & Verma, 1992). Partner remittierter, teilremittierter und nicht remittierter Patienten unterschieden sich nach einem Krankheitsverlauf von einem Jahr nicht darin, wie gut sie sich an die veränderte Situation angepasst hatten (Krantz & Moos, 1987). Die Partner der nicht remittierten Patienten gaben jedoch mehr Probleme als alle anderen Gruppen und die Kontrollgruppe an. Während Partner und Kinder depressiver Patienten in akuten Phasen selbst häufiger krank werden, sind diese Beschwerden ca. ein Jahr nach Behandlungsbeginn des depressiven Angehörigen wieder rückläufig (Widmer, Cadoret & North, 1980). Jedoch kann die Behandlung des depressiven Partners selbst zu Schwierigkeiten, z.B. sexuellen Problemen des Paares führen (Angst, 1998) und damit unter Umständen eine zusätzliche Quelle von Belastungen darstellen.

In der Analyse von Chakrabarti, Kulhara & Verma (1993) wurden vier weitere Bereiche objektiver Belastungsfaktoren definiert: finanzielle Belastungen, Einschränkungen in den familiären Abläufen, der Freizeit und der Interaktion. 41% der Befragten gaben finanzielle Einbußen aufgrund der Depression des Partners an, die vor allem aus der Arbeitsunfähigkeit des Patienten resultierten (Fadden, Bebbington & Kuipers, 1987a). 71% der Befragten hatten in dieser Untersuchung weniger verfügbare Freizeit, was auch zu einer Abnahme sozialer Aktivitäten und einer Verkleinerung des sozialen Netzes der Familien führte.

Als objektive Belastungen wurden weiterhin das Stigma von Krankheit (Goffman, 1999) und fehlende Unterstützung und Information beschrieben (Angermeyer, Diaz Ruiz de Zárate & Matschinger, 2000; Fadden et al., 1987a; Methorst & Diekstra, 1987). Epidemiologische Untersuchungen in der Allgemeinbevölkerung zum Stigma psychischer Krankheit zeigen, dass Depression von 50% als Folge von Charakterschwäche gesehen wird (Jorm et al., 1999). 60% erkennen Depression in Fallvignetten nicht als psychische Störung (McKeon & Carrick, 1991). 62% empfinden es als schwierig, mit einem depressiven Menschen zu sprechen (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer & Rowlands, 2000). Kliniker unterschätzen die von den Angehörigen von Patienten mit bipolaren affektiven Störungen erlebten Belastungen verglichen mit deren Selbsteinschätzungen (Mueser, Webb, Pfeiffer, Gladis & Levinson, 1996). Hingegen stimmen ihre Belastungseinschätzungen mit den Selbsteinschätzungen der Angehörigen schizophrener Patienten überein. Kliniker sind möglicherweise ebenso wie die „Allgemeinbevölkerung“ und die nächsten Angehörigen in der Gefahr, Depression und ihre Folgen für das soziale Umfeld zu unterschätzen.

Zu Stigmatisierungserfahrungen oder -befürchtungen der nächsten Angehörigen psychisch Kranker existieren nur wenige Untersuchungen (Phelan, Bromet & Link, 1998; Wahl & Harman, 1989). Am häufigsten wurden Angehörige von Patienten mit Schizophrenien oder bipolaren Störungen untersucht, wobei in den zumeist gemischten Stichproben der Anteil der Eltern überwiegt. Die spezifische Erfahrung von Partnern ist im Vergleich dazu bisher wenig erforscht (Bischkopf, Jungbauer, Trosbach, Mory & Angermeyer, 2001), obwohl sie bereits in der klassischen Studie von Yarrow, Schwartz, Murphy & Deasy (1955) angesprochen wurden.

4.2.2 Subjektive Belastungen

Neben objektiven Belastungsfaktoren wurden *subjektive Belastungen*, d.h. die mit den Einschränkungen einhergehenden empfundenen Belastungen untersucht. Es interessierte vor allem, wie die Angehörigen die Situation kognitiv-emotional bewerten und erfahren. Gefühle des Verlustes, der Schuld und der Trauer, die sie im Zusammenhang mit der Depression des Partners erlebten, gaben ca. die Hälfte der Befragten an (Fadden et al., 1987a). Diese emotionalen Reaktionen waren für Frauen stärker ausgeprägt als für Männer.

In einer Untersuchung von Partnern bipolarer Patienten gaben über die Hälfte der Befragten an, sie hätten ihren Partner nicht geheiratet, wenn sie das Ausmaß der Belastungen gekannt hätten, die diese Krankheit für sie und die Familie mit sich bringen kann (Targum, Dibble, Davenport & Gershon, 1981). Trennungsgedanken von Partnern

der Patienten im Verlauf von Depressionen zählen zu häufigen subjektiven Reaktionen auf die veränderte Situation. Sie spiegeln einerseits die unter Umständen parallel bestehenden Kommunikations- und Partnerschaftsstörungen wieder. Andererseits fühlen sich viele Partner so überfordert, dass sie die Situation am liebsten verlassen würden. In der Untersuchung von Fadden et al. (1987a) gaben dies ca. die Hälfte der Befragten an, wobei auch hier Frauen deutlich subjektiv belasteter waren als Männer.

Werden die Aussagen von Partnern depressiver Patientinnen mit denen von Partnern von Patientinnen mit Alkoholproblemen verglichen, so beschreiben sich erstere als resignierter bezüglich der familiären Situation. Sie hatten weniger Hoffnung auf eine positive Veränderung als die Partner von Patientinnen mit Alkoholproblemen (Lutz, Appelt & Cohen, 1980). Dieses Ergebnis überrascht, sind doch besonders für die Alkoholabhängigkeit eines Familienmitgliedes weitreichende Folgen für das soziale Umfeld nachgewiesen worden (Mahnkopf & Rahn, 1999).

Abgesehen von den kurz skizzierten Ergebnissen sind subjektive Belastungen wenig systematisch untersucht worden. Das mag zum einen daran liegen, dass die subjektive Welt der Angehörigen schwer standardisiert erfasst werden kann. Zum anderen schließen subjektive Belastungen Anpassungs- und Bewertungsprozesse mit ein, die eine prozessorientierte empirische Herangehensweise erfordern. Erst in den letzten Jahren wurde die Perspektive der Partner mittels qualitativer Verfahren näher untersucht. Ergebnisse prozessorientierter Forschung zu den Auswirkungen der Krankheit eines Familienmitgliedes auf die Angehörigen und deren Umgang damit, werden in Kapitel 4.3 referiert. Über subjektive Belastungen wurde exemplarisch in der Ratgeberliteratur, in Selbstberichten und in klinischen Fallstudien berichtet (Golant & Golant, 1996; Hell, 1989; Holtz, 1994; Rosen & Amador, 1998; Woggon, 1998).

Im Gegensatz zu Untersuchungen mit Angehörigen schizophrener Patienten wurde für Partner depressiver Patienten eine hohe Korrelation zwischen den angegebenen objektiven und subjektiven Belastungen gefunden (Benazon & Coyne, 2000; Coyne et al., 1987). Die enge Verflechtung von depressivem Symptombild und den Beziehungen der Patienten führt dazu, dass viele objektive Veränderungen auch subjektiv von den Partnern erlebt werden. Je stärker das „Symptomverhalten“ eines Partners in das Paar- und Familienleben eingreift, um so stärker werden von dem Angehörigen subjektive Belastungen angegeben. Die interpersonelle Seite der Depression wird in diesem Befund erneut deutlich. Für die Partner schizophrener Patienten wurde hingegen eine Diskrepanz zwischen objektiven und subjektiven Belastungen beschrieben. Das bedeutet, dass sich Angehörige unabhängig vom tatsächlichen Ausmaß an Beeinträchtigungen (in Form von finanziellen Mehrausgaben, Verlust von Freizeit u.a.) belastet fühlen. Möglicherweise können die objektiven Maße hier besser als

„krankheitsbedingt“ interpretiert und somit in das gemeinsame Leben integriert oder von diesem losgelöst betrachtet werden.

4.2.3 Auswirkungen auf die Gesundheit der Angehörigen

Die dritte Komponente von Belastungen ist der akute und langfristige Einfluss der Situation auf die Gesundheit der einzelnen Familienmitglieder. In einer Reihe von Studien wurden *gesundheitliche Beeinträchtigungen bei Partnern depressiver Patienten als Folge der erlebten Belastungen* untersucht. Die Hälfte der befragten Familien mit einem depressiven Familienmitglied gaben an, dass sie ihre eigene Familie nach den Kriterien des Family Assessment Device (FAD) als ungesund betrachten (Keitner et al., 1995). Sie schätzten ihre körperliche Gesundheit allgemein schlechter ein als eine Kontrollgruppe (Gallagher & Mechanic, 1996). Die Depression eines Familienmitgliedes ging mit einer erhöhten Morbidität in den Familien der depressiven Patienten einher (Sobieraj, Williams, Marley & Ryan, 1998). In akuten Krankheitsphasen der depressiven Patienten nahmen deren Partner Gesundheitsdienste häufiger in Anspruch als die Allgemeinbevölkerung. Sie berichteten von mehr körperlichen Beschwerden funktioneller Art, sowie Angst- und Depressionssymptomen, die denen der erkrankten Partner ähnelten (Widmer et al., 1980). Diese Befunde unterstreichen die Notwendigkeit, das Auftreten von Krankheit systemisch, d.h. im Kontext familiärer und außerfamiliärer Bedingungen zu betrachten. Die Depression eines Familienmitgliedes kann eine Stresssituation darstellen, die zu einer erhöhten Vulnerabilität für die Entwicklung von Symptomen der anderen Familienmitglieder führt.

Die Prävalenz depressiver Symptome ist bei Partnern depressiver Patienten höher als in der Allgemeinbevölkerung (Benazon & Coyne, 2000). In der Studie von Coyne et al. (1987) erfüllten 40% der Partner von aktuell depressiven Patienten die Kriterien für eine Intervention nach der Hopkins-Symptom-Checklist. Waring & Patton (1984) berichteten von 36% der Partner depressiver Patienten, die Symptome einer Störung („non-psychotic emotional illness“) zeigten. In der Studie von Spangenberg & Theron (1999) waren gemessen mit dem Beck-Depressions-Inventar (BDI) über die Hälfte der Partner depressiver Patienten im klinischen Sinne selbst depressiv. Der Befund, dass Partner von depressiven Patienten häufig selbst depressiv reagieren, scheint damit gut belegt.

Es muss allerdings von einer Wechselwirkung zwischen Partnerschaftsstruktur und partnerschaftlicher Kommunikation einerseits und Gesundheitszustand und Wohlbefinden der Partner andererseits ausgegangen werden. In der experimentellen und

klinischen Forschung konnte gezeigt werden, dass negative Veränderungen in den sozialen Kontakten psychologische und physiologische Veränderungen bedingen. Einsamkeit und fehlende soziale Unterstützung sowie Ehekonflikte gehen mit einer Schwächung des Immunsystems, endokrिनologischen und psychophysiologischen Prozessen einher, die einen negativen Einfluss auf die Gesundheit des betreffenden Menschen haben (Kiecolt-Glaser, Newton, Cacioppo, MacCallum, Glaser & Malarkey, 1996; Kiecolt-Glaser, Glaser, Cacioppo, MacCallum, Snyder-Smith, Kim & Malarkey, 1997). Unglücklich Verheiratete sind insgesamt stärker gesundheitlich belastet als Geschiedene und Unverheiratete (Schütz & Wiesner, 2000). Die Partnerschaft stellt dann eher einen Stressfaktor dar und büßt protektive Funktionen ein. Gleichzeitig begrenzt sie die Möglichkeiten, unterstützende Beziehungen zu suchen, die unverheiratete und geschiedene Menschen nutzen können.

Die gesundheitlichen Auswirkungen von unglücklichen Partnerschaften sind für Frauen stärker ausgeprägt als für Männer. Es konnte gezeigt werden, dass die physiologischen Reaktionen bei einem Partnerkonflikt bei Frauen ausgeprägter und länger anhaltend sind als bei Männern (Kiecolt-Glaser et al., 1996). Feindseligkeit in der Partnerschaft hat auf das psychische Befinden von Frauen einen stärkeren negativen Effekt als auf das von Männern (Brummett et al., 2000). Die Ergebnisse verweisen auf psychoneuroimmunologische Prozesse, die das Zusammenspiel von Stress und gesundheitlichen Beeinträchtigungen moderieren. Die Beteiligung kognitiv-emotionaler Bewertungsprozesse ist noch nicht einmal einbezogen. Es ist daher Vorsicht geboten, um die epidemiologischen Daten über gesundheitliche Belastungen bei Partnern depressiver Patienten nicht kausal in Beziehung zu setzen zur Depression des Familienmitgliedes.

4.3 Belastungen bei Depression im Vergleich zu anderen psychiatrischen Krankheiten

Neuere Vergleichsuntersuchungen zeigen, dass sich die Familien unterschiedlicher Patientengruppen im Grad der angegebenen Belastung wenig unterscheiden (Mueser et al., 1996; Perlick et al., 1999; Veltro, Magliano, Lofraccio, Morosini & Maj, 1994). Offen bleibt jedoch, ob es eine störungsspezifische Typologie von Belastungen gibt. In der Studie von Mueser et al. (1996) wurden 48 Angehörige von schizophrenen, schizoaffektiven oder bipolar depressiven Patienten zu ihrem Belastungserleben befragt. Es wurden keine Unterschiede zwischen den Störungsgruppen hinsichtlich des Ausmaßes der angegebenen erlebten Belastung gefunden. Einzelne Symptome wurden

jedoch von den jeweiligen Angehörigen unterschiedlich bewertet. Manische Symptome wurden von den Angehörigen bipolar depressiver Patienten belastender erlebt als von Angehörigen schizophrener Patienten.

In der Studie von Veltro et al. (1994) wurde das Belastungserleben der Angehörigen schizophrener mit dem von Angehörigen neurotischer Patienten verglichen. Die als neurotisch bezeichnete Patientengruppe bestand aus Patienten mit neurotischer Depression, Zwangsstörungen, Phobien und Angststörungen nach ICD -9. Zwischen den einzelnen Patientengruppen in der Kategorie „neurotisch“ wurde jedoch aufgrund der geringen Fallzahlen in der Ergebnisdarstellung nicht unterschieden. Das Belastungserleben der Angehörigen schizophrener Patienten korrelierte stärker mit dem tatsächlichen Funktionsniveau des Patienten als dies für die Angehörigen der als neurotisch klassifizierten Patientengruppe der Fall war. Im Ausmaß der standardisiert erfassten Belastungen der Angehörigen unterschieden sich die beiden Gruppen nicht, jedoch auch hier hinsichtlich der Bewertung von Einzelsymptomen. Die Negativsymptomatik des Patienten wurde von den Angehörigen schizophrener Patienten am belastendsten erlebt, während von den Angehörigen der Gruppe neurotischer Patienten Angst- und Zwangssymptome als am stärksten belastend wahrgenommen wurden. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass nicht die Diagnose *per se*, sondern bestimmte Symptome für das Belastungserleben relevant sind.

In der Studie von Chakrabarti et al. (1993) sind die bei Veltro et al. (1994) unter „neurotisch“ zusammengefassten Störungsgruppen näher untersucht und miteinander verglichen worden. Jeweils 30 Angehörige von Patienten mit den Diagnosen Dysthymia, Generalisierte Angststörung und Zwangsstörung wurden zu ihrem Belastungserleben befragt. Es ließen sich keine Unterschiede in der angegebenen Belastung zwischen diesen Störungsgruppen feststellen.

Friedmann, McDermut, Solomon, Ryan, Keitner & Miller (1997) verglichen Familien mit einem an Schizophrenie, Major Depression, Angststörungen, Essstörungen, Abhängigkeitsstörungen oder Anpassungsstörungen leidenden Familienmitglied untereinander und mit einer Kontrollgruppe im Hinblick auf Unterschiede in den familiären Funktionsbereichen. Die Art der Störung des Patienten erklärte die Unterschiede im familiären Funktionsniveau nicht. Die untersuchten Familien mit einem psychisch Kranken hatten jedoch insgesamt schlechtere Werte als die Kontrollfamilien. Dies traf besonders in den akuten Krankheitsphasen des psychisch kranken Familienmitglieds zu. Das Leben mit einem psychisch Kranken stellt somit unabhängig von der Art der Erkrankung eine Belastung dar, die besonders in der akuten Krankheitsphase Auswirkungen auf das familiäre Zusammenleben haben kann.

Die Befunde zeigen, dass die diagnostische Zuordnung der Erkrankung des Patienten nicht per se zum Verständnis der Situation der Angehörigen beiträgt. Auch sind die erlebten Belastungen und die damit einhergehenden Bewertungsprozesse kulturell geformt. In einer Untersuchung von Keitner, Fodor, Ryan, Miller, Bishop & Epstein (1991) wurden US-amerikanische und ungarische Familien mit einem depressiven Familienmitglied miteinander und mit einer Kontrollgruppe verglichen. Die Familien beider kultureller Gruppen, in denen ein Familienmitglied erkrankt war, waren gegenüber der Kontrollgruppe in ihrer Funktionsfähigkeit benachteiligt. Die ungarischen Familien gaben mehr Probleme an, Grenzen und Regeln zu setzen. Die nordamerikanischen Familien berichteten über mehr Schwierigkeiten, Probleme gemeinsam zu lösen und miteinander zu kommunizieren. Diese Untersuchung verdeutlicht die Bedeutung von Kontextfaktoren für das individuelle Belastungserleben und unterstreicht die Notwendigkeit, Sinnzusammenhänge in einem kulturell und sozial geprägten Gefüge zu untersuchen.

4.4 Studien zum Bewältigungsverhalten von Partnern depressiver Patienten

Über Bewältigungsstrategien und den Umgang der Partner mit der veränderten Lebenssituation ist relativ wenig bekannt. In der Untersuchung von Fadden et al. (1987a) dominierte unter den befragten Partnern depressiver Patienten ein problemorientierter, kognitiver Copingstil. Die Partner bipolarer Patienten betrachteten die Begrenztheit der einzelnen Phasen als bessere Grundlage für ihre Bewältigung der Situation als Partner unipolar depressiver Patienten (Fadden et al., 1987a). Diese nahmen den Krankheitsprozess überwiegend schleichend und chronifiziert wahr, d.h. der depressive Patient kehrte in ihren Augen zumeist nicht zum erlebten Ausgangsniveau zurück. In der Studie von Spangenberg & Theron (1999) wurde der Zusammenhang zwischen Bewältigungsstrategie und seelischer Gesundheit der Partner sowie deren Ehezufriedenheit untersucht. Zeigten Partner depressiver Patienten Vermeidungsverhalten, so erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit, dass sie selbst mit Angst und Depression reagierten und ihre Ehequalität als gering einstufen. Dysfunktionale Bewältigungsstrategien der Partner depressiver Patienten hatten einen negativen Einfluss auf die Kommunikation mit ihrem erkrankten Angehörigen (Bodenmann, Perrez & Gottman, 1996) und korrelierten negativ mit der Ehestabilität (Bodenmann & China, 1999).

Das Bewältigungsverhalten der Partner ist unabhängig von Veränderungen in der depressiven Symptomatik des erkrankten Angehörigen (Krantz & Moos, 1987). Partner depressiver Patienten nutzen eine Bewältigungsstrategie auch weiter, wenn sich das Symptombild des depressiven Angehörigen bessert. Das bedeutet, dass Partner unter Umständen auch dann noch Vermeidungsverhalten oder dysfunktionale Kommunikationsformen anwenden, wenn die Depression des Angehörigen klinisch betrachtet vorüber ist. So waren die Werte der Partner für Stress, Coping und Depression in einer Vergleichsuntersuchung höher als die einer gesunden Kontrollgruppe, jedoch geringer als die einer Gruppe depressiver Patienten ausgeprägt (Mitchell, Cronkite & Moos, 1983). Dieses Ergebnis verweist auf den langfristigen Charakter von familiären Formen der Bewältigung und Krankheitsverarbeitung.

Über Coping-Skalen hinaus ist relativ wenig über das Bewältigungsverhalten der Partner bekannt. Der Fragebogenansatz in der Coping-Forschung wurde kritisiert, da ihm ein zu enger Coping-Begriff zugrunde liegt (Coyne & Gottlieb, 1996; Lazarus, 2000). Mit qualitativen Verfahren ist es hingegen möglich, den Einfluss einer Depression auf die Familie prozessorientiert und in seinen subjektiven Bedeutungen zu untersuchen. Qualitative Studien haben einen unterschiedlichen Phasenverlauf in der Auseinandersetzung mit der psychischen Krankheit eines Familienmitgliedes beschrieben. Dieser ist durch verschiedene Stadien mit ihren jeweils spezifischen Themen gekennzeichnet. Bewältigung wird als kognitiv-emotionaler Prozess verstanden, dessen Ablauf von den verschiedenen Autoren eine jeweils spezifische Gewichtung erhält. So wird die Auseinandersetzung mit der Krankheit des Partners als Entscheidungsprozess bis zur Inanspruchnahme von Hilfeleistungen (Yarrow et al., 1955), als Trauerprozess (Raymond, Slaby & Lieb, 1975), als familiärer Transformationsprozess (Badger, 1996) oder als Definition und Aushandeln von Verantwortung (Karp & Watts-Roy, 1999) verstanden. Die einzelnen Konzepte und die in ihnen beschriebenen Phasen sind in Tabelle 2 zusammengefasst.

Tab.2 Stage models of family response to mental illness

Study	Method / Sample	Concept	Stages identified
Yarrow, Schwartz, Murphy, Deasy, 1955	Spouses of patients with mental illness	Timing of hospitalisation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wife recognizes ununderstandable/unacceptable behavior of husband 2. Adjustment of expectations 3. Variation in seeing husband as normal and abnormal 4. Adaptation, become defensive about it with other people 5. No longer able to sustain a definition of normality and to cope with husbands behaviour
Raymond, Slaby, Lieb, 1975	Derived from literature on grief and mourning	Grief and mourning	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uneasiness, need for reassurance 2. Denial and minimizing 3. Anger, blame, guilt, shame, grief, confusion 4. Acceptance of reality
Tessler et al, 1987	"National Alliance for the Mentally ill" (N=30) Interview schedule, observations made in support group meetings	Coping response of family members	<ol style="list-style-type: none"> 1. Initial awareness of a problem 2. Denial of mental illness 3. Labelling 4. Faith in mental health professionals 5. Recurrent crisis 6. Recognition of chronicity 7. Loss of faith in professionals 8. Belief in the family expertise 9. Worrying about the future
Badger, 1996	Spouses and parents of depressed patients (N=11) Interviews	Family transformations	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acknowledging the stranger within 2. Fighting the battle 3. Gaining a new perspective
Karp & Watts-Roy, 1999	Self-help group (N=50) Ethnographic involvement	Transitions in the way caregivers assess their obligations	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hoping and learning 2. Revising expectations 3. Assessing responsibility 4. Preserving oneself

Exemplarisch soll im folgenden eines dieser Modelle näher dargestellt werden, nämlich jenes der Untersuchung von Karp & Watts-Roy (1999). Die Definition und das Aushandeln von Verantwortung zwischen dem Kranken und seinen Angehörigen wird in diesem Modell in vier Phasen beschrieben (Karp & Watts-Roy, 1999). Die Grenzen der einzelnen Phasen sind jedoch unscharf, ihre Abfolge individuell variabel. Die erste Phase ist von einem Prozess des Lernens, Informierens und Verstehens der Krankheit getragen. Diese Lernphase ist begleitet von der Hoffnung auf eine Besserung der Symptome und der Zuversicht, eine erfolgreiche Anpassung an die veränderte Lebenssituation zu bewältigen.

Im zweiten Schritt werden diese häufig überhöhten Hoffnungen und Erwartungen revidiert, da eigene Grenzen im Umgang mit der Situation, aber auch Grenzen der Behandlung erfahren werden. Es entsteht ein realistischeres Bild der Erkrankung und ihrer Auswirkungen. Dieser Prozess ist mit Gefühlen der Trauer und des Verlustes, der Sorge und der Resignation verbunden.

Im Mittelpunkt des dritten Schrittes steht der Prozess des Aushandelns und Anerkennens von eigener Verantwortung und von den Grenzen dieser Verantwortung. Diese Phase ist meist von Ambivalenz und Spannungen gekennzeichnet.

In der vierten Phase werden die Auswirkungen der Veränderungen auf die eigene Lebensgestaltung bilanziert und diese ggf. einer Neuordnung unterzogen. Die Frage ist, wie mit der Situation hilfreich umgegangen werden kann, ohne die Grenzen der eigenen Belastbarkeit zu überschreiten und die eigenen Lebensziele zu verleugnen. Der Kern dieser Analyse von Karp & Watts-Roy (1999) war folglich die Auseinandersetzung mit Verantwortung und die Definition von Grenzen. Dies bestimmt, wie Angehörige die Situation kognitiv-emotional verarbeiten und in den konkreten Alltagssituationen, aber auch im Hinblick auf ihren Lebensplan handeln.

4.5 Zusammenfassung und Folgerungen für die Untersuchung

Die Erforschung der Sichtweise und Lebenssituation der Partner depressiver Patienten in der vorliegenden Untersuchung folgt der Tradition der in diesem Kapitel vorgestellten „Caregiver-Burden“-Forschung, die gleichsam das Rahmenkonzept bildet. Für die Konzeption und Gestaltung der vorliegenden Untersuchung werden ausgehend von den referierten Befunden und Problemen der Forschung folgende Punkte abgeleitet:

1. Partner depressiver Patienten berichten von Erfahrungen, die im Sinne des traditionellen „burden“-Begriffes in „objektive“ und „subjektive“ Belastungen unterteilt werden können. Zusammenhänge zwischen der veränderten Situation durch die Depression des Partners auf der einen Seite und der Gesundheit des nicht-depressiven Partners auf der anderen Seite können auf der Grundlage stresstheoretischer Modelle verstanden werden. Besonders in akuten Phasen des depressiv Erkrankten wird die familiäre und partnerschaftliche Situation von den Partnern der Patienten als beeinträchtigt und sogar ungesund erlebt. Das Bewältigungsverhalten der Partner erstreckt sich über das Abklingen der Akutphase der Depression ihres Angehörigen hinaus und lässt somit einen langfristigen Einfluss der Erkrankung vermuten.

2. Vielen Studien liegt ein einseitiges, d.h. individuumszentriertes Verständnis von Bewältigung zugrunde. Für die Partner depressiver Patienten ist ein Zusammenhang zwischen Vermeidungsverhalten und der Entwicklung von Angst und Depression nachgewiesen worden. Da Vermeidungsverhalten auch mit geringer Ehequalität einhergeht, ist zu fragen, wie individueller Umgang und Paarverhalten zusammenhängen. Konzepte wie „Dyadisches Coping“ (Bodenmann, 2000) könnten hilfreich sein für ein umfassenderes Verständnis der Bewältigungsformen in der Familie. Weiterhin ist davon auszugehen, dass der normative Entwicklungsverlauf von Paarbeziehungen (Schneewind, Graf & Gerhard, 2000) durch die Erkrankung eines der beiden Partner gestört wird. Dies sollte in die Analyse einbezogen werden, kann doch der jeweilige „Entwicklungsstand“ eines Paares unterschiedliche Möglichkeiten zur Bewältigung der Situation bieten.

3. Häufig werden verkürzte Ursache-Wirkungsmodelle in der Belastungs-Bewältigungs-Forschung zugrunde gelegt. Es muss beispielsweise nicht die depressive Erkrankung per se sein, die i.S. eines chronischen Stressors Einfluss auf den gesunden Partner hat. Auch die Partnerschaftsstruktur und die Bewältigungsversuche des Paares beeinflussen die Gesundheit und das Wohlbefinden der Partner. Vor allem der Nachweis gesundheitlicher Belastungsfolgen bei Partnern depressiver Patienten erfordert in stärkerem Maße den Einbezug moderierender Einflüsse als dies bislang der Fall ist. Belastungen und Bewältigungsverhalten müssten zudem stärker in ihrem gesellschaftlichen Bezug untersucht werden.

4. Qualitative Zugangswege zum Verständnis der Situation der Partner führten zu einer Reihe von Phasenmodellen, welche die Auseinandersetzung mit der psychischen Erkrankung eines Familienmitgliedes beschreiben (und vorhersagen). Hierbei spielen u.a. Entscheidungsprozesse, Trauerprozesse, Anpassungsprozesse und Aushandlungsprozesse eine Rolle. Diese können auf die jeweiligen krankheits- und paarspezifischen Situationen angewendet werden und individuell ausgeformt sein. Im Vergleich mit anderen Patientengruppen zeigte sich, dass keine Unterschiede im Ausmaß der Belastungen der Familien, wohl aber in der Wahrnehmung und der Interpretation der Situation bestehen. Dies wiederum wirkt sich auf das individuelle Verarbeiten der Situation und das Handeln des Einzelnen sowie des Paares aus. Mir ist kein Beschreibungskonzept speziell für die Situation von Partnern depressiver Patienten bekannt.

5 Fragestellung und Konzeption der Untersuchung

In der klinischen Forschung sind die Paarbeziehungen depressiver Patienten gut untersucht, jedoch vorrangig unter dem Aspekt der Ätiologie, des Verlaufs und der Therapie der Störung. Gut erfasst sind die Ehebeziehungen depressiver Frauen. Dagegen gibt es weniger Untersuchungen zu depressiven Männern und nur vereinzelt Befunde über die Lebenssituation der Ehe- bzw. Lebenspartner depressiver Patienten (Coyne, 1986). Es ist wenig darüber bekannt, wie Partner depressiver Patienten die Erkrankung erleben und welche Auswirkungen sie auf ihre gemeinsame Lebensgestaltung hat. Vorhandene Modelle, die den Umgang mit einer Krankheit in der Familie beschreiben, bilden die spezifische Situation der Partner von depressiven Patienten nur ungenügend ab. Die in der Angehörigen- und Paarforschung vorherrschenden quantifizierenden Erhebungs- und Analysestrategien erfassen die subjektiven Bedeutungen nur unzureichend, welche die Situation für die Beteiligten hat. Ein weiteres Defizit bisheriger Forschungsstrategien ist die Vernachlässigung der Alltagsebene von Belastung und Bewältigung (Hammen, 1991). Für eine ausführliche Herleitung der Hauptargumente und Entwicklungslinien der Fragestellung sei noch einmal auf die Kapitel 2.6, 3.4 und 4.5 verwiesen, in denen am Ende der jeweiligen Theoriekapitel Schlussfolgerungen für die Untersuchung gezogen wurden.

Um subjektive Sinnzusammenhänge zu analysieren und die Auswirkungen der Erkrankung auf den Lebensalltag der Betroffenen zu erfassen, wird die Anwendung qualitativer Forschungsstrategien gefordert (Hammen, 1991 S. 234). Jedoch muss festgestellt werden, dass qualitative Forschungsarbeiten einen sehr geringen Teil aller Arbeiten klinischer Forschung ausmachen. Nur 2% aller Forschungsarbeiten, die beispielsweise von 1991 bis 1995 in sieben ausgewählten medizinischen Zeitschriften veröffentlicht wurden, waren qualitative Studien (Boulton, Fitzpatrick & Swinburn, 1996). Zu den ausgewerteten Zeitschriften zählten jene aus den Bereichen Public Health und Allgemeinmedizin, u.a. die Zeitschrift „Family Practice“. Das Potential qualitativer Forschung für klinische Fragestellungen scheint daher noch lange nicht (an)erkannt oder etabliert zu sein.

Folgt man diesem Fazit aus der bisherigen Forschung, liegt eine subjektorientierte Herangehensweise an das Thema nahe. In der folgenden empirischen Untersuchung soll dem Rechnung getragen werden, indem die klinischen Phänomene in ihrem jeweiligen

Lebenszusammenhang, d.h. auch in ihrem gesellschaftlichen Kontext betrachtet werden. Hierfür wird auf den Begriff der „Lebenswelt“ und auf die „lebensweltliche Analyse des Familienalltags“ (Buchholz et al., 1984) Bezug genommen. Über das Konzept der Lebenswelt wurde gesagt, „dass es menschliches Handeln aus den alltäglichen Sinnzusammenhängen der subjektiven Konstrukteure zu begreifen sucht“ (Buchholz et al., 1984, S. 13). Es wird in der vorliegenden Untersuchung ein verstehender Zugang zur „Sicht des Subjekts“ (Bergold & Flick, 1987) gewählt. Anliegen ist es, die Lebenswelt derer besser zu verstehen, die mit ihren Angehörigen die Depression und ihre Folgen (mit)erleben.

Depression wird als bio-psycho-soziales Geschehen verstanden, wobei die soziale Seite der Krankheit im Mittelpunkt der Arbeit stehen wird. Depression wird aus der Sicht der Sozialpartner, insbesondere der engen Bezugspersonen der depressiven Patienten beschrieben. Der Einbezug der Partner der Patienten erhält zusätzliche Relevanz, da ein enger Zusammenhang zwischen Merkmalen der Partnerschaft und der Entwicklung von Depressionen nachgewiesen worden ist (Hahlweg, 1996). Die Erforschung der subjektiven Sicht der Partner soll einen Beitrag dazu leisten, diese Zusammenhänge zwischen Partnerschaft und Depression weiter zu explorieren.

Mit der vorliegenden Dissertation wird ein verstehender, rekonstruierender Zugang nahe an den Erfahrungswelten und dem Lebensalltag der interessierenden Gruppe, nämlich den Partnern depressiver Patienten gewählt. Zu Beginn des qualitativen Forschungsprozesses wird dieser Phänomenbereich eingegrenzt, aber nicht konkreter differenziert (Mayring, 1996). Dadurch werden Gewichtungen und Akzentsetzungen ermöglicht, die sich im Laufe der Erforschung des Phänomens ergeben (Coyne, 1997, S. 630).

Jedoch besteht eine kreative Spannung zwischen der geforderten Offenheit einerseits und der „Sensibilisierung“ des Forschers für den Phänomenbereich andererseits. Wenn man davon ausgeht, dass keine Wahrnehmung gänzlich voraussetzungslos, sondern durch bestimmte Vorannahmen geprägt ist, dann muss auch für qualitative Arbeiten der Umgang mit theoretischem Vorwissen thematisiert werden (Kelle, 1996). Die Reflexion von Vorwissen ist als eine Möglichkeit beschrieben worden, „theoretical sensitivity“ (Strauss & Corbin, 1996) oder ein „sensitizing concept“ (van den Hoonaard, 1997) auszubilden.

Theoretische Sensibilität ist die Fähigkeit des Forschers, „über empirisch gegebenes Material in theoretischen Begriffen zu reflektieren“ (Kelle, 1996, S. 29). Diese Fähigkeit begleitet den gesamten Forschungsprozess. Nach Kelle (1996) steht die theoretische Sensibilität in Beziehung zur „Verfügbarkeit brauchbarer heuristischer

Konzepte, welche die Identifizierung theoretisch relevanter Phänomene im Datenmaterial ermöglicht“ (S. 32). Für die vorliegende Untersuchung können heuristische Konzepte aufgrund des theoretischen Vorwissens (aus Kapitel 2 bis 4) entwickelt werden. Als eine mögliche Vorgehensweise wurde die Katalogisierung von „sensibilisierenden“ Fragen vorgeschlagen, die sich aus dem Vorwissen und der Neugier des Forschers ergeben (Gilgun, 1992). Im Hinblick auf die Situation der Partner depressiver Patienten erscheinen folgende Fragen interessant:

- Wie nehmen die Partner depressiver Patienten die Depression wahr?
- Wie beeinflusst ihre Wahrnehmung der Depression ihren Umgang mit dem kranken Partner?
- Welche Belastungen sind aus Sicht der Partner von depressiven Patienten mit Depression verbunden?
- Welche Auswirkungen haben depressionsbedingte Veränderungen auf die Lebensgestaltung und den Lebensalltag des Paares?
- Wie gehen Partner depressiver Patienten mit erkrankungsbedingten Problemen um?
- Welche Auswirkungen auf ihre eigene Befindlichkeit nehmen die Partner der depressiven Patienten wahr?
- Welche Umgangsstrategien werden von den Partnern der depressiven Patienten als hilfreich erlebt?
- Welche Hindernisse für einen hilfreichen Umgang werden wahrgenommen?
- Welche Rolle spielt das psychosoziale Hilfesystem für die Partner der depressiven Patienten?
- Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus den Erfahrungen der Partner depressiver Patienten für psychosoziale Hilfen und die Arbeit mit den Familien ableiten?

Das Anliegen ist, besser zu verstehen, wie Partner depressiver Patienten mit ihrer Lebenssituation umgehen und welche Auswirkungen dies hat. In der Familienforschung haben sich qualitative Ansätze als ein Zugangsweg zur „Lebenswelt Familie“ bewährt: „Qualitative methods give us windows on family processes through which we can observe patterns of interaction and the ongoing negotiations of family roles and relationships“ (Daly, 1992, S. 49). Betont werden Prozesse, Interaktionen und Beziehungen. Ziel dieser Art rekonstruktiver Sozialforschung ist es, „nach jenen Regeln zu suchen, die das soziale Handeln bestimmen“ (Girtler, 1984, S. 35). Unter diesen Voraussetzungen ist die Forschungsstrategie der Grounded Theory (Strauss & Corbin, 1996) die „Methode der Wahl“. Ihr Ziel ist „die Beschreibung und Analyse dieser Handlungs- und Interaktionsstrategien und der auf sie einwirkenden äußeren intervenierenden Bedingungen“ (Kelle, 1996, S. 37). Die Grounded Theory bietet einen

heuristisch-analytischen Rahmen für den gesamten Forschungsprozess. Dieser wird in Kapitel 6 näher erläutert.

Aufgrund der Orientierung an den Erfahrungswelten der Partner depressiver Patienten soll sich die Datenerhebung ausschließlich auf die Partner beschränken. Dieser Entscheidung liegen mehrere Argumente zugrunde. Die Fragestellung bezieht sich auf die Wahrnehmung der Partner der Patienten, ohne die Interaktion beider Partner direkt zu berücksichtigen. Eine gemeinsame Befragung der Partner und ihrer depressiven Angehörigen wird daher ausgeschlossen. Sie käme einem Paargespräch nahe und hätte somit intervenierenden Charakter. Die Erhebung soll jedoch nicht in Konkurrenz zur Behandlung der depressiven Patienten treten. Schließlich hätte eine gemeinsame Befragung Auswirkungen auf die Äußerungen der Partner, weil die Anwesenheit der depressiven Angehörigen zur Selektion bestimmter Themen führen würde (Holstein & Gubrium, 1995). Aus diesem Grund können auch im paartherapeutischen Setting beide Partner zunächst getrennt befragt werden (Coyne, 1986, S. 499). Aufgrund der Fokussierung auf die Partnersicht in der Untersuchung wird auf eine zusätzliche Befragung der depressiven Angehörigen verzichtet.

6 Methodische Basis und Durchführung der Untersuchung

Den methodischen Hintergrund für die vorliegende Dissertation bildet meine Mitarbeit in der Längsschnittstudie „Gesundheitliche und ökonomische Belastungen von Familien mit psychisch kranken Angehörigen“, die unter der Leitung von Prof. Dr. med. M. C. Angermeyer an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig von 1998–2001 durchgeführt wurde. Die Studie stand in der Tradition der in Kapitel 4 vorgestellten „Caregiver-Burden“-Forschung. Ziel war es, objektive und subjektive Belastungsfaktoren sowie Auswirkungen auf die Gesundheit der Angehörigen psychiatrischer Patienten zu erheben (Angermeyer, Freigang, Kilian & Wittmund, 1998). Die Untersuchung war Teil des Forschungsschwerpunktes „Angehörige in der Rehabilitation“ des rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Berlin-Brandenburg-Sachsen (Wilms, 1999). Zum einen interessierte, in welchem Umfang und in welcher Form Angehörige psychiatrischer Patienten Belastungen erleben und welche gesundheitsökonomischen Folgen daraus entstehen. Auf der Basis der detaillierten Erfassung von Belastungen ermöglichte die Studie zum anderen, Anhaltspunkte für nutzerorientierte Interventionsprogramme für die Familien der Patienten zu entwickeln.

6.1 Konzeption und Durchführung der Rahmenstudie

Familien von Patienten der Erwachsenenpsychiatrie mit den Diagnosegruppen Affektive Störungen (F32, F33, F34.1), Angststörungen (F40, F41) und Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis (F20) nach ICD-10 wurden in die Studie einbezogen. Angestrebt war, je Störungsgruppe 50 Ehe- bzw. Lebenspartner und zusätzlich 50 Eltern schizophrener Patienten zu befragen. Als Einschlusskriterien wurde neben den oben genannten Diagnosen der Patienten gefordert, dass Ehe- bzw. Lebenspartner mit dem Patienten in einem Haushalt zusammenlebten. Der gemeinsame Haushalt wurde als Indikator für eine hinreichende gemeinsame Lebensgestaltung und einen miteinander geteilten Alltag betrachtet, so dass auch ein „Mit-Erleben“ der Erkrankung durch den Partner gegeben war.

Die Patienten und deren Familien wurden durch MitarbeiterInnen psychiatrischer Einrichtungen der Stadt Leipzig über die Studie informiert. Dies betraf die drei psychiatrischen Kliniken (Universitätsklinikum, Parkkrankenhaus Leipzig Süd-Ost GmbH, Sächsisches Fachkrankenhaus Altscherbitz) und deren Institutsambulanzen sowie die sieben psychiatrischen Einrichtungen des Modellverbundes Gemeindenahe Psychiatrie der Stadt Leipzig.

Die Angehörigen wurden zu drei Zeitpunkten im Abstand von 6 (+/-1) Monaten befragt. Um sowohl objektive und subjektive Belastungen als auch wahrgenommene Belastungsfolgen zu ermitteln, wurde eine Kombination quantitativer und qualitativer Erhebungsverfahren eingesetzt. Zum Teil wurde die Auswahl der standardisierten Instrumente an den zeitgleich laufenden Bundesgesundheitssurvey (Bellach, 1997) angelehnt. Die Daten zur Gesundheit der Angehörigen und zu ihrem Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsdiensten konnten daher mit denen der Allgemeinbevölkerung verglichen werden. Eine Auflistung der in der Rahmenstudie eingesetzten Instrumente ist nach Patientendaten und Angehörigendaten getrennt in Tabelle 3 und 4 gegeben. Zusätzlich wurde zwischen dem zweiten und dritten Erhebungszeitpunkt ein Tagebuchverfahren eingesetzt. Alle Mitglieder der jeweiligen Familien wurden gebeten, über einen Zeitraum von mindestens vier und maximal zwölf Wochen wöchentlich Angaben zu ihren Belastungen und Entlastungsstrategien zu machen.

Tab.3 Variablen und Instrumente: Daten der Patienten

Zielvariable	Instrument
Diagnosegruppe	diagnostische Zuordnung des behandelnden Arztes bzw. Psychologen nach ICD 9 / 10
Grad der funktionellen Beeinträchtigung	Global Assessment of Functioning (GAF) Rating des behandelnden Arztes bzw. Psychologen
Soziodemographische Daten des Patienten	Angehörigen-Fragebogen, Modifikation des Kerndatensatzes (Deck & Röckelein, 1999)

Tab.4 Variablen und Instrumente: Daten der Angehörigen

Zielvariable	Instrument
Belastungserleben/ subjektive Belastungen	narratives Interview
Soziodemographische Daten des Angehörigen	Angehörigen-Fragebogen Modifikation des Kerndatensatzes (Deck & Röckelein, 1999)
Körperliche Beschwerden und Erkrankungen; allgemeiner Gesundheitszustand	Fragen Nr. 3 und 12 aus dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (vgl. Bellach, 1997)
Psychosomatische Beschwerden	Gießener Beschwerdebogen (GBB) (Brähler & Scheer, 1995)
Psychiatrisch relevante Beschwerden und Symptome	Klinisches Interview DIAX-M-CIDI (Laptopversion) nach Einsatz eines Screening-Fragebogens (vgl. Wittchen, 1998)
Inanspruchnahme medizinischer und rehabilitativer Leistungen	Fragen 23A, 32B, 33, 37, 38, 42 aus dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998
Medikamenteneinnahme	Arzneimittel-Anamnesebogen aus dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998
Finanzielle Belastungen	Fragebogen (Eigenentwicklung)
Subjektive Lebensqualität	WHOQOL-Bref (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000)

Die quantitativen Daten wurden mittels multivariater statistischer Analyseverfahren (Bortz & Döring, 2002) ausgewertet. Die Auswertung der qualitativen Daten orientierte sich an der Thematischen Feldanalyse (Fischer-Rosenthal, 1996) und an der Grounded Theory (Strauss & Corbin, 1996). Die Auswertestrategie für die qualitativen Daten wurde unter meiner Mitarbeit an die Studie angepasst. Eine detaillierte Darstellung dieses Verfahrens wird in Kapitel 6.4 gegeben.

6.2 Datenbasis der vorliegenden Dissertation

Die Dissertation basiert auf den qualitativen Daten der Teilstichprobe der Partner depressiver Patienten, die in der Rahmenstudie erhoben wurden. Zunächst wurden die MitarbeiterInnen der interessierenden psychiatrischen Einrichtungen über die Studie informiert und um ihre Unterstützung gebeten. Diese informierten dann ihrerseits diejenigen ihrer Patienten, welche die gegebenen Einschlusskriterien erfüllten (s. Kap. 6.1). Die angesprochenen Patienten informierten dann ihren Partner, sofern sie nicht ihrerseits Einwände gegen die Untersuchung hatten. Äußerte der Partner Interesse, wurde er von mir angerufen oder er meldete sich selbst. In diesem ersten Telefonkontakt wurden zusätzliche Informationen über die Studie und deren Ablauf gegeben und ein Gesprächstermin bei den Familien zu Hause vereinbart. In Einzelfällen wurde den Partnern auch angeboten, das Institut aufzusuchen. Für ihre Teilnahme wurde den Partnern der Patienten eine Aufwandsentschädigung in Höhe von DM 50,00 pro Erhebungszeitpunkt angeboten.

Die Patienten gaben weiterhin ein schriftliches Einverständnis, dass die MitarbeiterInnen der Studie über ihre Diagnosen und die Krankheitsdauer vom behandelnden Arzt oder Psychologen informiert werden durften. In Einzelfällen, wenn die Patienten dies gestatteten, war es daher möglich, Einblick in ihre Krankenakten zu nehmen und zusätzliche Informationen zu erhalten.

Der Weg zu den Partnern der depressiven Patienten verlief über mehrere potentielle Hindernisse: die behandelnden Ärzte oder Psychologen, deren Klinik- bzw. Praxisroutine wenig Raum für zusätzliche Leistungen bot; die Patienten, deren depressives Denken oftmals zu einer sofortigen Ablehnung führte und schließlich die Partner der depressiven Patienten, die ihrerseits Gründe für eine Ablehnung hatten. Es war nur durch meine parallele klinische Arbeit in einer der psychiatrischen Einrichtungen und meinen intensiven Kontakt zu den anderen Einrichtungen möglich, in einer angemessenen Zeit diese Teilnehmerzahl zu erreichen. Der „Weg der Rekrutierung“ von Studienteilnehmern ist in Abbildung 1 nachgezeichnet:

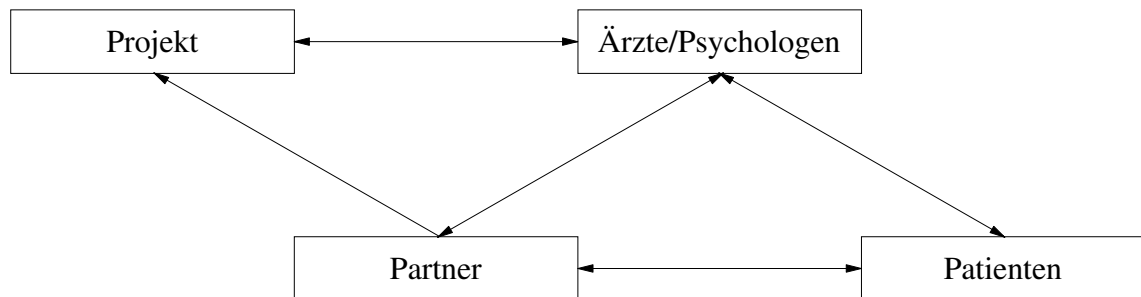


Abb.1 „Weg der Rekrutierung“ von Studienteilnehmern aus dem Behandlungskontext

Es wurden zwischen März 1999 und Juli 2000 insgesamt 122 depressive Patienten und deren Partner angesprochen. 54 (44.3%) von ihnen erklärten sich zur Teilnahme an der Untersuchung bereit. Die vorliegende Dissertation basiert auf 54 Interviews, die mit den Partnern depressiver Patienten zum ersten Erhebungszeitpunkt geführt wurden. 27 männliche und 27 weibliche Partner von depressiven Patienten nahmen an der Untersuchung teil. Das Durchschnittsalter der Partner betrug 51.8 Jahre. Der jüngste Studienteilnehmer war 21 Jahre, der älteste 69 Jahre alt. Die Mehrzahl der befragten Partner stand ganztätig oder in Teilzeit in einem Arbeitsverhältnis (57.4%). 16.7% waren arbeitslos oder kurzzeitig in einer Fördermaßnahme. 20.4% der untersuchten Partner depressiver Patienten waren in Altersrente und 1.9% erhielten eine Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente. 3.6% der Angehörigen waren in einem nicht näher differenzierten Status (z.B. Hausfrau oder Elternzeiten).

Die befragten Partner waren im Durchschnitt seit 26.1 Jahren (SD=11.5) mit dem (zum Zeitpunkt der Untersuchung) depressiven Partner verheiratet oder lebten in einer festen Beziehung mit ihm zusammen. Es handelt sich um ausschließlich heterosexuelle Partnerschaften. In den meisten Fällen trat die Depression im Verlauf der Beziehung erstmalig auf (87.0%), d.h. die meisten Befragten hatten gewissermaßen einen „gesunden“ Partner geheiratet. 92.6% der Befragten hatten Kinder.

Alle befragten Partner bis auf einen Fall waren in der DDR aufgewachsen und hatten wendebedingte Veränderungen in ihrem Lebenslauf erfahren (vgl. Fallanalysen in Anhang A). Es muss daher für ein Verständnis der Situation der befragten Partner der spezifische Kontext der neuen Bundesländer berücksichtigt werden („Wendebiographien“, Arbeitsmarktlage, Sozialisation und Identität).

Die depressiven Partner waren im Durchschnitt seit 7 Jahren (SD=8.7) in Behandlung. Es handelte sich um die Diagnosen depressive Episode (F32), rezidivierende depressive Störung (F33) und Dysthymia (F34.1) nach ICD-10 sowie um die Diagnosen endogene Depression, bisher nur monopolar (296.1) und neurotische Depression (300.4) nach

ICD-9. Die parallele Kodierung von Symptomen nach ICD-9 und ICD-10 in der Untersuchungsgruppe spiegelt die in Kapitel 2 aufgelisteten Veränderungen in der Konzeption von Depression wieder. 29 der depressiven Patienten wurden zum Zeitpunkt der Erstbefragung stationär, 25 ambulant behandelt.

Die qualitative Auswertung orientiert sich an den Einzelfällen, so dass die angegebenen Durchschnittswerte nur einer ersten Orientierung dienen. Zu diesem Zweck sind in Tabelle 5 das Geschlecht und das Alter der befragten Partner sowie die Dauer der Partnerschaft aufgeführt. Die 54 Interviews wurden nicht umkodiert, sondern sind jeweils mit der Nummer aufgelistet, mit der das Interview in der Rahmenstudie kodiert wurde. Eine ausführliche Einordnung der einzelnen Familien entsprechend dieser soziodemographischen Aspekte sowie Angaben zur Erkrankung des depressiven Angehörigen werden jeweils als Einführung in die Fallanalysen gegeben. Sie sind in Anhang A einsehbar. Tabelle 5 soll zusammen mit den Fallanalysen ein schnelles Nachschlagen von Rahmendaten ermöglichen, wenn Zitate aus den entsprechenden Interviews im Ergebnisteil aufgeführt werden.

Tab.5 Soziodemographische Daten der befragten Partner

Lfd Nr.	Interview-kodierung	Angehörige	Alter	Beziehung seit (Jahre)	Lfd Nr.	Interview-kodierung	Angehörige	Alter	Beziehung seit (Jahre)
1	004	Herr H.	35	4	28	112	Herr D.	46	15
2	005	Frau K.	43	21	29	115	Frau W.	56	33
3	015	Herr B.	66	14	30	122	Herr O.	60	24
4	019	Frau P.	39	18	31	123	Herr S.	60	28
5	024	Frau L.	31	12	32	124	Herr W.	69	47
6	034	Frau Z.	57	34	33	125	Frau M.	61	42
7	038	Frau D.	40	14	34	128	Frau K.	21	2
8	039	Herr F.	60	42	35	131	Frau S.	39	22
9	045	Herr H.	64	39	36	133	Frau P.	68	14
10	046	Herr Q.	62	25	37	134	Frau O.	56	34
11	054	Frau W.	32	8	38	144	Herr H.	65	39
12	055	Frau G.	48	25	39	145	Herr G.	60	10
13	056	Herr S.	53	31	40	146	Herr C.	66	42
14	060	Herr H.	49	23	41	150	Frau E.	55	32
15	066	Herr A.	69	39	42	157	Herr B.	40	8
16	067	Herr G.	59	39	43	158	Frau W.	48	28

17	071	Herr R.	43	24
18	072	Herr T.	47	31
19	078	Herr S.	60	34
20	079	Frau B.	62	37
21	080	Herr D.	45	25
22	082	Frau M.	58	37
23	083	Frau C.	29	2
24	084	Frau B.	58	36
25	085	Herr W.	38	16
26	092	Frau K.	48	26
27	111	Herr R.	62	39

44	165	Frau S.	53	32
45	166	Frau M.	55	31
46	173	Frau T.	29	3
47	177	Frau B.	57	36
48	180	Herr B.	45	24
49	184	Herr H.	69	37
50	189	Frau H.	49	28
51	192	Herr W.	51	31
52	196	Frau H.	49	18
53	197	Frau F.	55	32
54	198	Herr K.	51	28

6.2.1 Beschreibung der Samplingstrategie

Die Anwendung von quantitativen und qualitativen Verfahren in der Rahmenstudie brachte die Schwierigkeit mit sich, eine beiden Verfahrensweisen angemessene Samplingstrategie zu finden. Auf den ersten Blick erscheint dies unmöglich, da sich die Stichprobenziehung im quantitativen Sinne von der Auswahl der Untersuchungseinheiten im qualitativen Sinne unterscheidet. Für den ersten Fall gilt Homogenität und Zufallsauswahl, für den zweiten Heterogenität und theoriegeleitete Auswahl.

Um sowohl quantitative als auch qualitative Auswertungsstrategien einsetzen zu können, wurden beide Samplingstrategien angewendet. Die Untersuchungsteilnehmer wurden nach der quantitativen Forschungslogik ausgewählt, also nach den in Kapitel 6.1 dargestellten, im voraus definierten Einschlusskriterien. Für die qualitative Untersuchung wurden die jeweiligen Untersuchungseinheiten (hier: Interviewmaterial) nach theoretisch begründeten Kriterien ausgewählt. Die beschriebene theoriegeleitete Samplingstrategie bezieht sich in der vorliegenden Dissertation nicht auf die Auswahl interessierender Untersuchungsteilnehmer zum Interview, sondern auf die Auswahl von Datenmaterial aus einem gegebenen Pool an Interviews zur Analyse. Dieses Vorgehen, an eine Zufallsstichprobe quantitativer Untersuchungen ein qualitatives Vorgehen quasi sekundär anzulegen, ist durchaus üblich und bekannt (Sandelowski, 1995, S. 183).

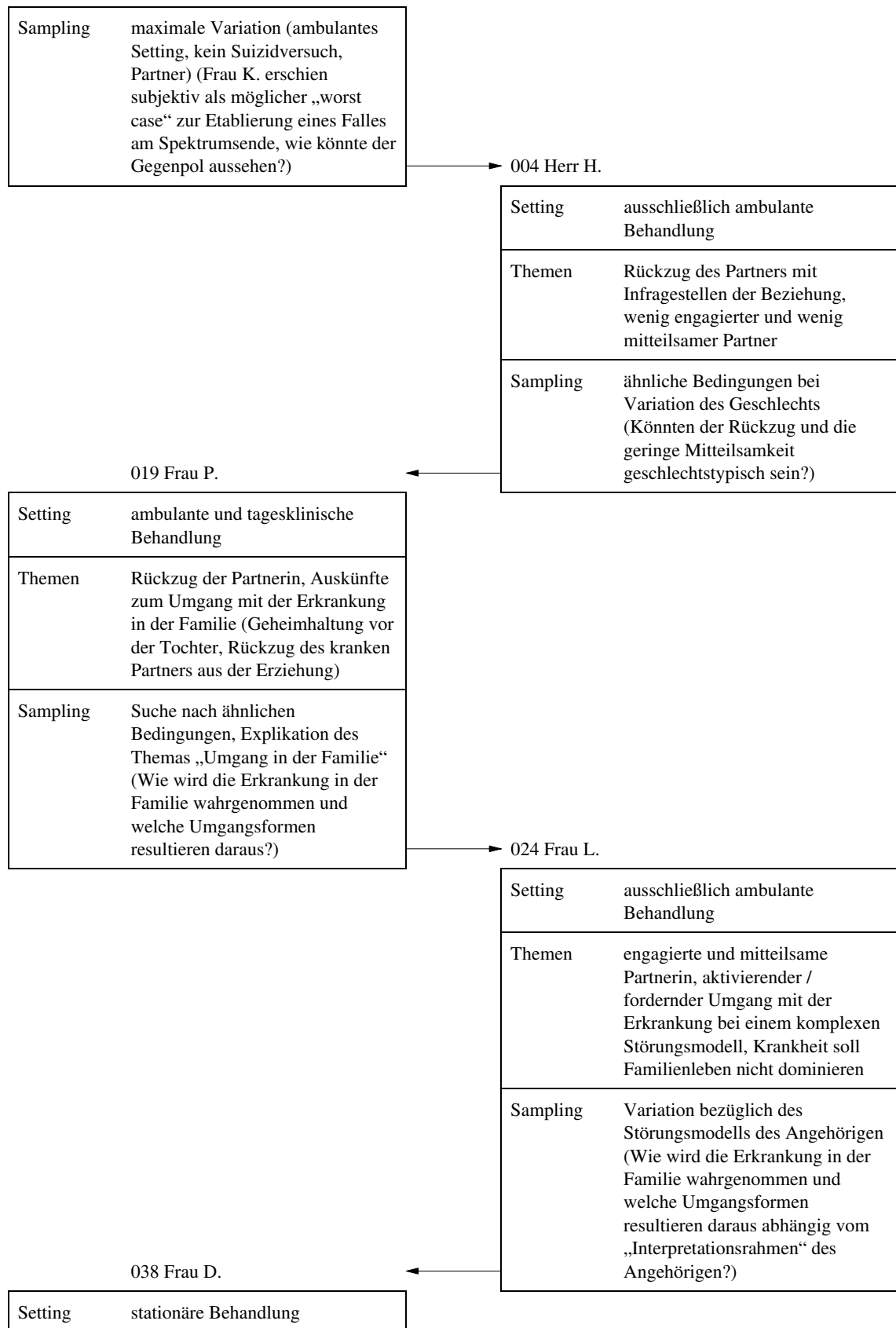
Für eine ausschließlich qualitative Forschungsstrategie würde eine solche Trennung von Datenerhebung und Auswertung unsinnig erscheinen. Idealtypisch würde die

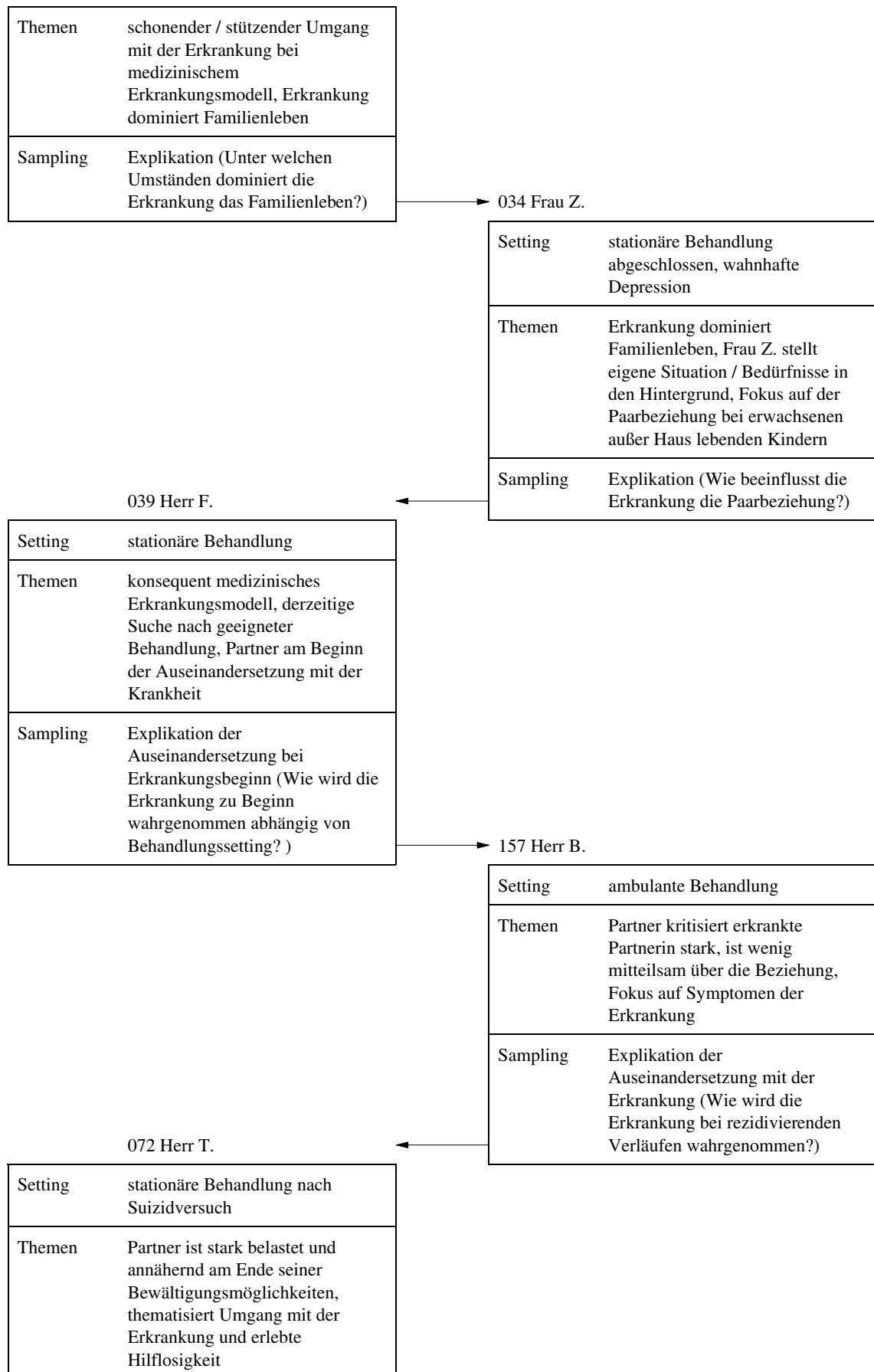
Datenerhebung, also die Auswahl der Interviewpartner im Feld, mit der Datenauswertung, also der Analyse der einzelnen Interviews, verbunden werden. Ein Interview würde jeweils ausgewertet werden und aus den sich ergebenden Fragen theoriegeleitet der nächste Interviewpartner ausgewählt werden. Dieses Vorgehen ist als „theoretical sampling“ ein Kernstück der Grounded Theory (Strauss & Corbin, 1996 und 1998). In der vorliegenden Untersuchung konnte diese idealtypische Form aufgrund der Methodenkombination und des Designs der Rahmenstudie nicht angewandt werden. Das theoretische Sampling bezieht sich vielmehr auf die Auswahl der Intervieweinheiten zur Analyse aus dem gegebenen Datenpool. Ein Interview wurde zur Analyse ausgewählt und nach den sich daraus ergebenden Kriterien wurde das nächste Interview ausgesucht. Die Kriterien entstanden dem Algorithmus der Auswertung folgend nach dem Prinzip der Maximierung oder Minimierung von Unterschieden (Strauss & Corbin, 1996). Zentrales Vorgehen war das der Fallkontrastierung (Kelle & Kluge, 1999) bzw. des ständigen Vergleichs (Strauss & Corbin, 1996). Variationsmöglichkeiten bestanden für die vorliegende Frage u.a. entlang folgender Dimensionen: Geschlecht, Alter, Paare mit und ohne minderjährige Kinder im Haushalt, Krankheitsverständnis des Partners, Behandlungssetting sowie Ersterkrankung vs. Phasenverlauf. Diese Angaben konnten den jeweiligen Kontaktprotokollen entnommen werden, die im Anschluss an jedes Interview erstellt wurden. Für das Sampling wurde auf diese Kontaktprotokolle zurückgegriffen. Auf die Grundlagen und die Durchführung der Interviews wird in Kapitel 6.3 eingegangen.

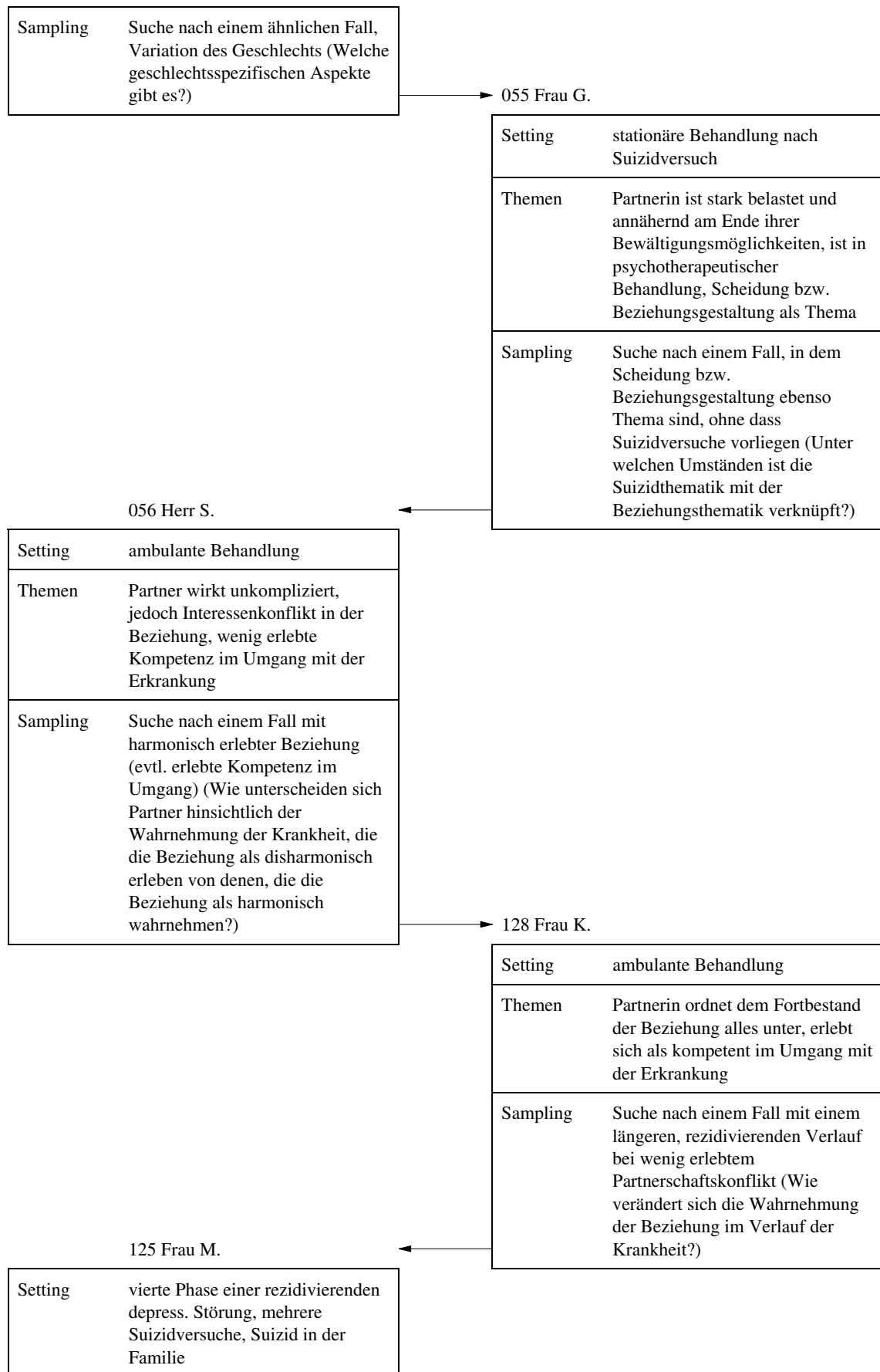
Das Vorgehen des (quasi)theoretischen Sampling in der Dissertation ist in der folgenden Abbildung für die ersten 14 Interviews exemplarisch nachgezeichnet. Es werden die jeweiligen Auswahlkriterien dargestellt, die sich sukzessive aus der jeweils vorangegangenen Interviewanalyse ergeben hatten. Da die Themen, aus denen sich die weiterführende Frage ergab, jeweils nur kurz aufgelistet sind, sei für einen detaillierteren Überblick auf die jeweiligen Fallanalysen in Anhang A verwiesen.

005 Frau K.

Setting	geschlossene Psychiatrie
Themen	Gewalt in der Paarbeziehung, Suizidversuch des Mannes, engagierte und belastete Partnerin







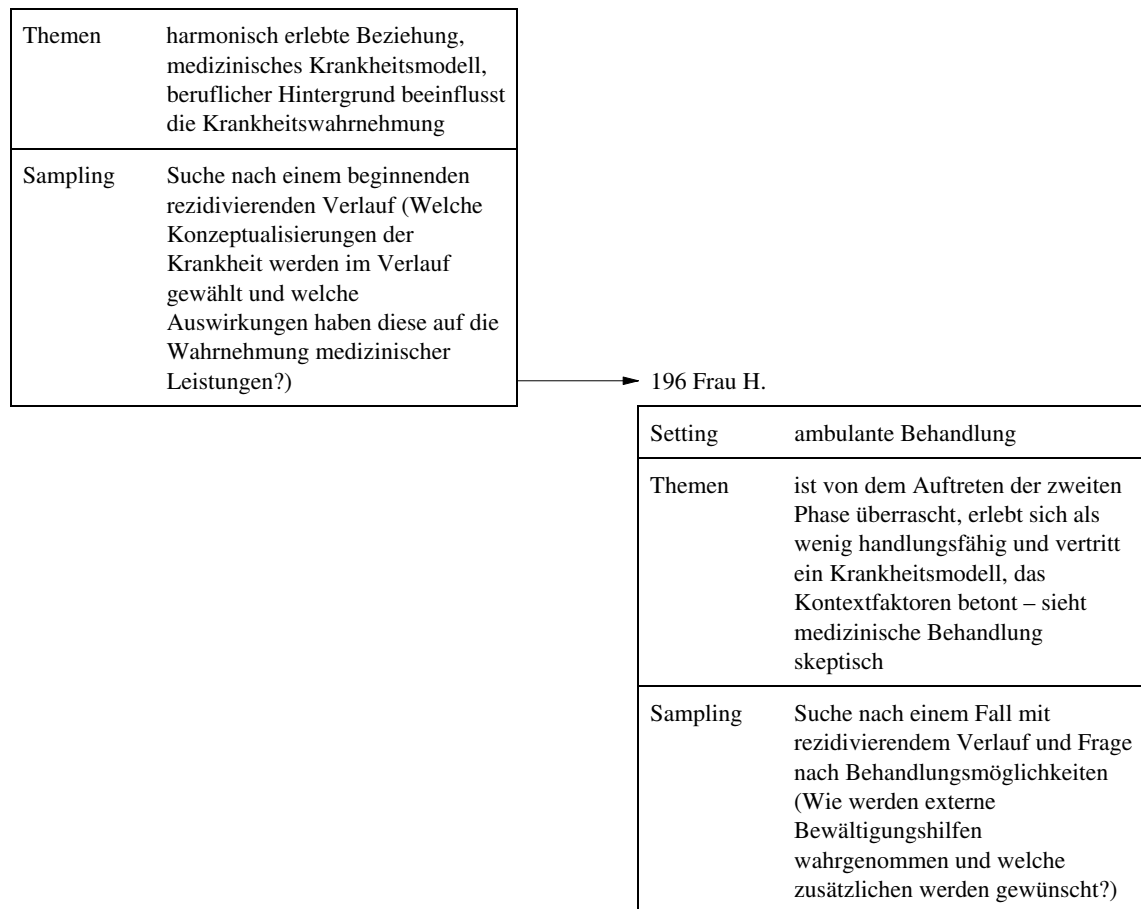


Abb.2 Ausschnitt aus dem Prozess des Theoretischen Sampling

6.3 Datenerhebung

Der Fragestellung, d.h. dem Interesse am subjektiven Erleben der Partner depressiver Patienten folgend, wird ein qualitatives Interview als Methode der Datenerhebung ausgewählt. Qualitative Interviews zeichnen sich durch folgende Merkmale aus: Reflexivität von Gegenstand und Analyse, Nähe zum Alltagsgespräch, Zurückhaltung durch den Forscher, Beachtung der Relevanzsysteme der Betroffenen, Kommunikativität und Offenheit sowie Flexibilität und Prozesshaftigkeit (Lamnek, 1995, S. 64). In der vorliegenden Untersuchung wird das narrative Interview als Methode der Datenerhebung realisiert.

6.3.1 Das narrative Interview

Das narrative Interview geht auf Schütze (1983,1987) zurück. Es zeichnet sich durch eine offene Gesprächsführung aus, bei welcher der Interviewpartner gebeten wird, zu erzählen. „Erzählungen (Geschichten) sind im Alltag ein allgemein vertrautes und gängiges Mittel, um jemanden etwas, das uns selbst betrifft oder das wir erlebt haben, mitzuteilen. Erzählungen sind Ausdruck selbst erlebter Erfahrungen“ (Schütze, 1987, S. 77). Das narrative Interview ist daher besonders für die Biographieanalyse und die Analyse biographisch relevanter Alltagserfahrung prädestiniert (Bohnsack, 1999, S. 107). Auf das narrative Interview wurde im Bereich der Rehabilitationswissenschaften, der medizinischen Psychologie und der Gesundheitspsychologie hingewiesen, um das Erleben von Krankheit besser zu verstehen (Flick, 1995; Lucius-Hoene, 1998; Mayring, 1988).

Erzählungen haben ihre eigene Struktur, so dass der Erzählende gleichsam „Zugzwängen“ in der Darstellung unterliegt. Zur Eigendynamik von Narrationen gehören der Gestaltschließungszwang, der Kondensierungszwang und der Detaillierungszwang. Der Gestaltschließungszwang ist dem Aufbau von Erzählungen immanent und zunächst von ihren Inhalten unabhängig. Erzählungen laufen nach einem Schema ab, einer Art „Erzählgrammatik“, die wie folgt charakterisiert werden kann: Zunächst wird das Setting festgelegt, also Ort und Zeit des Geschehens und die handelnden Personen eingeführt. Dann wird das Erlebte sequentiell, d.h. in seiner zeitlichen Abfolge auf eine Pointe hin erzählt. Schließlich wird das Geschehen retrospektiv gedeutet und bilanziert. Der Erzählende ist bemüht, diese „Gestalt“ von Erzählungen einzuhalten.⁷ Das Erzählschema ist für die Analyse biographischer

⁷ Erzählgrammatiken sind in unterschiedlichem Detaillierungsgrad beschrieben worden (vgl. Ochs, 1997).

Alltagserfahrungen aus zwei Gründen besonders relevant: Erstens, kommen Erzählungen den Orientierungsmustern des Handelns am nächsten und zweitens beinhalten sie implizit eine retrospektive Interpretation durch den Erzählenden selbst (Lamnek, 1995, S. 71). Die den Erzählungen immanenten Kondensierungs- und Detaillierungszwänge bedeuten, dass der Erzählende das Erlebte verdichten, aber stellenweise auch anreichern muss, um plausibel zu sein.

Ziel der Erzählanalyse ist es, die „Orientierungsstrukturen vergangenen Handelns und Erleidens“ herauszuarbeiten (Bohnsack, 1999, S. 121). Dies deckt sich mit dem Anliegen der Untersuchung, so dass das narrative Interview als der Fragestellung angemessene Erhebungsstrategie angesehen werden kann. Das narrative Interview läuft in mehreren Phasen ab.

- I. Erklärungsphase
- II. Einleitungsphase
- III. Erzählphase
- IV. Nachfragephase
- V. Bilanzierungsphase

Zunächst werden dem Interviewpartner in einer Erklärungsphase die Besonderheiten der Interviewsituation dargelegt und die technischen Voraussetzungen für die Durchführung hergestellt (u.a. Anonymität zugesichert, das Aufnahmegerät angeschlossen). Die zweite Phase ist die Einleitungsphase, in der auf einen Erzählstimulus hin die „Stegreiferzählung“ generiert wird. Die Erzählstimulierung sollte möglichst offen gewählt sein und die Möglichkeit enthalten, Ereignisse in ihrer subjektiv erlebten Bedeutung im Verlauf darzustellen (Glinka, 1998). Die anschließende Phase ist die eigentliche Erzählphase, in der den Ausführungen des Erzählenden gefolgt wird. Das Gespräch wird durch den Interviewer nicht weiter strukturiert, sondern anteilnehmend begleitet. Die Erzählphase wird durch den Erzählenden selbst (entsprechend den Zugzwängen der Erzählung) beendet.

In der anschließenden Nachfragephase werden Unklarheiten oder Widersprüchlichkeiten in der Erzählung nachgefragt. Geht es um weitere Konkretisierungen des bereits Gesagten, wird von „immanenten“ Nachfragen gesprochen; wenn Fragen sich auf Inhalte beziehen, die nicht in der Erzählung vorkamen, von „exmanenten“ Nachfragen. Als letzte Phase des narrativen Interviews kann die Bilanzierungsphase folgen, in der gemeinsam mit dem Erzähler die Geschichte in ihrem Bedeutungsgehalt weiter erörtert wird.

6.3.2 Durchführung der Interviews

Zur Entwicklung und Überprüfung der gewählten Erhebungs- und Auswertungsstrategie wurde von mir zunächst ein Probeinterview mit einer Partnerin eines depressiven Patienten geführt, der zum Zeitpunkt der Befragung teilstationär behandelt wurde. Für dieses Interview wurde die Partnerin von mir zweimal zu Hause aufgesucht; einmal zur Durchführung des narrativen Interviews und zur Erhebung der quantitativen Daten und zusätzlich zur Durchführung des klinisch-psychiatrischen Untersuchungsgesprächs (DIAX-M-CIDI, s. Tab. 4). Das Probeinterview wurde dann vollständig von mir transkribiert und ausgewertet. Es wurde als Teil der Methodenentwicklung und Methodenerprobung verstanden und nicht in die systematische Datenanalyse aufgenommen. Anhand des Materials aus dem Probeinterview werden im Kapitel 6.3 die einzelnen Auswertungsschritte illustriert.

Die Interviews wurden in der Regel im Rahmen von Hausbesuchen durchgeführt, um die Gespräche dem Gegenstand entsprechend alltagsnah und erlebnisaktivierend gestalten zu können. Auf besonderen Wunsch des Studienteilnehmers wurden einige Interviews im Institut durchgeführt. Bei einigen der Hausbesuche war der depressive Partner oder der erwachsene Sohn / die erwachsene Tochter zugegen. In den meisten Fällen wurde das Gespräch jedoch allein mit den Partnern der depressiven Patienten geführt. Ich habe 52 der 54 Interviews persönlich durchgeführt. Zwei Interviews wurden durch meine Kollegin, Frau Dr. Peggy Liebelt, geführt, aber von mir ausgewertet.

Der persönliche Interviewkontakt begann mit dem *narrativen Interview* zur Lebenssituation des Studienteilnehmers. Alle narrativen Interviews wurden nach Einverständnis des Interviewpartners mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet. Die Studienteilnehmer wurden gebeten, über ihre Situation im Zusammenhang mit der Erkrankung zu berichten. Die entsprechende Eingangsfrage lautete: „*Was hat sich für Sie seit der psychischen Erkrankung Ihres Partners verändert?*“

Die Interviewerin griff während der folgenden Erzählung so wenig wie möglich ein. Deutete der Interviewpartner den Abschluss eines Erzählthemas an, wurden zwei weitere Fragen gestellt: „*Was beschäftigt Sie zur Zeit am meisten?*“ und „*Gab es in der letzten Zeit etwas, was Sie besonders belastet hat?*“. Der Interviewte sollte hiermit zum Erzählen konkreter Situationen bzw. zum Zusammenfassen von Erfahrungen angeregt werden. Der Nachfrageteil beschränkte sich auf immanente Nachfragen, d.h. auf weitere Detaillierungen ähnlich der zwei zusätzlichen Fragen.

Die inhaltliche Strukturierung und der zeitliche Umfang des narrativen Interviews hingen vom jeweiligen Studienteilnehmer ab. Die Gespräche dauerten im Durchschnitt

etwa eine halbe Stunde; die Dauer des längsten Interviews betrug 90 Minuten, die des kürzesten 5 Minuten. Der Informationsgehalt der Interviewaufnahmen variierte, weil die Auskunftsbereitschaft der Studienteilnehmer unterschiedlich war.

Im Anschluss an das narrative Interview fand der quantitative Teil der Datenerhebung statt. Dabei kamen die Fragebögen teilweise als vollstandardisiertes Interview zum Einsatz, teilweise wurden sie von den Studienteilnehmern selbst im Beisein der Interviewerin ausgefüllt (vgl. Tab. 3 und Tab. 4). Für die Durchführung des klinisch-psychiatrischen Interviews (DIAX-M-CIDI) wurde im Falle eines positiven Screenings ein zweiter Gesprächstermin vereinbart. In 30 der 54 Fälle wurde zusätzlich in einem zweiten Gesprächskontakt das klinisch-psychiatrische Interview im Rahmen der Erstbefragung durchgeführt. Das bedeutet, dass ich über die Hälfte der Befragten zweimal zu Hause aufgesucht habe und bereits zum ersten Erhebungszeitpunkt einen engen Kontakt zu den Studienteilnehmern aufbauen konnte.

Nach dem Interview wurde ein Postskriptum in Form eines Kontaktprotokolls erstellt. Im Kontaktprotokoll wurden Ablauf des Kontaktes, Beobachtungen und Eindrücke sowie Zusätze, die nicht auf Band aufgenommen wurden, festgehalten. Diese Kontextinformationen und Ergänzungen waren ebenso wie die Gesprächsaufnahme Grundlage der Analyse.

6.4 Datenauswertung

Wie in Kapitel 5 dargelegt, wurde der Arbeit die Forschungsstrategie der Grounded Theory zugrunde gelegt. Ziel war es, ein Muster aus den Daten zu generieren, welches Erklärungswert für soziale Sachverhalte hat. In diesem Muster sind die einzelnen Elemente in horizontaler Ordnung arrangiert, da sie alle miteinander interagieren. Die gewählte Metapher für eine solche Grounded Theory ist die des Sonnensystems, in dem sich die einzelnen Kategorien zu einer Kern- oder Schlüsselkategorie wie die einzelnen Planeten zur Sonne verhalten (Strauss & Corbin, 1996).

6.4.1 Theoretisches Kodieren und Grounded Theory

Unter Theoretischem Kodieren versteht man das Verfahren der qualitativen Datenanalyse im Rahmen des von Glaser und Strauss (1967, dt. 1998) entwickelten Ansatzes der Grounded Theory. Die Grounded Theory ist eine Forschungsstrategie, in

deren Verlauf durch die Verschränkung von Datenerhebung und Datenauswertung in einem mehrstufigen Kodierprozess eine in den Daten begründete Theorie generiert werden kann. Theoretisches Kodieren ist eine sukzessive Auswertungsstrategie mit folgenden Teilschritten:

- offenes Kodieren
- axiales Kodieren
- selektives Kodieren

Den Vorgang des Kodierens begleitende Einfälle, Ideen und Hypothesen werden während des gesamten Prozesses in „analytischen Memos“, d.h. Kommentaren festgehalten. Neben dem „Memowriting“ sind zentrale Arbeitshaltungen: Austausch in der Forschergruppe, kontinuierlicher Vergleich (Ähnlichkeiten und Extreme) und die Entwicklung „theoretischer Sensibilität“ (Strauss & Corbin, 1996).

Im offenen Kodieren werden die Daten sequentiell (d.h. abschnitt-, zeilen- oder wortweise) „aufgebrochen“. Zur Vermeidung einer rein paraphrasierenden Abbildung der Dateninhalte und zur Förderung einer hypothesengenerierenden Auseinandersetzung empfiehlt Strauss (1991), folgendes Kodierparadigma zugrunde zu legen:

- Welche Bedingungen liegen den in den Daten zum Ausdruck kommenden Ereignissen, Verhaltens- und Erlebensweisen zugrunde?
- Welche Arten von Interaktionen zwischen den Akteuren lassen sich identifizieren?
- Welche Strategien und Taktiken werden erkennbar?
- Was sind die Konsequenzen des Geschilderten?

Diese erste Analyse führt zu einem möglichst breit gefächerten Spektrum an Beschreibungseinheiten bzw. Kategorien.

Im axialen Kodieren werden aufschlussreich erscheinende Kategorien hinsichtlich ihrer Dimensionen und Subdimensionen spezifiziert. Das zentrale Vorgehen besteht darin, Querbezüge zwischen Kategorien herzustellen, wobei wieder das Kodierparadigma Anwendung findet. Im Ergebnis des axialen Kodierens liegen eine oder mehrere „Schlüsselkategorien“ vor.

Das selektive Kodieren dient schließlich der Integration der herausgearbeiteten Kategorien, indem alle „der Schlüsselkategorie nachgeordneten Kategorien und Subkategorien systematisch zu der Schlüsselkategorie in Bezug gesetzt werden“ (Strauss, 1991, S. 107).

Das Ergebnis dieses mehrstufigen Kodierprozesses ist ein dichtes System von Beziehungen zwischen Kategorien bzw. Konzepten, in dessen Mittelpunkt die Schlüsselkategorie steht. In diesem System sind die zentralen Phänomene des Gegenstandsbereiches in ihren Dimensionen und Zusammenhängen abgebildet.

6.4.2 Umsetzung und Modifikationen der Auswertestrategie in der Untersuchung

Zur Aufbereitung und Auswertung der geführten Interviews wurde das Verfahren der Grounded Theory (Strauss & Corbin, 1996) um Elemente des Verfahrens der Thematischen Feldanalyse (Fischer-Rosenthal, 1996) erweitert. Während die Grounded Theory die (thematische) Analyse auf den interessierenden Phänomenbereich richtet, steht in der Thematischen Feldanalyse der Einzelfall und die Hypothesengenerierung über seine latenten Strukturen im Mittelpunkt. Die Kombination sollte es einerseits ermöglichen, die von den Partnern angegebenen Belastungen in ein theoretisch begründetes Bedingungsgefüge einzuordnen und andererseits Fallrekonstruktionen und Fallkontrastierungen innerhalb und zwischen den untersuchten Diagnosegruppen der Rahmenstudie erlauben. Das Prinzip beider Vorgehensweisen war der stete Vergleich bzw. die Kontrastierung von Fällen (Herrmanns, 1992; Kelle & Kluge, 1999; Südmersen, 1983). Im Ergebnis verdichteten und arrangierten sich die Kategorien, ähnlich wie die Musterbildung in einem Kaleidoskop geschieht (Dye, Schatz, Rosenberg & Coleman, 2000).

Zunächst wurden alle 54 Interviews vollständig transkribiert. Für eine ausführliche Fallanalyse wurden dann aufgrund der vorliegenden Transkripte, Kontaktprotokolle und Kontextinformationen sukzessive einzelne Interviews nach dem Prinzip des theoretischen Sampling ausgewählt. Das theoretische Sampling bezog sich dabei auf die Auswahl des Interviewmaterials aus dem vorliegenden Datenpool, nicht wie im klassischen Sinne auf die Erhebung der Interviewdaten (s. Kap. 6.2).

Der Kodierprozess folgte im wesentlichen dem Modell von Strauss & Corbin (1996) bzw. dem oben angegebenen Paradigma (Strauss, 1991). Ein Interview wurde jeweils thematisch sequenziert und kategorisiert. Parallel wurden Memos geschrieben. In Einzelfällen wurden ausgewählte Interviewpassagen bzw. besonders einprägsame „in-vivo-Codes“ einer zusätzlichen Feinanalyse in der Forschergruppe unterzogen. Die Feinanalyse ist eine Vorgehensweise der Thematischen Feldanalyse nach Fischer-Rosenthal (1996). Hierfür wurde die Diskussion in der Forschergruppe im regelmäßig stattfindenden Forschungsscolloquium mit vier bis acht WissenschaftlerInnen genutzt. Bei der Feinanalyse wurden in der Forschergruppe die entsprechenden Textstellen

dekontextualisiert, d.h. bewusst aus ihrem Zusammenhang herausgenommen. Die Gruppe entwickelte Hypothesen darüber, welche Bedeutungen die gewählte Textstelle tragen könnte und welchen Fortgang der Text je nach Hypothese nehmen müsste. Der tatsächliche Fortgang des Textes engte dann die Auswahl von Hypothesen ein und bestätigte auf diesem Wege „Lesarten“ oder verwarf sie. Dieser Prozess wurde als sehr fruchtbar angesehen, um möglichst breite Bedeutungsfelder anzulegen und sich in die Sprachwelt der Befragten zu begeben. Ein Beispiel für eine solche Feinanalyse ist in Anhang B für den Fall 046 gegeben. Hier wurde die Erzählung des Suizidversuchs der depressiven Partnerin näher untersucht, da bereits während der Interviewführung die Vermeidung von Begriffen wie Suizidversuch oder vergleichbarer eindeutiger Zuordnungen durch den Sprecher auffielen. Die Feinanalyse dieser Interviewsequenz wurde zum Gesamtinterview und in einem theoretischen Memo zum Gesamtphänomen in Beziehung gesetzt. Für jedes ausgewählte Interview lag im Ergebnis eines komplexen Auswerteprozesses eine Fallanalyse vor (vgl. Fallanalysen in Anhang A).

Die Aufbereitung und Auswertung des Interviewmaterials lässt sich schematisch durch folgende sechs Schritte zusammenfassen, deren Abfolge jedoch nicht als rigider Algorithmus zu verstehen ist (Diaz Ruiz de Zárate, Jungbauer & Wittmund, 1999):

Transkription. Der erste Arbeitsschritt bestand in einer wörtlichen Verschriftung der Interviewaufnahme nach den von Fischer-Rosenthal (1996) vorgeschlagenen Transkriptionsregeln.

Sequenzierung. Um eine Strukturierung des gesamten Textes und zugleich eine Reduktion der Materialfülle zu erreichen, wurde der Text in Textabschnitte in ihrer sequentiellen thematischen Abfolge gegliedert. Eine neue Sequenz wurde bei Themenwechseln sowie bei Wechseln in den Ebenen der Darstellung gesetzt. Dieser Analyseschritt führte zu einer „Indexierung“ des Textes, welche die Aufschichtung von Themen für den entsprechenden Einzelfall sichtbar machte. Zugleich wurden nach dem Prinzip des offenen Kodierens (Strauss & Corbin, 1996) Ideen und Hypothesen aus den jeweiligen Themen und ihrer Abfolge generiert. Die Sequenzierung bot die Ausgangsbasis für weitere Analysen und ermöglichte zugleich eine systematische Überprüfung der gewonnenen Erkenntnisse am Ausgangsmaterial.

Herauslösen der Themenblöcke / Kategorien. Im folgenden Arbeitsschritt wurden die Themen unabhängig von ihrem sequentiellen Auftreten in thematischen Kategorien zusammengefasst. Dieser Schritt war die Voraussetzung für den Vergleich mit anderen Interviewtexten im Sinne des axialen Kodierens (Strauss & Corbin, 1996).

Fallinterpretation / Arbeit auf Einzelfallebene. In einer Integration der bisherigen Auswertungsschritte wurde für den untersuchten Einzelfall ein Strukturmuster herausgearbeitet. Die gemeinsame Arbeit im Forschungsscolloquium ermöglichte es, zusätzlich Fallstrukturen mittels Feinanalysen ausgewählter Textabschnitte deutlich zu machen.

Theoretische Analyse. Die Analyse bezog sich auf die Integration aller Informationen, welche aufgrund der bislang entwickelten Kategorien vorlagen. Im Ergebnis entstanden Memos, die das Herausarbeiten der Schlüsselkategorie unterstützten. Es wurden Kriterien für die weitere Auswahl der Datenerhebung und -auswertung bestimmt.

Formulierung einer Headline. Abschließend wurde versucht, in einer prägnanten Überschrift („Headline“) – möglichst unter Verwendung eines Zitats oder eines Ausdrucks des Interviewpartners („in-vivo-code“) – den thematischen Kern des analysierten Interviews zu formulieren. Dies sollte angesichts der Datenmenge helfen, den Überblick über die untersuchten Fälle zu bewahren. Auch konnte im Verlauf der Entwicklung einer gegenstandsbezogenen Theorie schnell auf illustrierende Fälle zurückgegriffen werden.

Die Auswertungsschritte sollen exemplarisch am Beispiel der Auswertung des Probeinterviews illustriert werden (vgl. Diaz Ruiz de Zárate, Jungbauer & Wittmund, 1999).

Schritte für die Auswertung der narrativen Interviews:

1. Transkription des Interviews (nach den von Fischer-Rosenthal verwendeten Regeln)

Nummer des Interviews	Datum	Interview-partner(in)	Interviewer(in)	Dauer des Interviews in Minuten	transkribiert von	Dauer der Transkription in Minuten
-----------------------	-------	-----------------------	-----------------	---------------------------------	-------------------	------------------------------------

345 A: Ja, das ist es so. Am Anfang war das, am Anfang war das äußerste Belastende, weil er sich
 346 so abkapselte. (3). Der ließ einen ja gar nicht an sich ran, er ließ einen nicht mehr an seinem
 347 Leben so teilnehmen. Was er so, er hatte ja gar keine Interessen mehr gehabt so. Er
 348 interessierte sich für gar nichts, mal mit rausgehen oder an seinem Geburtstag waren wir
 349 essen gewesen, da wollten, ne, da wollten wir essen fahren, nichts. Es war ihm nicht danach,
 350 er wollte eben zu Hause bleiben, so. Dieses, dieses Sich-zurückziehen, immer im
 351 Schlafzimmer, immer nur im Bett liegen, die Decke über den Kopf, so ungefähr, bildlich
 352 gesehen, hat er nicht gemacht und dieses so (3), na ja, so Dahinschleichen in der Wohnung
 353 so, das war auch eine schlimme Zeit.
 354 I: Hm.

(Zeilennummerierung, A = Angehöriger, I= Interviewer)

2. Sequenzierung des Textes nach thematischen Feldern (Themenblöcke)

Sequenz	Thema	Bemerkungen / Offenes Kodieren
345–354	am Anfang sich-zurückziehen, dahinschleichen, interessierte sich für gar nichts (z.B. Geburtstag)	Symptome
355–369	hilflos, wie verängstigt jetzt: angegriffen fühlen, aber auch arbeiten, dennoch „gebrochener Mann“	Symptome
370–372	vorher nicht gekannt, Mitleid, tat einem weh	eigene Reaktionen

3. Herauslösen der Themenblöcke

Beispiel: Thema „Probleme im Umgang mit der Überempfindlichkeit des Partners“		
126 – 151	Partner „fühlt sich ständig angegriffen“, legt jedes Wort auf die Goldwaage	
153 – 169	Persönlichkeitsveränderung: früher „felsenfestes“ Selbstwertgefühl, heute kommt alles falsch (als Kritik) an	
182 – 191	Krankheit entschuldigt nicht alles („kein Jagdschein“)	
198 – 210	Vermeiden von potentiell kritischen Themen; Übervorsichtigkeit	
366 – 379	Veränderte Belastung durch zunehmende „Überempfindlichkeit“ statt anfänglicher „Hilflosigkeit“	
382 – 384	Unsicherheit im Hinblick auf „richtigen Umgangston“	
386 – 395	Selbstvorwürfe, falsch reagiert zu haben	

4. Fallinterpretation

Beispiel (Ausschnitt):
Die depressive „Überempfindlichkeit“ des Partners hinsichtlich (tatsächlicher oder wahrgenommener) Kritik wird erlebt als das Krankheitssymptom, das sehr stark belastet, z.T. auch überfordert. Neben dem Mitleid, das für den Partner empfunden wird, und der Trauer um den Verlust des starken Partners, der vor der Erkrankung ein „felsenfestes Selbstvertrauen“ hatte, werden die erschwerte eheliche Kommunikation und die eigene Unsicherheit im alltäglichen Umgang als Belastungen dargestellt.

5. Memowriting / theoretische Analyse

a) Definition des Krankseins
Depressive Verhaltensweisen können in bestimmten Situationen als Krankheitssymptome toleriert werden und in anderen nicht. Die Entscheidung darüber ist von vielen Bedingungen abhängig, z.B. von Experteneinschätzungen, dem Vergleich zur Situation vor Erkrankungsbeginn, situativen Faktoren etc.. Anschaulich kommt dies zum Ausdruck in den Bewertungen „krank sein“ und „aber nicht im Glashaus sitzen“, zwischen denen die Angehörige schwankt und für die sie sich Hilfe erbittet, z.B. im Sinne von „Umgangsregeln“.
b) Beziehungskonzepte und Rollenverteilungen
Bei zusammenlebenden Partnern wird durch die Erkrankung die bis dato selbstverständliche Rollenverteilung und Beziehungsdefinition in Frage gestellt und muss neu hergestellt werden. Der Vergleich zum gemeinsamen Leben vor der Erkrankung kann dann u.a. zu Trauer und Verlusterleben führen. Der Aufbau einer neuen Definition des Zusammenlebens steht in einer spannungsreichen Beziehung zu der Frage, inwieweit die Situation wiederhergestellt werden kann, die vor der Erkrankung bestand. Die Unsicherheit diesbezüglich kann sich u.a. in der Unsicherheit zeigen, ob in der Gegenwarts- oder Vergangenheitsform über den Partner und die Partnerschaft berichtet werden soll.

c) phasenhafter Verlauf in Symptomatik und Belastungserleben

Die unterschiedlichen Phasen der depressiven Erkrankung spiegeln sich auch in unterschiedlichen Phasen des Belastungserlebens und der Bewältigungsversuche der Angehörigen wieder. Mit der Erkrankung des Partners verändern sich die gewohnten Interaktionsmuster: einerseits hervorgerufen aus der Unsicherheit zu bestimmen, wie auf welches Verhalten zu reagieren ist (Definitionsproblem siehe a); andererseits verändert sich das Interaktionsmuster in Folge der sich ändernden Beziehung (siehe b). Das Zusammenleben muss neu gestaltet werden, wobei hier evtl. verschiedene Phasen zu unterscheiden sind. Im vorliegenden Beispiel wird dies am Verlauf der Symptomatik vom „Sich-Zurückziehen“ zum „Sich-Angegriffen-Fühlen“ des Partners beschrieben. Konnte die Angehörige im ersten Fall noch aktiv werden (Vorschläge machen, zum Arztbesuch raten), sieht sie sich nun in der Situation, „jedes Wort auf die Goldwaage zu legen“ und die Grenzen ihrer eigenen Belastbarkeit wahrzunehmen.

6. Formulierung einer Headline

Das erschwerte Zusammenleben – vom „Sich-Zurückziehen“ zum „Sich-ständig-Angegriffen-Fühlen“

Die Ergebnisse der Analysen werden in Anlehnung an das Kodierparadigma von Strauss und Corbin (1996) entlang dreier thematischer Konzepte dargestellt: die Wahrnehmung der Depression durch die Partner, ihre Umgangsstrategien mit der Situation und die Auswirkungen der Situation auf ihr Wohlbefinden und ihre Lebensperspektiven. Die einzelnen Themen werden anhand von Fallbeispielen und Interviewzitatzen illustriert und erläutert. Wenn angebracht, werden Ausschnitte von Fallanalysen eingefügt. Es sei jedoch auf die Fallanalysen in Anhang A verwiesen, auf denen die zusammenfassende Darstellung in den folgenden drei Kapiteln beruht.

7 Depression und die Auswirkungen aus Partnerperspektive

Im ersten Teil der Ergebnisdarstellung interessiert, welche Verhaltensweisen die Partner der Patienten als depressiv wahrnehmen und welche Interpretationen sie hierfür nutzen. Fragen, die differenziert werden, sind: Wie ordnen Partner das depressive Verhalten ihres Angehörigen ein? Welche Informationsquellen oder Erfahrungsbereiche nutzen sie hierfür? Welche Auswirkungen hat das depressive Verhalten des Angehörigen auf den Alltag der Familie? Welche Konsequenzen ergeben sich hieraus für die Partnerschaft aus der Perspektive des gesunden Partners?

7.1. Die Wahrnehmung depressiver Symptome

Die Partner der Patienten beschreiben eine Reihe von Veränderungen, die sie an ihrem depressiv erkrankten Angehörigen wahrnehmen. Oftmals sind sie es, die dem oder der Erkrankten aufgrund ihrer Beobachtungen zu einer Behandlung raten oder diese initiieren. Zu den depressiven Symptomen, die Partner der Patienten erwähnen, zählen: Antriebslosigkeit (Fallanalysen 072, 004, 005), Negativismus (Fallanalysen 024, 005), Schlafstörungen (Fallanalysen 034, 157, 197), wahnhaftige Symptome (Fallanalyse 034), Bewegungsunruhe (Fallanalyse 034), Schwierigkeiten, sich zu erinnern oder sich zu konzentrieren (Fallanalyse 072), Suizidversuche (Fallanalysen 005, 046, 072, 125, 150), körperliche Symptome wie Lähmungserscheinungen und Herzschmerzen (Fallanalysen 019, 197), Persönlichkeitsänderungen (Fallanalyse 005), rascher, unvorhersehbarer Wechsel der Stimmung (Fallanalyse 005), Wutausbrüche und Aggressivität (Fallanalyse 005) und beständiges Problematisieren und Grübeln, ohne Lösungsmöglichkeiten zu sehen (Fallanalyse 157).

Es kann hingegen für die Partner der Patienten schwer sein, überhaupt Veränderungen wahrzunehmen. Dies ist der Fall, wenn Symptome sehr schleichend verlaufen oder eine Verstärkung der gewohnten zurückgezogenen oder schweigsamen Art des Partners sind.

Er hatte zwar immer gesagt, er hat Probleme. Aber, es war nicht offensichtlich für mich. Zwischenzeitlich, wenn er das mir manchmal so sagte, hier, ich hab wieder die Probleme, dann, war's eigentlich immer so, dass er halt bissel verschlossen wurde und das Gesicht sich dann so zusammenzog wie so zu so 'ner Wolke. Mehr war für mich nicht erkennbar. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 019 / 230–238)⁸

In ihrem Bemühen, die Situation zu verstehen, nutzen die Partner unterschiedliche Informationsquellen bzw. Interpretationsmöglichkeiten. Als Anhaltspunkte für die Wahrnehmung und das Verständnis der Situation des kranken Partners können differenziert werden:

- Merkmale der Partnerschaft
- Merkmale der Lebenslage und beruflichen Situation des Kranken
- Merkmale der Lebensgeschichte und Person des Kranken
- Merkmale einer Krankheit

⁸ Die Angaben in Klammern kennzeichnen den Studienteilnehmer, die Nummer des Interviews, wie sie in der Rahmenstudie vergeben wurde und die Zeilennummerierung im Interviewtranskript, aus dem das jeweilige Zitat entnommen ist.

Interpretationsversuche, die sich auf Merkmale der Partnerschaft beziehen

Sozialer Rückzug, Passivität, Libidoverlust, Grübeln und Ablehnung aller Vorschläge können von den Partnern depressiver Patienten als persönliche Kränkung und Zurückweisung eingestuft werden. Diese Interpretation von Veränderungen verstärkt sich, wenn die Partnerschaft als fragil erlebt wird. Die aktuellen Erfahrungen werden mit früheren Erfahrungen mit dem Partner in der gemeinsamen Beziehungsgeschichte verglichen. Symptomverhalten wird gleichsam als „Symptom der Beziehung“ wahrgenommen. Dies ist besonders dann der Fall, wenn die Beziehungsgeschichte durch Untreue und „Seitensprünge“ eines der Partner gekennzeichnet ist. Die depressiven Rückzugs- und Ablehnungstendenzen des kranken Partners können dann als möglicher Hinweis auf eine Entfremdung in der Beziehung und die Hinwendung des Partners zu einem anderen Partner gewertet werden.

Sie hat mich nicht verstanden, und ich hab sie nicht verstanden, aber da wussten wir alle beide oder ich wusste es zumindest nicht, ... dass das eben mit ihrer Krankheit zu tun hat. Ich habe da ganz andere Sachen vermutet. Hat sie da einen andern oder solche Sachen hab ich nun gedacht. (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 004 / 102–116)

Ist der Alltag des Paares schon seit längerem von Beziehungs- und Kommunikationsproblemen gekennzeichnet, dann können depressive Symptome mit diesen Schwierigkeiten in Verbindung gebracht werden. Die Partner beziehen die depressiven Symptome auf sich und erleben sie unter Umständen als direkten Vorwurf oder Angriff. In dieser Wahrnehmung werden Symptome als eine Form der schon länger andauernden Auseinandersetzung in der Beziehung angesehen. Suizidankündigungen oder Suizidhandlungen werden in diesem Interpretationsrahmen als Abbruch der Kommunikation in der Beziehung gewertet (Fallanalyse 055).

Im Laufe der Jahre [hat sich das] bei uns so angestaut. Jetzt ist es nun schlimmer geworden, weil wir nicht so gute Gesprächspartner waren. Ich sage immer, Kommunikation ist alles. Er sieht das halt nicht so. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 055 / 141–157)

Interpretationsversuche, die sich auf Merkmale der Lebenslage und beruflichen Situation des Kranken beziehen

Verbinden die Partner die Veränderungen nicht mit der aktuellen Beziehung, dann versuchen sie, die Veränderungen aufgrund der aktuellen Lebenslage und hier vor allem der beruflichen Situation des kranken Partners zu verstehen. Der Bezug zur beruflichen Situation des erkrankten Partners wird besonders häufig hergestellt. Dieser Bereich hat in den letzten Jahren wende- und konjunkturbedingt die häufigsten Veränderungen

erfahren. Die depressiven Symptome werden mit Belastungen in Verbindung gebracht, die aus Arbeitslosigkeit, Arbeitssuche und Umschulungen resultieren. Unterfordernde Tätigkeiten oder das Zurücksetzen auf untere Hierarchieebenen bedingen dann in den Augen der Partner der Patienten z.B. die gedrückte Stimmung des Kranken. Bedrückende Umstände erklären dann gleichsam die Niedergeschlagenheit des Partners, ohne dass die Partner Krankheitskonzepte bemühen müssten (Fallanalyse 083).

Veränderungen des depressiven Partners können auch dessen aktuellen beruflichen Erfahrungen zugeordnet werden. Dies kann einmal Leistungs- oder Zeitdruck betreffen (Fallanalysen 144, 196, 197). Das ist besonders der Fall bei selbständiger Beschäftigung und ungewisser Auftragssituation oder schlechter Zahlungsmoral der Auftraggeber (Fallanalysen 196, 144). Zum anderen können problematische soziale Situationen im Beruf, z.B. Mobbing, mit den Veränderungen des Partners in Verbindung gebracht werden (Fallanalyse 180). Stresssituationen im Beruf können Symptome lange Zeit maskieren, vor allem wenn sie als Kennzeichen der Leistungsgesellschaft anerkannt sind.

Bis dahin hat er es verdecken und verstecken können, ... dass man erst nur das Gefühl hatte, er ist bisschen abgespannt, denn Hektik und Stress haben wir hier sowieso immer viel. Da fiel das erst mal nicht so auf, bis er dann direkt sagte, dass er sich gar nicht richtig konzentrieren kann. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 196 / 73 – 88)

Interpretationsversuche, die sich auf Merkmale der Lebensgeschichte und Person des Kranken beziehen

Bietet weder die Beziehung noch die aktuelle berufliche Situation Anhaltspunkte für ein Verständnis von Veränderungen, dann kann auf persönliche Merkmale des Partners zurückgegriffen werden. Dies betrifft zum einen seine Lebensgeschichte und die damit verbundenen Verletzungen und zum anderen Merkmale seiner Person.

Wurde der depressive Partner als „schon immer“ eher pessimistisch, problemorientiert, grüblerisch und zweifelnd beschrieben, so werden die depressiven Symptome als Verstärkung dieser bereits vorhandenen Merkmale betrachtet. Unter diesen Umständen können sie lange Zeit unbemerkt bleiben, weil sie in das Muster der Normalität passen. Frau P. erlebte den zunehmenden Rückzug ihres Mannes zunächst als wenig auffällig, da er „schon immer“ wenig mitteilend war (Fallanalyse 019).

Veränderungen können auch als Auseinandersetzung mit oder Folge von einer schwierigen Vergangenheit wahrgenommen werden. Auch in diesem Rahmen erscheinen sie nicht „krankheitsbedingt“ und „behandlungsbedürftig“, sondern als

Ausdruck der mitunter schmerzhaften Lebenserfahrungen des Partners. Herr W. schildert beispielsweise die Kindheit seiner Frau als sehr schwierig. Die Mutter hatte sich das Leben genommen und die Stiefmutter und der Vater zeigten ihr keine Liebe und Anerkennung. Auch später fühlte sie sich zurückgesetzt, erhielt die Sachen, die kein anderer mehr haben wollte. Für Herrn W. bedeutet dies, dass seine Frau schon immer ein wenig ausgeprägtes Selbstwertgefühl hatte. Das Alter verstärkt seiner Meinung nach die Auseinandersetzung mit der eigenen Vergangenheit, so dass seine Frau nun all die Erlebnisse ihrer Kindheit und Jugend verarbeitet (Fallanalyse 124).

Für Herrn G. sind es vor allem die Erlebnisse seiner Partnerin in früheren Beziehungen, die zu ihrem depressiven Verhalten führen. Der erste Mann seiner Partnerin verstarb nach acht Jahren Ehe durch Suizid. Zwei Jahre später heiratete sie erneut. Ihr damaliger Partner hatte ein Alkoholproblem, so dass die zweite Ehe nach vier Jahren geschieden wurde. Herr G. sieht die Probleme seiner Partnerin als unverarbeitete Verletzungen und Enttäuschungen im Sinne eines „schweren Lebens“ an, welches sie „schweremütig“ macht (Fallanalyse 145).

Interpretationsversuche, die sich auf Merkmale einer Krankheit beziehen

Bieten weder die Beziehung, noch die aktuelle berufliche Situation, noch die Lebensgeschichte des Partners schlüssige Anhaltspunkte, dann verdichten sich die Anzeichen zu einer Wahrnehmung von Krankheit. In dieser Wahrnehmung sind die erkrankten Partner von Schlappeheit, Müdigkeit, Interesseverlust, Pessimismus, Schlaflosigkeit usw. wie durch einen Bazillus befallen. Treten körperliche Symptome, wie Mattigkeit, Appetitverlust u.ä. auf, so liegt der Schluss nahe, dass es sich um eine ernstzunehmende körperliche Krankheit handelt. In dieser Situation veranlassen die Partner aus Sorge internistische Untersuchungen (Fallanalysen 019, 134, 197). Unter Umständen kann es in dieser Phase zu Verdachtsdiagnosen kommen, die gut in das Muster depressiven Katastrophisierens eingefügt werden und das negative Denkmuster verstärken. So wurden Frau und Herr P. zunächst durch die Diagnose Multiple Sklerose beunruhigt (Fallanalyse 019). Die Depressionsdiagnose ist vielfach „zweite Wahl“. Es können Zweifel bestehen bleiben, ob die tatsächliche Krankheit noch unentdeckt geblieben ist (Fallanalyse 134).

Einige der Partner litten bereits an anderen Krankheiten, z.B. Krebs, Diabetes oder Rheuma (Fallanalysen 015, 066, 111, 184). Da diese eine langfristige Auseinandersetzung erfordern, können die wahrgenommenen Veränderungen des Partners als Reaktion auf seine chronische oder lebensbedrohliche Belastung verstanden

werden. Besonders chronische Schmerzen, z.B. bei Rheuma werden als energieraubend angesehen, so dass daraus gleichsam ein Zustand der Energielosigkeit folgt. Ähnliches gilt für den Zustand nach schweren Operationen (Fallanalyse 146). Das Leben mit Krebserkrankungen ist darüber hinaus von Ungewissheit und der Angst zu sterben gekennzeichnet. Gedanken an den eigenen Tod können in diesem Kontext akzeptiert und verstanden werden. Die (depressive) Anhedonie wird dann als Aufgeben gegenüber der Krankheit, als Unwille, weiter anzukämpfen, wahrgenommen. Im Zusammenhang mit anderen Krankheiten auftretende (depressive) Veränderungen können von den Partnern der Patienten im Kontext dieser Krankheiten verstanden werden.

Nur in wenigen Fällen werden die Veränderungen als depressionsbedingt und gleichsam zur Krankheit Depression gehörend angesehen. Oftmals geht dieser Interpretation ein langer Lernprozess voraus, in dem die Partner der Patienten erfahren, was Depressionen kennzeichnet. Stellvertretend kann diese Erfahrung in dem Satz zusammengefasst werden: „Also, dass das 'ne Depression ist, das hätte ich nie gedacht“ (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 019 / 207). Die Wahrnehmung als Krankheit wird möglich, wenn die Veränderungen als „krankhaft“ erlebt werden. Schwere depressive Phasen können schneller in ein solches Muster eingeordnet werden. Frau K. erlebte ihren Mann beispielsweise als sehr verändert, seine Suizidandeutungen machten ihr Angst, so dass sie schneller Handlungsbedarf sah (Fallanalyse 092). Frau W. prüfte die Wahnideen ihres Mannes zunächst, da sie deren Wahrscheinlichkeit zwar anzweifelte, aber nicht ausschließen konnte. So glaubte ihr Mann z.B., unterwegs einen Unfall und Fahrerflucht begangen zu haben. Das Auto wurde von ihr und der als Kommissarin arbeitenden Tochter auf Spuren hin untersucht, um diese Möglichkeit auszuschließen. Erst die Häufung und zunehmende Unverständlichkeit solcher Ideen ihres Mannes führten bei Frau W. zu einer Deutung und Wahrnehmung von Krankheit: „Der ist so schwer depressiv, da hilft kein Baldrian mehr“ (Interview 034 / 348–350).

Zusammenfassung

Das Auftreten depressiver Symptome kann zum einen der Beziehungsgeschichte und zum anderen der Lebensgeschichte des Erkrankten mit ihren Beziehungserfahrungen und aktuellen Erlebnissen zugeordnet werden. Die Laiensicht auf Depression, wie sie von den Partnern der Patienten beschrieben wird, greift zunächst den allgemeinen Lebenskontext des Kranken bzw. des Paares auf, bevor eine Wahrnehmung als Krankheit erfolgt. Symptome können daher lange Zeit unbehandelt bleiben, wenn sie anderen Interpretationsmöglichkeiten zugänglich sind. Solange schlüssige alternative Interpretationen bestehen, werden alternative „Eigenbehandlungen“ versucht. Diese Lösungsversuche betreffen den kranken Partner, der z.B. wie oben angedeutet,

Symptome „verdecken und verstecken“ konnte (Fallanalyse 196). Sie betreffen das Paar, das beispielsweise lange Zeit versucht, allein „alte Wunden zu heilen“ (Fallanalyse 145). Die erlebten Veränderungen werden meist erst dann in einem medizinisch-psychiatrischen Kontext wahrgenommen, wenn bisherige Interpretationen und Lösungsversuche scheitern oder zusätzliche Informationen eine Neuinterpretation bedingen (Fallanalyse 034).

Für einige Partner bleibt es schwer, die Situation zu verstehen. Dies betrifft zum einen die Depressionsdiagnose: „..... dass es überhaupt 'ne Krankheit ist, das find ich irgendwie komisch. Wenn man einmal am Boden ist, ich mein, jeder Mensch hat doch mal irgendwie 'n Tiefpunkt, wo er mal depressiv bisschen ist, ... wo man aber wieder rauskommt“ (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 198 / 14–45). Hier können Alltagskonzepte von „Depressivität“ mit dem Krankheitskonzept „Depression“ konkurrieren. Zum anderen kann das Auftreten der Veränderungen unverständlich und nicht nachvollziehbar bleiben: „Manchmal treten eben solche Erscheinungen auf durch Scheidung, durch Geldnot oder durch Kinder, die nicht parieren oder irgendwas. Das ist bei uns alles nicht vorhanden“ (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 045 / 45–50).

Die Partner der Patienten ringen folglich um ein schlüssiges Erklärungs- und Handlungsmodell, um die erlebten Veränderungen einzuordnen und mit ihnen umzugehen. Die aufgeführten Interpretationsversuche schließen sich im Einzelfall nicht aus, sondern können sich ergänzen oder auch stören. Letzteres ist dann gegeben, wenn sowohl stabile Ursachen, wie der „Charakter“ als auch variable Ursachen, wie die berufliche, partnerschaftliche oder gesundheitliche Situation angenommen werden. In diesen Fällen kommt es für die Partner der Patienten nahezu zu einem inneren Kampf um das richtige Krankheitsverständnis. Der folgende Ausschnitt aus einem Einzelfall soll diese Situation abschließend illustrieren.

Fall 078: „Das ist die Frage, ist es die Krankheit, ist es der Charakter, ich weiß es nicht“

Herr S., 60 Jahre alt, ist Diplomingenieur und z.Z. arbeitslos. Zuletzt hat er im Nahverkehr gearbeitet. Seine Frau, 55 Jahre alt, arbeitet halbtags als Apothekenassistentin. Sie gibt an, seit 25 Jahren psychische Probleme zu haben. Die „kritischen Phasen“, die Herrn S. Probleme machten, gebe es seit 1994. Beide leben seit 34 Jahren zusammen und haben eine 32jährige Tochter.

Im Gespräch dominiert die Auseinandersetzung mit der Erkrankung, die für Herrn S. nach wie vor viele Fragen offen lässt. So fragt er sich, ob einige Verhaltensweisen tatsächlich erkrankungsbedingt sind oder zur Persönlichkeit seiner Frau gehören. Er schätzt die Erkrankung als langwierigen Prozess ein sowohl hinsichtlich ihrer Entstehung als auch ihres Verlaufes: „Das ist auch keine plötzliche Erkrankung, das erstreckt sich sicherlich auf längere Sicht hin.“ Als Ursachen gibt er eine

Schilddrüsenerkrankung seiner Frau vor 20 bis 25 Jahren an. Möglich erscheinen ihm aber auch erbliche Faktoren, da der leiblichen Mutter der Frau ähnliche Symptome nachgesagt wurden. (Anmerk.: Frau S. wuchs bei der Stiefmutter auf.)

Seit Herr S. einen Fernsehbericht gesehen hat, in welchem auch Betroffene berichteten, hat sich seine Einstellung geändert und er bewertet Depression als „ziemlich hässliche Erkrankung“. Überdies sieht er die Heilungs- oder Behandlungschancen begrenzt („... dass [es] noch gar nicht so viele geeignete Mittel gibt“) oder als Sache weniger Experten.

Insgesamt zieht er vor allem bezüglich der Beziehungsschwierigkeiten Vergleiche zu dem an Alzheimer erkrankten Schwiegervater, der sich seiner pflegenden Ehefrau gegenüber zeitweise sehr undankbar und „böartig“ verhalten habe.

In ähnlicher Position sieht sich Herr S.: „Ich beobachte auch und ganz besonders in letzter Zeit ... bei meiner Frau eine gewisse Böartigkeit, besonders aber in solchen Phasen, wo solche Depressionen auftreten.“ Diese Böartigkeit zeige sich in ungerechtfertigten Vorwürfen, die dann zu heftigen Streitgesprächen führten: „Ne Weile überspielt man das, aber, ... da kommt man echt an seine Grenze und das führt eben auch dann bis zu heftigen Streitgesprächen, das bleibt nicht aus.“ Die partnerschaftliche Atmosphäre ist dadurch sehr gereizt.

Die Auseinandersetzung von Herrn S. schwankt zwischen den Einschätzungen „hässliche Erkrankung“ und „Böartigkeit“. Sie spiegelt hiermit den „klassischen“ Konflikt „mad or bad“, der die Auseinandersetzung mit psychischen Problemen auszeichnet.

7.2 Die Wahrnehmung des Alltags

Die depressive Symptomatik des Partners verändert gewohnte Alltagsabläufe und Lebenszusammenhänge des Paares. Gesprächige und aufgeschlossene Partner sind „in der Depression“ einsilbig, zurückgezogen und passiv. Ihr Interesse an gemeinsamen Unternehmungen geht zurück. Vorschläge werden abgelehnt. Einige bleiben teilnahmslos vor dem Fernseher sitzen oder ziehen sich ins Bett zurück. Der Rückzug kann von Angst vor sozialen Begegnungen, Menschenmengen oder schon einem Einkauf begleitet sein. Ihr Anteil an Hausarbeit bleibt liegen oder wird wortlos dem gesunden Partner überlassen. Dieses Verhalten signalisiert Veränderungen in unterschiedlichen Lebensbereichen:

- Familienmanagement: Organisation und Koordinierung familiärer Aufgaben
- Familiengrenzen: Gestaltung außerfamiliärer sozialer Beziehungen
- Familienklima: Gestaltung innerfamiliärer Beziehungen
- Familienzukunft: Gemeinsame Lebensplanung und finanzielle Absicherung

Familienmanagement

Die Depression eines der beiden Partner hat Einfluss auf die familiären Abläufe und die Verteilung von Aufgaben. Die Partner sind nicht nur in ihrem Arbeitsumfeld nicht mehr in der Lage, ihren Aufgaben nachzukommen und daher krankgeschrieben. Häufig sind sie auch außerstande familiäre Aufgaben bezüglich Haushalt und Kindererziehung wahrzunehmen. Sie ziehen sich zurück in einen Zustand der Passivität und überlassen es dem gesunden Partner, ihren Anteil zu erledigen. Dieser Umstand kann zunächst von den Partnern der Patienten toleriert werden, da er Arbeitsunfähigkeit im allgemeinen begleitet und daher bekannt ist (Fallanalyse 038).

Was die Situation jedoch erschwert, sind die Stimmungswechsel, der ungewisse Verlauf und die unklare Dauer der Depression des Partners. Diese spezifischen Charakteristika von Depressionen führen dazu, dass sowohl spontane Aktivitäten als auch längerfristige Planungen nicht oder nur schwer möglich sind. Aufgrund der Stimmungsschwankungen ihres depressiven Angehörigen können die Partner dessen jeweilige Stimmungslage schwer einschätzen oder vorhersagen. Sie fühlen sich daher oft überrascht. Sie sind negativ überrascht, wenn lange geplante Aktivitäten kurzfristig abgesagt werden müssen und positiv überrascht, wenn der depressive Partner wider Erwarten eine leicht aufgehellte Stimmung oder weniger Lethargie zeigt. Die Partner der Patienten sehen sich daher einer für sie unkontrollierbaren Situation ausgesetzt. Sie versuchen, kurzfristig zu reagieren, je nachdem, wie sich die Situation dann darstellt.

Und so geht das ja nun schon über Monate. Heute so, morgen so. Ich komme einmal aus der Spätschicht, da hat er mir abends Kaffee gekocht. Da freu ich mich. Den nächsten Tag kommen Sie eben, da sitzt er hinten, da ist wieder alles ganz anders. Wir können ja auch nichts planen. Sie können nichts planen, weil immer irgendwas anderes dazwischen kommt. Oder immer seine Stimmung halt anders ist. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 005 / 323–331)

In der Konsequenz übernehmen die Partner der Patienten die Initiative für die Organisation und Koordinierung von familiären Abläufen, da der depressive Partner darin kein zuverlässiger Partner mehr ist. War beispielsweise der Kühlschrank vorher selbstverständlich gefüllt, weil sich die Frau darum kümmerte, muss der Partner dies übernehmen, wenn sie depressiv und antriebslos ist (Fallanalyse 056). Andererseits muss die Ehepartnerin sich in finanzielle Angelegenheiten einarbeiten, wenn der Mann erkrankt ist, der dies vorher übernommen hatte (Fallanalyse 005). In einem Fall wurde ein Umzug von der Ehefrau des Mannes organisiert, da dieser akut depressiv und daher nicht in der Lage war, mitzuhelfen (Fallanalyse 084). Auf die Auswirkungen dieser Umverteilung von Verantwortung auf die Partnerschaft wird in Kapitel 7.3 eingegangen.

Familiengrenzen

Familiengrenzen können durch die Depression eines Familienmitgliedes verstärkt oder durchlässiger werden. Die Familie grenzt sich stärker nach außen ab, wenn wenig Möglichkeiten zum Austausch mit anderen über die aktuellen und durch die Depression bedingten Veränderungen gesehen werden. Dies kann einerseits aus realen Erfahrungen des Abgewiesenwerdens oder des Unverständnisses von anderen resultieren. Auch können eine antizipierte Ablehnung durch andere oder eigene Schamgefühle zu einem sozialen Rückzug der Familie führen.

Die Familie isoliert sich selbst im Zuge der Depression des Partners, da dieser soziale Kontakte ablehnt oder die depressiven Symptome einem ausgefüllten sozialen Leben im Wege stehen. Die Stimmungsschwankungen des depressiven Partners führen dazu, dass Vereinbarungen nicht eingehalten oder kurzfristig abgesagt werden müssen (Fallanalyse 165). In vielen Familien hat es jahrelang keine Geburtstagsfeier mehr gegeben (Fallanalysen 045, 072, 078, 084). Es treten Überforderungsgefühle auf, so dass eigene Einladungen immer wieder verschoben oder abgesagt werden (Fallanalyse 084). Herr T. berichtet, dass ein Jahr nach dem Umzug die Mutter der Patientin die neue Wohnung nicht gesehen hat (Fallanalyse 072). Einige Familien beschreiben sich als nahezu isoliert (Fallanalysen 045, 184) und „haben sehr wenig Freunde“ (Fallanalyse 055). Der depressive Partner hat sich unter Umständen „von sämtlichen Freunden losgesagt“ (Fallanalyse 005). Wird versucht, Kontakte aufrechtzuerhalten, ist der depressive Partner möglicherweise wenig unterhaltsam, wenig gesprächig, zurückhaltend, negativistisch und passiv (Fallanalysen 166, 197). Im Ergebnis gibt die Familie diese Versuche auf und konzentriert sich auf ihre eigene Lage. Dies ist jedoch nur dann der Fall, wenn beide Partner die Situation ähnlich einschätzen und sich in ihrem Umgang damit einig sind.

Sind sich die beiden Partner in ihrer Einschätzung uneins, kann dies dazu führen, dass die gesunden Partner die Initiative für soziale Aktivitäten ergreifen und den erkrankten Partner „bedrängen“. Dies birgt Konfliktpotential für die Partnerschaft, aber auch die Chance, aufgrund der Aktivitäten die depressive Spirale des Rückzugs und der Symptomverstärkung zu durchbrechen. Partner von Patienten sind verunsichert, wie sie mit den Rückzugstendenzen ihres depressiven Angehörigen umgehen sollen. Ihre Entscheidung wird von ihrem Beziehungsmodell, ihren Rollenvorstellungen und ihrer gemeinsamen Beziehungsgeschichte beeinflusst.

Unser Zusammensein mit unserem Freundeskreis hat sich 'n bisschen verändert. Weil sie, sagen wir's so, manchmal bisschen scheu ist, so menschenscheu. Also früher, da war sie immer für alles zu begeistern und auch immer, wenn wir uns mit Freunden getroffen haben, war sie och immer feste mit dabei und jetzt muss ich sie, muss ich immer 'n Stubbs geben und sagen los, komm mit, wir gehen jetzt und wir machen das. (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 004 / 30 –40)

Familiengrenzen werden dann durchlässiger, wenn der gesunde Partner verstärkt Unterstützung in anderen Beziehungen außerhalb der Familie, z.B. in Freundschaften und der Nachbarschaft sucht. Findet sich der gesunde Partner nicht mit dem Rückzug seines depressiven Partners ab und wartet auf das „Abklingen“ der Depression kann es vermehrt zu getrennten Aktivitäten der beiden Partner kommen.

Aber er geht eben von Haus aus dann nirgendwo mehr mit hin. Und das ist eben och das, wo sich für mich das Leben och verändert. Und ich kann das nicht. Ich kann nicht nur auf Arbeit gehen und zuhause sitzen. Wir gehen jetzt eben viel getrennte Wege. Ne? Bloß, das ist ja keine Zukunft so etwas, auf Dauer. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 005 / 278 –297)

Familienklima

Die Stimmungslage des depressiven Partners wirkt sich unter Umständen auf alle Familienmitglieder aus. Sie erleben das Familienleben dann als bedrückt und schwierig.

Es ist aber überall so ein bisschen ein negativer Touch mit dabei und das überschattet das alles ... Bei allem, was wir machen oder vorhaben, ist eben überall so ein kleines bisschen was Negatives dabei. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 054 / 191 –197).

Dies ist besonders dann der Fall, wenn die Familie eine Art stimmungskongruentes Verhalten herstellt. Das Radio wird leiser gestellt (Fallanalyse 038), lautes Lachen oder Herumtollen mit Kindern vermieden (Fallanalysen 024, 046). Es ist gleichsam eine Situation eingetreten, als gebe es „einen Todesfall in der Familie“ (Fallanalyse 071). Die einzelnen Familienmitglieder bewegen sich vorsichtig, als fürchteten sie etwas zu zerbrechen.

Das beständige Kreisen des depressiv Kranken um Probleme erleben viele Partner als energieraubend. Oftmals beginnt der Tag für sie damit, dass der depressive Partner über seine Schlaflosigkeit, Betrübtheit und Aussichtslosigkeit klagt (Fallanalysen 024, 066). Der vor ihm liegende Tag wird als Hindernis wahrgenommen, welches es mit immenser Kraft zu nehmen gilt. Davor verzagen viele und erwarten von ihren gesunden Partnern Ermunterung, Beistand und Hilfe. Diese sind vor allem zu Beginn einer depressiven Krise bereit, Unterstützung zu geben. Ihre Bereitschaft wandelt sich jedoch im Laufe der Zeit, wenn ihr Bemühen nicht zu den gewünschten Ergebnissen führt. Dann geben

die Partner auf und ziehen sich ihrerseits zurück (Fallanalyse 066). Sie resignieren erschöpft angesichts der teilweise überwältigenden depressiven Klagsamkeit. In anderen Fällen verändert sich ihr anfängliches Mitgefühl in Wut über den hilflosen, abhängigen depressiven Partner und über ihr eigenes Unvermögen, aus dieser Situation herauszufinden (Fallanalysen 072, 124).

Depressives Verhalten belastet die Kommunikation zwischen den Familienmitgliedern und trägt auf diesem Weg zu einer Verschlechterung des Familienklimas bei. Aufgrund seiner häufigen Stimmungswechsel wird der depressive Partner als leicht verletzbar und labil wahrgenommen. Da die jeweiligen Auslöser der Stimmungswechsel für die Partner nicht ersichtlich sind, sehen sie keine Möglichkeit, auf die Stimmungslage ihres Angehörigen Einfluss zu nehmen. Sie sind daher verunsichert und versuchen alles zu vermeiden, was vom Kranken als potentiell verletzend wahrgenommen werden könnte. Diese Situation bedeutet das Ende von offener Kommunikation, da ein Kreislauf gegenseitigen Gedankenlesens einsetzt. Die oben angesprochene Vorsichtigkeit im Umgang äußert sich dann auch in der Art und Weise, wie die Partner miteinander reden. „Wenn ein Mensch gesund ist, da kann man mal was sagen und bei so einem kranken Menschen ist es ja nun so, dass man sich jedes Wort überlegen muss“ (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 046 / 50–51).

Familienzukunft

Langandauernde oder wiederkehrende Depressionen stellen die familiäre Zukunft in Frage. Lange Zeiten von Arbeitsunfähigkeit oder Kuraufenthalten führen zu Einbußen im Familieneinkommen. Angesichts der instabilen Arbeitsmarktsituation erleben viele Partner von Patienten diese Situation als bedrohlich. Wie in Kapitel 7.1 ausgeführt, sehen die Partner einen Zusammenhang zwischen der Arbeitssituation des Erkrankten und der Entwicklung seiner Depression. In einigen Fällen wird versucht, durch einen Arbeitsplatzwechsel eine Veränderung der Situation zu bewirken. Dies ist jedoch mit vielen Risiken und Ungewissheiten hinsichtlich der Dauer der Beschäftigung verbunden. Aufgrund ihrer häufigen oder langandauernden Krankschreibungen und ihres depressionstypischen Insuffizenserlebens fühlen sich depressive Partner dem beruflichen Leistungsdruck nicht mehr gewachsen. Für viele resultiert daraus eine vorzeitige Berentung oder Berufsunfähigkeit. Die Partner der Patienten nehmen vor allem im Verlauf der Erkrankung die Depression ihres Angehörigen als Bedrohung ihrer gemeinsamen Existenz wahr. Sie befürchten dann einen sozialen Abstieg der gesamten Familie:

Mich belastet das mit der Arbeit, also vier Arbeitsstellen, drei oder vier Arbeitsstellen hat er schon verloren durch die Krankheit, [wurde] fristlos gekündigt und na, was weiß ich. Und jetzt, bei der, ist er selber gegangen. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 054 / 693 –698).

Die finanzielle Situation der Familien verändert sich nicht nur durch Arbeitsausfall und Einkommensverluste, sondern auch durch Mehrausgaben aufgrund der Depression und ihrer Behandlung. Als erkrankungsbedingte Aufwendungen werden ergänzende oder alternative Maßnahmen zur Symptomreduktion gesehen: Anschaffungen, um eine gezielte, von der Krankenkasse nicht getragene Behandlung zu ermöglichen, z.B. eine Speziallampe zur Durchführung von Lichttherapie (Fallanalyse 158), homöopathische Mittel und Nahrungsergänzungsmittel (Fallanalyse 039) oder zusätzliche Behandlungen, z.B. eine Bachblütentherapie (Fallanalyse 125). Dazu zählen Anschaffungen, wie die eines Gartens (Fallanalyse 038) oder Haustieres (Fallanalyse 004), um dem erkrankten Partner eine sinnstiftende Aufgabe zu geben.

Bedingt durch Erkrankungssymptome bzw. aufgrund von Nach- und Nebenwirkungen der bestehenden Behandlung entstehen zusätzliche Kosten: z.B. durch leichtfertigen Umgang mit Geld durch den erkrankten Partner im Zuge einer hypomanen Nachschwankung oder im hedonistischen Sinne („sich was gönnen“) als therapeutische Empfehlung (Fallanalyse 024). Anschaffungen von Kleidung bei Gewichtszunahme aufgrund von Medikamentennebenwirkungen werden in diesem Bereich ebenfalls genannt (Fallanalyse 072). Erkrankungsbedingte Ausgaben werden jedoch häufig heruntergespielt bzw. durch den hypothetischen Vergleich mit anderen, körperlichen Krankheiten als notwendige Unterstützung des Partners normalisiert.

Die gemeinsame Lebensplanung wird im Zuge der Veränderungen als gefährdet wahrgenommen. Die sich ergebenden Konsequenzen im Hinblick auf die Frage, ob und wie die Partnerschaft weiter gelebt werden kann, werden in Kapitel 7.3 näher ausgeführt.

Zusammenfassung

Die Depression des Partners beeinflusst das Familienmanagement, die Familiengrenzen, das Familienklima und die familiäre Zukunft. Familien unterscheiden sich darin, ob und wie die einzelnen Teilbereiche betroffen sind. Dies hängt unter anderem mit den unterschiedlichen „Ausgangsbedingungen“ der Familien zusammen. Welche Auswirkungen in den jeweiligen Bereichen erlebt werden, hängt davon ab, welche Rollenverteilung, welche sozialen Beziehungen, welche Kommunikationsformen und Beziehungsgeschichte und letztlich welche Lebensentwürfe und Ressourcen zu ihrer Umsetzung die Familien vor dem Auftreten der Depression des Familienmitgliedes

hatten. Die Depression des Partners fällt gewissermaßen auf eine Art Boden, der die Entwicklung und Auswirkung der Erkrankung beeinflusst. Einige Familien sind z.B. finanziell so gut abgesichert, dass die Auswirkungen der Depression gut toleriert werden können, wohingegen andere in ihrer Existenz gefährdet werden.

Im Einzelfall kommt es zu unterschiedlichen Gewichtungen dieser Bereiche, d.h. die Partner der Patienten bewerten die Auswirkungen auf die jeweiligen Bereiche unterschiedlich. So kann ein Partner das Übernehmen von Verpflichtungen und das Management der Familie als weniger belastend erleben als beispielsweise das Familienklima und den Negativismus seines depressiven Angehörigen.

Das komplexe Zusammenwirken der vier Bereiche des alltäglichen familiären Zusammenlebens soll anhand des Ausschnitts einer Fallanalyse illustriert werden.

Fall 005: „Das kann’s ja nicht gewesen sein, ich bin ja och noch keine siebzig“

Frau K. ist 43 Jahre alt und mit ihrem Mann seit 21 Jahren verheiratet. Beide haben eine 20jährige Tochter. Frau K. arbeitet ganztags als Kassiererin. Ihr Mann ist 49 Jahre alt und gelernter Maurer. Zum Zeitpunkt der Befragung ist er arbeitslos. Die psychischen Probleme bestehen lt. Frau K. seit Anfang 1997, werden jedoch erst seit Ende 1997 behandelt. Die depressive Episode von Herrn K. ist u.a. gekennzeichnet von aggressiven Ausbrüchen, die z.T. zur Eskalation von Gewalt in der Partnerschaft und zu mehreren Suizidversuchen von ihm führten.

Die ständigen unberechenbaren Hochs und Tiefs ihres Mannes („heute so, morgen so“) machten es unmöglich, etwas zu planen. Auch wisse sie nie, wie sie ihren Mann zu Hause vorfinden wird, wenn sie von der Arbeit kommt. Mal habe er für sie Kaffee gekocht nach der Spätschicht und „den nächsten Tag kommen Sie eben, da sitzt er hinten, da ist wieder alles ganz anders“. (Familienmanagement)

Ihr Mann habe sich „von sämtlichen Freunden losgesagt“, seine Vorstandsarbeit im Gartenverein aufgegeben und komme nur selten zu sozialen Gelegenheiten mit. Sie gingen nun verstärkt „getrennte Wege“. Silvester habe sie z.B. allein mit Freunden verbracht. Wenn sie mal mit ihrem Mann Abendbrot essen gehe, weil sie selber mal raus wolle, „da geht er auch mit, aber da sitzt er da, gähnt und wird müde, ... das ist ja nicht in Ordnung so.“ Soziale Aktivitäten gingen grundsätzlich von ihr aus. (Familiengrenzen).

Mit einer Ehe habe ihr Zusammenleben in ihren Augen nichts mehr zu tun. Am meisten belastet sie das Fehlen von Intimität und Zärtlichkeit. Weiterhin erlebt sie Langeweile und Eintönigkeit in der Partnerschaft. Sie habe keinen Gesprächspartner mehr und könne mit ihrem Mann nichts mehr gemeinsam unternehmen. Die gemeinsamen Interessen (u.a. Kegeln) habe er aufgegeben und sich zunehmend zurückgezogen. Zudem zeige ihr Mann kein Interesse an ihrer Arbeit oder an den Dingen, die sie beschäftigen. Sie wisse oft nicht, ob sie ihn ansprechen soll und dann „weiß man manchmal überhaupt nicht mehr, was man sagen soll“. Das Familienleben ist von Spannungen geprägt. (Familienklima)

Frau K. wirkt innerlich hin- und hergerissen zwischen dem Beibehalten ihrer Beziehung („mein Zuhause ist ja hier“) und dem Beginn einer neuen Beziehung („wenn jetzt einer käme, der mich hier rausholt, wäre ich weg“). Sie fragt sich, ob sie die Situation weiterhin aushalten kann. Sie „lebe nun schon zwei Jahre mit der Krankheit“ und spüre, wie sie sich zunehmend verändert. Dies führt zu Sorgen um die eigene Zukunft: „... dass ich mir um meine Zukunft Sorgen mache und mir sage, ich weiß jetzt nicht, wie ich mich richtig entscheide.“ (Familienzukunft)

7.3 Die Wahrnehmung der Partnerschaft

Die Partner der Patienten verwenden für die Charakterisierung ihrer Beziehung zum Erkrankten Begriffe wie: „komplizierte Beziehung“ (Fallanalyse 072), „kein normales Zusammenleben mehr“ (Fallanalyse 157) oder die Partnerschaft „hat mit einer Ehe in dem Sinn nicht mehr viel zu tun“ (Fallanalyse 005). Bereiche der Partnerschaft, die als verändert oder gar gestört erlebt werden, sind:

- (Neu)Verteilung von Rollen
- Kommunikation
- Sexualität

(Neu)Verteilung von Rollen: Chance, Überforderung oder Konkurrenz

Die in Kapitel 7.2 dargestellten Auswirkungen von Depressionen auf die Bereiche Familienmanagement und Familiengrenzen implizieren Veränderungen in der Partnerschaft. Übernimmt ein Partner krankheitsbedingt Aufgaben seines depressiven Angehörigen, so kommt es zu Veränderungen in der Verteilung von Rollen zwischen den Partnern. Dies kann kurzfristig der Fall sein in einer akuten depressiven Phase. Es kann auch zu langfristigen Neuverteilungen von Aufgaben und Rollen in der Partnerschaft kommen. Unter Umständen kann die vollständige Rollenumkehr resultieren. Dies ist im oben erwähnten Beispiel angesprochen, in dem die Frau die organisatorischen Aufgaben (hier den Umzug betreffend) übernahm, die ihr Mann sonst erfüllt hätte (Fallanalyse 084). Das männliche Gegenbeispiel hierzu ist Herr C., der die gesamte Haushaltsführung und zum Teil Pflege seiner kranken Frau übernahm (Fallanalyse 146).

Diese Rollenumkehr birgt Konfliktpotential. Zum einen erweitern Partner ihre Kompetenzen, was unter Umständen mit der gewohnten Paarsituation kollidieren kann.

Frau Z. übte heimlich mit ihrer Tochter das Autofahren, um selbständiger zu sein und ihren kranken Mann fahren zu können. Dies eröffnete ihr neue Möglichkeiten, die sie ohne die Depression ihres Mannes nicht wahrgenommen hätte. Dann hätte sie sich weiterhin von ihrem Mann fahren lassen und ihm und dem Sohn geglaubt, dass sie nicht Auto fahren kann (Fallanalyse 034). In diesem Beispiel legitimiert die Depression des Partners eine Entwicklung und Emanzipation des anderen Partners. Dies ist vor allem bei Frauen der Fall, wenn sie aufgrund der Depression ihrer Partner in die von Männern dominierten oder von diesen besetzten Bereiche eindringen. Neben Autofahren zählen traditionell dazu z.B. Verhandlungen mit Behörden (Fallanalyse 005), Organisation und Planung von Umzügen oder die Koordinierung von Baumaßnahmen (Fallanalyse 084). All diesen Aufgaben ist gemeinsam, dass sie das selbständige Finden und Vertreten von Entscheidungen beinhalten. Insofern erscheint die Depression des Partners als Bewährungsprobe, Herausforderungen anzunehmen. Werden sie gemeistert, führt dies zu neuem Selbstbewusstsein und folglich neuen Ansprüchen, Forderungen und Erwartungen an die Partnerschaft. Damit können langfristige Veränderungen und Entwicklungen des Paares angestoßen werden.

Und ich lasse jetzt die Zügel och nicht mehr locker. Ich hab mich, das hält er mir ja auch vor, ich wär halt im Wesen anders geworden. „Du bist jetzt selbständiger geworden“, sagt er. Was ja bestimmt normal ist, denn durch seine Krankheit musste ich ja auch vieles selber machen. Ich konnte ja niemanden fragen. Ich musste ja mitunter auch handeln, ... muss ja alles weitergehen, ob 's Bankgeschichten oder irgendwas anderes ist. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 005 / 540–550)

Auf der anderen Seite können die neuen Aufgaben nicht als Herausforderung, sondern als Überforderung erlebt werden. Dies ist dann der Fall, wenn sie mit dem Rollenverständnis kollidieren, welches die Partner in ihrer Beziehung haben. Herr C. beklagt sich, das „muss ja alles gemacht werden, was früher meine Frau gemacht hat“ (Fallanalyse 146). Die Organisation des Haushalts mit vielen Einzelaufgaben, wie Einkaufen, Kochen, Waschen, Putzen u.ä. und die zusätzliche Koordinierung von eigenen Arztterminen und denen der Ehefrau führen bei ihm zu einem Überforderungsgefühl. Die Ehefrau ihrerseits äußert Schuldgefühle, dass sie ihrem Mann dies überlassen muss und hofft, ihn bald wieder entlasten zu können (Fallanalyse 146)

Es kann auch zu einer Konkurrenz der Partner um bestimmte Aufgaben und damit Rollen in der Beziehung kommen. Frau W. war z.B. davon irritiert, dass ihr Mann ihr Verpflichtungen im Haushalt abnehmen wollte. Kam sie nach der Arbeit nach Hause, waren „ihre Aufgaben“, wie Haus- oder Fensterputz bereits erledigt. Sie erlebte dies als Verlust und beklagte sich, ihr Mann nehme ihr „ihre Aufgaben“ weg. Diese Konkurrenz um die Verteilung von Rollen führte bei dem Paar zu einer Beziehungskrise. Durch

offene Gespräche erreichten beide einen Kompromiss, der es ihnen ermöglichte, weiterhin zusammenzuleben. Frau W. nahm die Depression ihres Mannes und die in der Folge auftretenden Konflikte als Anstoß wahr, bisher implizite Beziehungsannahmen explizit zu machen und damit neu auszuhandeln (Fallanalyse 158).

Rollenveränderungen beziehen sich nicht nur auf die Verteilung von Aufgaben, sondern auch darauf, welches Bild von „Männlichkeit“ oder „Weiblichkeit“ gelebt werden soll bzw. gelebt werden kann in der Partnerschaft. Die Depression eines Partners stellt bisherige Stereotype in Frage. Partnerinnen werden, wie oben dargestellt, unter Umständen durchsetzungsfähiger und fordernder, Partner gefühl- und verständnisvoller. Auch hier ist zum einen die Chance gegeben, Stereotype zu explizieren und zu korrigieren. Zum anderen können Konflikte aus der Frage entstehen, was den jeweiligen Partnern zugestanden wird: „Da war er mir lieber, wenn er mal mit der Faust auf den Tisch gehauen hat“ (Fallanalyse 005). Es kann im Extrem dazu kommen, dass Ehepartnerinnen von Patienten einen Verlust des „starken“ Partners beklagen (Fallanalysen 005, 024, 197).

Und ja eigentlich, dass man am Anfang von einer Ehe immer 'nen Mann will, der groß und stark und kräftig ist und alles beisammen hält und dann hat man dann eben so 'nen Häufchen Unglück, in Anführungsstrichelchen, liegen und hat eben die ganze Verantwortung. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 024 / 396–399)

Die Erfahrung der Depression kann den erkrankten Partner so verändern, dass auch das Zusammenleben als verändert wahrgenommen wird. Dies kann positive Entwicklungen beinhalten, wenn beide Partner zu einem sensibleren Umgang miteinander finden: „Er ist 'n anderer Mensch als vor der Krankheit. ... Und er ist auch so feinfühlig geworden. Mein Mann war früher nie feinfühlig oder ich hab's nicht gemerkt.“ (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 197 / 360–390). Frau Z. machte die für sie überraschende Erfahrung, dass ihr Mann sie brauchte und „auf sie hörte“ (Fallanalyse 034). Dies führte zu einer Neubewertung ihrer Partnerschaft mit mehr Gleichwertigkeit der Partner.

Zu den Rollen in der Familie und Partnerschaft gehören auch die der Elternschaft, wenn das Paar Kinder hat. Auch dies ist eine Quelle potentieller Konflikte, aber auch Wachstumschancen. Der gesunde Partner versucht z.B., die Kinder „abzuschirmen“, mögliche Konfrontationen zwischen dem kranken Partner und den Kindern zu vermeiden (Fallanalysen 024, 038). Der depressive Partner kann seine Rolle als Mutter oder Vater vielfach nicht mehr in dem Maße ausfüllen, wie es vor der Krankheit der Fall war. Er kümmert sich weniger um die Kinder und muss nach seiner Behandlung erst wieder behutsam „ins Familienleben integriert“ werden (Fallanalyse 019). Herr B. beobachtete, dass seine depressive Frau „nicht mehr die Nerven hatte“, mit dem

zweijährigen Kind umzugehen (Fallanalyse 157). Die Beziehungen können so belastet sein, dass es zu Koalitionen zwischen dem gesunden Partner und den Kindern kommt, aus denen der kranke Partner ausgeschlossen ist: „Ich geh zu meiner Tochter hin, er nicht“ (Fallanalyse 005, vgl. Fallanalysen 024 und 055).

Der depressive Partner als Gesprächspartner

Neben Rollenkonflikten kann das Paar von den depressiven Symptomen selbst belastet sein. Dies betrifft zum einen die oben angedeuteten Kommunikationsprobleme. Es kann einerseits die Form der Kommunikation betroffen sein. Paare sprechen weniger miteinander oder es kommt zu Missverständnissen und Streit. Die Partner erleben ihren depressiven Angehörigen in akuten Zeiten „wie durch eine Wand“ und meinen, nicht zu ihm durchdringen zu können. Der depressive Partner wird als fremd erlebt oder als entfernt und kaum zugänglich.

Man kann nicht groß mit ihr reden. Sie ist so ziemlich apathisch oder, als wenn sie in 'ne andere Welt versinken würde. ... Ich bin da der Führende, der Fragen stellt, sie antwortet mal, aber sobald wieder keine Frage ist, baut sich da keine richtige Kommunikation auf. Aber das geht alles noch. Das Schlimmste ist eben dann so, [wenn sie], ich sach mal, lustlos, wie in Trauer dann dasitzt. (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 071 / 194–215)

Der Inhalt von Gesprächen kann so stark von der Depression des Partners eingenommen sein, dass wenig Platz für einen Austausch über andere Themen bleibt: „Ich hab auch keine Lust [über] immer nur Krankheiten, Tabletten und alles das zu reden. Das könnte bei uns ein Tagesthema sein“ (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 112 / 331–334).

Partner schildern, dass sie eigene Sorgen, z.B. beruflicher Natur, nicht mehr zu Hause besprechen können. Einerseits wollen sie den kranken Partner nicht belasten und vermeiden daher, eigene Sorgen anzusprechen. Andererseits machen sie die Erfahrung, dass der depressive Partner nicht zuhören und sich nicht auf andere Themen konzentrieren kann. Unter Umständen bagatellisiert er diese sogar, da er seine eigenen als überwältigend erlebt (Fallanalyse 024).

Das beständige Kreisen um Probleme und das Grübeln des depressiven Partners sowie seine Unsicherheit, Entscheidungen zu treffen, machen ihn zu einem unattraktiven Gesprächspartner. Vielen fällt es schwer, andere Perspektiven einzunehmen, da sie wie festgefahren in ihrer depressiven Weltsicht erscheinen. Andere schirmen sich mit einer Reihe von Vorurteilen und schwarz-weiß-Kategorien gegen eine offene Auseinandersetzung ab. All dies führt dazu, dass die Partner der Patienten sich in einer

Situation sehen, in der sie „gegen Wände laufen“. Zum einen sind es die Wände, die den akut Depressiven von seiner Umwelt entfernen und ihn schwer zugänglich machen.

Herr R. beschreibt z.B., wie hilflos er sich seiner Frau gegenüber fühlt, wenn diese teilnahmslos und schweigsam auf dem Sofa sitzt. Er bemüht sich dann, ein Gespräch in Gang zu setzen und in Gang zu halten durch gezielte Fragen. Dies ermüdet ihn jedoch auf Dauer, da er sich als ständig Gebender wahrnimmt, der nichts zurückbekommt und auf seinen Problemen gewissermaßen sitzenbleibt: „Sie hat dann ihre Welt, und ich hab aber meine Welt mit meinen Problemen, und ich weiß aber, dass ich von ihr, ich sach mal, keine Hilfe erwarten kann“ (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 071 / 130–132). Diese Situation können die Partner so erleben, als würde dem depressiven Angehörigen alles gleichgültig sein, was sie betrifft (Fallanalysen 005, 019, 024, 055).

Andere „Wände“, gegen die die Partner anlaufen, sind die des festgefügt depressiv - negativ und dichotomen Denkens. Einige Partner versuchen, dem negativen Denken das andere Extrem gegenüberzustellen und den depressiven Partner damit ein wenig auf ihre Seite herüberzuholen. Dies ist jedoch häufig zum Scheitern verurteilt, wenn die depressiven Partner in stoischer Weise auf ihrem „aber“ oder „nein“ beharren. Unter Umständen können beide Partner in einen Wetts treit treten, wer die besseren Argumente für eine Positiv- vs. Negativsicht hat. Die Partner versuchen gewissermaßen, dem depressiven Angehörigen seine Weltsicht „auszureden“. In dieses Muster können beide umso mehr verstrickt sein, je mehr sie um die „richtige“ Wahrnehmung und „richtige“ Erinnerung streiten.

Das ist das, was mich eben so stark belastet, dass ich meinem Mann überhaupt nicht helfen kann, dass ich nur immer versuchen kann, ihn aufzubauen, und dass ich auch manchmal, 'n bisschen ungeduldig bin, ... wenn ich ihm das alles aufzähle, die positiven Dinge, und er lässt mich dann ausreden, und ... dann kommt dieses: ‚Ja, aber‘. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 084 / 533–537)

Die eigene (optimistische oder positive) Wahrnehmung kann häufig nicht auf den depressiven Partner übertragen werden. Im Extrem wird die Stimmung des depressiven Partners wie im Selbstlauf und jeder Art von Beeinflussung unzugänglich wahrgenommen (Fallanalysen 054, 145).

Anhalten kann man das ja nicht. Das ist mir ja unbegreiflich. Dann kann man nicht mal ein Gespräch führen und dann sagen, es ist alles gut so oder wir halten zusammen, um ihn ein bisschen aufzubauen, dass ihm das dann die Kraft gibt. Das reicht nicht, es kippt eben dann immer weiter und immer weiter, bis er dann eben am Boden ist. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 054 / 367–372)

Intimität und Sexualität des Paares

Der Ausdruck der emotionalen Verbundenheit des Paares, z.B. durch Intimität und Sexualität ist durch die Depression gestört. Dies hängt mit den depressiven Symptomen selbst zusammen, zu denen Anhedonie und Libidoverlust gehören. Der Verlust von Lebenslust und Lebensfreude spiegelt sich auf sexueller Ebene.

Das is auch noch so für mich persönlich immer sehr schwer 'n Zugriff zu meiner Frau zu haben oder so, 'ne, wie man miteinander umgeht. Das is die Schwierigkeit, bis hin, sachen wir mal so, wir könn da ganz offen drüber reden, auch was 'n geregeltes Sexualleben betrifft, 's eben nich mehr. ... In den letzten Wochen is zum Beispiel überhaupt nichts passiert in dieser Hinsicht. So. Es hat mich nich belastet jetz, ich hatte also nich das Bedürfnis danach. Das is einfach auch in den Hintergrund zurückgetreten. (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 072 / 481–501)

Auch kann eine antidepressive Behandlung die Appetenz und den sexuellen Erregungszyklus negativ beeinflussen.

Ich meine, es sind ja auch noch andere Sachen, was bei ihm jetzt, was mich halt och belastet und das, ich meine, ich sage das och ganz ehrlich, durch seine Krankheit, sag ich mal, ist och unser Sexleben weg. Also, da ist nichts mehr da. Frau Doktor W. sagte ja, dass das och durch die Medikamente und durch was weiß ich sein kann. Bloß ich warte nicht zehn Jahre, also ich finde, dass, och das gehört dazu wie Essen und Trinken, weil das och einen Menschen och aufbaut. Und ich denke, dass ich da och gesund bin. Und wenn Sie da mit ihm drüber sprechen, da macht er sich 's halt och irgendwo einfach, er hat da eben keine Lust, er hat andere Probleme. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 005 / 631–645)

Zusätzlich sind sexuelle Probleme durch die aktuelle Paarsituation und die Kommunikation beeinflusst. Wird der depressive Partner in akuten Phasen als fremd und unnahbar wahrgenommen oder dominieren Konflikte das partnerschaftliche Zusammenleben, ist auch die sexuelle Beziehung des Paares beeinträchtigt. Die Partner der Patienten erleben dann Gefühle von Einsamkeit und Traurigkeit über diesen Verlust von Intimität.

Wenn ich dann nicht sage: ‚Willste nicht mal rauskommen und deine Tabletten nehmen‘, passiert nichts, passiert nichts. Abends verschwindet er ohne Gute Nacht. Am früh steht er auf ohne Guten Morgen. Und das macht mich wahnsinnig. Bissel Liebe, das fehlt doch und wenn er bloß mal ein streichelt oder was, also das macht mich verrückt, nicht wahr. Er läuft neben mir her wie ein fremder Mensch, wie ein fremder Mensch, geht an mir vorbei, ohne mich mal anzugucken. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 133 / 328–343)

In einigen Fällen sind die Partner hilflos, wie sie auf ihren depressiven Partner eingehen oder zugehen sollen (Fallanalyse 072). Erleben sie z.B. häufig Zurückweisung, dann fühlen sie sich verunsichert, zweifeln an sich oder machen sich Vorwürfe. In der Folge kann es zu Versagensängsten kommen, die die Entstehung von sexuellen Störungen begünstigen. Verbunden mit der Unfähigkeit, offen miteinander zu sprechen, kann für den gesunden Partner ein Kreislauf von Unsicherheit, Versagensangst und verstärkter Selbstbeobachtung einsetzen. Dies kann zu sexuellen Störungen führen. Kommen Vermeidungsverhalten und Kommunikationsstörungen hinzu, dann isolieren und entfremden sich die Partner weiter voneinander. Die Partner depressiver Patienten, die in ein solches Muster verstrickt sind, sehen häufig keinen Ausweg aus der Situation. Aufgrund der Tabuisierung des Themas Sexualität, nehmen sie kaum einen Ansprechpartner oder eine Hilfsmöglichkeit wahr. Sie resignieren oder warten ab, dass der depressive Partner seinerseits „gesundet“, um den Kreislauf dann selbst zu durchbrechen.

Der folgende Ausschnitt aus einer Fallanalyse soll die beschriebene Wechselwirkung von Faktoren verdeutlichen.

Fall 046: „Ich sage, ich liebe dich so, wie du bist.“ (vgl. Feinanalyse in Anhang B)

Herr Q. ist 62 Jahre alt und arbeitete als Labormechaniker. Seine Frau, 60 Jahre, war zuletzt in der Montage beschäftigt, erhält aber aus orthopädischen Gründen seit einigen Jahren eine Erwerbsunfähigkeitsrente. Beide sind seit 1974 verheiratet und haben zwei gemeinsame Töchter im Alter von 21 und 24 Jahren. Die Familie hat vier weitere Kinder. Frau Q. erzählt kurz von ihrem Behandlungsweg. Die vor vier Jahren aufgetretenen großen Schmerzen und Bewegungseinschränkungen beider Arme haben dazu geführt, dass Frau Q. zunehmend depressiv wurde. Die immer wieder erhöhte Dosis von Schmerzmitteln hat darüber hinaus zu einer Medikamentenabhängigkeit geführt. Nach einem Suizidversuch war Frau Q. in psychiatrische Behandlung gekommen.

Herr Q. thematisiert die Partnerschaft und die Auswirkungen der Erkrankung auf die gemeinsame Lebensgestaltung. Vordergründig sind sexuelle Probleme: „Es gibt schon Probleme, ... dass da auf bestimmten Gebieten da nichts, so gut wie nichts läuft. ... Ich habe das mal so vorsichtig immer angesprochen das Thema und, aber da ... geht sie, geht sie nicht drauf ein, ... na ja eben bedingt, eben durch die Krankheit wahrscheinlich, dass das auch ein bisschen eingeschlafen ist.“ Herr Q. ist sich unsicher, wie er sich seiner Frau gegenüber verhalten soll und bemerkt in der Folge eigene sexuelle Störungen. Auch empfindet sich seine Frau durch ihre Gewichtszunahme wenig attraktiv.

Er versucht vergeblich, sie davon zu überzeugen, dass seine Gefühle für sie durch die Erkrankung und ihre Folgen in keiner Weise gelitten haben: „Ich sage, ich liebe dich so, wie du bist.“

Zusammenfassung

Die Depression des Partners hat Auswirkungen auf den Beziehungsalltag des Paares. Sie kann zur (Neu)Definition und Verhandlung von Rollen führen. Dies birgt neben den wahrgenommenen Belastungen und Konflikten zugleich das Potential, Erwartungen an die Beziehung zu äußern und so zu ihrer Entwicklung beizutragen. Einige depressive Symptome können direkt in den Beziehungsalltag eingreifen. Dies betrifft das typische depressive Denkmuster, das die Kommunikation des Paares auf eine harte Probe stellen kann. Zusätzlich können sexuelle Probleme bestehen.

Schwierig ist die Abgrenzung depressionsbedingter partnerschaftlicher Veränderungen von Veränderungen, die der Beziehung selbst geschuldet sind. Der folgende Ausschnitt aus einer Fallanalyse soll diese Verstrickung von Beziehung und Krankheit illustrieren.

Fall 066: „Diese Depressionsstrecke, die kommt ja mehr zum Tragen zwischen uns beiden.“

Herr A. ist 69 Jahre alt und Altersrentner. Er war zuletzt in der Messgerätereparatur tätig. Beide Partner sind seit 39 Jahren miteinander verheiratet und haben eine jetzt 37jährige Tochter. Seine Frau ist 64 Jahre alt und gelernte Krankenschwester. Sie hat ihren Beruf nach der Geburt der Tochter aufgegeben. Frau A. wurde 1975 erstmalig wegen psychischer Probleme behandelt. Sie leidet darüber hinaus an einer Krebserkrankung. Die psychiatrische Diagnose kann Herr A. nicht genau benennen, er meint: „nervös, oder wie soll man es beschreiben“.

Zentral in der Erzählung von Herrn A. sind partnerschaftliche Probleme, die er im Zusammenhang mit der depressiven Erkrankung seiner Frau erlebt. Die partnerschaftliche Atmosphäre ist von Kritik und Vorwürfen und widerstreitenden Interessen gekennzeichnet. Vorwürfe der Ehefrau richten sich an die aktuelle Situation, z.B. dass Herr A. zuviel Zeit seinen Hobbies und zu wenig seiner Frau widme: „Ja, da hast Du Zeit, aber für mich hast Du keine Zeit.“ Obwohl sie doch immer da mitgehen könnte.“ Ihm wird Egoismus vorgeworfen, wenn er seinen Interessen nachgeht (z.B. Gartenarbeit, ehrenamtliches Engagement in der Kirche). Sie beteiligt sich aber nicht daran, auch wenn er sie dazu auffordert. Zumeist wird der eigene Rückzug der Frau mit Arztterminen, Unpässlichkeiten, Behandlungen und Beschwerden begründet. Zuletzt ist Herr A. allein weggefahren, weil seine Frau ihn wegen Rückenbeschwerden nicht begleiten konnte. „Im Grunde genommen, war ich eben Egoist, weil ich doch gefahren bin im Sommer. Jeder andere sagt eben: ‚Du brauchst auch mal ’n Freiraum‘.“ Eben diesen Freiraum vermisst er in der Partnerschaft, im Gegenteil er sieht sich in einer Zwangssituation, die er als „Freiraumsperre“ bezeichnet.

Andere Vorwürfe beziehen sich auf die Vergangenheit. Frau A. leidet darunter, ihren Beruf aufgegeben zu haben und nun sehr wenig Rente zu bekommen und von ihrem Mann abhängig zu sein. Die damalige Entscheidung lastet sie ihrem Mann zu großen Teilen an. Auch gab es in der partnerschaftlichen Geschichte einen „Seitensprung“ des Mannes, der unverarbeitet ist und von Frau

A. immer wieder zum Anlass genommen wird, die Beziehung in Frage zu stellen. Herr A. fasst zusammen, dass die Vorwürfe teils bis zu 30 Jahre alte Dinge betreffen.

Seine Strategie damit umzugehen, ist zunehmende Ignoranz: „Du hörst mir ja gar nicht mehr zu.“ Aber, wenn eben immer dasselbe gesagt wird, ist das dann automatisch, sach ich mal, dass man entweder noch zuhört oder nicht. Das ist dann eben schwierig.“ Zudem erschweren die beständigen Klagen seiner Partnerin einen partnerschaftlichen Austausch. In der Folge entfremden sich beide Partner immer stärker voneinander, das Zusammenleben kommt praktisch zu einem Stillstand, wirkt rigide und lebensleer: „Also Spontanaktionen, da ist ja gleich gar nichts für sie. Ich meine, Ordnung und das ist alles schön und gut und richtig und wichtig, aber mal spontan irgendwas ganz Verrücktes machen und so, also das ist 'ne Sache, die da nicht in Frage kommt.“ Die Monotonie des Zusammenlebens und der stets wiederkehrenden Streitereien äußert sich in der lakonischen Sprache und Sätzen wie: „Es ist immer wieder dasselbe, kann man bloß sagen, es ist echt so, es ist immer wieder dasselbe. ... Also das wäre im Grunde so, wie das so jahraus, jahrein abläuft.“

8 Dimensionen der Krankheitsbewältigung aus Partnerperspektive

Im zweiten Teil der Ergebnisdarstellung werden die Formen des Umgangs und der Bewältigung von Depressionen in der Partnerschaft aus Sicht der Partner der Patienten beschrieben. Von besonderem Interesse sind diejenigen Umgangsformen, welche die Partner der depressiven Patienten als hilfreich erleben. Kernkonzept für einen hilfreichen Umgang ist die Gestaltung (und ggf. Veränderung) der Partnerschaft. Interessierende Fragen sind: Welche individuellen und gemeinsamen Formen des Umgangs mit depressivem Verhalten werden als hilfreich empfunden? Verändern sich diese im Verlauf der Erkrankung? Was fördert einen hilfreichen Umgang? Was behindert einen hilfreichen Umgang?

Die Strategien der Partner im Umgang mit erkrankungsbedingten Problemen ihres Angehörigen lassen sich entlang zweier Dimensionen abbilden. Dies betrifft zum einen die Involviertheit der Partner, d.h. die Frage, ob eher gemeinsam oder isoliert voneinander Wege des Umgangs gesucht werden. Die zweite Dimension ist die der Einflussnahme der Partner, d.h. die Frage, inwiefern sie Möglichkeiten wahrnehmen, ihren kranken Partner oder die Situation zu beeinflussen. Ausgehend von diesen beiden Dimensionen – „Involviertheit“ und „Einflussnahme“ – wird ein Muster an Bewältigungsformen beschrieben. Es können folgende Polarisierungen festgestellt werden (vgl. Abb. 3):

- I. Mein Partner ist depressiv. Da kann man (ich) nichts machen.
(individuell / passiv)
- II. Mein Partner ist depressiv. Ich sage ihm, was zu tun ist.
(individuell / aktiv)
- III. Wir stehen das gemeinsam durch.
(gemeinsam / passiv)
- IV. Wir versuchen gemeinsam neue Wege.
(gemeinsam / aktiv)

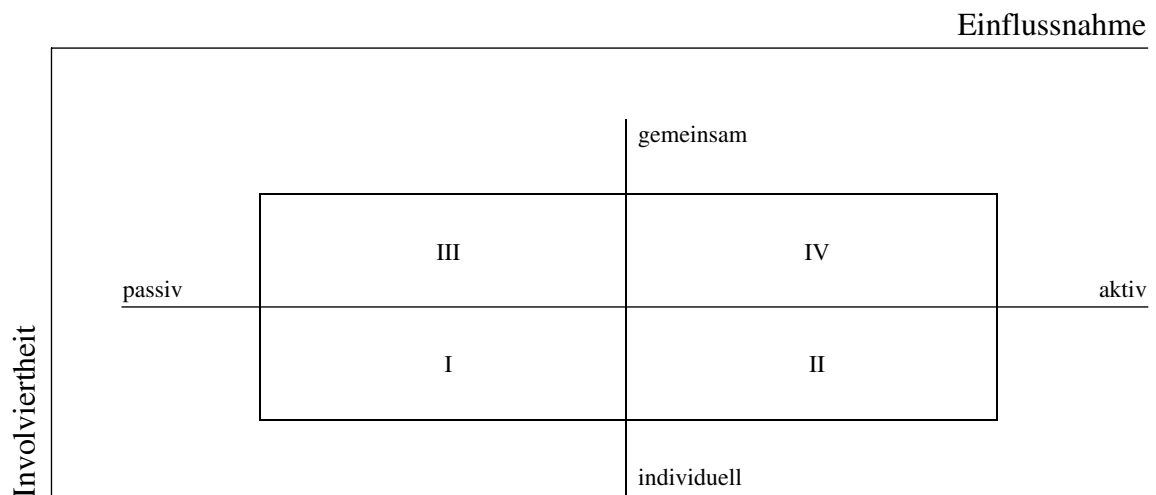


Abb.3 Schematische Darstellung der Bewältigungsformen der Partner depressiver Patienten entlang der Dimensionen „Involviertheit“ und „Einflussnahme“

Jedes Paar kann zu einem gegebenen Zeitpunkt an einem Punkt in dieser Matrix eingeordnet werden. Die Formen des Umgangs und der Bewältigung verändern sich jedoch im Laufe der Zeit. Dem Muster von Bewältigungsformen liegt eine dritte Ebene, nämlich die der Zeit zugrunde. Zunächst werden die beiden individuellen Bewältigungsformen erläutert, d.h. diejenigen, welche die Partner isoliert voneinander nutzen.

8.1 Individuelle Bewältigungsformen

Individuelle Bewältigungsformen bestehen dann, wenn beide Partner isoliert voneinander Wege des Umgangs mit den erkrankungsbedingten Problemen suchen. Die Situation der Partner lässt sich entlang der Pole Passivität und Aktivität darstellen. Individuelle passive Bewältigungsformen bedeuten, dass die Partner der Patienten resigniert sind und keine Einflussmöglichkeiten wahrnehmen.

Mein Partner ist depressiv. Da kann man (ich) nichts machen – „gemeinsam einsam“ oder Flucht

Partner, die keine Einflussmöglichkeiten sehen, schildern sich als resigniert und hoffnungslos. Ihre Beziehung kann beschrieben werden als „gemeinsam einsam“. Sie fühlen sich ihrem Partner entfremdet, unverstanden und den Vorwürfen und Angriffen

oder der Unzugänglichkeit und den wechselnden Stimmungen des depressiven Partners ausgeliefert (Fallanalysen 066, 072)

Ihre vorrangige Strategie ist Flucht. Die Partner hören nicht mehr zu, verlassen mitten im Gespräch den Raum, kommen spät nach Hause, flüchten in Arbeit oder Dienstreisen, schließen die depressiven Partner aus ihren Interessen und Hobbies aus (Fallanalysen 071, 072, 078). Die Bewältigungsform des Vermeidens bzw. der Flucht hat eine kognitiv-emotionale Komponente. Das Thema wird bewusst vermieden. Zu dieser Bewältigungsform gehört auch, dass Partner das Nachdenken oder Grübeln über die Situation zu unterbinden versuchen oder das Thema aus Gesprächen ausschließen. Sie kann daher auch als eine Form der Emotionsregulierung verstanden werden.

Andere Beziehungen zu Familienmitgliedern, Nachbarn oder Arbeitskollegen bekommen mehr Gewicht. Die Partner der Patienten suchen Alternativen, in denen sie sich besser verstanden glauben. Der Schritt hinaus aus der unbefriedigenden Beziehung zum depressiven Partner ist dann nicht mehr weit (Fallanalyse 005).

Mein Partner ist depressiv. Ich sage ihm, was zu tun ist – Ankämpfen gegen die Krankheit

Der Gegenpol ist der aktive, aber ebenfalls isolierte Weg, die Probleme anzugehen. In diesen Fällen fordern die Partner von ihren depressiven Angehörigen, gegen die Krankheit anzukämpfen. Der Partner soll sich nicht „auf seinen Medikamenten ausruhen“ (Fallanalyse 024) oder „sich dem Krankheitsbild hingeben“ (Fallanalyse 072) oder „sich hinter seiner Krankheit verstecken“ (Fallanalyse 005). Vielmehr soll er aktiv an seiner Gesundheit mitarbeiten. Lange Krankschreibungen, Kuraufenthalte und Untätigkeit werden als kontraproduktiv erlebt. In Analogie zum Alkoholiker, soll der depressive Partner seine Krankheit überwinden und sich nicht aufgeben (Fallanalyse 024).

Die Depression ist in diesem Verständnis etwas, gegen das es anzukämpfen gilt: „Also, ich denke, man muss immer kämpfen, auch in verschiedenen Situationen des Lebens, also beruflich, wie auch vielleicht mit 'ner Krankheit.“ (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 071 / 220–222). Erfolgreiche Behandlung wird z.B. darauf zurückgeführt, dass sich die Erkrankte nicht aufgegeben hat und immer angekämpft hat gegen die Depression (Fallanalyse 015).

Das Ankämpfen gegen die Krankheit impliziert mehrere konkrete Handlungen, die eingefordert werden. Beispielsweise soll der depressive Partner nicht mit seinem Leiden

die Familie, d.h. die Themen und Aktivitäten der Familie dominieren (Fallanalyse 024). Er soll am Familienleben teilhaben und seine Aufgaben so gut wie möglich ausfüllen. Weiterhin bedeutet das aktive Ankämpfen gegen die Depression, dass der depressive Partner seine Bedürfnisse äußert und sich Wege zu ihrer Befriedigung sucht. Dies betrifft sowohl umfassende Themen der Lebens- und Beziehungsgestaltung als auch alltägliche Entscheidungen (Fallanalyse 112). Als Antwort auf die Erfahrung, dass der depressive Partner „keine Meinung zu irgendetwas“ (Fallanalyse 055) hat, wird von ihm mehr Selbständigkeit eingefordert.

Eine Forderung betrifft die Frage, wie die depressiven Partner ihre durch die Krankschreibung, durch Arbeitsverlust, Berentung o.ä. entstandene freie Zeit ausfüllen können. Ein Vorschlag ist Sport treiben (Fallanalysen 005, 024). Die Partner der Patienten sehen es als wichtig an, dass der Erkrankte eigene Interessen entwickelt und Möglichkeiten hat, durch diese Erfahrungen sein Selbstbewusstsein wieder aufzubauen. Sie erleben es als besonders belastend, wenn ihnen hierfür die Verantwortung übertragen wird.

Ich hab's ihr immer sehr burschikos gesagt. Ich kann nicht der Pausenclown für ihre Freizeit sein. Ne also, sie erwartet im Prinzip immer die ständigen Anregungen von mir. Was muss ich denn eigentlich tun, wie bring ich meinen Tag über die Runden, und so weiter und sofort. (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 072 / 185–192)

Je abhängiger und unselbständiger der depressive Partner sich gibt, um so mehr bußt er an Attraktivität für den anderen Partner ein. Partner stellen unter Umständen Ultimaten und drohen ihrerseits mit Trennung, wenn der depressive Partner keine Eigeninitiative zu seiner Besserung ergreift (Fallanalysen 005, 024, 071, 072).

8.2 Gemeinsame Bewältigungsformen

Gemeinsame Bewältigungsformen betreffen die Paarsituation. Auch sie können auf der einen Seite von Passivität (Hinnehmen) und auf der anderen Seite von Aktivität (Verändern) gekennzeichnet sein (s. Abb. 3).

Wir stehen das gemeinsam durch – Versorgen „wie ’n drittes Kind“

Gemeinsame passive Bewältigungsformen bedeuten, dass das Paar sich in die Situation fügt und abwartet. Die Verantwortung für Veränderungen wird bei den behandelnden Ärzten oder Psychologen gesehen. Diese Bewältigungsformen gehen von einer Akzeptanz der Depression als Krankheit aus. Ähnlich wie in anderen Krankheitsfällen gestaltet das Paar sein Leben gewissermaßen krankheitsangepasst. Der depressive Partner wird „bemuttert“ und versorgt „wie ’n drittes Kind“, damit „er wieder wird“ (Fallanalysen 019, 024, 038).

Partner, die diese Rolle ausfüllen, sehen die Behandlung des Erkrankten häufig als die einzige mögliche Umgangsform mit der Depression an. Sie unterstützen ihren erkrankten Partner darin, Hilfe zu suchen und den Behandlungsempfehlungen Folge zu leisten. Besonders für diejenigen Partner, die selber keinen alternativen Erfahrungsbereich, wie z.B. die eigene Berufstätigkeit haben, wird die Sorge um ihren erkrankten Angehörigen zu einem zeitintensiven und kraftaufwendigen Arbeitsbereich. Diese Partner stellen ihre eigenen Bedürfnisse zugunsten derer des Erkrankten zurück und versuchen alles zu unternehmen, um ihm zu helfen (Fallanalyse 082). Sie beschreiben sich bezüglich der Zukunft der Beziehung und der Familie als passiver, resignierter und abwartender. Trennungsgedanken werden nicht thematisiert.

Die Partner nehmen dem Kranken viel ab (z.B. Hausarbeit) (Fallanalyse 146) oder schaffen in Analogie zu körperlichen Krankheiten eine Atmosphäre der Ruhe und Heilung (z.B. Radio leiser stellen) (Fallanalysen 034, 039). Konflikte werden verhindert, Streitgespräche vermieden, heikle Themen nicht angesprochen (Fallanalysen 034, 019). Oftmals wird eine „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ gesichert z.B. dadurch, dass die Partner per Handy immer abrufbar sind (Fallanalysen 046, 173, 197).

Wenn die berufliche Situation des Kranken als depressionsauslösend oder depressionsfördernd angesehen wird, werden hier gemeinsam neue, krankheitsangepasste Möglichkeiten gesucht. Die bisherige Arbeit wird aufgegeben (Fallanalysen 054) oder eine Umschulung oder Orientierung auf einen anderen beruflichen Bereich vorgenommen (Fallanalysen 004). In einigen Fällen muss die vorzeitige Berentung (Fallanalyse 067) oder die Erwerbsunfähigkeit erwogen werden (Fallanalyse 092). Gibt es keine Möglichkeiten für den depressiven Partner mehr auf dem Arbeitsmarkt Fuß zu fassen, erweist sich die Familie als neuer „Arbeitgeber“. Partner versuchen zum Teil gezielt, ihrem depressiven Angehörigen ein neues Aufgabengebiet zu vermitteln. Dies kann durch den Kauf eines Gartens (Fallanalyse 038) oder Haustieres (Fallanalyse 004) geschehen. Aber auch die Renovierung oder

Umgestaltung der Wohnung (Fallanalyse 158), die Unterstützung anderer Familienangehöriger, z.B. Kinder oder pflegebedürftiger Angehöriger (Fallanalyse 079) und die Planung von Familienfesten (Fallanalyse 111) und Umzügen (Fallanalyse 072) können Wege sein, dem depressiven Angehörigen eine sinnstiftende Aufgabe zu geben.

Wir versuchen gemeinsam neue Wege – alternative Beziehungsgestaltung

Im Gegensatz zu gemeinsamen passiven Bewältigungsformen zielen gemeinsame aktive Bewältigungsformen darauf ab, durch Veränderungen innerhalb der Partnerschaft die Depression des Partners zu beeinflussen. Die Depression eines Partners kann zu einer Bilanzierung und ggf. Neuordnung des partnerschaftlichen Systems führen. Die Bilanzierung der Beziehung steht einerseits im Zusammenhang mit der Suche nach Ursachen für die Entwicklung der Depression. Andererseits werden hier zentrale Möglichkeiten der Einflussnahme auf den Krankheitsverlauf von den Partnern gesehen.

Je nach Bilanz der Beziehung werden alternative Formen der Beziehungsgestaltung ausprobiert. Partner, die diese Bewältigungsformen nutzen, reflektieren ihre eigene Rolle in der Beziehung und sind bereit, diese zu verändern. Dominante Partner versuchen, „sich zurückzunehmen“ und dem Partner mehr Spielraum für eigene Entscheidungen zuzubilligen (Fallanalysen 024, 071). Submissive Partner versuchen zu lernen, mehr einzufordern und ihren eigenen Bedürfnissen mehr Ausdruck zu verleihen (Fallanalysen 019, 055).

Partner, die sich voneinander entfernt hatten, sei es aus beruflicher Überforderung oder aus Gründen der Beziehung, rücken wieder näher zusammen. Statt Wochenend- und Nacharbeit wird z.B. Teilzeit gearbeitet, um mehr Raum und Zeit für die Familie zu schaffen (Fallanalyse 085). Wo dies aus arbeitsmarkttechnischen Gründen nicht erwogen werden kann, z.B. bei Montagearbeit, wird die eigene Gebundenheit als hinderlich für den Umgang mit der Erkrankung des Partners erlebt (Fallanalyse 056).

Paare, die wenig miteinander gesprochen haben, versuchen, wieder mehr miteinander zu reden (Fallanalysen 019, 131).

Durch die ganze Sache haben wir eben auch na ja mehr, wir selber auch mehr gelernt, über eigentlich alle Dinge eben mehr zu reden. ... Also das war jetzt die Erfahrung oder das Positive eigentlich, wenn man das jetzt mal so sagen kann, ... was sich daraus ergeben hat. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, 131, 120–148).

Paare, die ihre Beziehung hingegen zu eng gestaltet hatten, suchen Wege der Lockerung und Freiheit beider Partner. Es wird z.B. ein Tag vereinbart, an dem der gesunde Partner unabhängig vom Erkrankten seinen Interessen nachgehen kann (Fallanalyse 046). Paare, deren Beziehungsgestaltung durch Gewohnheit und Routine bestimmt war, versuchen, diese zu durchbrechen (Fallanalysen 015, 060).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Alternativen innerhalb der Beziehung getestet werden. Die Partnerschaft wird gewissermaßen als „korrigierende Erfahrung“ verstanden. Stellvertretend für diese gemeinsame aktive Bewältigung kann der Satz stehen: „Und da haben wir gedacht, dass wir das heilen können im Zusammenleben.“ (Fallanalyse 145). Dieser Bewältigungsform sind jedoch Grenzen gesetzt. Die Erlebnisse des depressiv Erkrankten und seine akuten Symptome können die Wahrnehmung der aktuellen Situation so beeinflussen, dass keine Veränderung durch den Kontext der Partnerschaft möglich ist.

Gemeinsame Bewältigungsformen bestehen, wenn beide Partner ein gemeinsames Verständnis für die Entstehung der Depression und den Umgang damit haben. Herr K. nimmt z.B. ebenso wie seine Frau die Depression im Zusammenhang mit ihrer Krebserkrankung wahr. Beide bemühen sich, gemeinsam gegen die Krebserkrankung und die in ihren Augen sekundär entstandene Depression anzukämpfen (Fallanalyse 111). Im Gegensatz dazu konkurrieren Herr und Frau G. um ein schlüssiges Erklärungsmodell der Depression. Während der Mann Existenzängste und die aktuelle Arbeitsmarktlage als depressionsauslösend ansieht, meint Frau G., „da hat das ganze Leben was damit zu tun.“ (Fallanalyse 055). Frau G. möchte vor allem an ihrer Beziehung arbeiten und die anhaltenden Kommunikationsprobleme überwinden. Für dieses Paar ist es deshalb schwer, zu gemeinsamen Bewältigungsformen zu finden.

Werden Grenzen gemeinsamer Veränderung erlebt oder bleiben gewünschte Effekte aus, können Partner die Trennung vom Erkrankten erwägen: „[Ich] möchte jetzt eben versuchen, mit meinem Mann das wieder ’n bisschen aufzubauen, die ganze Beziehung, oder eben, wenn’s nicht geht, dann müssen wir uns vielleicht doch trennen.“ (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 055 / 58–62).

8.3 Individuelle und gemeinsame Bewältigungsformen im Zeitverlauf

Je nach Dauer und Verlauf der Depression verändert sich das Bewältigungsmuster der Partner. Die Partner bewegen sich gleichsam entlang der Dimensionen „Involviertheit“ und „Einflussnahme“, wobei das Ausmaß ihrer Aktivität vs. Passivität Veränderungen unterworfen ist. Passive Bewältigungsformen können zu aktiven werden, wenn die Partner mehr Information und Erfahrungen gesammelt haben. Partner lernen beispielsweise zu fordern und zu unterstützen statt mitzuleiden und abzuwarten (Fallanalyse 071). Sie entwickeln mehr Verständnis, fragen früher nach anstelle abzuwehren oder herunterzuspielen (Fallanalyse 111).

Aktive Bewältigungsformen können in passive übergehen, wenn sie erfolglos bleiben. Partner resignieren, ziehen sich zurück, zeigen keine Initiative mehr. Sie grenzen sich im Verlauf unter Umständen vom depressiven Partner ab und verstärken die Isolation beider Partner (Fallanalyse 066).

„Involvierte“ Partner können distanzierter werden, wenn gemeinsame Versuche des Umgangs mit der Depression erfolglos sind. Herr R. beispielsweise versuchte zunächst, mit seiner Frau zusammen Wege zur Besserung zu finden. Er sprach mit ihr, zeigte Mitleid und Verständnis und versuchte, sie abzulenken. Als seine Frau von Jahr zu Jahr depressiver wurde und stationär behandelt werden musste, grenzte sich Herr R zunehmend von ihr ab und stellte seinen eigenen Lebensentwurf dem gemeinsamen gegenüber. In der Konsequenz forderte er mehr Initiative und den oben angesprochenen „Kampfgeist“ seiner Frau heraus (Fallanalyse 071).

Im Gegensatz dazu wandelte sich die anfängliche „Distanziertheit“ für Herrn B. zu Mitgefühl und Unterstützung seiner Ehefrau. In seiner Wahrnehmung kann ein liebevolles und verständnisvolles Umfeld dem Depressiven aus seiner Krankheit heraushelfen. Besonders wichtig war es ihm, an gemeinsame Interessen anzuknüpfen und Erfahrungen zu schaffen, die seiner depressiven Frau wieder mehr Vertrauen in sich und ihre Möglichkeiten gaben (Fallanalyse 015).

8.4 Integrierende Illustration von Bewältigungsformen

Das komplexe Wechselspiel zwischen den einzelnen Bewältigungsformen und ihrer Entwicklung im Verlauf soll anhand des folgenden Ausschnitts einer Fallanalyse illustriert werden:

Fall 111: „Also es gibt ganz wenig Stillstand hier“

Herr K. ist 62 Jahre alt und im Vorruhestand. Er war bis 1991 bis zur Schließung des Betriebes im Grafischen Gewerbe tätig. Er machte dann Weiterbildungen für die Bildschirmarbeit und arbeitete in der Kartographie, bis er arbeitslos wurde. Seine Frau ist 61 Jahre alt und arbeitete zuletzt ebenfalls im Grafischen Gewerbe. Beide sind seit 39 Jahren miteinander verheiratet und haben einen 40jährigen Sohn und eine 34jährige Tochter. Frau K. ist vor sieben Jahren an Krebs erkrankt. Ihr wurde im Zuge der Behandlungen und Krankschreibungen gekündigt. Im Zusammenhang damit sind die psychischen Probleme damals erstmalig aufgetreten.

Zentrales Thema der Erzählung ist der Umgang mit der Erkrankung in der Familie und die Veränderungen im Laufe der Zeit. Diese Veränderungen werden als Lernprozess verstanden: „Anfangs, da musste man allerhand dazulernen, was das Verständnis anbelangt.“ Hierbei wurden die Kinder, Freunde und Verwandte als besonders hilfreich erlebt. Sie halfen, eigene Reaktionen zu reflektieren oder waren Modell für einen verständnisvolleren Umgang. Der Lernprozess wird als Möglichkeit begriffen, neue und erfolgreichere Umgangsweisen zu erlernen. „Früher hätte ich vielleicht jetzt noch aus Unwissenheit heraus gesagt, was weiß ich: ‚Hab Dich nicht so‘. Und das hätte aber die ganze Sache noch gesteigert, oder sie hätte sich dann vielleicht zurückgezogen oder so. Ja, aber wie gesagt, das sind die Sachen, die Lernphasen, die man selber als Beteiligter dann mit durchmacht.“

Ablenkung und Abwechslung werden als zentral im Umgang mit der Erkrankung und vor allem mit depressivem Grübeln gesehen. Zu Beginn wurde der Ehepartnerin viel abgenommen an Verpflichtungen und Belastungen: „Das bedeutete eigentlich, dass wir ihr auch vieles im Haushalt und ringsum an Belastungen wegnehmen mussten.“ Diese Haltung wird zunehmend aufgegeben und macht einer gezielten Beanspruchung Platz. Seine Idee dabei ist, dass die Partnerin nicht zum Grübeln kommt, wenn sie permanent beschäftigt ist. Daher wird versucht, ihr wohldefinierte Aufgaben zu verschaffen: zunächst im hauswirtschaftlichen Bereich, in der Organisation von Familienfesten, der Betreuung der Enkelkinder oder der Mithilfe beim Hausbau der Tochter.

Familie K. ist im Sommer Dauercamper auf einem Campingplatz im Wald. Das wird als große Hilfe im Umgang mit der Erkrankung erlebt. Einerseits bietet sich die Möglichkeit für aktive Erholung (Spaziergänge, Radfahren) in der Natur. Hier wurde zum Teil ein körperliches Training zum Stressabbau absolviert: „... dass sie immer im Prinzip im Wald war und viele Märsche durchgeführt hat, die auch, sagen wir mal, über das Normale teilweise hinausgingen, so dass auch Anstrengung mit da war.“

Andererseits wird die soziale Gemeinschaft auf dem Campingplatz als verschieden von den normalen Nachbarschaftsbeziehungen erlebt: „Die Verbundenheit unter den Leuten ist in solchen Dingen da doch ein bisschen anders.“ Herr K. resümiert: „Da tritt so was [Anmerk.: depressives

Grübeln] gar nicht auf, weil die Eindrücke so groß sind.“ Auch der große Freundeskreis sorgt für Ablenkung.

Dieses Prinzip der engen Verbundenheit gilt auch für die Familie. Die Kinder werden als sehr unterstützend wahrgenommen, halten intensiven Kontakt. Die Eltern sind in die Lebenssituation der Kinder eng eingebunden, fahren z.B. alle 14 Tage zur Tochter, um beim Hausbau zu helfen. Jedes Weihnachtsfest wird im Kreis der gesamten Familie verbracht. Dann kommen auch weiter entfernte oder im Ausland wohnende Familienangehörige zu Besuch. Über die Anteilnahme und den Zusammenhalt hinaus erlebt Frau K. besondere Hilfe und Verständnis von ihrer Schwester, die ebenfalls an Krebs erkrankt ist.

Die Paarbeziehung wird als sehr eng geschildert: „Also es gibt bei uns kaum mal irgendwas, was jemand alleine macht.“ Die Einkäufe werden gemeinsam erledigt, spontane Unternehmungen wie Kinobesuche oder Stadtbummel sind möglich. „Wenn wir tatsächlich dann mal hier zu Hause sind, dann machen wir unsere Einkäufe gemeinsam und machen auch mal Stadtbummel, wo eigentlich gar nichts geplant ist.“ Im Vergleich zur Saison auf dem Campingplatz wird der Winter als „flaue Zeit“ erlebt, die bewusst mit Aktivitäten ausgefüllt werden muss. „Dann sind wir eben viel unterwegs.“ Neben den vielen gemeinsamen Unternehmungen gibt es auch getrennte Interessenbereiche, die wahrgenommen werden können: „Wenn mal ein Riesenfußballspiel ist, da verschwind ich mal ins andere Zimmer. ... Das muss man auch jedem mal zugestehen so ein paar Dinge.“ Die Partner gehen respektvoll und offen miteinander um. „Es wird im Prinzip alles exakt abgesprochen.“

Insgesamt wirken die Bemühungen wie der Versuch, die Kontrolle zu behalten über eine als unkontrollierbar erlebte Situation. Die Familie hat einen Weg gefunden, unterstützend und verständnisvoll mit den Schwierigkeiten umzugehen. Dies mag zum einen daran liegen, dass Herr K. die Krebserkrankung als auslösend für die Depression seiner Frau ansieht. Die lebensbedrohliche Krankheit stellt eine enorme seelische Belastung für die Frau, aber auch für die gesamte Familie dar. Die depressive Reaktion auf diese Erkrankung ist für den Partner verständlich. Darüber hinaus ist Herrn K. depressives Empfinden nicht fremd: „Ich habe auch später dann, sagen wir mal, so eine Phase gehabt, wo ich mich mehr mit solchen Dingen befasst habe. Das war in Zeiten, wo dann, sagen wir mal, unser Kombinat abgewickelt worden ist, beziehungsweise der Zweitberuf dann auch noch mal zumachte. ... In solchen Zeiten, wo man den Sprung von der Berufstätigkeit zum in Anführungsstrichen Nichtstun vollzieht, da hat man erst mal mit sich selber auch 'n bisschen zu tun.“ Nach der Schließung des Kombinats hatte sich ein Kollege von ihm das Leben genommen, ein anderer war kurz darauf verstorben: „Dann hatte man immer noch im Hinterkopf deren Schicksale.“ Aufgrund dieser Erfahrungen ist Herr K. sensibilisiert für die Spirale depressiven Denkens und Fühlens und versucht, so gut und schnell wie möglich entgegenzusteuern.

8.5 Hemmnisse eines hilfreichen Umgangs mit Depression

Die Bewältigungsformen der Partner entwickeln sich im sozialen Kontext und sind von den Ressourcen der jeweiligen Partner abhängig. Herr K. im obigen Beispiel konnte auf eine Reihe von Erfahrungen in seinem persönlichen Umfeld, aber auch in seiner eigenen Lebensgeschichte zurückgreifen. Zusammen mit seiner Familie lernte er, sich ein Bild von der Krankheit zu machen und entsprechend zu reagieren (Fallanalyse 111). Der Kontext kann folglich förderlich, in anderen Fällen hinderlich für den Umgang mit Depression in der Partnerschaft sein. Im folgenden sollen drei „Störfaktoren“ des Kontextes vorgestellt werden, welche die Partner der Patienten thematisieren: Informations- und Unterstützungsmangel sowie Stigmatisierung.

Probleme, angemessene Informationen zu bekommen

Informationen und Erfahrungen beeinflussen die Bewältigungsformen der Partner mit den depressionsbedingten Problemen. Sie erleben es daher als besonders wichtig, dass sie informiert sind über die Krankheit, ihren Verlauf und ihre Behandlungsmöglichkeiten.

Da ist es dringend notwendig, im modernen Sinne Aufklärung zu betreiben und den Leuten zu sagen, worum handelt sich es hier, was ist das für eine Krankheit, welche Folgewirkungen sind vorhanden, welche Heilungserfolge und -chancen und -möglichkeiten, ... dass man natürlich immer sagt, wir können keine Rezepte geben, aber wir können sie informieren. (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 067 / 367–381)

Neben dem engen Familien- und Freundeskreis sind es die Medien, die als Informationsquellen genutzt werden (vgl. Wittmund, Bischoff, Angermeyer, 2001). Einem Fernsehbericht zufolge meinte Herr S. beispielsweise, dass Depressionen schwer zu behandeln sind und es hierfür nur wenige Experten gibt (Fallanalyse 078). Frau P. fühlte sich durch ein Interview mit Herrn Prof. Hautzinger, das sie im Fernsehen gesehen hatte, darin bestätigt, dass die Angehörigen zum Teil belasteter sind als die Patienten selbst (Fallanalyse 133). Frau W. glaubte nach einer Reportage, dass die Symptome ihres Mannes eher Zeichen männlicher Wechseljahre als einer Depression sind (Fallanalyse 158). Die Darstellung von Depression in der Öffentlichkeit beeinflusst demnach, wie die Partner der Patienten ihre eigenen Erfahrungen einordnen.

Ein besonderes Problem bei der Suche nach Informationen ist die Fachsprache und die Zuordnung von Informationen zu medizinischen oder psychologischen Teilbereichen.

Den Partnern steht daher nur fragmentarisch Wissen zur Verfügung, das sie unter Umständen nicht verstehen oder nicht für ihre Belange nutzen können.

Man muss sich versuchen, in die Geschichten einzuarbeiten. Also, ich hab's nun versucht mit den verschiedensten Mitteln. ... Das waren dann zu hoch spezialisierte Geschichten, die also im Handapparat der Deutschen Bücherei standen. Ich bin ja kein Psychiater, ich bin ja kein Mediziner, nicht, also da die ganzen neurologischen Prozesse und Basisprozesse, das ist ja sozusagen nicht für mich das Allerwichtigste, sondern wie verhalte ich mich, wie muss ich mit jemandem, der an dieser Krankheit leidet, umgehen und wie muss ich mich selber verhalten zu diesen Dingen. Also das fehlte und das hat mir also sozusagen niemand auch sagen können und geben können. (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 067 / 236–284).

Auch können vereinfachende Darstellungen von Depression oder verwandten Problemen als fern und wenig hilfreich wahrgenommen werden. Unter Umständen können populärwissenschaftliche Darstellungen für die Partner ebenso unbrauchbar sein wie fachspezifische Informationen. Herr F. resümiert, dass in der populärwissenschaftlichen Literatur „wohl nur leichte Fälle beschrieben sind“ (Fallanalyse 039).

Wie informiert sich die Partner der Patienten fühlen und wie sie in die Behandlung einbezogen sind, ist in den Einzelfällen sehr unterschiedlich. Herrn H. gab die behandelnde Ärztin seiner Frau eine Broschüre mit. Dieser entnahm er einfache Verhaltensregeln im Umgang mit seiner depressiven Frau, z.B. das es wenig nützt, wenn er sie aufmuntern oder zum Lachen bringen will (Fallanalyse 004). Andere Partner fühlten sich aus der Behandlung nahezu ausgeschlossen und empfanden sie als wenig verständlich. Frau K. (Fallanalyse 005) beispielsweise glaubte, dass ihr Mann auf der psychiatrischen Station viel zu zeitig Ausgang nach seinem Suizidversuch bekam und fürchtete einen erneuten Suizidversuch. Im Gegensatz dazu fühlte sich Frau K. (Fallanalyse 092) beruhigt, da sie immer wusste, welche nächsten Behandlungsschritte anstanden.

Als schwierig wurde es erlebt, Zugang zur Behandlung des depressiven Partners und zu den entsprechenden Informationen zu bekommen. Frau L. wurde schroff weggeschickt mit dem Hinweis, sie solle sich nicht wie eine Mutter aufführen und eher ihre eigene Vergangenheit, vor allem ihre Vaterbeziehung in einer eigenen Therapie klären (Fallanalyse 024). Auch Frau W. wurde nicht als belastete Ehefrau, sondern als potentielle Klientin wahrgenommen. Mit ihr wurde ein anamnestisches Gespräch geführt, dessen Fragen zur Sexualanamnese sie befremdeten und an ihrem eigentlichen Anliegen vorbeigingen (Fallanalyse 158). Als Herr A. die behandelnde Ärztin seiner Frau aufsuchte, erklärte diese ihm, dass seine Frau eine stationäre Therapie machen sollte, die sie aber ablehnt. Herr A. wurde gewissermaßen mit der Botschaft entlassen,

seine Frau zu überzeugen, er selbst ging leer aus (Fallanalyse 066). Zum Teil fühlen sich die Partner der Patienten kaum über die Erkrankung informiert.

Ich bin praktisch auch ein bisschen gekränkt in der Richtung, da, wo dann die Ärztin zu mir sagt, ... mit 'n paar knappen Worten sagt die zu mir: ‚Na, ihre Frau hatte zwee komma null Promille drinne.‘ ... Ich sag: ‚Was hat sie nun eigentlich?‘ ‚Na, is 'n Selbstmordversuch.‘ ... Ich sage: ‚Das reicht mir nicht ganz.‘ Und seitdem haben wir nicht groß irgendwie darüber gesprochen. (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 060 / 195–201)

Für die Vermittlung von Informationen müssten aus Sicht von Herrn G. Gesprächskreise o.ä. eingerichtet werden, die auch aus der Selbsthilfe entstehen könnten. An finanziellen Mitteln sollte seines Erachtens ein solches Vorhaben nicht scheitern. Die bisherige Variante, auf Anfrage Informationen vom Arzt zu bekommen, sieht Herr G. als zu einseitig und wenig Erfolg versprechend an: „Ich meine, natürlich kann ich ja immer hingehen, ich kann zu den Ärzten gehen und kann sagen: ‚Also klären Sie mich bitte mal auf.‘ ... Aber ich glaube, die wenigsten werden das tun.“ (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 067 / 538–540). Das „Miteinander mit dem Arzt“ (Fallanalyse 015) wurde auch betont von Partnern, die positive Erfahrungen mit entsprechenden Angeboten gemacht haben. Herr B. berichtete von regelmäßigen Gruppengesprächen von Patienten mit akuten und remittierten Depressionen und ihren Angehörigen und Behandlern (Fallanalyse 015), die er als sehr hilfreich empfand.

Probleme, angemessene Hilfe zu bekommen

Neben den Schwierigkeiten, angemessene Informationen zu erhalten, bestehen Probleme, angemessene Hilfe zu bekommen. Die Partner der Patienten wissen nicht, an wen sie sich mit ihren Fragen und Problemen wenden sollen. Selbst bei einer Einweisung in die psychiatrische Klinik nach einem Suizidversuch, werden die Partner manchmal nur im Sinne der Fremdanamnese betrachtet, nicht aber in ihrer eigenen Verzweiflung und Notsituation wahrgenommen (Fallanalyse 158).

Besteht im Verlauf der Depression des einen Partners eine deutliche Belastungssituation des anderen Partners, so wird darauf häufig mit dem Angebot einer eigenen Krankschreibung oder Behandlung reagiert. Dies trifft jedoch nicht die Bedürfnisse der Partner, die sich eher aktive Unterstützung erhoffen. Frau P. beispielsweise lehnte eine eigene Behandlung ab, da sie die Probleme hinsichtlich des Zusammenlebens mit ihrem Mann nicht lösen könnte. Auch wollte sie ihren Mann nicht den ganzen Tag alleine lassen (Fallanalyse 133).

Wenn die eigene Berufstätigkeit als Quelle sozialer Unterstützung und Ablenkung von den häuslichen Problemen betrachtet wird, gefährdet eine eigene Krankschreibung eher diese Ressource und verstärkt dadurch die Belastung.

Mir hat och schon die Hausärztin angeboten, wo das alles war, sagt sie: ‚Frau K., wollen Sie mal ’n paar Tage ausspannen?‘ Na, was nützt denn mir das? Ja, da geh ich lieber auf Arbeit, da hab ich ’ne Abwechslung. So seh ich’s jetzt. Na? Oder? Mir wär das jetzt schlimm, wenn ich jetzt krank geschrieben wär und jetzt sind wir alle beide [zu Hause], das ist ja furchtbar. Ich denk, jetzt bloß nicht krank werden. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 005 / 779 –788)

Neben Möglichkeiten zum Informations- und Erfahrungsaustausch wünschen sich die Partner der Patienten eine Art Anleitung im Umgang mit depressionsbedingten Problemen. Sie möchten wissen, welche der erlebten Veränderungen akzeptiert werden müssen, da der depressive Partner darauf keinen Einfluss nehmen kann.

Die Partner der Patienten erwarten konkrete Hinweise, wie sie mit ihrem depressiven Angehörigen sprechen sollen, um ihn nicht zusätzlich zu belasten (Fallanalysen 067, 197). Frau F. z.B. fragte den behandelnden Arzt ihres Mannes, wann das Thema angebracht ist, welches sie mit ihrem Mann besprechen wollte. Sie versuchte, sich abzusichern, ob ihr Mann die Thematik schon bewältigen kann. In dem konkreten Fall ging es um die berufliche Zukunft. Die Familie wollte den depressiven Partner davon überzeugen, nicht in seinen alten Beruf zurückzukehren, da dieser als depressionsauslösend wahrgenommen worden war (Fallanalyse 197). Generell wünschen sich die Partner der Patienten für sich und andere Familienmitglieder, Nachbarn, Kollegen oder Freunde Hinweise, wie mit dem depressiven Menschen kommuniziert werden kann. Seine Apathie, sein Negativismus und Pessimismus und seine erhöhte Verletzbarkeit verunsichern sein soziales Umfeld. Hier werden daher konkrete Handlungsanweisungen gewünscht: „Wie gehe ich mit so jemandem um?“ (Fallanalyse 067).

Fragen sind: Wie reagiere ich, wenn der depressive Partner Suizidgedanken äußert? Wie kann ich den depressiven Partner zu mehr Eigeninitiative bewegen? Muss ich tolerieren, wenn der depressive Partner früh nicht aufstehen will und sich auch tagsüber immer wieder zurückzieht? Was tue ich, wenn der depressive Partner alle meine Vorschläge ablehnt? Wie verhalte ich mich, wenn der depressive Partner von mir Anregungen erwartet, diese dann aber nicht ausführt? Wie kann ich die Situation anderen Familienmitgliedern, Nachbarn, Kollegen oder Freunden erklären, ohne deren Unverständnis zu fürchten? Wie kann ich dem depressiven Partner seine Ängste nehmen? Wie kann ich ihm Hoffnung und Zuversicht vermitteln? Wie kann ich sein negatives Denken, seinen „Starrsinn“, seine absoluten Urteile durchbrechen? Was kann ich von ihm erwarten, ohne ihn zu überfordern? Wie kann ich ihm meine Zuneigung

zeigen, ohne selbst so stark verletzt und zurückgewiesen zu werden? Wie kann ich zu einer Besserung beitragen oder verhindere ich sie mitunter?

Frau W. drückt diese Situation mit den Worten aus: „Ich wollte ein Handbuch, wie ich mit meinem Mann umgehen muss“ (Fallanalyse 054). Sie würde mit ihrem Mann gern eine gemeinsame Behandlung absolvieren, da sie lernen möchte, ihn zu unterstützen. Eine Paartherapie lehnt sie hingegen ab, da sie die Beziehung als gut einschätzt. Vielmehr möchte sie eine Anlaufstelle, um ihr eigenes Verhalten zu überprüfen und ggf. zu korrigieren und so mit ihrem Mann gemeinsam einen Weg aus der Depression zu finden (Fallanalyse 054). Auch Herr T. versteht eine Unterstützung eher als eine Art Anleitung, Krisen gemeinsam zu bewältigen (Fallanalyse 072). Nach der letzten stationären Behandlung seiner Frau wurde beiden eine Paartherapie angeraten, um ihre „komplizierte Beziehung“ zu klären und zu neuen Umgangsformen und Perspektiven in der Partnerschaft zu finden.

Erfahrungen und Befürchtungen von Stigmatisierung

Wenig Information und Hilfe steht im Zusammenhang mit Vorurteilen psychisch Kranken gegenüber. Die Diagnose oder die Einweisung in eine psychiatrische Klinik kann bei den Partnern der Patienten Stigmatisierungsbefürchtungen und Ängste auslösen⁹.

Verwandte, Freunde und Bekannte verstehen die Erkrankung und ihre Schwere häufig nicht. Sie entwickeln unangemessene Vorstellungen, katastrophisieren oder bagatellisieren die Situation. Die Partner depressiver Patienten berichten folgende Reaktionen ihres Umfeldes: Unverständnis über Krankschreibungen, dem Depressiven fehle nur der Wille, er solle sich zusammenreißen. Partner fühlen sich in der Pflicht, selbst Einfluss auf den angezweifelte „Willen“ ihres depressiven Partners zu nehmen. Da dies nicht gelingt, können eigene Unsicherheiten, Ambivalenzen und Vorurteile verstärkt bzw. deren Abbau verhindert werden.

Wir haben letzten Endes nichts mehr gemacht ... weil, ich wollte mir dann immer die Fragen ersparen. Wenn Sie irgendwo hinkommen und die sind alle lustig und dann kriegen Sie immer gesagt: ‚Mensch, was ist mit deinem Mann los. Gib dem mal ’n Schubs oder so‘. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 197 / 192–203)

Katastrophisieren des sozialen Umfeldes bedeutet, dass die Partner depressiver Patienten bedrängt werden, sich zu trennen. Man wisse nie, „was noch passiert“. Die

⁹ Stigmatisierungserfahrungen wurden für alle Gruppen der Rahmenstudie untersucht (vgl. Bischof, Jungbauer, Trosbach, Mory & Angermeyer, 2001).

Ängste beziehen sich auf mögliche Gefahren, z.B. bei aggressiv getönten oder wahnhaften Depressionen, auf die gesundheitlichen und finanziellen Folgen der Erkrankung und ihre möglichen Auswirkungen auf die minderjährigen Kinder. Der soziale Druck ist für die Partner der Patienten besonders hoch, wenn sie selbst der Beziehung gegenüber ambivalent sind.

Die Vorurteile bedrohen nicht nur Freundschaften und können damit die Isolation des Paares begünstigen, sie bedeuten auch den Verlust sozialen Rückhalts für die Partner selbst.

Man hat eben nie einen Gesprächspartner. Ich kann das weder meiner Mutti erzählen, weil es niemand kennt, das ist zu wenig da drüber geschrieben. Ich kann nirgendwo was nachlesen über diese Krankheit, und es kennt eigentlich keiner. Ja, wenn ich 'n Arm gebrochen habe oder ein Bein amputiert oder, wie mein Vati, querschnittsgelähmt ist, da siehst Du, was der hat und man sieht die Schmerzen. Aber, wenn bei dem Menschen körperlich alles fit ist, die sagen alle, der spinnt ja. Da sagt man lieber gar nichts. Man verliert Freunde, die sich früher Freunde nannten. Und dann hast Du plötzlich niemanden mehr und dann frisst man all die Sorgen und Ängste in sich hinein. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 158 / 580 – 601)

Vorurteile wirken in makrosoziale Strukturen hinein. Frau W. z.B. wurde vom behandelnden Arzt ihres Mannes eine Woche krank geschrieben, um eine akute suizidale Krise ohne stationäre Aufnahme abzufangen. Dies wurde ihr als Drückebergerei ausgelegt und sie war Anfeindungen und Vorwürfen ausgesetzt.

Sein behandelnder Arzt, der schrieb ihn krank und schrieb mich mit krank. Der sagt: ‚Er braucht Sie jetzt in der Phase.‘ Und da hat mir meine Chefin gesagt, da war ich eine Woche zu Hause, also sie bezahlt das nicht. Sie sieht das nicht ein, ich bin gesund, ich kann zur Arbeit kommen. ... Die konnte sich in so eine Sache gar nicht reinverdenken. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 158 / 665–697)

Die Erfahrungen von Stigmatisierung oder ihre Antizipation können dazu führen, dass die Partner ein „Abschirmsystem“ aufbauen. Sie versuchen entweder, eine möglichst intakte Fassade zu wahren, die jede Vermutung, der Partner sei erkrankt, unterbindet. Oder sie definieren die Depression des Partners um und präsentieren dem sozialen Umfeld andere, weniger stigmatisierte, meist körperliche Krankheiten. Das Morgentief der Depression, die Antriebslosigkeit und Mattigkeit werden dann als Zeichen einer evtl. tatsächlich parallel bestehenden Herzschwäche oder Herzkrankheit präsentiert (Fallanalyse 024). Die lange Krankschreibung und etwaige Kuraufenthalte werden auf parallel bestehende orthopädische Probleme (z.B. Knieprobleme) bezogen (Fallanalyse 024).

Partner sind in solcherart Verschleierungs- und Verheimlichungsstrategien einbezogen. Dies verwehrt ihnen den Zugang zu unterstützenden Beziehungen, in denen sie sich über ihre Situation austauschen könnten. Sie erleben dies besonders belastend, wenn sie nur aus Solidarität mit dem Kranken das entsprechende „Veröffentlichungsverbot“ befolgen. In diesen Fällen wollen sie eigentlich offen damit umgehen und meinen, das auch der depressive Partner von einem offenen Umgang profitieren könnte. Offenheit gebe ihm und ihnen die Chance, positive Rückmeldungen und Unterstützung zu erfahren (Fallanalyse 024).

Offenheit wurde hingegen in den meisten Fällen erst dann hergestellt, wenn der Gesprächspartner oder seine Situation potentiell Verständnis signalisierte. Dies war z.B. der Fall bei Eltern behinderter Kinder (Fallanalyse 158), psychischer Erkrankung in der Familie (Fallanalyse 078) oder einer beruflichen Situation und Ausbildung des Gesprächspartners, die auf weniger Vorurteile schließen ließen (Fallanalyse 024).

Vorurteile und Verschleierungsstrategien erschweren auch den innerfamiliären Umgang mit der Depression. Dies ist der Fall, wenn der depressive Partner selbst versucht, Symptome zu verbergen (Fallanalyse 197) oder sich nicht mehr attraktiv findet und an der Zuneigung des Partners zweifelt (Fallanalyse 066). Die Partner der Patienten hingegen fragen sich, inwiefern sie an der Entwicklung der Depression Anteil haben (Fallanalyse 038). Diese teils offen angesprochenen, teils verdeckten Schuldgefühle, Schuldzuweisungen und Schamgefühle können die Beziehungen sehr belasten.

Verheimlichen, Verschleiern und Tabus innerhalb der Familien können zu Koalitionsbildungen von Wissenden in Abgrenzung zu Nicht-Wissenden führen und damit langfristig die familiären Beziehungen stören. Vorurteile werden besonders häufig von der Elterngeneration geäußert. Sie reagieren mit Vorwürfen dem Erkrankten gegenüber aufgrund seiner Symptome, der Dauer seiner Arbeitsunfähigkeit, der langen Behandlungen oder gar der Erwerbsunfähigkeit (Fallanalyse 024). Auch können die Eltern ihrerseits unter Schuldgefühlen leiden und sich fragen, welchen Anteil sie an der Entwicklung der Depression haben (Fallanalyse 024). Das Stigma psychischer Krankheit wirkt auf diesen Wegen bis in die familiären Beziehungen hinein.

Unsicherheit besteht besonders darin, wie mit minderjährigen Kindern umgegangen werden kann. Einerseits soll ihnen die Situation verständlich werden, andererseits sollen sie keinen Schaden nehmen. In vielen Fällen wird die Krankheit den Kindern verschwiegen, um sie zu schützen. Die Partner und die Patienten fürchten, dass ihre Kinder Vorurteilen ausgesetzt sein könnten, wenn sie das Verheimlichen durchbrechen und Außenstehende einweihen. Sie fragen sich auch, ob sie noch respektiert und geliebt werden von ihren Kindern, wenn sie mit ihnen offen sprechen (Fallanalysen 019, 024).

Diese Überlegungen sowie Schuld- und Schamgefühle können zu Sprachlosigkeit und Rückzug führen und die inner- und außerfamiliären Beziehungen belasten.

Da haben wir eben die Erfahrung gemacht dass viele sich dann zurückgezogen haben, ja auch von der Familie, die dann eben, aus welchen Gründen auch immer, sei es drum, dass sie nicht wussten, wie sie eben auf ihn eingehen sollten oder aus Angst. ... Eigentlich ist da auch nie so richtig drüber gesprochen worden dann, auch danach nicht. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 131 / 15–25)

Zusammenfassung

Das nachfolgende Beispiel soll die Hemmnisse eines hilfreichen Umgangs mit der Depression des Partners illustrieren, die durch Informationsmangel, wenig Unterstützung sowie das Erleben und die Antizipation von Stigmatisierung entstehen können.

Fall 197 „Das Wissen ist ebend der Grundstein für die ganze Geschichte“

Frau F. ist 55 Jahre alt und Außendienstmitarbeiterin im Vertrieb eines Unternehmens. Herr F., ebenfalls 55 Jahre alt, hat zuletzt als Projektleiter gearbeitet. Beide sind seit 1967 verheiratet und haben zwei Söhne im Alter von 29 und 31 Jahren. Aus heutiger Sicht haben die Symptome, die Frau F. als „starke Depression“ beschreibt, im Dezember 1999 eingesetzt, sind aber erst ab April 2000 behandelt worden.

Die Auseinandersetzung mit der Erkrankung ist zentrales Thema des Gesprächs, da sie sehr konfliktreich verlief. Die Konflikte führt Frau F. auf unzureichendes Wissen, aber auch ungenügende Information der Familie zurück. Dazu kamen in ihren Augen Fehlentscheidungen und Fehlverhalten von ärztlicher Seite. Die Familie konnte Symptomverhalten (wie berufliche Anspannung, Schlafstörungen und körperliche Beschwerden) des Mannes zunächst nicht einordnen. Einmal verhinderte der Kontext eine angemessene Interpretation, denn der ständige berufliche Druck mit der Folge des permanenten „Arbeitenmüssens“ wurde als Teil der Arbeit des Mannes akzeptiert. Zum anderen waren die körperlichen Beschwerden von der Familie eher als Folge der Überforderung und der seelischen und körperlichen Erschöpfung eingeordnet worden. Dies hatte zur Folge, zunächst hausärztliche Hilfe (im Sinne weiterer diagnostischer Maßnahmen) aufzusuchen: „Geh doch mal zum Arzt. ... Lass doch Dich mal untersuchen, Du bist überarbeitet.“ Die Hausärztin hatte jedoch (auch nach Versorgen von Brandverletzungen, die von einem Suizidversuch stammten) weder eine angemessene Behandlung eingeleitet noch die Familie informiert, sondern nur Überweisungen ausgestellt. Diese wurden von Herrn F. jedoch nicht wahrgenommen, bei der Hausärztin wurde er nicht wieder vorstellig. Erst die Familie „bringt dann alles ins Rollen“, wird aber erneut zu wenig bzw. falsch informiert. Der aufgesuchte Psychiater empfiehlt eine ambulante Behandlung, denn man könne ihren Mann nicht zwingen, in die Klinik zu gehen. Frau F. besteht jedoch nach zwei von ihr unbemerkten Suizidversuchen ihres Mannes auf einer stationären Aufnahme.

Ihr Umgang mit der Erkrankung ist von einer intensiven Informationssuche („Wir ham dann Bücher gelesen.“) bzw. einem Misstrauen sowohl ärztlichen Entscheidungen als auch dem Verhalten ihres Mannes gegenüber geprägt. Demzufolge werden eine Reihe von Sicherungs- und Kontrollmaßnahmen ergriffen. Die durch die Informationsdefizite bedingte Unsicherheit wirkt somit in den Beziehungsalltag und die Beziehungsgestaltung fort. Das Befinden von Frau F. ist von Verunsicherung und dem Versuch, wieder Kontrolle zu gewinnen geprägt. Eine zentrale Frage ist, wann professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden muss: „Wo is nun jetzt der Punkt, ... wann sinn wa soweit, dass wa denken, das beherrschen ma nich.“

Frau F. erlebte das Verhalten der Arbeitskollegen ihres Mannes als stigmatisierend, was eine offene Kommunikation oder einen beruflichen Wiedereinstieg verhinderte: „Meine Frage war damals: ‚Hätten Sie meinen Mann auch entlassen, wenn er sich ’n Bein gebrochen hätte?‘ Das wurde also kategorisch verneint und ‚aber mit dieser Krankheit und als Mitgesellschafter‘ und es is im Prinzip niemandem so recht geheuer.“ Auch die psychiatrische Klinik wurde als stigmatisierend empfunden und der Wunsch geäußert, Spezialstationen für Patienten mit ähnlichen Problemen zu schaffen.

9 Stresserleben und Entlastungsstrategien der Partner

Im dritten Teil der Ergebnisdarstellung werden mögliche Konsequenzen und Zukunftsszenarien ausgehend vom subjektiven Erleben der Partner vorgestellt. Interessierende Fragen sind: Welche Auswirkungen hat die Depression auf die Gesundheit der Partner? Wie wird die Arbeitsfähigkeit und das Wohlbefinden der Partner depressiver Patienten beeinflusst? Wie verändern sich ihre Zukunftsperspektiven und Erwartungen im Verlauf? Was tun sie zu ihrer eigenen Entlastung? Welche Rolle spielt das psychosoziale Hilfesystem und die Behandlung der depressiven Patienten für die Entlastung ihrer Partner?

9.1 Individuelles Wohlbefinden und Gesundheit

Die Depression des Partners wird als Stresssituation erlebt. Als Folge von Stress und Belastung befürchten die Partner der depressiven Patienten gesundheitliche Beeinträchtigungen oder nehmen bereits eigene Stressreaktionen wahr. Es sind Reaktionen auf akute Stresssituationen von langandauernden Stresssituationen zu unterscheiden. Akute Belastungen treten z.B. durch einen Suizidversuch des depressiven Partners oder die Einweisung in eine Klinik auf. Langandauernde Belastungen sind solche, die durch das Leben und den Alltag mit dem depressiven Partner entstehen.

Das Erleben akuter Belastungssituationen

Die Tätigkeiten, die im Kapitel 7.2 als Bestandteil des Familienmanagements eingeordnet wurden, lasten in akuten Krankheitszeiten zum Teil allein auf dem gesunden Partner. Es kommt zu einer Kumulation von Belastungen, die zu einem Gefühl der Überforderung und Erschöpfung bei den Partnern der Patienten führen können¹⁰.

Ich muss langsam auch aufpassen, dass ich nicht in die Klapse komme. Ich merk ' schon, dass ich da manche Tage ein bisschen k.o. bin, aber im großen Ganzen, sach ich mal, ich halt's aus. Natürlich, ... man muss sich schon überlegen, wenn man immer auf der Überholspur fährt, dass es bisschen riskant ist. Aber momentan ist es leider Gottes so, bin ich nur der eine, der jetzt momentan den Kopf oben hat und muss versuchen, eben alles in Griff zu kriegen. (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 180 / 616–627)

Hinzu kommt, dass die Partner der Patienten gerade zu Beginn wenig informiert sind über die Erkrankung. Aus dem Gefühl des Kontrollverlustes heraus können Angst, Unsicherheit oder Verzweiflung resultieren. Depressive Symptome des Partners werden als besonders bedrohlich wahrgenommen, wenn kein schlüssiges Modell für ihr Auftreten und damit keine Handlungsmöglichkeiten bestehen.

Seine Krankheit hat [mich] ... bedrückt, wo ich nicht wusste, geht's jetzt weiter, oder war's das jetzt dein Leben. Da hab ich manchmal gedacht, Mensch, mit 50, das war's schon. Da war ich, da war ich manchmal verzweifelt, ja. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 189 / 263–268)

¹⁰ Für einen Vergleich mit der Situation der Partner schizophrener Patienten beim Erkrankungsbeginn sei auf Jungbauer, Bischkopf & Angermeyer (2001b) verwiesen.

Die Partner beschreiben die akute Situation als „ungeheure Last und Belastung“ (Fallanalyse 067) bzw. als „mörderische Belastung“ (Fallanalyse 071). Der Bezug zur eigenen gesundheitlichen Lage wird explizit hergestellt: „So schnell hintereinander kann das wahrscheinlich ein Organismus gar nicht verkraften“ (Interview 067 / 480–481). Eigene gesundheitliche Beeinträchtigungen werden als mögliche Reaktion auf die Stresssituation verstanden. Herr K. berichtet: „Nu wurde ich noch krank, erst mit ’m Rücken, und dann ging das mit ’n Herzen los. ... Vielleicht war’s zuviel. Ich weiß es nicht, aber ... Gedanken macht man sich ja auch“ (Ehepartner einer depressiven Patientin, Fallanalyse 198 / 110–121).

Die ungewisse Zeit bis zum Beginn einer Behandlung ist vor allem durch Angst und Verunsicherung gekennzeichnet. Die Angst kann von bestimmten Depressionssymptomen, z.B. von Schuld- und Verarmungswahn des erkrankten Partners ausgehen (Fallanalysen 034, 150). Frau Z. erlebte es z.B. als schwierig, auf ihren wahnhaft depressiven Mann einzugehen und seine Schuldideen zu prüfen und richtig einzuordnen (Fallanalyse 034). Auch bezieht sich die Angst in der akuten Erkrankungsphase auf den befürchteten oder erlebten Suizidversuch des depressiven Partners. Frau W. machte sich z.B. Sorgen, entsprechende Alarmsignale zu übersehen oder falsch zu deuten. Sie verglich ihre Ängste, die Anspannung und das Überforderungsgefühl mit dem Gefühl vor einer „Klassenarbeit“. Dies impliziert, dass die Situation als Aufgabe und Anforderung gesehen wird, bei der eine Prüfung zu bestehen ist. In Fortführung der Analogie schildert Frau W., dass sie diese Zeit durchleben und am Ende erschöpft zusammenbrechen wird. Ein derartiger Zusammenbruch kann in ihren Augen nur durch die permanente Pflichterfüllung und ihren Durchhaltewillen aufgehalten werden: „Aber irgendwann braucht der Körper auch mal wieder Ruhe“ (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 115 / 438).

Diese Ruhe setzt z.B. ein, wenn der depressive Partner eine Behandlung beginnt. Die Partner der Patienten haben vor allem in akuten Krankheitsphasen den Anspruch, auf ihren depressiven Angehörigen „aufzupassen“ oder für ihn jederzeit abrufbar zu sein. Dies kollidiert mit der Lebensrealität, wenn die Partner an eine Arbeit und eigene Verpflichtungen gebunden sind. Durch eine Einweisung oder Behandlung wird diese Aufgabe des Aufpassens gewissermaßen an die Klinik abgegeben, in der der Kranke „unter Beobachtung“ ist.

Im Zuge einer Klinikeinweisung des depressiven Partners kann es zu einem Gefühl der Leere ähnlich dem des „Ausgebrannt-Seins“ kommen. Den Partnern der Patienten wird dann bewusst, wie groß der Druck war, der auf ihnen gelastet hat (Fallanalyse 034).

Es war manchmal schlimm, also nicht an Arbeit oder so, das war mir selbstverständlich, aber das Nervliche, das war so angespannt. Als er dann ins Krankenhaus kam, da bin ich erst mal in ein tiefes Loch gefallen. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 189 / 12–15)

Andere Partner berichten, sie haben seit der Einweisung ihres depressiven Angehörigen das erste Mal wieder nachts durchschlafen können (Fallanalyse 005). Schlafstörungen von Partnern entstanden teils dadurch, dass ihr Schlaf durch den unruhigen, schlaflosen depressiven Partner gestört wurde. Frau Z. berichtet, sie habe „immer gehorcht, was er macht“ (Fallanalyse 034). Aber auch eigene Angstgefühle und das Grübeln über die Zukunft und über Handlungsmöglichkeiten begünstigten die Entwicklung von Schlafstörungen bei den Partnern depressiver Patienten.

Die Einweisung in eine psychiatrische Klinik kann jedoch ihrerseits zu einem belastenden Ereignis werden. Oftmals entstehen Schuldgefühle, den kranken Partner „abzuschieben“ (Fallanalyse 072). Das Milieu einer psychiatrischen Station wird als belastend wahrgenommen und kann Vorurteile und Schamgefühle auslösen (Fallanalysen 039, 045, 060, 067, 173, 192, 197).

Muss der depressive Partner zu einer Behandlung „überredet“ oder gar gegen seinen Willen eingewiesen werden, erleben die Angehörigen Schuldgefühle und eine Ambivalenz der Behandlung gegenüber.

Also den ersten Tag, wo ich ihn hingebraht hatte, kam ich mir vor wie so ein Verbrecher. Also, nicht, er hat mir noch gesagt an der Türe, jetzt bringt mich die eigne Frau ins, wie hat er gesagt, in die Verrücktenanstalt, hat er gesagt. Jetzt bringt ihn noch die eigne Frau in die Verrücktenanstalt. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 034 / 225–230)

Die akute Stresssituation kann insgesamt als eine Zeit der Unsicherheit, Unruhe, Schlafstörungen, Angst und Ambivalenzen bezüglich der Behandlung und dem Partner gegenüber beschrieben werden. Zentraler Begriff für das Erleben dieser Situation ist „Anspannung“.

Das Erleben langandauernder Belastungssituationen

Wird das Leben mit dem depressiven Partner als belastet erlebt, können langfristige Folgen für das Wohlbefinden und die Gesundheit der Partner entstehen. Sie nehmen Veränderungen ihrer eigenen Person wahr. Spontane Partner werden vorsichtig, verlieren ihre Spontaneität (Fallanalysen 005, 024, 071, 078). Dies liegt daran, dass sie sich in der Interaktion mit dem depressiven Partner jedes Wort überlegen (vgl. Kap. 7.2) und in der Folge sich selbst stärker beobachten.

Ich bin da schon doch 'n bisschen verändert durch dieses Krankheitsbild auch in meiner Person, weil ich kannte früher so was nicht, also, dass 'n Mensch och 'n Stimmungstief hat oder so, das war mir total fremd. Heute kenn ich's selbst auch an mir. (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 071 / 177–183)

Die Partner der Patienten fühlen sich teilweise durch die Stimmung des depressiven Angehörigen „angesteckt“ (Fallanalyse 019) oder erleben die Situation so, als würde „sich die Depression praktisch überleiten auf die anderen Familienmitglieder“ (Fallanalyse 122).

Im Verlauf der Depression des Partners treten Sorgen um die eigene Zukunft und die Zukunft der Familie auf. Zukunftsängste und Existenzängste können sich zunächst vorrangig auf einen antizipierten Arbeitsplatzverlust des depressiven Partners und die damit verbundenen finanziellen Probleme beziehen. „Ich werde schon seit langem durch Zukunftsängste geplagt, aber das hat mich also in wahnsinnige Angst gestürzt. Und das ist auch nicht vorbei“ (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 115 / 64–68). Langfristig wird die Berufsfähigkeit der depressiven Partner und das finanzielle Überleben der gesamten Familie als gefährdet angesehen. Die Ungewissheit bezüglich der Zukunft kann sich besonders vor dem Hintergrund einer kontinuierlichen Verschlechterung abzeichnen, z.B. messbar an längeren stationären Aufenthalten des depressiven Partners (Fallanalyse 071). Eigene Lebenspläne werden dann als bedroht wahrgenommen.

Ich mein, das kann ja auch nicht ein Dauerzustand in meinem Leben sein. ... Ich mein, soviel Leben ist ja auch nicht mehr über, also so jung bin ich auch nicht mehr, sagen wir mal, 30 Jahre wär vielleicht noch 'n ganz guter Zeitraum und ich sage mal, den möchte man ja schon noch 'n bisschen angenehm gestalten. (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 071 / 158, 329–332)

Angst wird als dauernde Anspannung, als „gewisse Ruhelosigkeit in einem selber“ (Fallanalyse 085) beschrieben. Die Ruhelosigkeit und Anspannung stehen häufig im Zusammenhang mit geäußerten Suizidgedanken oder erlebten Suizidversuchen des depressiven Partners.

Das Schlechteste wird sicherlich sein, wenn sie so Tabletten nimmt oder einen neuen Suizidversuch unternimmt, also die Angst ist ständig da, das ist immer da bei mir, aber ich kann ja nicht jede Stunde da hinfahren und gucken, wie geht's ihr, 's geht ganz einfach nicht. Die Angst ist einfach da, dass das passiert. (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 072 / 421–457)

Überschatten Suizidgedanken, Suizidankündigungen oder Suizidversuche weiterhin das Zusammenleben, erreichen Partner bald die Grenze ihrer eigenen Belastbarkeit: „Wer leidet denn nun mehr hier ... oder verkraftet man das ewig?“ (Ehepartner einer

depressiven Patientin, Interview 078 / 71–72). Sie empfinden sich ihren depressiven Angehörigen hilflos ausgeliefert und schwanken zwischen Mitleid und Empörung.

Wenn Partner das erste Mal eine depressive Phase ihres Angehörigen miterlebt haben, können Ängste vor Rückfällen auftreten. Die Erfahrung wird als so einschneidend wahrgenommen, dass ihre Wiederholung die Belastungsgrenzen überschreiten könnte:

Ja, wenn's wieder anfangen würde, das wär 'ne große Belastung. Also davor würde 's mir grauen, muss ich sagen. Denn das war wirklich schwer, die Zeit. Möchte ich nicht noch mal erleben. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 034 / 529–548)

Wurden bereits mehrfach depressive Phasen miterlebt, besteht die Hoffnung, dass sich die Zeitabstände zwischen dem Auftreten der Phasen vergrößern oder die Phasen selbst weniger dramatisch verlaufen werden (Fallanalysen 067, 071, 072, 122, 125, 144, 196).

Hoffnungslosigkeit und Demoralisierung treten auf, wenn Spannungen in der Partnerschaft andauern, keine Besserung von Symptomen erlebt wird und die Partner sich am Ende ihrer eigenen Handlungsmöglichkeiten wahrnehmen. Vorrangige Emotion ist Hilflosigkeit. Herr T. fühlte sich am Ende seiner Möglichkeiten, auf seine Frau einzugehen oder gemeinsam mit ihr einen Weg aus der Situation hinaus zu finden.

Was Du tust, bist Du hart oder streng, bist Du weich oder gütig, verzeihst Du alles, schluckst Du alles weg, lässt Du alles an Dir abprallen, verarbeitest es, nimmst es nicht als persönlicher Angriff, das ist eben die Schwierigkeit. (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 072 / 368–372)

Unter Umständen kann das Zusammenleben aus der erlebten Hilflosigkeit heraus nahezu eskalieren. Es kann zu aggressiven Ausbrüchen kommen (Fallanalysen 124, 133), die sich unter Alkoholeinfluss gegen den depressiven Partner richten können. Herr W. schildert, dass er die Antriebslosigkeit seiner Frau nicht mehr ertragen habe und sie in einem Anfall von Wut schon einmal versucht hat, nahezu zum Aufstehen zu prügeln (Fallanalyse 124). Herr W. ist in eigener psychiatrischer Behandlung. Frau P. beschreibt, dass sie ins Schimpfen gerate, weil sie es nicht mehr aushalte. Auch habe sie schon einmal eine Lampe „zerschmissen“ vor Wut (Fallanalyse 133). Der Negativismus des depressiven Partners stellt für viele Angehörige eine besonders schwierige Situation dar.

Wenn ich einen Partner habe, der alles deprimierend sieht, ... ich glaube, das ist einer der schlimmsten Fälle, den man bei einer Krankheit sich eigentlich nur vorstellen kann als Partner. ... Der nimmt ihnen jede Freude. ‚Nö, ich hab keine Lust‘ und ‚Nö, muss das jetzt sein‘ und ‚Und das schon wieder‘ ... Das können Sie nicht aushalten. Und dann ‚Ich nehm mir doch das Leben, mich will dann sowieso keiner‘, das wird ja immer schlimmer. (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 192 / 277–282)

In der Konsequenz erleben die Partner der Patienten selbst weniger Lebensfreude und Lebenslust (Fallanalysen 045, 066, 133). Diese Gefühle können bis zu Selbstmordphantasien gesteigert sein. Herr W. schildert: „Da mach ich ihr Mut, aber manchmal versagt mir auch der Mut. ... Da hat ich die Wäscheleine schon in der Hand, ich sache: ‚Ich hänge mich jetzt uff, geh auf den Boden und hänge mich off‘“ (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 124 / 162–168).

Als besonders belastend wird die Situation erlebt, wenn die Partner sich isoliert fühlen. Herr A. beispielsweise fühlte sich mit seinen Problemen allein: „Es ist natürlich schwierig, wenn man niemanden weiter hat zum Reden.“ (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 066 / 15–17). Frau W. erlebte weder ausreichend Unterstützung und Ansprechpartner außerhalb der Ehe, noch konnte sie ihrem Mann gegenüber offen über ihre Belastungen sprechen. Dies empfand sie als belastend mit Konsequenzen für ihre eigene Gesundheit und ihr seelisches Gleichgewicht. „Dann hast Du plötzlich niemanden mehr und dann frisst man all die Sorgen und Ängste in sich hinein. Und das kam sicherlich dann auch alles bei mir zum Ausbruch“ (vgl. Fallanalyse 158). Frau W. entwickelte im Verlauf eine Panikstörung mit mehrmaligen Panikanfällen und einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Der Arzt vermutete einen Zusammenhang zu den Wechseljahren, Frau W. sieht jedoch auch andere Auslöser.

Und da hab ich gedacht, dass ich mir das alles ein bisschen angenommen habe, die Krankheit von meinem Mann angenommen habe, dass ich das jetzt auch mit austrage. ... Die Seele ist halt auch mit krank und das leuchtet mir auch ein, man hat eben nie einen Gesprächspartner. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 158 / 574–637)

9.2 Entlastungsstrategien

Angesichts der Belastungen, welche die Partner der depressiven Patienten in der akuten Krankheitsphase und im Alltag erleben, stellt sich die Frage nach ihren Entlastungsmöglichkeiten. Diese sollen im Hinblick darauf vorgestellt werden, welche Möglichkeiten der Selbsthilfe in Unterstützungsangeboten gezielt gefördert werden könnten. Es handelt sich zum einen um Strategien der Distanzierung von der als belastend erlebten Situation (oder dem depressiven Partner) und zum anderen um eine Distanzierung vom Erlebten durch entlastende Gespräche und das Aufschreiben von Ereignissen und Gedanken.

„Freiraum“, „Aussteigen“ und „Ablenken“

Eine Form des Umgangs mit Belastungen besteht darin, dass Partner verstärkt auf eigene Bedürfnisse achten und sich bewusst vom Erkrankten distanzieren. Hierbei wird versucht, eine „normalere“ Realität außerhalb der belasteten familiären Situation zu schaffen. Begriffe wie „Freiraum“, „Aussteigen“ und „Ablenken“ beschreiben diese Entlastungsstrategie. Der Fluss des Alltags mit dem depressiven Partner wird bewusst unterbrochen.

Und das war belastend für mich jetzt, weil ich gar keinen Freiraum hatte. Ich war nun grad dann im Erziehungsurlaub den ganzen Tag eigentlich nur beschäftigt mit irgendjemand, immer nur beschäftigt, und nie irgendwie 'n Freiraum für mich. Und das war das, wo ich dann auch gesagt hab: ‚Schluss, bis hierher, Ihr könnt mich nicht kaputt spielen.‘ Und da hab ich mir halt eben och den Freiraum genommen. (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 024 / 241–265)

Ist dies nicht möglich, erleben die Partner der Patienten die Situation als besonders belastend. Herr A. bezeichnet diese Lage als „Freiraumsperre“ (Fallanalyse 066).

Eine wichtige Rolle spielt die Berufstätigkeit der Partner der Patienten. Sie wird zum Teil nicht als zusätzliche Belastung, sondern als Ressource erlebt. Die eigene Arbeit außerhalb des Hauses verschafft sowohl räumliche als auch kognitiv-emotionale Distanz. Sie steht für „Ablenken“, aber auch für eine Quelle von Selbstwert und Selbstbestätigung. Wird die Situation zu Hause von den Partnern im Erkrankungsverlauf zunehmend als unkontrollierbar und belastend erlebt, ist das Berufs- und Kollegenumfeld eine soziale Umwelt, in der alternative Erfahrungen (wieder) möglich werden. „Und hätte ich nicht diese Tätigkeit hier in meiner Firma, dann wäre es wohl noch viel schlimmer auch für mich persönlich sicherlich“ (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 072 / 517–546). Dies wird von Partnerinnen und Partnern gleichermaßen berichtet: „Mir ist das nicht ganz so schwer gefallen, vielleicht wie anderen, die mit dem Partner mehr zusammen waren. Mich hat das etwas abgelenkt, die Arbeit“ (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 079 / 40–51). Neben der Ablenkung gleicht das Arbeitsumfeld auch monotone und bedrückte soziale Beziehungen aus. Frau K. betont bezüglich ihrer Kolleginnen: „Wir lachen auch mal“ (Fallanalyse 005).

Neben dem Beruf gehören zu dieser Form der Distanzierung alle Freizeitaktivitäten, Sport oder Hobbies, denen der gesunde Partner ohne den Erkrankten nachgeht. In einigen Fällen kann es schon das Einkaufen sein, das allein erledigt wird und einen Moment des „Aussteigens“ aus dem Alltag mit dem kranken Partner bedeutet: „Jetzt steigst du hier aus, ... fährst einkaufen, ... wo keiner dabei ist und das reicht ja dann

schon, zumindest für mich.“ (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 024 / 1227–1372).

„Aussprechen“ und „Aufschreiben“

Eine weitere Möglichkeit der Entlastung ist das Sprechen über die Situation und über das eigene Erleben. Entlastende Gespräche sind solche, in denen die Partner der Patienten offen über ihre Lage sprechen konnten, auch wenn keine Hilfsangebote gemacht oder wahrgenommen wurden (Fallanalyse 158). Zum Teil konnte diese Möglichkeit der Entlastung in der Untersuchung durch das narrative Interview hergestellt werden: „Jetzt, das beruhigt mich auch hier, wenn ich mich mal aussprechen kann“ (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 124 / 248–249).

Neben dieser Form der emotionalen Unterstützung wurde die Vermittlung von Informationen und Wissen als hilfreich erlebt. Gespräche mit als kompetent eingestuften Außenstehenden wurden genannt. Frau L. wandte sich z.B. an den Vorgesetzten ihres Mannes, der einmal Psychologie unterrichtet hatte (Fallanalyse 024). In einigen Fällen sind es auch die Familie selbst (Fallanalyse 034) oder enge Freunde, die im medizinischen Bereich arbeiten (Fallanalyse 067), die in den jeweiligen Gesprächen notwendige Informationen geben oder Behandlungsschritte veranlassen.

Das Aufschreiben als Entlastungsstrategie kann zum einen die bloße Schilderung von Symptomverhalten des depressiven Partners betreffen. Frau Z. schrieb z.B. die Schuldideen ihres Mannes auf, um sie auf ihre Plausibilität hin prüfen zu können und dem Arzt mitzuteilen (Fallanalyse 034). Neben diesem eher kognitiven und an der Lösung des Problems orientierten Zugang wird das Schreiben als Ressource im Umgang mit eigenen Emotionen verstanden. Herr T. schrieb z.B. wöchentlich in ein Tagebuch, was er erlebt hatte und was ihn belastet. Er notierte die Vorwürfe, die seine Frau ihm während Streitigkeiten machte, um sich somit von diesen zu entlasten.

Ich habe mal angefangen, so diese Erlebnisse mal aufzuschreiben. Also, ich mach immer so Wochenberichte, wie ist so die Woche gelaufen, einfach mal so typische Verhaltensmerkmale von mir und meiner Frau zu skizzieren, dass man eben auch mal nachvollziehen kann, was ist denn in so bestimmten Abschnitten mal gewesen. ... Vielleicht, wenn Sie noch mal im Jahr kommen, dann ist vielleicht 'n kleines Buch entstanden, was ich Ihnen dann zu lesen geben kann, wo man sich mal den Frust von der Seele schreibt, gerade nach Auseinandersetzungen. (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 072 / 583–603)

Zusammenfassend können die beschriebenen Entlastungsstrategien als Distanzierungsstrategien verstanden werden. Partner distanzieren sich vom depressiven

Angehörigen selbst, von ihren eigenen Verletzungen und wahrgenommenen Verantwortlichkeiten.

Exkurs: Belastende und entlastende Aspekte der Behandlung des depressiven Partners

Zu den Kritikpunkten an der überwiegend psychiatrischen Therapie des depressiven Angehörigen zählt eine einseitige medikamentöse Behandlung: „Sie hat ja immer bloß ihre Medikamente verabreicht bekommen so und ‚Wiedersehn‘, wie beim Bäcker, Sie holen ihre Brötchen ab und gehen wieder“ (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 192, 48–51). Die medikamentöse Behandlung wird ambivalent erlebt, treten doch auch unter Medikamenten Rückfälle auf (Interviews 024, 067, 072, 122, 125). Andererseits wird eingeräumt, dass eine entsprechende Behandlung mit Medikamenten im Einzelfall schwierig ist (Fallanalyse 072), ohnehin nur Symptome „im Griff zu halten sind“ (Fallanalyse 038) und die Forschung noch nicht so weit sei, um die Probleme rasch zu beheben (Fallanalyse 039). Auch wird die Depression selbst als zu komplex verstanden, um sie allein pharmakologisch zu behandeln (Fallanalysen 038, 067): „Es ist eben ’ne Krankheit, wo Du nicht sagen kannst, nimmst noch drei Wochen Tabletten und dann wird’s schon irgendwie gehen“ (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 038, 256–257). Die medikamentöse Behandlung wird in ihrem Ziel, das Funktionieren des Erkrankten wiederherzustellen, angezweifelt (Fallanalyse 173).

Die pharmakologische Behandlung produziert teilweise zusätzliche Probleme. Herr H. schildert z.B., dass seine Frau aufgrund der jahrelangen Behandlung mit Beruhigungsmitteln eine Abhängigkeit entwickelt hat. Der Medikamentenentzug erschwert die antidepressive Behandlung (Fallanalyse 045). Die Dosis der Medikamente wird in Frage gestellt (Fallanalyse 083) und es bleibt ungewiss, welches Verhalten depressionsbedingt und welches Folge von Medikamenten ist (Fallanalysen 005, 038). In einem Fall kam es im Verlauf der medikamentösen Behandlung zu einer lebensbedrohlichen allergischen Reaktion (Fallanalyse 189).

Die Partner, die selbst einen aktiven und fordernden Umgang mit den Problemen zeigen, wünschen sich ein ähnliches Vorgehen von den behandelnden Ärzten. In diesen Fällen wird eine klare Auskunft über das Ende einer Arbeitsunfähigkeit gefordert, wenn diese immer wieder verlängert wurde (Fallanalyse 024). Der depressive Partner soll Mittel und Wege, „ein Instrumentarium“, eine Art „Schutzmechanismus“ lernen, um mit den Problemen langfristig umzugehen (Fallanalyse 024, 071, 072). Stichworte hierfür sind „Eigeninitiative“ (Fallanalyse 071), „Selbstbewusstsein stärken“

(Fallanalysen 015, 071), „Verständnis“ (Fallanalyse 015), aber „ ’ne gewisse Härte muss also auch mit ins Spiel kommen“ (Fallanalyse 079).

Verstehen die Partner der Patienten Behandlungsschritte nicht, kann dies ihr Belastungserleben verstärken und zu Konflikten mit dem depressiven Partner führen. Frau L. schildert, dass ihrem Mann von seiner Ärztin geraten worden war, egoistischer zu sein und sich Dinge zu „gönnen“ (Fallanalyse 024). Dies geht ihrer Meinung nach auf Kosten der Familie bzw. zu Lasten ihrer eigenen Belastbarkeit und Gesundheit. Vielmehr möchte sie einbezogen sein in die Entscheidungen und mit ihrem Mann gemeinsam Formen des Umgangs und der Bewältigung der Depression finden.

Bei Notarzteinsätzen (Fallanalyse 005), Einweisungen in eine psychiatrische Klinik (Fallanalyse 150) oder anderen Krisensituationen fühlen sich die Partner der Patienten in ihrem eigenen Leid unbeachtet. „Ich als Betroffene, ich hab keinerlei irgendwie, keinerlei Hilfe gehabt“ (Ehepartnerin eines depressiven Patienten, Interview 150, 502–505). In akuten Situationen steht die Lage des Patienten im Vordergrund. Die Familienangehörigen werden oftmals nur als Quelle zusätzlicher Informationen wahrgenommen, die die Situation des Kranken betreffen, nicht aber ihre eigene. Für ihre Schuld- und Ohnmachtgefühle und Ängste ist in diesen Situationen kaum Platz (Fallanalysen 072, 034, 150).

Für die Partner ist die Behandlung des depressiven Angehörigen dann entlastend, wenn sie eine unklare Situation beendet und ihrerseits transparent und verständlich ist. Auch wirkt es entlastend, wenn die Partner lernen, das depressive Verhalten ihres Angehörigen nicht auf sich zu beziehen und nach eigenen Fehlern zu suchen. Es gilt, die Grenzen der eigenen Einflussnahme wahrzunehmen und zu akzeptieren. Dies ist ein schmerzhafter Prozess. Partner können sich ausgeschlossen fühlen oder auch gekränkt darüber sein, dass all ihre Bemühungen nicht fruchten. Frau L. berichtet z.B., sie habe ihren Mann immer wieder aufgefordert, seine freie Zeit mit Sport auszufüllen. Er lehnte beharrlich ab, begann aber Sport zu treiben, nachdem die Therapeutin diesen Vorschlag gemacht hatte (Fallanalyse 024). Vorschläge des Ehepartners können Reaktanz erzeugen, wenn der depressive Partner sich bevormundet fühlt und sich zu behaupten versucht (vgl. Fallanalysen 005, 072). Der Behandlungskontext ermöglicht es hingegen, Vorschläge wie das Sporttreiben gewissermaßen als medizinische Maßnahme auszuführen.

Die Behandlung des depressiven Partners beinhaltet somit sowohl Entlastungspotential, als auch die Gefahr zusätzlicher Belastungen. Letzteres ist besonders dann der Fall, wenn es sich um eine einseitige pharmakologische Behandlung handelt, die die Entwicklungsmöglichkeiten der Partner (oder des Paares) wenig thematisiert.

10 Diskussion

Im letzten Teil der Arbeit werden die dargestellten Aspekte der Analyse mit theoretischen und empirischen Ergebnissen der Forschung verknüpft sowie Implikationen für die Praxis diskutiert. Es werden Schlussfolgerungen abgeleitet hinsichtlich der Gestaltung von Hilfs- und Unterstützungsangeboten für die Partner depressiver Patienten. Hierbei wird vor allem auf die Bereiche eingegangen, die von den Partnern selbst genannt wurden. Abschließend wird die methodische Umsetzung der Untersuchung kritisch diskutiert.

10.1 Depression aus Partnerperspektive – Implikationen für die Praxis

Zur Wahrnehmung und Einordnung von Symptomen stellen die Partner depressiver Patienten eher einen lebensgeschichtlichen Bezug als einen Zusammenhang zur Krankheit her. Diese lebensgeschichtliche Perspektive sollte einbezogen werden, wenn der Patient, die Familie und das Behandlungsteam zusammenarbeiten. Einseitig biologisch dominierte Modelle berücksichtigen nicht das Erleben und die Wahrnehmung der Familienangehörigen. In ihrer Wahrnehmung gilt eher, eine Depression „entwickelt sich nicht in einem kurzen Zeitraum, sondern in Jahren und Jahrzehnten“ (Bock, 1998, S. 62). Diesem Ansatz müsste in der Behandlungsrealität mehr Beachtung zukommen, will man nicht die spezifische Sichtweise der Familien übergehen. Die Vermittlung von Wissen über die Krankheit Depression sollte über die Vermittlung von Wissen über die neurobiologischen Grundlagen und ihre pharmakotherapeutische Beeinflussung hinausgehen und psychosoziale Aspekte berücksichtigen.

Die ersten Informationen über die Krankheit sind für die Partner der Patienten nicht die des medizinisch-psychiatrischen Umfeldes. Es sind vor allem Berichte anderer Betroffener im Umfeld der Familie oder in den Medien, die mittels Vergleich dazu genutzt werden, das Erlebte einzuordnen. Wirken diese „öffentlichen“ Darstellungen als meinungsbildend, so scheint hier auch der beste Ansatzpunkt, um die „öffentliche Meinung“ hinsichtlich Depression zu korrigieren. Dies scheint dringend notwendig, wenn man bedenkt, wie einseitig zum Teil über Depression berichtet wird (Habecker, 2001). Eine Anti-Stigma-Kampagne in Australien nutzte gezielt die Medien, insbesondere Vorabendserien im Fernsehen. Mit dem Schauspieler, der einen psychotischen Menschen in der Serie darstellte, wurde dann in groß angelegten Kampagnen für mehr Verständnis für die Krankheit Schizophrenie geworben (Hocking, 2000). Das Krankheitsbild einer Depression ist weniger spektakulär und medienwirksam, die Häufigkeit seines Auftretens rechtfertigte jedoch seine „Veröffentlichung“. Die Partner depressiver Patienten in der vorliegenden Untersuchung gaben an, dass sie sich nur dann einem anderen Menschen anvertrauten, wenn dessen Lebensgeschichte oder beruflicher Hintergrund auf weniger stigmatisierende Reaktionen schließen ließen. Eine öffentliche Präsenz von Depressionen, analog der australischen Kampagne zur Schizophrenie, könnte in ähnlicher Weise als Anknüpfungspunkt für Gespräche dienen. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, eine entstigmatisierende Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung zum Thema Depression weiter auszubauen (Hegerl, Niklewski & Althaus, 2001).

Die Familien depressiver Patienten suchen nach alternativen oder komplementären Behandlungen. Einer Untersuchung von Druss et al. (1998) zufolge sind es im psychosozialen Kontext vor allem depressive Patienten und ihre Familien, die alternative Behandlungsmöglichkeiten nutzen. Es scheint daher notwendig, einerseits zu verstehen, was die Betroffenen und deren Familien in den üblichen Behandlungskonzepten vermissen und daher woanders suchen. Zum anderen liegen den alternativen Behandlungsverfahren Wirksamkeitsnachweise vor, die ihren Einbezug in die herkömmliche Behandlung nahe legen. Dies gilt u.a. für Verfahren wie Phytopharmaka, Akupunktur, Lauftraining und Yoga. Es ist daher zu argumentieren, ob nicht allgemein von einem größeren Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten ausgegangen werden muss. Dies impliziert die Notwendigkeit, im Behandlungskontext offen damit umzugehen. Ist dies nicht der Fall, droht die „verheimlichte“ Mitbehandlung, was unter Umständen Gefahren bergen kann (z.B. Wechselwirkungen von Phyto- und Psychopharmaka).

Es gilt anzuerkennen, dass die Familien keine Mühe und Kosten scheuen, etwas zu versuchen, von dem sie sich Hilfe versprechen. Diese Motivation könnte genutzt werden, z.B. für therapeutische Angebote wie Psychotherapie oder Eheberatung. Es scheint für manche Familien einfacher zu sein, eine Bachblütentherapie zu beginnen als eine Psychotherapie (Fallanalyse 125). Die Ängste und Vorurteile einer Psychotherapie gegenüber gilt es abzubauen, indem mehr Transparenz und Offenheit hergestellt werden. Vielen Familien ist unklar, was in einer Psychotherapie tatsächlich gemacht wird, die Unterschiede zwischen den einzelnen psychotherapeutischen Verfahren sind zum Teil völlig uneinsichtig. So meinte eine Angehörige auf meine Bemerkung hin, dass ihr Mann bei den angekündigten 50 Einzeltherapiestunden wohl eine Psychoanalyse machen würde: „Nein, es wird nicht nur das Problem analysiert, es wird auch therapiert“ (Interview 038).

Einige Familien verstehen eine Psychotherapie als therapeutische Maßnahme, die der Arzt oder die Ärztin verordnet, ähnlich verschriebener Massage oder Krankengymnastik. Wenn der behandelnde Arzt oder die Ärztin eine Psychotherapie „noch nicht angeboten“ hat, dann wird sie als nicht notwendig angesehen. Würden die Familien die Initiative ergreifen und selbst einen Psychotherapeuten aufsuchen, so glauben viele, sie hintergingen ihren Arzt. Die überwiegend psychiatrische oder einseitig pharmakologische Behandlung der Depression in dem untersuchten Sample ist darauf zurückzuführen, dass die Familien im psychiatrischen Kontext angesprochen worden waren. Nur 4 der 54 Befragten gaben an, bei einem Psychologen oder einer Psychologin eine Psychotherapie zu absolvieren. Nur ein Paar wurde in eine Paartherapie vermittelt im Anschluss an die stationäre Behandlung der depressiven Ehefrau. Es ist die Frage zu stellen, ob die theoretisch und empirisch begründete „zweigleisige“ Therapie einer

Pharmako- und Psychotherapie von Depression in der Behandlungspraxis eingelöst wird. Diese Frage ist auch aus der Behandlungskritik heraus gerechtfertigt, welche die Partner der depressiven Patienten darstellen und die vor allem auf eine einseitige medikamentöse Behandlung abzielt. Aufgrund der lebensgeschichtlichen Einordnung von Depression werden Medikamente als nur bedingt wirkungsvoll wahrgenommen. Dies spiegelt sich auch in den Studien in der Allgemeinbevölkerung, die eine skeptische Haltung gegenüber der pharmakologischen Behandlung von Depression feststellen (Jorm et al, 1999). Die Befunde werden meist so interpretiert, dass sich in ihnen ein Informationsdefizit bezüglich Antidepressiva widerspiegelt, weil viele Menschen glauben, dass diese abhängig machen. Im Ergebnis dieser Studien wird dann mehr und detailliertere Aufklärung über die einzelnen Stoffklassen und ihr Wirkprofil gefordert.

Hingegen kann man im Hinblick auf die vielfältigen Erfahrungen mit Psychopharmaka, die in den vorliegenden Interviews angesprochen wurden, zu anderen Schlussfolgerungen kommen. Depression wird als Aufforderung verstanden, sich mit seinem bisherigen Leben auseinander zusetzen, dieses neu zu ordnen, neue Lebensinhalte und Lebensperspektiven zu entwickeln. Diese komplexe Aufgabe, die auch die Gestaltung der Beziehung zwischen den Partnern betrifft, kann kein Medikament übernehmen, sondern nur kurzfristig unterstützen. Es wird oftmals ein Defizit in der Behandlung verortet, wenn sie für diese komplexen Entwicklungsaufgaben keine Hilfe anbietet. Die wahrgenommene oder befürchtete Abhängigkeit von einem Medikament ist als befürchtete Passivität zu verstehen, die eine weiterreichende Auseinandersetzung verhindern kann. Auch bietet die alleinige pharmakologische Therapie keinen ausreichenden Schutz vor einem Rückfall. Die Kosten der Therapie in Form von Nebenwirkungen und Dauergebrauch von Psychopharmaka scheinen den Familien darum sehr hoch. Möglicherweise spiegelt die Skepsis auch die Unsicherheiten, und zum Teil Fehler, die in der pharmakologischen Behandlung von Depressionen festgestellt wurden (Keller, 1994).

Die Schilderung von Symptomen, Krankheitsbeginn und Krankheitsverlauf, Behandlungsversuchen einschließlich Behandlungskritik nimmt einen großen Raum in den Erzählungen der Partner ein. In diesem Bereich bleiben viele Fragen auch bei rezidivierenden Verläufen offen. Es besteht Unsicherheit der Erkrankung, ihrer Verursachung und Behandlung gegenüber. Dies verwundert, da mit der Einstiegsfrage in das Interview ein anderer Fokus gesetzt worden ist, nämlich der der erlebten Veränderungen seit der Erkrankung des Partners. Dieses Ergebnis ist auch erwartungswidrig, da krankheitsrelevante Themen und Depression „allgegenwärtig“ erscheinen, wenn man das Überangebot an Ratgebern und die Darstellung in der Presse betrachtet (Habecker, 2001). Es sind mehrere Hypothesen denkbar für die Erzählung von „Krankengeschichten“ im Gegensatz zu „Beziehungsgeschichten“ oder

„Alltagsgeschichten“ der Partner depressiver Patienten in der vorliegenden Untersuchung:

1. Das Erleben und Verhalten des befragten Partners ist nur vor dem Hintergrund des Erlebens und Verhaltens des depressiven Patienten verstehbar und wird daher im Sinne einer Rahmung der Erzählung (Setting) dargestellt.
2. Es handelt sich um ein Artefakt des Studiendesigns: Da der depressive Patient nicht in die Befragung einbezogen ist, muss seine Situation von seinem Partner dargestellt werden.
3. Die Dominanz des Kranken, dessen „Geschichte“ vordergründig dargestellt wird, ist ein Merkmal der Partnerschaft depressiver Patienten.
4. Die Dominanz des Kranken, dessen „Geschichte“ vordergründig dargestellt wird, zeigt ein im Verlauf der Erkrankung aufgetretenes verändertes „Kräfteverhältnis“. Der sich sorgende Partner stellt sich und seine Bedürfnisse an zweite Stelle, was sich in dieser Reihenfolge in den Interviews abbildet.
5. Ein ungeschriebenes soziales Gesetz zwingt den Partner, sich an zweite Stelle zu setzen, da „man sich Kranken gegenüber so verhält“.
6. Partner depressiver Patienten haben zu wenig oder widersprüchliche Informationen über die Erkrankung.
7. Ein mediales Überangebot an Informationen über die Erkrankung betont jeweils Teilaspekte (z.B. Ernährung), die eine Verunsicherung verstärken. Diese Verunsicherung über Depressionen, ihre Verursachung und Behandlung bildet sich in den Gesprächen ab.

Setzt man die Ergebnisse der Studie in Bezug zu anderen Arbeiten zum Thema, dann erscheinen die Hypothesen des Informations- und Hilfebedarfs der Partner depressiver Patienten als diejenigen mit der größten Plausibilität (s. Kap. 4). Die beständige Auseinandersetzung mit der Erkrankung kann als Ausdruck einer erlebten Verunsicherung und Anspannung verstanden werden.

10.2 Alltag und Beziehung: Plädoyer für eine gender-sensitive klinische Praxis

Die Veränderungen im Alltag, welche die Familien erleben, betreffen das Familienmanagement, die Familiengrenzen, das Familienklima und die familiäre Zukunft. Diese Bereiche wurden auch in anderen Studien differenziert (Chakrabarti et al., 1993, Coyne et al., 1987). Hier wurden vor allem familiäre Abläufe und Routinen als beeinträchtigt wahrgenommen. Das Strukturierungsmuster – Management, Grenzen, Klima und Zukunft der Familien – ist auf einem solch hohen Abstraktionsniveau, dass es auch für andere Krankheiten zutreffend sein kann. Corbin & Strauss (1993), die vor allem chronische körperliche Krankheiten in der Familie untersuchten, bezeichneten diesen Aufgabenkomplex als Arbeitslinie „Alltag“.

Veränderungen, wie die bezüglich der Zukunft der Familie scheinen ähnliche makrosoziale Interventionen zu erfordern wie der Kampf gegen das Stigma psychischer Krankheit. Die finanziellen Sorgen der Familien sind im Zusammenhang mit objektiven Daten zu betrachten. Es gibt empirische Belege dafür, dass Familien mit einem depressiven Familienmitglied einen social-drift, d.h. einen erkrankungsbedingten sozialen Abstieg erleiden (Fadden et al., 1987a). Die psycho-sozialen Kosten von Depression werden besonders deutlich, wenn Depressionen im Kontext von Arbeitslosigkeit auftreten. In vielen Fällen wird die Familie zum „Arbeitgeber“ und versucht mit teils bizarr anmutenden Aufgaben, das depressive Familienmitglied „zu beschäftigen“. Dies kann unter Umständen Kosten verursachen, z.B. durch den Kauf eines Hauses, Gartens oder Haustieres. Besonders auffällig sind krankheitsbedingte Kosten für privat gezahlte alternative oder zusätzliche Behandlungen wie eine Speziallampe, bestimmte Nahrungsergänzungsmittel oder eine Bachblütentherapie. Hieraus entstehen den Familien depressiver Patienten sogar höhere Kosten als den Familien mit einem Familienangehörigen, der an einer Schizophrenie oder Angststörung leidet (Mory, Jungbauer, Bischkopf & Angermeyer, 2002).

In der vorliegenden Untersuchung wurde vor allem der Beziehungsalltag untersucht und die Auswirkungen, welche die Partner der Patienten in diesem Bereich erleben. Zu den Veränderungen, die in der Beziehung erlebt werden, zählen das Aushandeln von Rollen, die Kommunikation zwischen den Partnern und die Intimität und Sexualität des Paares. Die Partner setzen sich mit der Frage auseinander, ob der depressive Angehörige die aufgetretenen Veränderungen beeinflussen kann, oder ob sie so stark Anzeichen der Krankheit sind, dass er sie nicht kontrollieren kann. Dies spiegelt sich auch in einer Studie von Coyne et al. (1987), die zeigte, dass besonders jene Symptome als belastend eingestuft wurden, von denen der Angehörige annahm, dass der Kranke sie beeinflussen

kann. Zentral für das Erleben der Partner ist daher die Wahrnehmung und Interpretation von Verhaltensweisen des depressiven Angehörigen.

Die Kommunikationsprobleme, welche die Partner schildern, sind auch in anderen Studien nachgewiesen worden (z.B. Chakrabarti et al., 1993). Hingegen ist der Bereich der Sexualität des Paares weitgehend unbeachtet geblieben und wenig untersucht. Die Intimität des Paares als ein Aspekt partnerschaftlichen Lebens wurde womöglich deshalb wenig in den „Caregiver-Burden“-Studien beachtet, weil gemischte Sample, d.h. Partner, Eltern und andere Angehörige untersucht wurden. Sexuelle Funktionsstörungen, die im Zusammenhang mit Depression auftreten können, wirken sich auf das Wohlbefinden und den Selbstwert der Partner der Patienten aus. Auch fühlen sich die Partner einer Möglichkeit beraubt, dem oder der Erkrankten ihre Gefühle zu zeigen. Die Tabuisierung des Themas verstärkt zusätzlich die Belastungen. Obwohl sexuelle Funktionsstörungen auch Folge der antidepressiven Behandlung sein können (Angst, 1998; Saks & Gillespie, 2002), muss dies als eine unzulässige Gleichsetzung von Intimität und Sexualität betrachtet werden. Vielmehr könnten die Paare vorübergehend zu anderen Ausdrucksformen ihrer emotionalen Verbundenheit und Nähe finden (Schmidt, 2001; Sternberg & Barnes, 1988). Die gestörte Sexualbeziehung ist jedoch häufig Ausdruck einer tiefer gehenden Störung der Beziehung, die z.B. durch Trennungsimpulse oder alte Verletzungen in der Beziehungsgeschichte besteht. Sie sollte daher nicht vorschnell mit Nebenwirkungen von Medikamenten erklärt, sondern gezielter exploriert werden (vgl. Grube & Weigand-Tomiuk, 2002).

Das Durchschnittsalter von 52 Jahren im Untersuchungssample impliziert Entwicklungsaufgaben von Paaren in der Lebensmitte, die auch die Themen Rollenverhalten und Sexualität einschließen (Reich, 1998; Stotland, 2002). Die partnerschaftlichen Rollen können sich mit zunehmendem Alter verändern. Bei Männern in der Lebensmitte tritt zum Teil eine Orientierung hin zur Familie, bei Frauen eine verstärkte Außenorientierung auf (Reich, 1998). Die Ergebnisse der Untersuchung legen nahe, dass die Reflexion und Verschiebung von Geschlechtsrollen-Stereotypen (vgl. Sieverding, 1992) durch die Depression des Partners angestoßen und unter Umständen sogar unterstützt werden kann. Im klinischen Alltag scheint es daher angebracht, die Funktionalität des depressiven Verhaltens für die Partnerschaft zu untersuchen. Die Abhängigkeit des depressiven Partners kann in diesem Kontext z.B. als Ausdruck des Wunsches nach mehr Nähe in der Beziehung gewertet werden.

Im Verlauf der Depression eines Partners kann es zur Reflexion von Erwartungen an die Beziehung und von Nähe- bzw. Distanzwünschen kommen. Erkenntnisse über das Bindungsverhalten von Erwachsenen könnten dazu beitragen, Zusammenhänge zwischen Bindung als einer Dimension der Partnerschaft und der Depression eines der

Partner besser zu verstehen (Bifulco, Moran, Ball & Bernazzani, 2002, Bifulco, Moran, Ball & Lillie, 2002). Um die Dynamik innerhalb der Beziehung besser nachzeichnen zu können, müssten daher Bindungsstile oder Liebesstile systematisch in die Untersuchung von Belastungen und Partnerschaft einbezogen werden (Bierhoff & Grau, 1999).

Deutlich wurden weiterhin geschlechtsspezifische Entwicklungsschritte, die in der Lebensmitte zu bewältigen sind. Wenn sich die Familie z.B. durch den Auszug der Kinder verändert, bricht vor allem für die Mütter ein sinnstiftendes Aufgabenfeld weg. Dies ist besonders dann der Fall, wenn sie sich zuvor vorrangig um die Organisation der Familie gekümmert hatten. In den Interviews reflektieren die Partner diese Situation, wenn sie ihre Frauen als „Motor der Familie“ (Fallanalyse 122) oder als „für die Innenpolitik zuständig“ (Fallanalyse 072) beschreiben. Für Frauen kann diese Rollenverteilung mit der Erfahrung verbunden sein, vor allem für andere gelebt und eigene Wachstumschancen nicht genutzt zu haben. Diese werden dann als nicht mehr realisierbar erlebt, wenn die Familie beispielsweise gebunden ist durch äußere Umstände wie eine Arbeit, eine Eigentumswohnung, ein eigenes Haus oder ein starres soziales Gefüge. Durch eine strikte Zuweisung der „Innenpolitik“ an die Frau und der „Außenpolitik“ und damit Erwerbsarbeit an den Mann sehen sich viele Frauen ihrer Chancen beraubt. Auch deren Partner nehmen eine Ungerechtigkeit wahr, wenn die Frau z.B. die gleiche Ausbildung und vergleichbare Qualifikationen vorzuweisen hat. Sie reflektieren auch, dass die „Innenpolitik“ der Familie mit ihrer immer wiederkehrenden Hausarbeit nicht unbedingt dazu beiträgt, den Selbstwert zu stärken. Hier spiegelt sich in den Gesprächen mit den Partnern der depressiven Frauen die ungleiche Verteilung von Entwicklungschancen zwischen den Geschlechtern, die als ein frauenspezifischer Risikofaktor für Depression diskutiert wird (Mirowsky & Ross, 2001; Stewart, Rondon, Damiani & Honikman, 2001).

Das „Wegbrechen“ familiärer Aufgaben in der Lebensmitte kann dazu führen, dass die Frauen gleichsam vor einer Lebensleere stehen, die es mit neuen Interessen und Aktivitäten auszufüllen gilt. Auch für Männer kann eine „einseitige Ausrichtung der bisherigen Lebensführung“ (Reich, 1998) mit der Betonung von Beruf und Karriere zum Problem werden. Die Suche nach neuen Lebensinhalten ist ein wiederkehrendes Thema in den Gesprächen mit den Partnern depressiver Patienten. Offen ist allerdings, inwiefern dies den Umgang mit der Depression des Partners bzw. der Partnerin oder vielmehr den Umgang mit alters- und geschlechtsspezifischen Entwicklungsaufgaben widerspiegelt (Faltermaier, 2002). Bezogen auf die Polaritäten Generativität vs. Stagnation im mittleren Erwachsenenalter kann die Depression des Partners als Stagnation betrachtet werden. Metaphorisch steht hierfür der Vergleich mit einem Altersheim, in dem nichts mehr passiert (Fallanalyse 131). Klinische Aspekte müssten folglich mit Entwicklungsaspekten stärker verknüpft werden, um die Situation der Paare

umfassend zu verstehen (Heißler, Heißler & Bock, 1991). Für eine gender-sensitive klinische Praxis bedeutet dies, die diskutierten geschlechtsspezifischen Risikofaktoren und Entwicklungsaufgaben im Hinblick auf Depression wahrzunehmen und in der Arbeit mit den Patienten und ihren Familien zu berücksichtigen.

Neben Veränderungen im Lebenslauf des einzelnen ist die Beziehung ihrerseits Entwicklungsphasen und Übergängen unterworfen. Geht man von der durchschnittlichen Partnerschaftsdauer von 26 Jahren in dem untersuchten Sample aus, dann muss man spezifische Entwicklungsverläufe der Partnerschaft mit ihren Krisen und Umbrüchen annehmen. Im Verlauf von Beziehungen verändern sich Beziehungsdimensionen. Nach der Drei-Komponenten-Theorie der Liebe nach Sternberg (1988) verändern sich die Bereiche „passion“, „commitment“ und „intimacy“ charakteristisch im Verlauf einer Beziehung. Die Dimension „commitment“ nimmt zu, die Dimensionen „intimacy“ und „passion“ ab. In den Gesprächen mit den Partnern der depressiven Patienten wird eine ähnliche Beziehungsveränderung deutlich. Offen ist hingegen, ob dies dem Einfluss der Depression oder der Dauer der Beziehung geschuldet ist.

92.6% der Paare hatten Kinder, deren Perspektive in der vorliegenden Untersuchung unberücksichtigt geblieben ist. Deutlich wurde jedoch, dass die Partner der Patienten Sorgen und Ängste haben darüber, wie ihre Kinder die Situation erleben. Kinder und Geschwister sind aus der Perspektive der Belastungs- und Bewältigungsforschung kaum untersucht. Meist werden Kinder erst als Erwachsene in der Rolle der „carer“ innerhalb des „burden“-Konzeptes wahrgenommen. Besonders wenig ist darüber bekannt, wie Kinder die psychische Krankheit eines Elternteils wahrnehmen und verarbeiten. Die psychische Krankheit eines Familienmitgliedes wird in der Forschung meist als besondere Entwicklungsbedingung für Kinder betrachtet. Die Folgen werden dann im Hinblick auf eine normative Entwicklung und das Risiko, selbst an Depression zu erkranken, untersucht (Weissman, Warner, Wickramaratne, Moreau & Olfson, 1997; Wüthrich, Mattejat & Remschmidt, 1997). Untersuchungen des subjektiven Erlebens von Kindern setzen andere Verfahren voraus, welche die Sichtweisen der Kinder erfassen. In der Ratgeberliteratur zum Thema gibt es Berichte von Kindern depressiver Patienten (Bock, 1998; Holtz, 1994; Rosen & Amador, 1998). Weiterführende Untersuchungen sollten gezielt die Sichtweisen und Bewältigungsformen von Kindern depressiver Patienten explorieren, um frühzeitig Entwicklungsrisiken zu erkennen und vorzubeugen.

10.3 Folgerungen für die Rolle der Partner in der Depressionsbehandlung

Die vorliegende Untersuchung expliziert den Beziehungsalltag und die Umgangsstrategien mit depressionsbedingten Problemen im Kontext der Partnerschaft. Aus dem dargestellten Muster der Bewältigungsformen mit den Dimensionen Involviertheit und Einflussnahme lassen sich Schlussfolgerungen dafür ableiten, wie die Partner der Patienten gezielt in die Behandlung einbezogen werden können. Es ist zu vermuten, dass Partner, die sich als isoliert erleben und die Krankheit Depression passiv hinnehmen, weniger für eine Paartherapie zu motivieren sind. In diesem Fall scheint es angebracht, zunächst mehr Informationen über das Krankheitsbild zu vermitteln. Weiterhin ist zu klären, was die Isolation der Partner voneinander aufrecht erhält. Hier ist möglicherweise die gesamte Beziehungsgeschichte einzubeziehen. Es ist zu eruieren, wie Paare die Depression des Angehörigen als gemeinsame Herausforderung betrachten und zu gemeinsamen aktiven Bewältigungsformen finden können (Berg-Cross, 1997). Die Definition als gemeinsame Herausforderung könnte interne Attributionen vermeiden, z.B. der depressive Partner verhalte sich böse. Das Aufgeben interner Attributionen macht unter Umständen den Weg frei für einen gemeinsamen aktiven Umgang mit den depressionsbedingten Veränderungen. Auch wenn die Partner an die Patienten Forderungen richten, ließe sich aus diesen eine gemeinsame Strategie entwickeln. Die Suche nach gemeinsamen Umgangsstrategien wird angesprochen, wenn auch „fordernde“ Partner sich fragen, wie sie ihren depressiven Angehörigen am besten bei der Umsetzung ihrer Forderungen unterstützen oder zumindest nicht behindern können.

Offen ist jedoch, welche Effekte Forderungen haben. Im Kontext von Schmerzbehandlungen ist nachgewiesen worden, dass das Mitleiden der Partner und die Schonung des Kranken zu einer Verschlimmerung oder Chronifizierung von Schmerzen führen können (Flor, 1991). Metaphorisch könnte man in Analogie dazu Depression als „seelischen Schmerz“ verstehen. Partner könnten ermutigt werden, den Klagen ihres depressiven Angehörigen nicht nachzugeben und mit ihm gezielt „Beanspruchung“ zu suchen. Dies würde zum Teil dem aktivierenden Vorgehen in der Depressionsbehandlung entsprechen (Wolfersdorf, 2001).

Das vorgestellte Muster von Bewältigungsformen ist als Explorationshilfe zu betrachten, um die Situation der Familien besser verstehen und dadurch gezielter auf sie eingehen zu können. Zentrale Schlussfolgerung ist, im klinischen Kontext gemeinsame aktive Bewältigungsformen der Partner zu erkennen und zu fördern. Einschränkend ist jedoch anzumerken, dass diese Schlussfolgerung für die klinische Arbeit hypothetisch

ist. Die vorliegende Untersuchung beantwortet die Frage, welche Umgangsstrategien in den Partnerschaften unter welchen Bedingungen gewählt, wie hilfreich sie erlebt und welche Hindernisse wahrgenommen werden. Diese konsequente Orientierung an der subjektiven Sichtweise der Betroffenen gewährt Einblick in die tatsächlichen Lebenswelten und den Alltag der Familien mit einem depressiven Familienmitglied. Die Definition von „hilfreichem Umgang“ wird von den Betroffenen selbst vorgenommen. Offen ist jedoch, wie die herausgearbeiteten Muster mit Outcome-Kriterien wie Rückfallhäufigkeit, Schwere der Depression oder Partnerschaftszufriedenheit in Beziehung stehen. Dyadisches, d.h. gemeinsames Copingverhalten korrelierte in kontrollierten Studien mit Partnerschaftszufriedenheit und Partnerschaftsstabilität (Bodenmann, 2001; 2002). Dies spricht dafür, in der klinischen Arbeit gezielt solches Verhalten zu explorieren und zu verstärken (vgl. Berg-Cross, 1997).

Jedoch müssen die Grenzen der gemeinsamen aktiven Bewältigung in der Partnerschaft wahrgenommen und akzeptiert werden. Zur Erläuterung soll eine Analogie zur Sexualtherapie hergestellt werden. Sexualtherapeutische Vorgehensweisen beziehen zum einen beide Partner ein (analog zu gemeinsamem aktiven Bewältigen). Ist einer der Partner z.B. traumatisiert oder bestehen Hemmungen aufgrund der eigenen repressiven Erziehung, so muss an diesen individuellen Mustern unter Umständen auch individuell gearbeitet werden. Analog dazu kann es auch in der Bewältigung von Depression Grenzen der partnerschaftlichen Unterstützung geben.

Zwei Argumente sind bezüglich der vorgestellten Systematisierung von Bewältigungsformen zu beachten. In anderen Modellen ist ein Phasenverlauf der Auseinandersetzung mit der Krankheit eines Familienmitgliedes beschrieben worden (Badger, 1996, Karp & Watts-Roy, 1999). Je nach Phase der Auseinandersetzung können unterschiedliche Themen unterschieden werden. Setzt man diese Erkenntnis mit den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung in Beziehung, dann kann die Bewegung der Paare zwischen den dargestellten Polen mit den Phasen der Auseinandersetzung in anderen Modellen verglichen werden. Das Aushandeln von Verantwortungsgrenzen (Karp & Watts-Roy, 1999) kann z.B. als eine Suchbewegung zwischen gemeinsamen und individuellen Umgangsstrategien in der vorliegenden Systematisierung verstanden werden (s. Kap. 4.4)

Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, bei der Behandlung von Depressionen die Paargeschichte zu beachten. Lange Beziehungserfahrungen implizieren nicht nur gegenseitiges „commitment“ (Sternberg, 1988), sondern unter Umständen auch unbewältigte Erlebnisse. In den Gesprächen mit den Partnern depressiver Patienten wurden unbewältigte Erlebnisse aus der Beziehungsgeschichte deutlich, z.B. Trennungsimpulse und parallel bestehende intime Beziehungen. Sie

wurden in klinisch-psychologischen Arbeiten u.a. als HME (humiliating marital events) (Cano & O’Leary, 2000) oder als „unfinished business“ (Greenberg, 2002) bezeichnet. Die Arbeit mit diesen Erlebnissen in der Therapie wurde als wirksam für die Behandlung von Depressionen beschrieben. Dies gilt explizit für die Emotionsfocussierte Therapie mit Paaren (Greenberg & Johnson, 1988) und für die Interpersonelle Therapie (Schramm, 1996). Die Ergebnisse der Untersuchung plädieren für eine größere Sensibilität für partnerschaftliche Themen in der Behandlung depressiver Patienten.

Der Umgang des Paares mit den depressionsbedingten und zum Teil entwicklungsbedingten Problemen ist in den gesellschaftlichen Kontext eingebettet. Dieser Kontext kann die Entwicklungen fördern, z.B. durch die Möglichkeit des Vorruhestands oder der Teilzeitarbeit. Er kann die Möglichkeiten der Bewältigung behindern, z.B. durch die instabile Arbeitsmarktlage, die ungleiche Verteilung von Entwicklungschancen zwischen Frauen und Männern und das Stigma psychischer Krankheit mit einer daraus resultierenden Tabuisierung. Die Forschung zu Belastungen von Familien mit psychisch kranken Angehörigen müsste folglich stärker eine kontextuelle, gemeindepsychologische Perspektive einnehmen.

10.4 Angebote für Partner zwischen Angehörigenberatung und Paartherapie

Die beschriebenen Auswirkungen der Situation auf die Partner stehen im Einklang mit anderen Befunden zur Situation der Partner depressiver Patienten (Coyne et al., 1987; Waring et al., 1984). Zentrale Begriffe in der vorliegenden Untersuchung waren Anspannung und Angst sowie bei längerem ergebnislosem Verlauf Resignation und Demoralisierung. Die Prävalenzen von Depressionen und Angststörungen sind bei Partnern depressiver Patienten höher als in der Allgemeinbevölkerung (Benazon & Coyne, 2000; Spangenberg & Theron, 1999). Dies ließ sich auch für die untersuchte Gruppe zeigen (Wittmund, Wilms & Angermeyer, in press). Die Untersuchung von Belastungs- und Bewältigungsprozessen in Partnerschaften erfordert, in stärkerem Maße Beschreibungsdimensionen der Partnerschaft einzubeziehen. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, Entlastungsmöglichkeiten für die Partner depressiver Patienten hinsichtlich der Prävention von Folgeproblemen zu schaffen.

Die Einschätzung paartherapeutischer Angebote

Erfahrungen mit Paartherapie oder Paarberatung hatten nur 3 der 54 Paare der Untersuchungspopulation. Ein Paar suchte eine Eheberatungsstelle zu Beginn der Ehe auf wegen sexueller Probleme (Fallanalyse 085) und ein Paar wandte sich an eine Beratungsstelle wegen andauernder Schwierigkeiten und Kommunikationsprobleme, z.B. wochenlangem Kommunikationsabbruch (Fallanalyse 055). Nur in einem Fall wurde eine Paartherapie im Anschluss an die stationäre Behandlung der Ehefrau vermittelt (Fallanalyse 072).

Von den Partnern der Patienten wurde kein paartherapeutischer Bedarf gesehen, wenn die Beziehung als gut betrachtet wurde. Der Begriff der Therapie implizierte Krankheit und dies wurde nur dann für die Beziehung akzeptiert, wenn sie gewissermaßen als krank erlebt wurde. Dieses Krankheitsverständnis spiegelt die Tendenz wieder, psychosoziale Sachverhalte vorschnell zu „medikalisieren“ (Auckenthaler, 1999). Interventionen, die präventiven oder entwicklungsfördernden Charakter haben, bleiben vielfach unberücksichtigt (vgl. Kleiber, 1997). Der Therapiebegriff ist in diesem Verständnis eher ein Behandlungs- als ein Entwicklungsbegriff.

Auch wird die Depression des Partners häufig als dessen Krankheit betrachtet, die es zu heilen gilt. Der gesunde Partner versteht sich eher als unterstützend und begleitend. Er ist in diesem Verständnis bemüht, unterstützende Umgangsformen zu lernen. Dies betrifft vor allem die Kommunikation des Paares: „Ich würde mich gern mal spannungsfrei unterhalten“ (Fallanalyse 112) bzw. die Kompromissbereitschaft in der Partnerschaft im Sinne von „sich in der Mitte treffen“ (Fallanalyse 123). Weiterhin geht es um den Umgang mit besonders belastenden Situationen, z.B. mit dem Thema Suizid. Was hier eingefordert wird, kann als eine Art Coaching oder „Weiterbildung“ verstanden werden (vgl. Holm-Hadulla, 2002).

Diese Einschätzung paartherapeutischer Angebote würde ihre Entsprechung vor allem in verhaltenstherapeutischen oder kommunikationstheoretisch-systemischen Ansätzen der Paartherapie finden, in denen „bestimmte Lernziele auf Verhaltensebene“ (Auckenthaler, 1983, S. 37) gesetzt werden. Meist wurden von den Partnern depressiver Patienten konkrete Hilfen angestrebt, die von den obigen Richtungen der Paartherapie eingelöst werden könnten (z.B. Bornstein & Bornstein, 1993). Einige der von den Partnern der Patienten angesprochenen Themen finden hier ihre konkrete Entsprechung, wenn es in der Paartherapie z.B. um Kommunikationsfertigkeiten, Problemlösetraining und Kompromissfindung geht und Therapie als ein „Prozess der Verhaltensbeeinflussung“ (Bornstein & Bornstein, 1993, S. 37) verstanden wird.

Es gibt hingegen auch Paare, die ihre Probleme in ihrer Beziehungsgeschichte begründet sehen. Wenn die Probleme „schon mit der Heirat“ anfangen (Fallanalysen 055, 066, 078), besteht eher der Wunsch, die gemeinsame Beziehungsgeschichte und die Rolle beider Partner zu reflektieren und besser zu verstehen. In diesen Fällen erscheinen psychoanalytische oder klientenzentrierte Richtungen der Paartherapie angezeigt, die am Wachstum und an der Entwicklung beider Partner ansetzen (Auckenthaler, 1983). Es kann auf ein breites Spektrum an paartherapeutischen Möglichkeiten zurückgegriffen werden (Wirsching & Scheib, 2002), um den Paaren ein auf ihre Lage zugeschnittenes Angebot zu machen. Kritisch anzumerken ist jedoch, dass Paare mit einem depressiven Partner besonders dann von paartherapeutischen Interventionen profitieren, wenn diese zusätzlich Informationen über depressionsspezifische Themen beinhalten (vgl. Beach, 2001).

Themen von Entlastungsangeboten und ihre mögliche Umsetzung

Aus den Analysen können Themen differenziert werden, welche die Partner hinsichtlich ihrer Entlastung ansprechen. Dies betrifft die Paarebene, d.h. Umgangsstrategien, Kommunikation, Reflexion und Reorganisation der Beziehung. Dieser Themenkomplex ist zentriert um die Bereiche *Distanz und Nähe* oder auch Individuation und Koevolution (Willi, 1996). Die Interventionen auf Paarebene sind daher nicht depressionsspezifisch, sondern betreffen die Paarentwicklung, die ihrerseits mit der Depression eines der Partner in Verbindung stehen kann. Wie die Interviews gezeigt haben, kann die Depression Entwicklungsschritte für das Paar auslösen. In einigen Fällen kann das Thema Distanz und Nähe auch zu einem Abbruch der Beziehung führen. Dieser ist jedoch nicht per se als negativ und gleichsam als Kapitulation anzusehen (Auckenthaler, 1985). Nach Hickie & Parker (1992) kann es besonders für depressive Frauen „heilend“ sein, destruktive oder wenig unterstützende Beziehungen zu verlassen.

Ein zweiter Themenbereich, der mit dem ersten in Beziehung steht, ist die Auseinandersetzung mit *Eigenem und Fremdem*. Die Depression des Partners wird als fremd erlebt, häufig erscheint auch der Partner wie „ein Fremder“ (Fallanalyse 133) und die Partner sind in ihrer Beziehung wie voneinander „entfremdet“. Für eine Intervention liegt es daher nahe, das Vertraute im Fremden und Fremdes im Vertrauten bewusst wahrzunehmen und sich diesem dadurch zu nähern. Dies betrifft auch die Vermittlung von Wissen über die Krankheit. Zentral ist der Abbau von Vorurteilen und gleichsam eine Vervollständigung der Wahrnehmung.

Für eine solche Vervollständigung der Wahrnehmung fällt unter den genannten individuellen Bewältigungsressourcen das Schreiben von Erlebnisberichten und Wochenbüchern auf. Hier eröffnen sich bisher wenig genutzte Möglichkeiten der Selbsthilfe (Diaz Ruiz de Zarate, 1998). Narrationen und das Aufschreiben emotional bedeutsamer Erlebnisse hat sich allgemein (Esterling et al., 1999) und in der Arbeit mit Familien depressiver Patienten (Focht et al., 1996; Golant & Golant, 1996) als wirkungsvoll, d.h. entlastend oder protektiv erwiesen.

Ein dritter Themenbereich bezieht sich auf die Veränderungsebenen der Familiengrenzen und des Familienklimas, also der Beziehungen der Familienmitglieder mit anderen und ihrer Beziehungen untereinander (vgl. Schramm, 1996). Zentral erscheint es, die Isolation der einzelnen Familienmitglieder oder der Familien als Ganzes zu beenden. Dies hängt wiederum mit den Themen Nähe vs. Distanz und Eigenes vs. Fremdes zusammen. Leitend könnte der Begriff der Vernetzung von betroffenen Familien untereinander, aber auch der Vernetzung zwischen Familien und psychosozialem Hilfesystem sein (Bergold, 1998). Dieser Themenbereich soll als Auseinandersetzung mit den Themen *Innen* vs. *Außen* bezeichnet werden. Für diesen Bereich lassen sich aus den Ergebnissen die meisten Anregungen ableiten.

Es besteht der Wunsch, Ansprechpartner über akute Phasen hinaus für die Partner bzw. die Familien der Patienten zu etablieren (Bischkopf, Wittmund & Angermeyer, 2002). Dies kann in Form von Gesprächsgruppen an einer Klinik geschehen, in die auch die bereits entlassenen Patienten und ihre Partner oder andere Familienangehörige integriert sind. Das Selbsthilfepotential der Betroffenen wird genutzt, da die Erfahrung kommuniziert wird, dass Depressionen zu bewältigen sind. Analog zur Arbeit im Suchtbereich werden somit „Aussteiger“ in die Behandlung einbezogen und erhalten Modellfunktion. Die Angebote müssten verbindlich sein, was z.B. in Form geschlossener Gruppentermine realisiert werden könnte. Das unverbindliche Gesprächsangebot der behandelnden Ärzte, das von den Familien selbst eingelöst werden muss, wird hingegen als unzureichend empfunden.

Die „Schnittstellen“ zwischen Familien und Behandlern müssen stärker für die Situation der Angehörigen der Patienten sensibilisiert werden. Dies ist besonders wichtig bei Einweisungen in eine psychiatrische Klinik oder Suizidversuchen des depressiven Partners. Die Notwendigkeit der Aufklärung ist folglich nicht nur in einer Richtung zu verstehen, indem die Familien depressiver Patienten über die Krankheit informiert werden. Auch die umgekehrte Richtung ist zu wenig beachtet worden, dass nämlich auch die Behandler über die Situation der Familien aufgeklärt werden müssen. Für einen solchen Dialog und den Austausch verschiedener Perspektiven von Betroffenen, ihren Familien und Behandlern haben sich in anderen Bereichen die sogenannten

Psychoseseminare bewährt (Bock, 2000). Als „Handlungsbestandteile“ wurden u.a. beschrieben: Erfahrungsaustausch, Wissens- und Fähigkeitenerwerb, Initiierung von Aktionen zu kommunal relevanten Themen und soziale Aktivitäten (Zaumseil, 1998). Obwohl die von den Partnern der Patienten erwähnten Gruppengespräche auch das Potential für eine Vernetzung verschiedener Sicht- und Erlebensweisen zu haben scheinen, unterscheiden sie sich von den Psychoseseminaren. Sie sind im Gegensatz zu den Psychoseseminaren institutionell gebunden und haben explizit therapeutische Funktion. Verhandeln, Bildung und Begegnung hingegen werden in den Psychoseseminaren dem Behandeln entgegengesetzt (Zaumseil, 1998). Unabhängig von der Form des Austausches unterstreichen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung die Notwendigkeit, zunächst überhaupt in einen Dialog zu treten.

Es werden Ansprechpartner in Krisensituationen für die Familien depressiver Patienten gebraucht. Internetforen oder eine telefonische Hotline für die betroffenen Familien wurden vorgeschlagen. Auch aufsuchende Beratungsarbeit ist denkbar. Es ist notwendig, Ansprechpartner zu etablieren, die spezifischere Hilfen ermöglichen als der allgemeine Krisendienst, der Notarzt oder die Feuerwehr.

Schließlich ergibt sich aus den bisher dargestellten Themenbereichen ein letzter Aspekt, der auf die Zukunftsperspektiven der Familien abzielt. Auf der einen Seite ist die Rückschau auf den bisherigen Verlauf der Beziehung, d.h. auf bisher bewältigte Krisen, aber auch auf evtl. unbewältigte weiterbestehende alte Verletzungen gemeint. Auf der anderen Seite sollen Vorstellungen für ein zukünftiges Miteinander gefunden werden. Diese Ebene wird global als Themenbereich *Vergangenheit und Zukunft* bezeichnet. Er bezieht sich auf die Arbeit mit den Ressourcen des Paares. Die dargestellten Themen, die aus den Ergebnissen abgeleitet werden, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Distanz und Nähe: Interventionen auf Paarebene
- Eigenes und Fremdes: Abbau von Vorurteilen
- Außen und Innen: Aufheben von Isolation
- Vergangenheit und Zukunft: Nutzen von Ressourcen aus der Beziehungsgeschichte

Teilaspekte dieser aufgelisteten Themen findet man in existierenden psychoedukativen Programmen für Familien depressiver Patienten (Anderson et al, 1986; Blum & Dauenhauer, 1996). Diese psychoedukativen Programme verbinden häufig ein Kommunikationstraining mit der Wissensvermittlung über störungsspezifische Themen (vgl. Blum & Dauenhauer, 1996). In der vorliegenden Auflistung wurde auf eine Trennung in krankheits- und beziehungsspezifische Themen verzichtet. Vielmehr können paartherapeutische Themen (z.B. Distanz vs. Nähe und Vergangenheit vs. Zukunft) gezielt angeboten und integriert werden. Besondere Bedeutung kommt der

Ressourcenorientierung zu. Das Paar sollte nicht als inkompetent und belastet wahrgenommen werden, dem Kompetenzen zu vermitteln und Belastungen zu nehmen sind. Vielmehr kann auf den vorhandenen Stärken des Paares aufgebaut werden, indem die paarspezifischen Muster der oben dargestellten Themen exploriert und gefördert werden.

10.5 Kritische Bilanz der methodischen Umsetzung der Untersuchung

Eine der methodischen Stärken der Studie ist durch die hervorragende Teilnahme- und Auskunftsbereitschaft der befragten Partner und Partnerinnen depressiver Patienten gegeben. War die Resonanz auf die Ankündigung der Befragung in den Kliniken und institutionell-ambulant Einrichtungen zunächst sehr verhalten, so gilt für diejenigen, die sich zur Teilnahme bereit erklärten, eine umso größere Verbindlichkeit. Die Anzahl von 54 Familien, die in diese Studie einbezogen werden konnten, bietet eine sehr gute Möglichkeit, die Situation der Familien depressiver Patienten zu erfassen. Die meisten Angehörigenstudien erreichen eine vergleichbare Anzahl nur durch die Ausweitung der Einschlusskriterien auf andere Familienmitglieder oder andere Störungsgruppen (Jungbauer et al., 2001a). Ein Vorteil der vorliegenden Studie gegenüber anderen Angehörigenstudien ist es daher, dass eine große Gruppe von Partnern depressiver Patienten zur Teilnahme gewonnen wurde.

Jedoch ist diese Untersuchungsgruppe nur hinsichtlich des Angehörigenstatus (Partner) und hinsichtlich der Störungsgruppe (Depression) homogen. In der Untersuchungsgruppe liegt auf Einzelfallebene eine große Variation hinsichtlich der Dauer der Beziehung, der Dauer der Depression eines der Partner, bezüglich des Zusammenlebens mit Kindern, des sozialen Milieus, der Art und Dauer der Behandlung, der Anzahl miterlebter depressiver Episoden, des Vorliegens zusätzlicher Lebensereignisse, Krankheiten oder altersbedingter Veränderungen vor. Diese Heterogenität innerhalb des Samples ermöglichte es, die „Methode des ständigen Vergleichs“ (Strauss & Corbin, 1996) anzuwenden. Es war somit möglich, aus dem vorliegenden Datenpool die Interviews entsprechend des theoretischen Sampling zur Analyse auszuwählen, ohne darüber hinausgehende Daten erheben zu müssen.

Dieser Vorteil wurde ergänzt durch die enge Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Rahmenstudie, die die einzelnen Teilstichproben betreuten. So konnte ich ein Interview mit einer Partnerin eines schizophrenen Partners und zwei Interviews mit Partnern von

Angstpatienten durchführen. Auch wurden Interviews mit Partnern unterschiedlicher Patientengruppen im qualitativen Forschungscolloquium der Klinik für Psychiatrie an der Universität Leipzig unter meiner Mitarbeit ausgewertet. Meine Erfahrungen mit Angehörigen psychiatrischer Patienten gehen daher über die dokumentierten Kontakte in dieser Untersuchung hinaus und wurden aus anderen Bereichen ergänzt. Darüber hinaus arbeitete ich ein Jahr lang parallel in einer psychiatrischen Klinik, so dass ich über Erfahrungen sowohl an Patienten- als auch an Angehörigenkontakten verfügte. Die Eindrücke, Erfahrungen und Analysen aus all diesen Bereichen trugen zu meinem Verständnis der Situation der Partner depressiver Patienten bei.

Die Studie unterstreicht die Stärke des offenen Zugangs durch das narrative Interview. Die Sichtweisen und das Erleben der Befragten wurden konsequent in den Mittelpunkt gestellt, was Akzentsetzungen durch die Betroffenen selbst ermöglichte. Es war daher möglich, Bereiche in dem Maße auszuführen, wie sie für die Betroffenen selbst von Bedeutung waren. So berichtete Herr H. zunächst von seiner eigenen Arbeitslosigkeit und den entmutigenden Erfahrungen bei den zuständigen Behörden. Erst im Laufe des Gespräches und schließlich bei der Interviewanalyse wurden die Zusammenhänge zur Depression der Partnerin deutlich (Fallanalyse 060). Ein anderer Themenbereich ist der der Intimität und Sexualität der Paare, der von den Partnern der Patienten geschildert wurde. Die Methode des narrativen Interviews ermöglichte es, besonders sensible Bereiche in dem Maße einzubeziehen, in dem sie für die Betroffenen selbst wichtig waren. Diese Art des Interviews bedeutete eine Begleitung der Gesprächspartner durch ihren eigenen Reflexionsprozess.

Das Interview gab den Gesprächspartnern die Möglichkeit, Ambivalenzen hinsichtlich der Krankheit und des Zusammenlebens mit dem depressiven Partner auszudrücken. Diesen Vorteil gegenüber einem standardisierten oder strukturierteren Vorgehen spricht Herr D. folgendermaßen an:

Ich könnte, sagen wir mal, so 'ne Ankreuzfrage, sind sie glücklich oder unglücklich, ... ich wüsste nicht mal, was ich anhängen sollte, um ehrlich zu sein. ... Ich bin auch nicht unglücklich, ich lebe bloß in einer Situation, wo ich sage, die könnte besser sein. (Ehepartner einer depressiven Patientin, Interview 122 / 843–850).

Die konsequente Orientierung an den subjektiven Sichtweisen der Partner der Patienten ist jedoch auch von Nachteilen begleitet. Die „einseitige“ Perspektive der Partner bedeutet gleichzeitig, wenig Aussagen über interaktionelle Aspekte treffen zu können. Die Aussagen über die Beziehung der beiden Partner konnten daher nur aus Partnersicht getroffen werden. Dies ist bei dem gegebenen Fokus der Untersuchung auch intendiert. Es ergibt sich jedoch für eine weiterführende Analyse und im Hinblick auf die empirische Datenlage die Notwendigkeit, Beziehungen interaktionell abzubilden.

Hierbei erscheint es notwendig, auch die Patienten und ihre Sichtweise einzubeziehen. Es wäre daher denkbar, nicht nur verschiedene Perspektiven der Partner der Patienten zu erheben, sondern verschiedene Perspektiven innerhalb einer Familie. Dies würde auch bedeuten, andere Familienmitglieder, wie Eltern und (erwachsene) Kinder einzubeziehen.

Die konsequente Orientierung an den Sichtweisen der Partner der Patienten erlaubt „nur“ eine Einschätzung hilfreichen Verhaltens, wie sie von ihnen getroffen, d.h. von ihnen als hilfreich beschrieben wird. Diese Aussagen müssten mit objektiven Daten kontrastiert werden. „Hilfreich“ müsste operationalisiert werden z.B. als Partnerschaftszufriedenheit oder als Symptombesserung auf Seiten des Patienten.

Bestimmte Partner und deren Sichtweisen sind in der Untersuchung nicht repräsentiert. Dies betrifft z.B. Paare nach Trennung, gleichgeschlechtliche Partnerschaften oder jüngere Partner von Patienten, die nicht mit dem depressiven Partner einen gemeinsamen Haushalt führen. Das sinkende Ersterkrankungsalter bei gleichzeitig steigendem Alter bei der Eheschließung führen möglicherweise dazu, dass Depressionen stärker außerhalb des Kontextes Ehe auftreten (Coyne & Benazon, 2001, S. 31). Es ist kritisch anzumerken, dass die Befragten nicht das Spektrum an tatsächlichen Lebens- und Beziehungsformen abbilden. Die eher traditionelle Definition von Partnerschaft in der Untersuchung hat möglicherweise auch eine bestimmte Altersgruppe angesprochen, was das hohe Durchschnittsalter und die lange Partnerschaftsdauer im Sample erklären könnte.

Auch haben von allen angesprochenen Familien weniger als die Hälfte eine Teilnahme zugesagt, so dass von Vorbehalten auf Seiten der Betroffenen ausgegangen werden muss. Da die depressiven Patienten der Teilnahme ihres Partners an der Befragung zustimmen mussten, kann diese hohe Ablehnungsquote möglicherweise dem depressiven Negativismus geschuldet sein. Die Zugangswege zum Feld sind daher kritisch zu diskutieren, da sie ihrerseits gewissermaßen zu einer impliziten Selektion von Teilnehmern führten und auf klinisch-psychiatrische Behandlungssettings beschränkt blieben.

11 Zusammenfassung der Ergebnisse

In der Untersuchung der Lebenssituation der Partner depressiver Patienten wurden drei Themenbereiche differenziert: die Sicht der Partner auf die Symptome ihres depressiven Angehörigen, ihre Strategien, mit der Situation umzugehen und die Auswirkungen, die sich für ihr eigenes Leben und ihr Wohlbefinden ergeben.

1. Die Ehe- bzw. Lebenspartner depressiver Patienten nutzen verschiedene Perspektiven, das „Symptomverhalten“ ihres depressiven Angehörigen zu verstehen. Veränderungen werden eher lebensgeschichtlich-bedingt denn krankheits-bedingt wahrgenommen. Partner erfahren die Depression als Lebensereignis mit weitreichenden Folgen für ihre Beziehung und ihren Alltag. Die Depression hat spezifische Auswirkungen auf das Management, die Grenzen, das Klima und die Zukunft der Familien. Rollen, Kommunikation und Sexualität als Aspekte der Partnerschaft sind durch die Depression beeinflusst. Neben spezifischen Belastungen impliziert die Erfahrung von Depression in der Partnerschaft die Möglichkeit, partnerschaftliche und familiäre Aufgaben neu auszuhandeln und auf diesem Wege Entwicklungen anzustoßen. Die Ergebnisse der Untersuchung plädieren für eine größere Sensibilität für partnerschaftliche Themen in der Behandlung depressiver Patienten.

2. Die Bewältigungsformen in der Partnerschaft können entlang der Dimensionen „Involviertheit“ und „Einflussnahme“ der Partner systematisiert werden. Involviertheit bedeutet, dass Bewältigungsformen, die das Paar gemeinsam wählt von denen unterschieden werden können, die jeder der Partner allein versucht. Einflussnahme bedeutet, dass es jeweils passive und aktive Bewältigungsformen gibt. Die Bewältigungsformen verändern sich im Zeitverlauf, wobei es zu Vorwärts- und Rückwärtsbewegungen zwischen den Polen kommen kann. Es wird davon ausgegangen, dass die jeweiligen Bewältigungsformen Einfluss auf die Beziehung der Partner zueinander und auf ihr Verhältnis zum professionellen Hilfesystem haben. Weiterhin sind sie durch die Ressourcen des Paares und den Kontext beeinflusst, z.B. die Verfügbarkeit von Information und Unterstützung sowie die erlebte oder antizipierte Stigmatisierung. Im klinischen Kontext sollten gemeinsame aktive Bewältigungsformen, d.h. Bewältigungsformen mit starker Involviertheit und Einflussnahme der Partner gefördert werden.

3. Die Ehe- bzw. Lebenspartner depressiver Patienten erleben die Depression des Angehörigen als Krisensituation. Die depressiven Symptome bedeuten einen Verlust von Kontrolle und Vorhersagbarkeit. Suizidgedanken oder Suizidversuche des depressiven Partners lösen eine Art „Schockzustand“ aus. Kern des Erlebens der Partner ist Angst: Angst und Ungewissheit hinsichtlich der gesundheitlichen Situation des depressiven Partners, hinsichtlich der Beziehung zu ihm und hinsichtlich der gemeinsamen Zukunft. Zentraler Begriff für dieses Erleben ist „Anspannung“. Diese Spannungen können im Zeitverlauf zu einem Zustand der ständigen Abrufbereitschaft und der „Daueranspannung“ führen. Sind keine Besserungen zu erwarten, kann es in der Folge zu „Burn-out“ und Demoralisierung kommen. Es kann davon ausgegangen werden, dass individuelle Reaktionsmuster auf Stress bei den Ehe- bzw. Lebenspartnern depressiver Partner aktiviert werden. Häufige Entlastungsstrategie ist die der Distanzierung: Distanzierung vom kranken Partner und Distanzierung vom eigenen Erleben mittels „Aussprechen“ und „Aufschreiben“. Akute und langandauernde Folgen von Belastung machen spezifische Entlastungsangebote für die Partner depressiver Patienten notwendig.

12 Literaturverzeichnis

- Anderson, C. M., Griffin, S., Rossi, A., Pagonis, I., Holder, D. P. & Treiber, R. (1986). A comparative study of the impact of education vs. process groups for families of patients with affective disorders. *Family Process*, 25, 185–205.
- Angermeyer, M.C., Kilian, R. & Matschinger, H. (2000). *WHOQOL-1000 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO- Instrumente zur internationalen Erfassung von Lebensqualität*. Göttingen: Hogrefe.
- Angermeyer, M. C., Diaz Ruiz de Zárate, J. & Matschinger, H. (2000). Informations- und Unterstützungsbedarf von Angehörigen psychiatrischer Patienten. *Das Gesundheitswesen*, 62, 483–486.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H. & Riedel-Heller, S. G. (1999). Whom to ask for help in case of a mental disorder? Preferences of the lay public. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 202–210.
- Angermeyer, M. C., Freigang, C., Kilian, R. & Wittmund, B. (1998). *Gesundheitliche und ökonomische Belastungen von Familien mit psychisch kranken Angehörigen. Forschungsantrag an das Bundesministerium für Forschung und Technologie*. Leipzig: Universität Leipzig.
- Angst, J. (1994). Das Komorbiditätskonzept in der psychiatrischen Diagnostik. In H. Dilling, E. Schulte-Markwort & Freyberger, H. J. (Hrsg.). *Von der ICD-9 zur ICD-10*. (S. 41–48) Bern: Huber.
- Angst, J. (1998). Sexual problems in healthy and depressed persons. *International Clinical Psychopharmacology*, 13 Suppl 6, S1–S4.
- Auckenthaler, A. (1983). *Therapie mit Paaren*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Auckenthaler, A. (1985). Trennungsträume. Die tagabgewandte Seite der Zweisamkeit. *Zeitschrift für personzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 4 (2), 135–145.

- Auckenthaler, A. (1997). Was bleibt von der Klinischen Psychologie? Medikalisierungsprozesse und ihre Folgen. *Journal für Psychologie*, 5 (3), 63–70.
- Auckenthaler, A. (im Druck). Paartherapie. In W. Keil, G. Stumm & J. Wiltshko (Hrsg.). *Grundbegriffe der Klientenzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie*. Stuttgart: Pfeiffer.
- Backenstraß, M. (1998). *Depression und partnerschaftliche Interaktion*. Münster: Waxmann.
- Badger, T. A. (1996). Family members' experiences living with members with depression. *Western Journal of Nursing Research*, 18, 149–171.
- Baronet, A. M. (1999). Factors associated with caregiver burden in mental illness: a critical review of the research literature. *Clinical Psychology Review*, 19, 819–841.
- Baucom, D. H., Shoham, V., Mueser, K. T., Daiuto, A. D. & Stickle, T. R. (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 53–88.
- Beach, S. R. H. (Ed.). (2001). *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice*. Washington: APA.
- Bebbington, P. (1998). Sex and depression. *Psychological Medicine*, 28, 1–8.
- Bebbington, P. & Tansella, M. (1989). Gender, marital status and treated affective disorders in South Verona: a case register study. *Journal of affective disorders*, 17 (1), 83–91.
- Bellach, B. M., Knopf, H. & Thefel, W. (1999). Der Bundes-Gesundheitssurvey 1997/98. *Gesundheitswesen* 60 / Supp.2, 59–68.
- Benazon, N. R. & Coyne, J. C. (2000). Living with a depressed spouse. *Journal of Family Psychology*, 14, 71–79.
- Berg-Cross, L. (1997). *Couples Therapy*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage.

- Bergold, J. B. & Flick, U. (1987). Die Sicht des Subjekts verstehen: Eine Einleitung und Standortbestimmung. In J. Bergold & U. Flick (Hrsg.). *Ein-Sichten. Zugänge zur Sicht des Subjekts mittels qualitativer Forschung*. (S. 1–18). Tübingen: DGVt.
- Bergold, J. B. & Filsinger, D. (1998) Die Vernetzung psychosozialer Dienste und ihre Konsequenzen für Professionelle und Nutzer. Ein Vergleich zwischen den Gesundheitssystemen in BRD und DDR. In: B. Röhrle, G. Sommer & G. Nestmann (Hrsg.) *Netzwerkorientierte Interventionen*. Tübingen: DGVt.
- Bierhoff, H. W. & Grau, I. (1999). *Romantische Beziehungen. Bindung, Liebe, Partnerschaft*. Bern: Huber.
- Bifulco, A., Moran, P. M., Ball, C. & Bernazzani, O. (2002a). Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 50–59.
- Bifulco, A., Moran, P. M., Ball, C. & Lillie, A. (2002b). Adult attachment style. II: Its relationship to psychosocial depressive vulnerability. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 60–67.
- Biglan, A., Hops, H., Sherman, L., Friedman, L. S., Arthur, J. & Osteen, V. (1985). Problem-solving interactions of depressed women and their husbands. *Behavior Therapy*, 16, 431–451.
- Billings, A. G. & Moos, R. H. (1984). Chronic and nonchronic unipolar depression. The differential role of environmental stressors and resources. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 172 (2), 65–75.
- Birtchnell, J. (1991). Negative modes of relating, marital quality and depression. *British Journal of Psychiatry*, 158, 648–657.
- Bischkopf, J., Jungbauer, J., Trosbach, J., Mory, C. & Angermeyer, M.C. (2001). *Spouses' views of mental illness stigma – Results from a qualitative study of spouses of people with schizophrenia, depression, anxiety disorders and obsessive-compulsive disorders*. Posterpräsentation auf dem 1. Internationalen Kongress „Together against Stigma“ in Leipzig, 2.–4.09.2001.
- Bischkopf, J., Wittmund, B. & Angermeyer, M. C. (2002). Alltag mit der Depression des Partners. *Psychotherapeut*, 42, 11–15.

- Blum, D. & Dauenhauer, M. (1996). „*Und wo bleibe ich?! – Leben mit depressiven Menschen*. Ostfildern: Deutscher Verlag für Gesundheitspflege.
- Bock, T. (1998). *Achterbahn der Gefühle*. Freiburg: Herder.
- Bock, T. (Hrsg.). (2000). „*Es ist normal, verschieden zu sein*“: *Psychose-Seminare – Hilfen zum Dialog*. 2., aktualisierte Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bodenmann, G. (2001). Psychologische Risikofaktoren für Scheidung: Ein Überblick. *Psychologische Rundschau*, 52 (2), 85–95.
- Bodenmann, G. (2002). *Stress und Coping bei Paaren mit verschiedenen Belastungsprofilen*. Vortrag auf dem 43. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie am 23.09.2002 in Berlin.
- Bodenmann, G. & China, A. (1999). Der Einfluss von Stress, individueller Belastungsbewältigung und dyadischem Coping auf die Partnerschaftsstabilität: Eine 4-Jahres-Längsschnittstudie. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 28, 130–139.
- Bodenmann, G., Perez, M. & Gottman, J. M. (1996). Die Bedeutung des intrapsychischen Copings für die dyadische Interaktion unter Streß. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 25, 1–13.
- Bohnsack, R. (1999). *Rekonstruktive Sozialforschung: Eine Einführung in die Methodologie und Praxis qualitativer Forschung*. Opladen: Leske & Budrich.
- Bortz, J. & Döring N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler*. 3., überarb. Aufl. Berlin [u.a.]: Springer.
- Boulton, M., Fitzpatrick, R. & Swinburn, C. (1996). Qualitative research in health care: II. A structured review and evaluation of studies. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 3, 171–179.
- Bouras, N., Vanger, P. & Bridges, P. K. (1986). Marital problems in chronically depressed and physically ill patients and their spouses. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 127–130.
- Bornstein, P. & Bornstein, M. (1993). *Psychotherapie mit Ehepaaren. Ein integrativer Ansatz*. Bern: Huber.

- Brähler, E. & Scheer, J.W. (1995). *Der Gießener Beschwerdebogen (GBB)*. 2., ergänzte und revidierte Auflage. Bern: Huber.
- Bromet, E. J., Ed, V. & May, S. (1984). Family environments of depressed outpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 69, 197–200.
- Brown, G. W. & Harris, T. (1978). *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock.
- Brummett, B. H., Barefoot, J. C., Feaganes, J. R., Yen, S., Bosworth, H. B., Williams, R. B. & Siegler, I. C. (2000). Hostility in marital dyads: associations with depressive symptoms. *Journal of Behavioral Medicine*, 23, 95–105.
- Buchholz, W., Gmür, W., Höfer, R. & Straus, F. (1984). *Lebenswelt und Familienwirklichkeit*. F.a.M.: Campus.
- Cano, A. & O’Leary, K. D. (2000). Infidelity and Separations Precipitate Major Depressive Episodes and Symptoms of Nonspecific Depression and Anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5), 774–781.
- Carlson, G. A. & Kashani, J. H. (1988). Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: Analysis of three studies. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1222–1225.
- Chakrabarti, S., Kulhara, P. & Verma, S. K. (1992). Extent and determinants of burden among families of patients with affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 247–252.
- Chakrabarti, S., Kulhara, P. & Verma, S. K. (1993). The pattern of burden in families of neurotic patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 172–177.
- Chambless, D. L. & Steketee, G. (1999). Expressed emotion and behavior therapy outcome: a prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 658–665.
- Chwalisz, K. & Kisler, V. (1995). Assessment in action – Perceived stress: A better measure of caregiver burden. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 28, 88–98.

- Cierpka, M. (1989). Das Problem der Spezifität in der Familientheorie. *System Familie*, 2, 197–216.
- Conger, R. D., Rueter, M. A. & Elder, G. H., Jr. (1999). Couple resilience to economic pressure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 54–71.
- Corbin, J. M. & Strauss, A. L. (1993). *Weiterleben lernen. Chronisch Kranke in der Familie*. München: Piper. (engl. Original 1988)
- Coyne, J. C. (1976a). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39, 28–40.
- Coyne, J. C. (1976b). Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology*, 85 (2), 186–193.
- Coyne, J. C. (1986). Strategic Marital Therapy for Depression. In N.S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.). *Clinical handbook of marital therapy* (pp. 495–511). New York: Guilford Press.
- Coyne, J. C. & DeLongis, A. (1986). Going beyond social support: the role of social relationships in adaptation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 454–460.
- Coyne, J. C. & Gottlieb, B. H. (1996). The mismeasure of coping by checklist. *Journal of Personality*, 64, 959–991.
- Coyne, J. C., Kessler, R. C., Tal, M., Turnbull, J., Wortman, C. B. & Greden, J. F. (1987). Living with a depressed person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 347–352.
- Coyne, J.C. & Benazon, N.R. (2001). No agent blue: Effects of marital functioning on depression and implications for treatment. In S.R.H. Beach (Ed.). (2001). *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice*. (p. 25–43). Washington: APA.
- Coyne, T. I. (1997). Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? *Journal of Advanced Nursing*, 26, 623–630.

- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I. & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177, 4–7.
- Crowther, J. H. (1985). The relationship between depression and marital maladjustment. A descriptive study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 227–231.
- Daley, D. C., Bowler, K. & Cahalane, H. (1992). Approaches to patient and family education with affective disorders. *Patient Education and Counseling*, 19, 163–174.
- Daly, K. (1992). The fit between qualitative research and characteristics of families. In J. F. Gilgun, K. Daly & G. Handel (Eds.). *Qualitative Methods in Family Research*. (S. 3–11). London: Sage.
- Davidson, J. R. & Meltzer- Brody, S. E. (1999). The underrecognition and undertreatment of depression: What is the breadth and depth of the problem? *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (Suppl. 7), 4–9.
- Deck, R. & Röckelein, E. (1999). Zur Erhebung soziodemographischer und sozialmedizinischer Indikatoren in den rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbünden. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR). (Hrsg.). *Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“*. *Empfehlungen der Arbeitsgruppen „Generische Methoden“, „Routinedaten“ und „Reha-Ökonomie“*. (S. 85–102). Bonn: DRV-Schriften, Band 16.
- Diaz Ruiz de Zárate, J. (1998). „Runtergeschrieben und weg ...“ – *Verfolgungsbiographik als Selbsttherapie?*. Unveröffentlichte Diplomarbeit am Fachbereich Psychologie und Erziehungswissenschaften der Freien Universität Berlin.
- Diaz Ruiz de Zárate, J., Jungbauer, J., Wittmund, B. (1999). *Schritte für die Auswertung narrativer Interviews*. Vortrag und Handout auf der Forschungskonferenz der C-Projekte des Reha-Forschungsverbundes Berlin-Brandenburg-Sachsen (BBS) am 15.01.1999 an der Universität Leipzig.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10*. Bern: Huber.

- Dörner, K. & Plog, U. (1992). Der sich und Andere niederschlagende Mensch (Depression). In K. Dörner & U. Plog (Hrsg.). *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie / Psychotherapie* (S. 193–241). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Druss, B. G., Rohrbaugh, R., Kosten, T., Hoff, R. & Rosenheck, R. A. (1998). Use of alternative medicine in major depression. *Psychiatric Services*, 49, 1397.
- Dufouil, C. & Alperovitch, A. (2000). Couple similarities for cognitive functions and psychological health. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 589–593.
- Dunner, D. L., Fleiss, J. L., Addonizio, G. & Fieve, R. R. (1976). Assortative mating in primary affective disorder. *Biological Psychiatry*, 11, 43–51.
- Dye, J. F., Schatz, I. M., Rosenberg, B. A. & Coleman, S. T. (2000, January). Constant comparison method: A kaleidoscope of data. *The Qualitative Report [Online serial]*, 4 (1/2). Available: <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR3-4/dye.html>
- Earle, J. R., Smith, M. H., Harris, C. T. & Longino, C. F. (1998). Women, marital status, and symptoms of depression in a midlife national sample. *Journal of Women and Aging*, 10 (1), 41–57.
- Esterling, B. A., L'Abate, L., Murray, L. A. & Pennebaker, J. W. (1999). Empirical foundations for writing in prevention and psychotherapy: mental and physical health outcomes. *Clinical Psychology Review*, 19, 79–96.
- Fadden, G., Bebbington, P. & Kuipers, L. (1987a). Caring and its burdens. A study of the spouses of depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 151, 660–667.
- Fadden, G., Bebbington, P. & Kuipers, L. (1987b). The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry*, 150, 285–292.
- Faltermeier, T. (1988). Notwendigkeit einer sozialwissenschaftlichen Belastungskonzeption. In L. Brüderl (Hrsg.). *Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung* (S. 46–62). Weinheim: Juventa.
- Faltermaier, T., Mayring, P., Saup, W. & Strehmel, P. (2002). *Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Feng, D. & Baker, L. (1994). Spouse similarity in attitudes, personality, and psychological well-being. *Behavior Genetics*, 24, 357–364.
- Filipp, S.-H. (Hrsg.). (1995). *Kritische Lebensereignisse*. Weinheim: Beltz, PVU.
- Fischer-Rosenthal, W. (1996). Strukturelle Analyse biographischer Texte. In E. Brähler & C. Adler (Hsg.). *Quantitative Einzelfallanalyse und qualitative Verfahren*. (S. 147–208). Gießen: Psychosozial.
- Flick, U. (1995). Qualitative Forschung in der Sozialpsychiatrie – Methoden und Anwendungen. *Psychiatrische Praxis* 22, 91–96.
- Florin, I., Nostadt, A., Reck, C., Franzen, U. & Jenkins, M. (1992). Expressed emotion in depressed patients and their partners. *Family Process*, 31, 163–171.
- Focht, L. & Beardslee, W. R. (1996). “Speech after long silence”: the use of narrative therapy for children of parents with affective disorder. *Family Process*, 35, 407–422.
- Friedmann, M. S., McDermut, W. H., Solomon, D. A., Ryan, C. E., Keitner, G. I. & Miller, I. W. (1997). Family functioning and mental illness: a comparison of psychiatric and nonclinical families. *Family Process*, 36, 357–367.
- Galbaud du Fort, G., Bland, R. C., Newman, S. C. & Boothroyd, L. J. (1998). Spouse similarity for lifetime psychiatric history in the general population. *Psychological Medicine*, 28, 789–802.
- Galbaud du Fort, G., Boivin, J. F. & Kovess, V. (1993). Selection bias in the study of spouse similarity for psychiatric morbidity in clinical samples. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 424–431.
- Galbaud du Fort, G., Kovess, V. & Boivin, J. F. (1994). Spouse similarity for psychological distress and well-being: a population study. *Psychological Medicine*, 24, 431–447.
- Gallagher, S. K. & Mechanic, D. (1996). Living with the mentally ill: effects on the health and functioning of other household members. *Social Science and Medicine*, 42, 1691–1701.

- Gara, M. A., Woolfolk, R. L., Cohen, B. D., Goldston, R. B., Allen, L. A. & Novalany, J. (1993). Perception of self and other in major depression. *Journal of Abnormal Psychology, 102*, 93–100.
- Gerlsma, C. & Hale, W. W. (1997). Predictive power and construct validity of the Level of Expressed Emotion (LEE) scale. Depressed out-patients and couples from the general community. *British Journal of Psychiatry, 170*, 520–525.
- Gerlsma, C., van der Lubbe, P. M. & van Nieuwenhuizen, C. (1992). Factor analysis of the level of expressed emotion scale, a questionnaire intended to measure 'perceived expressed emotion'. *British Journal of Psychiatry, 160*, 385–389.
- Gilgun, J. F. (1992). Definitions, Methodologies, and Methods in Qualitative Family Research. In J. F. Gilgun, K. Daly & G. Handel (Eds.). *Qualitative Methods in Family Research*. (S. 22–39). London: Sage.
- Girtler, R. (1984). *Methoden der qualitativen Sozialforschung. Anleitung zur Feldarbeit*. Wien: Böhlau.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1998). *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Huber. (engl. Original 1967)
- Glinka, H.-J. (1998). *Das narrative Interview. Eine Einführung für Sozialpädagogen*. Weinheim und München: Weinheim.
- Goffman, E. (1999). *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. (14. Aufl. ed.) Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Golant, M. & Golant, S. (1996). *What to do when someone you love is depressed. A practical, compassionate, and helpful guide*. New York: Henry Holt.
- Gotlib, I. H. & Hammen, C. L. (1996). *Psychological Aspects of Depression. Toward a Cognitive-Interpersonal Integration*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Greenberg, L. S. & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research, 8*, 210–224.
- Greenberg, L. S. & Johnson, S. M. (1988). *Emotionally Focused Therapy for Couples*. New York, London: Guilford Press.

- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion focused therapy : coaching clients to work through their feelings*. Washington: APA.
- Grube, M. & Weigand-Tomiuk, H. (2002). Befragung zu sexuellen Störungen bei psychiatrisch Erkrankten. *Psychiatrische Praxis*, 4, 194–200.
- Gubman, G. D. & Tessler, R. C. (1987). The impact of mental illness on families. *Journal of Family Issues*, 8, 226–245.
- Habecker, J. (2001). *Psychotherapie bei Depression aus journalistischer Sicht – eine inhaltsanalytische Auswertung von Illustrierten und Nachrichtenmagazinen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit am Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie der Freien Universität Berlin.
- Hahlweg, K. (1996). Interaktionelle Aspekte psychischer Störungen. In A. Ehlers & K. Hahlweg (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Band 1: Grundlagen der klinischen Psychologie* (S. 585–648). Braunschweig: Hogrefe.
- Hammen, C. L. & Peters, S. D. (1978). Interpersonal consequences of depression: Responses to men and women enacting a depressed role. *Journal of Abnormal Psychology*, 87 (3), 322–332.
- Hammen, C. L. (1991). *Depression runs in families: The social of risk and resilience in children of depressed mothers*. New York: Springer.
- Harter, C., Kick, J. & Rave-Schwank, M. (2002). Psychoedukative Gruppen für depressive Patienten und ihre Angehörigen, *Psychiatrische Praxis*, 3, 160–163.
- Hautzinger, M. & de Jong-Meyer, R. (1990). Depression. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie* (S. 126–165). Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. (1998). *Depression*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., Linden, M. & Hoffman, N. (1982). Distressed couples with and without a depressed partner: an analysis of their verbal interaction. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 307–314.
- Hayhurst, H., Cooper, Z., Paykel, E. S., Vearnals, S. & Ramana, R. (1997). Expressed emotion and depression. A longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, 171, 439–443.

- Häfner, H. (1981). Der Ehepartner des Depressiven. In H. Häfner, H. Heimann & B. Pflug (Hrsg.). *Depressive Syndrome. Klinik, Forschung und Praxis*. Stuttgart: Gustav-Fischer-Verlag.
- Hegerl, U., Niklewski, G. & Althaus, D. (2001). *Anti-Stigma work within the research network on depression*. Vortrag auf dem 1. Internationalen Kongress „Together against Stigma“ in Leipzig, 2.–4.09.2001
- Heißler, M., Heißler, R. & Bock, T. (1991). Übergänge: Entwicklung und Krisen Erwachsener. Hilfen jenseits der Medizin. In T. Bock & H. Weigand (Hrsg.). *Hand-werks-buch Psychiatrie*. (S. 466–490). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Hell, D. (1992). *Welchen Sinn macht Depression? Ein integrativer Ansatz*. Reinbek: Rowohlt.
- Hell, D. (1998). *Ehen depressiver und schizophrener Menschen. Eine vergleichende Untersuchung an 103 Kranken und ihren Ehepartner*. (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Helle, M., Auckenthaler, A. & Kleiber, D. (1999). Psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung in der hausärztlichen Praxis. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 31 (3), 423–434.
- Herrmanns, H. (1992). Die Auswertung narrativer Interviews. Ein Beispiel für qualitative Verfahren. In J. Hoffmeyer-Zlotnick (Hrsg.). *Analyse verbaler Daten*. (S. 110–142). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Heun, R. & Maier, W. (1993). Morbid risks for major disorders and frequencies of personality disorders among spouses of psychiatric inpatients and controls. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 137–143.
- Hickie, I. & Parker, G. (1992). The impact of an uncaring partner on improvement in non-melancholic depression. *Journal of Affective Disorders*, 25, 147–160.
- Hickie, I., Parker, G., Wilhelm, K. & Tennant, C. (1991). Perceived interpersonal risk factors of non-endogenous depression. *Psychological Medicine*, 21, 399–412.
- Hinchliffe, M. K., Hooper, D., Roberts, F. J. & Vaughan, P. W. (1978). The melancholy marriage: an inquiry into the interaction of depression. IV. Disruptions. *British Journal of Medical Psychology*, 51, 15–24.

- Hinchliffe, M. K., Vaughan, P. W., Hooper, D. & Roberts, F. J. (1978).
The melancholy marriage: an inquiry into the interaction of depression.
III. Responsiveness. *British Journal of Medical Psychology*, 51, 1–13.
- Hinchliffe, M. K., Vaughan, P. W., Hooper, D. & Roberts, J. F. (1977).
The melancholy marriage: an inquiry into the interaction of depression
II. Expressiveness. *British Journal of Medical Psychology*, 50, 125–142.
- Hocking, B. (2000). *Changing community attitudes to schizophrenia: working with the mass media to reduce stigma*. Vortrag auf der 4. Internationalen Konferenz des European Network for Mental Health Service Evaluation (ENMESH) in Leipzig, 28–30.04.2000.
- Hoenig, J. & Hamilton, M. W. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *International Journal of Social Psychiatry*, 12, 165–176.
- Holm-Hadulla, R.M. (2002). Coaching. *Psychotherapeut*, 47, 241–248.
- Holstein, J. A. & Gubrium, J. F. (1995). *The active interview*. London: Sage.
- Holte, A., Bjaru, E., Sorvig, B. S. & Abrahamsen, P. (1990). Simultaneous depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 463–467.
- Holtz, H. (1994). *Schatten auf der Seele. Mein Mann ist depressiv*. München: Knaur.
- Hooley, J. M. (1986). Expressed emotion and depression: interactions between patients and high- versus low-expressed-emotion spouses. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 237–246.
- Hooley, J. M. & Licht, D. M. (1997). Expressed emotion and causal attributions in the spouses of depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 298–306.
- Hooper, D., Roberts, F. J., Hinchliffe, M. K. & Vaughan, P. W. (1977).
The melancholy marriage: an inquiry into the interaction of depression.
I. Introduction. *British Journal of Medical Psychology*, 50, 113–114.
- Hooper, D., Vaughan, P. W., Hinchliffe, M. K. & Roberts, F. J. (1978).
The melancholy marriage: an inquiry into the interaction of depression.
V. Power. *British Journal of Medical Psychology*, 51, 387–398.

- Horgan, J. (1996). Multicultural studies. Rates of depression vary widely throughout the world. *Scientific American*, Nov. 1996, available: www.sciam.com/1196issue/1196scicit4.html
- Horwitz, A. V., Reinhard, S. C. & Howell-White, S. (1996). Caregiving as reciprocal exchange in families with seriously mentally ill members. *Journal of Health and Social Behavior*, 37, 149–162.
- Horwitz, A.V., McLaughlin, J. & White, H.-R. (1998). How the negative and positive aspects of partner relationships affect the mental health of young married people. *Journal of Health and Social Behavior*, 39 (2), 124–136.
- Jacob, M., Frank, E., Kupfer, D. J. & Carpenter, L. L. (1987). Recurrent depression: an assessment of family burden and family attitudes. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48, 395–400.
- Jacob, M., Frank, E., Kupfer, D. J., Cornes, C. & Carpenter, L. L. (1987). A psychoeducational workshop for depressed patients, family, and friends: description and evaluation. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 968–972.
- Jacobson, N. S., Dobson, K., Fruzzetti, A. E., Schmalings, K. B. & Salusky, S. (1991). Marital therapy as a treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 547–557.
- John, U. (1988). Vertrauensbeziehungen Angehöriger zu psychiatrischen Patienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 36, 212–229.
- Johnson, S. L. & Jacob, T. (1997). Marital interactions of depressed men and women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (1), 15–23.
- Johnson, S. L. & Jacob, T. (2000). Sequential interactions in the marital communication of depressed men and women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 4–12.
- Joraschky, P. & Petrowski, K. (2002). Angst und Depression. In M. Wirsching & P. Scheid (Hrsg.). *Paar- und Familientherapie*. (S. 325–338). Berlin: Springer.

- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H. & Henderson, S. (1999). Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 77–83.
- Josefson, D. (2002). US task force recommends screening for depression. *British Medical Journal*, 321, 1293.
- Judd, L.L. (2001). Major depressive disorder: longitudinal symptomatic structure, relapse and recovery. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 81–83.
- Judd, L.L. & Akiskal, H.S. (2000). Delineating the longitudinal structure of depressive illness: Beyond clinical subtypes and duration thresholds. *Pharmacopsychiatry*, 33, 3–7.
- Jungbauer, J., Bischof, J. & Angermeyer, M. C. (2001a). Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker: Entwicklungslinien, Konzepte und Ergebnisse der Forschung. *Psychiatrische Praxis*, 28, 105–114.
- Jungbauer, J., Bischof, J. & Angermeyer, M. C. (2001b). „Die Krankheit hat unser Leben total verändert“ – Belastungen von Partnern schizophrener Patienten beim Beginn der Erkrankung. *Psychiatrische Praxis*, 28, 133–138.
- Karp, D. A. & Watts-Roy, D. (1999). Bearing responsibility: how caregivers to the mentally ill assess their obligations. *Health*, 3, 469–491.
- Keitner, G. & Miller, I. W. (1990). Family Functioning and major depression: An Overview. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1128–1137.
- Keitner, G. I., Fodor, J., Ryan, C. E., Miller, I. W., Bishop, D. S. & Epstein, N. B. (1991). A cross-cultural study of major depression and family functioning. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 254–259.
- Keitner, G. I. & Miller, I. W. (1990). Family functioning and major depression: an overview. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1128–1137.
- Keitner, G. I., Miller, I. W., Ryan, C. E., Epstein, N. B. & Bishop, D. S. (1989). Compounded depression and family functioning during the acute episode and at 6-month follow-up. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 512–521.

- Keitner, G. I., Ryan, C. E., Miller, I. W., Kohn, R., Bishop, D. S. & Epstein, N. B. (1995). Role of the family in recovery and major depression. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1002–1008.
- Kelle, U. (1996). Die Bedeutung theoretischen Vorwissens in der Methodologie der Grounded Theory. In R. Strobl & A. Böttcher (Hrsg.). *Wahre Geschichten? Zur Theorie und Praxis qualitativer Interviews* (S. 23–47). Baden-Baden: Nomos.
- Kelle, U. & Kluge, S. (1999). *Von Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*. Opladen: Leske & Budrich.
- Keller, F. & Schuler, B. (2002). Angehörigengruppen in der stationären Depressionsbehandlung. *Psychiatrische Praxis*, 3, 130–135.
- Keller, M.B. (1994). Depression: A long-term illness. *British Journal of Psychiatry*, 165 (Suppl. 26), 9–15.
- Kerns, R. D., Haythornthwaite, J., Southwick, S. & Giller, E. L., Jr. (1990). The role of marital interaction in chronic pain and depressive symptom severity. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 401–408.
- Khan, A. A., Gardner, C. O., Prescott, C. A. & Kendler, K. S. (2002). Gender differences in the symptoms of major depression in opposite-sex dizygotic twin pairs. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1427–1429.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Glaser, R., Cacioppo, J. T., MacCallum, R. C., Snyder-Smith, M., Kim, C. & Malarkey, W. B. (1997). Marital conflict in older adults: endocrinological and immunological correlates. *Psychosomatic Medicine*, 59, 339–349.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Newton, T., Cacioppo, J. T., MacCallum, R. C., Glaser, R. & Malarkey, W. B. (1996). Marital conflict and endocrine function: are men really more physiologically affected than women? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 324–332.
- Kinnunen, U. & Pulkkinen, L. (1998). Linking Economic Stress to Marital Quality among Finnish Marital Couples: Mediator Effects. *Journal of Family Issues*, 19, 705–724.

- Kleiber, D. (1997). Das Psychotherapeutengesetz: ein Fortschritt mit Schatten seiten. *Psychomed*, 9, 234–242.
- Krantz, S. E. & Moos, R. H. (1987). Functioning and life context among spouses of remitted and nonremitted depressed patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (3), 353–360.
- Kung, W. W. & Elkin, I. (2000). Marital adjustment as a predictor of outcome in individual treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 10, 267–278.
- Lamnek, S. (1995). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz-PVU.
- Lazarus, R. S. (1985). The psychology of stress and coping. *Issues in Mental Health Nursing*, 7, 399–418.
- Lazarus, R. S. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, 55, 665–673.
- Leeb, B., Mundt, C., Fiedler, P., Ernst, S., Lober, H. & Munzel, C. (1993). „Verdeckte Kritik“ – ein neues Kriterium zur Bestimmung des Expressed Emotion Index nach dem Five-Minute Speech Sample bei Partnern depressiver Patienten. *Nervenarzt*, 64, 727–729.
- Loukissa, D. A. (1995). Family burden in chronic mental illness: a review of research studies. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 248–255.
- Lucius-Hoene, G. (1998). Erzählen von Krankheit und Behinderung. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 48, 108–113.
- Lutz, M., Appelt, H. & Cohen, R. (1980). Belastungsfaktoren in den Familien alkoholkranker und depressiver Frauen aus der Sicht der Ehemänner. *Social Psychiatry*, 15, 137–144.
- Maes, H. H., Neale, M. C., Kendler, K. S., Hewitt, J. K., Silberg, J. L., Foley, D. L., Meyer, J. M., Rutter, M., Simonoff, E., Pickles, A. & Eaves, L. J. (1998). Assortative mating for major psychiatric diagnoses in two population - based samples. *Psychological Medicine*, 28, 1389–1401.

- Maier, W. (1994). Das Konzept der affektiven Störungen (F3). In H. Dilling, E. Schulte-Markwort & Freyberger, H. J. (Hrsg.). *Von der ICD-9 zur ICD-10*. (S. 111–125) Bern: Huber.
- Marks, M., Wieck, A., Checkley, S. & Kumar, C. (1996). How does marriage protect women with histories of affective disorder from post-partum relapse? *British Journal of Medical Psychology*, 69 (4), 329–342.
- Maslach, Ch. (2002). *Job burnout: New directions in research and intervention*. Vortrag an der Freien Universität Berlin, Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie, 27.05.2002.
- Maurin, J. T. & Boyd, C. B. (1990). Burden of mental illness on the family: a critical review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 4, 99–107.
- Mayring, P. (1996). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. Beltz: PVU.
- Mayring, P. (1988). Qualitative Auswertung im Rahmen des Belastungs- und Bewältigungs-Paradigmas. In L. Brüderl (Hrsg.). *Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung*. (S. 200–207). Juventa.
- McGrath, E., Keita, G. P., Strickland, B. R. & Russo, N. F. (Hrsg.). (1990). *Frauen und Depression. Risikofaktoren und Behandlungsfragen*. Bergheim: Mackinger.
- McKeon, P. & Carrick, S. (1991). Public attitudes to depression: a national survey. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 8, 116–121.
- McLeod, J. D. (1993). Spouse concordance for depressive disorders in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 27, 43–52.
- Meighan, M., Davis, M. W., Thomas, S. P. & Droppleman, P. G. (1999). Living with postpartum depression: the father's experience. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 24, 202–208.
- Menaghan, E. G. (1985). Depressive affect and subsequent divorce. *Journal of Family Issues*, 6, 295–306.
- Merikangas, K. R. (1984). Divorce and assortative mating among depressed patients. *American Journal of Psychiatry*, 141, 74–76.

- Merikangas, K. R., Bromet, E. J. & Spiker, D. G. (1983). Assortative mating, social adjustment, and course of illness in primary affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 40, 795–800.
- Merikangas, K. R., Prusoff, B. A. & Weissman, M. M. (1988). Parental concordance for affective disorders: psychopathology in offspring. *Journal of Affective Disorders*, 15, 279–290.
- Merikangas, K. R. & Spiker, D. G. (1982). Assortative mating among in-patients with primary affective disorder. *Psychological Medicine*, 12, 753–764.
- Methorst, G. J. & Diekstra, R. F. (1987). Emotional distress among spouses of psychiatric outpatients in Holland. *American Journal of Psychotherapy*, 41, 428–442.
- Miller, I. W., Kabacoff, R. I., Keitner, G. I., Epstein, N. B. & Bishop, D. S. (1986). Family functioning in the families of psychiatric patients. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 302–312.
- Mirowsky, J. & Ross, C. E. (2001). Age and the effect of economic hardship on depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 132–150.
- Mitchell, R. E., Cronkite, R. C. & Moos, R. H. (1983). Stress, coping, and depression among married couples. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 433–448.
- Mory C., Jungbauer J., Bischof, J. & Angermeyer, M. C. (2002). Finanzielle Belastungen von Partnern psychisch Erkrankter. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 70, 71 – 77.
- Möller-Leimkühler, A. M. (1999). Sozialer Status und Geschlecht. *Nervenarzt*, 70, 970–980.
- Mueller, T.I. & Leon, A.C. (1996). Recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression. *Psychiatr Clin North Am*, 19 (1), 85–102.
- Mueser, K. T., Webb, C., Pfeiffer, M., Gladis, M. & Levinson, D. F. (1996). Family burden of schizophrenia and bipolar disorder: perceptions of relatives and professionals. *Psychiatric Services*, 47, 507–511.

- Niklewski, G. & Riecke-Niklewski, R. (1998). *Depressionen überwinden. Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und Helfer*. Berlin: Stiftung Warentest.
- Noh, S. & Avison, W. R. (1988). Spouses of discharged psychiatric patients: factors associated with their experience of burden. *Journal of Marriage and the Family*, 50, 377–389.
- Ochs, E. (1997). Narrative. In T. A. van Dijk (Ed.). *Discourse as structure and process. Discourse studies: A multidisciplinary introduction. Vol. 1.* (S. 185–207). London: Sage.
- O’Leary, K. D. & Beach, S. R. (1990). Marital therapy: a viable treatment for depression and marital discord. *American Journal of Psychiatry*, 147, 183–186.
- Ostler, K., Thompson, C., Kinmonth, A. L., Peveler, R. C., Stevens, L. & Stevens, A. (2001). Influence of socio-economic deprivation on the prevalence and outcome of depression in primary care: the Hampshire Depression Project. *British Journal of Psychiatry*, 178, 12–17.
- Parker, G. (2000). Classifying depression: Should paradigms lost be regained? *American Journal of Psychiatry*, 157, 1195–1203.
- Parnas, J. (1988). Assortative mating in schizophrenia: results from the Copenhagen High-Risk Study. *Psychiatry*, 51, 58–64.
- Perlick, D., Clarkin, J. F., Sirey, J., Raune, P., Greenfield, S., Struening, E. & Rosenheck, R. (1999). Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorders. *British Journal of Psychiatry*, 56–62.
- Peters, U. H. (1991). Der Typus melancholicus in Haus und Familie: Vom Typus melancholocus zur Familia melancholica. In C. Mundt, P. Fiedler, H. Lang & A. Kraus (Hrsg.). *Depressionskonzepte heute*. Berlin: Springer.
- Phelan, J. C., Bromet, E. J. & Link, B. G. (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 115–126.
- Picinelli, M. & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. A critical review. *British Journal of Psychiatry*, 177, 486–492.

- Rahn, E. & Mahnkopf, A. (1999). *Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Raymond, M. E., Slaby, A. E. & Lieb, J. (1975). Familial response to mental illness. *Social Casework*, 492–498.
- Reich, G. (1998). Paare in der Lebensmitte. *Psychotherapeut*, 43, 102–110.
- Reiter, L. (1993). Die depressive Konstellation. Ein systemisch-integratives Konzept. In D. Hell (Hrsg.). *Ethologie der Depression – familientherapeutische Möglichkeiten* (S. 99–124). Stuttgart: Gustav-Fischer-Verlag.
- Reiter, L. (1997). Zur Rolle der Angehörigen in der Therapie depressiver Patienten. In L. Reiter, E. J. Brunner & S. Reiter-Theil (Hrsg.). *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive* (S. 105–120). Berlin: Springer.
- Riehl-Emde, A. (2000). „Kann denn Liebe Sünde sein“? – Paarforschung und Paartherapie entdecken ein neues Gebiet. *Psychotherapie im Dialog*, 2, 76–80.
- Rose, L. E. (1996). Families of psychiatric patients: a critical review and future research directions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10, 67–76.
- Rosen, L. E. & Amador, X. F. (1998). *Wenn der Mensch, den du liebst, depressiv ist*. Bern, München, Wien: Scherz-Verlag.
- Ross, C. E. & Huber, J. (1985). Hardship and depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 312–327.
- Saks, B. R. & Gillespie, M. A. (2002). Psychotropic medication and sexual function in women: an update. *Archives of Women's Mental Health*, 4, 139–144.
- Sandelowski, M. (1995). Sample Size in Qualitative Research. *Research in Nursing & Health*, 18, 179–183.
- Scazufca, M. & Kuipers, E. (1996). Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 168, 580–587.

- Schene, A. H., Tessler, R. C. & Gamache, G. M. (1994). Instruments measuring family or caregiver burden in severe mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 228–240.
- Schmaling, K. B. & Jacobson, N. S. (1990). Marital interaction and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 229–236.
- Schmidt, G. (2001). Paartherapie bei sexuellen Funktionsstörungen. In V. Sigusch (Hrsg.). *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. (S. 280–302). Stuttgart, New York: Thieme.
- Schmidt-Degenhard, M. (1983). *Melancholie und Depression: Zur Problemgeschichte der depressiven Erkrankungen seit Beginn des 19. Jahrhunderts*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneewind, K. A., Graf, J. & Gerhard, A.-K. (2000). Entwicklung von Paarbeziehungen. In P. Kaiser (Hrsg.). *Partnerschaft und Paartherapie* (S. 97–111). Göttingen: Hogrefe.
- Schramm, E. (1996). *Interpersonelle Psychotherapie bei Depressionen und anderen psychischen Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Schumacher, J. & Reschke, K. (1994). Theoretische Konzepte und empirische Methoden der Bewältigungsforschung. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.). *Die Norm des Gesundseins – Lebensqualität und Kranksein (Band 6: Klinische Psychologie in der Rehabilitationsklinik)*. (S. 41–73). Frankfurt a.M.: VdR.
- Schütz, A. & Wiesner, C. (2000). Partnerschaft und Gesundheitszustand. In P. Kaiser (Hrsg.). *Partnerschaft und Paartherapie* (S. 191–218). Göttingen: Hogrefe.
- Schütze, F. (1983). Biographieforschung und narratives Interview. *Neue Praxis*, 3, 283–294.
- Schütze, F. (1987). *Das narrative Interview in Interaktionsfeldstudien. I. Studienbrief der Fernuniversität Hagen. Kurseinheit 1. Fachbereich Erziehungs-, Sozial- und Geisteswissenschaften*.
- Shanks, J. & Atkins, P. (1985). Psychiatric patients who marry each other. *Psychological Medicine*, 15, 377–382.

- Sieverding, M. (1992). Weiblichkeit, Männlichkeit und psychische Gesundheit. In E. Brähler & H. Felder (Hrsg.). *Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit*. (S. 33–63). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Silverstein, B. (2002). Gender differences in the prevalence of somatic versus pure depression: A replication. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1051–1052.
- Smolen, R. C., Spiegel, D. A. & Martin, C. J. (1986). Patterns of marital interaction associated with marital dissatisfaction and depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 17, 261–266.
- Sobieraj, M., Williams, J., Marley, J. & Ryan, P. (1998). The impact of depression on the physical health of family members. *British Journal of General Practice*, 48, 1653–1655.
- Solomon, D. A., Keller, M. B., Leon, A. C., Mueller, T. I., Lavori, P. W., Shea, M. T., Coryell, W., Warshaw, M., Turvey, C., Maser, J. D. & Endicott, J. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157, 229–233.
- Solomon, P. & Draine, J. (1995). Subjective burden among family members of mentally ill adults: relation to stress, coping, and adaptation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 419–427.
- Spangenberg, J. J. & Theron, J. C. (1999). Stress and coping strategies in spouses of depressed patients. *Journal of Psychology*, 133, 253–262.
- Sternberg, R. J. (1988). Triangulation of love. In R. J. Sternberg & M. L. Barnes (Eds.). *The psychology of love*. (p. 119–138). New Haven, London: Yale University Press.
- Sternberg, R. J. & Barnes, M. L. (Eds.). (1988). *The psychology of love*. New Haven, London: Yale University Press.
- Stewart, D. E., Rondon, M., Damiani, G. & Honikman, J. (2001). International psychosocial and systemic issues in women's mental health. *Archives of Women's Mental Health*, 4, 13–17.
- Stotland, N. L. (2002). Menopause: Social expectations, women's realities. *Archives of Women's Mental Health*, 5, 5–8.

- Strauss, A. L. (1991). *Grundlagen qualitativer Forschung*. München: Fink.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz-PVU. (engl. Original 1990)
- Strauss, A. L. & Corbin, J. (1998). Grounded Theory Methodology: An overview. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.). *Strategies of qualitative inquiry*. (pp. 158–183). Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage.
- Südmersen, I. M. (1983). Hilfe, ich erstickte in Texten! – Eine Anleitung zur Aufarbeitung narrativer Interviews. *Neue Praxis*, 13, 294–306.
- Targum, S. D., Dibble, E. D., Davenport, Y. B. & Gershon, E. S. (1981). The Family Attitudes Questionnaire. Patients' and spouses' views of bipolar illness. *Archives of General Psychiatry*, 38, 562–568.
- Tesch-Römer, C., Salewski, Ch. & Schwarz, G. (1997). *Psychologie der Bewältigung*. Weinheim: Beltz.
- Tessler, R. C., Killian, L. M. & Gubman, G. D. (1987). Stages in family response to mental illness: An ideal type. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 3–16.
- Thompson, E. H. & Doll, W. (1982). The burden of families coping with the mentally ill: an invisible crisis. *Family Relations*, 31, 379–388.
- Thornicroft, G. & Sartorius, N. (1993). The course and outcome of depression in different cultures: 10-year follow-up of the WHO Collaborative Study on the assessment of depressive disorders. *Psychological Medicine*, 23, 1023–1032.
- Van den Hoonaard, W. C. (1997). *Working with sensitizing concepts: Analytical field research*. Thousand Oaks, London, New Dehli: Sage.
- Vaughn, C. E. & Leff, J. P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125–137.
- Veltro, F., Magliano, L., Lobraccio, S., Morosini, P. L. & Maj, M. (1994). Burden on key relatives of patients with schizophrenia vs neurotic disorders: a pilot study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 66–70.

- Vinokur, A. D., Price, R. H. & Caplan, R. D. (1996). Hard times and hurtful partners: how financial strain affects depression and relationship satisfaction of unemployed persons and their spouses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 166–179.
- Wahl, O. F. & Harman, C. R. (1989). Family views of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 131–139.
- Waring, E. M. & Patton, D. (1984). Marital intimacy and depression. *British Journal of Psychiatry*, 145, 641–644.
- Weissman, M. M., Warner, V., Wickramaratne, P., Moreau, D. & Olfson, M. (1997). Offspring of depressed parents. 10 Years later. *Archives of General Psychiatry*, 54, 932–940.
- Weissman, M. M., Leaf, P. J., Bruce, M. L. & Florio, L. (1988). The epidemiology of dysthymia in five communities: Rates, risks, comorbidity, and treatment. *American Journal of Psychiatry*, 145, 815–819.
- Widmer, R. B., Cadoret, R. J. & North, C. S. (1980). Depression in family practice: some effects on spouses and children. *Journal of Family Practice*, 10, 45–51.
- Willi, J. (1996). *Ökologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Wilms, H.-U. (1999). Inhalte und Konzepte des Themenschwerpunktes C: Angehörige in der Rehabilitation. In: GfR Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (Hrsg.). *Rehabilitationsorganisation und Rehabilitationsökonomie* (S.59–66). Berlin: Dokumentation eines Symposiums am 7.7.1999.
- Wirsching, M. & Scheid, P. (Hrsg.). (2002). *Paar- und Familientherapie*. Berlin: Springer.
- Wittmund, B., Bischof, J. & Angermeyer, M. C. (2001). Wie nehmen Lebenspartner depressiver Patienten die Krankheit wahr und welche Informationen brauchen sie? *Das Gesundheitswesen*, 63, 536–541.
- Wittmund, B., Wilms, H.-U. & Angermeyer, M. C. (in press). Depressive disorders in spouses of mentally ill patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.

- Wittchen, H.-U., Lachner, G., Pernikogg, A. & Hoeltz, J. (1994). Sind psychische Störungen in den neuen Bundesländern häufiger? *Verhaltenstherapie – Praxis, Forschung, Perspektiven*, 4, 96–103.
- Wittchen, H.-U., Knäuper, B. & Kessler, R. (1994). Lifetime risk of depression. *British Journal of Psychiatry*, 165 (Suppl. 26), 16–22.
- Wittchen, H.-U., Müller, N., Pfister, H., Winter, S. & Schmidt-kunz, B. (1999). Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. *Gesundheitswesen*, 61, S216–S222.
- Wittchen, H.-U., Hofler, M. & Meister, W. (2001). Prevalence and recognition of depressive syndromes in German primary care settings: poorly recognized and treated? *International Clinical Psychopharmacology*, 16 (3), 121–135.
- Woggon, B. (1998). „Ich kann nicht wollen“ – Berichte depressiver Patienten. Bern: Huber.
- Wolfersdorf, M. & Kiefer, A. (1998). Depression and aggression. A control group study on the aggression hypothesis in depressive disorders based on the Buss -Durkee Questionnaire. *Psychiatrische Praxis*, 25, 240–245.
- Wolfersdorf, M. (2000). *Krankheit Depression erkennen, verstehen, behandeln*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wüthrich, C., Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1997). Kinder depressiver Eltern. *Kindheit und Entwicklung*, 6, 141–146.
- Yarrow, M. R., Clausen, J. A. & Robbins, P. R. (1955). The Social Meaning of Mental Illness. *Journal of Social Issues*, 11, 40–41.
- Zaumseil, M. (1998). Psychoseseminare – ein Puzzle theoretischer Bausteine. In R. Geislinger (Hrsg.). *Experten in eigener Sache: Psychiatrie, Selbsthilfe und Modelle der Teilhabe* (S. 191–204). München : Zenit.
- Zimmer, F. T. (1991). Konzepte und Aspekte der Chronifizierung von Depressionen. In C. Mundt, P. Fiedler, H. Lang & A. Kraus (Hrsg.). *Depressionskonzepte heute*. Berlin: Springer.

- Zlotnick, C., Kohn, R., Keitner, G. & Della Grotta, S. A. (2000). The relationship between quality of interpersonal relationships and major depressive disorder: findings from the national comorbidity survey. *Journal of Affective Disorders*, 59, 205–215.

Fallanalyse 004	„Sie hat mich nicht verstanden, und ich hab sie nicht verstanden“	189
Fallanalyse 005	„Das kann ’s ja nicht gewesen sein, ich bin ja och noch keine siebzig“	190
Fallanalyse 015	„Die Hauptlast trägt eigentlich der Partner“	192
Fallanalyse 019	„Also ich hab mich da och anstecken lassen – da muss ich erst mal wieder zu mir finden“	193
Fallanalyse 024	„So ’ne Krankheit ist ’ne Wahnsinnsbelastung“	194
Fallanalyse 034	„Für mich ist eben das Leben anders, alles ruhig geworden“	196
Fallanalyse 038	„Wie bei jeder andern Krankheit auch“ – aber wie lange?	197
Fallanalyse 039	„Nischt hilft“ – Suche nach geeigneter Behandlung	198
Fallanalyse 045	„... dass wir hier aufgrund der Krankheit meiner Frau sehr isoliert leben“	199
Fallanalyse 046	„Ich sage, ich liebe dich, so wie du bist“	200
Fallanalyse 054	„Ich wollte ’nen Handbuch, wie ich mit meinem Mann umgehen muss“	202
Fallanalyse 055	„Da hat das ganze Leben was damit zu tun“	203
Fallanalyse 056	„Das is ja nun doch nich so, wie ’s mal war, wie früher, so lebenslustig und alles“	205
Fallanalyse 060	„Praktisch auf einen Schlag hat sich mein Leben verändert“	206
Fallanalyse 066	„Diese Depressionsstrecke, die kommt ja mehr zum Tragen zwischen uns beiden“	207
Fallanalyse 067	„Sie [die Ärzte] haben ’s mit zwei zu tun“	209
Fallanalyse 071	„Es gibt dann eben Grenzen, wo man eben das Verständnis dann nicht mehr hat“	210
Fallanalyse 072	„Ich hab selbst ’s Instrumentarium nicht, um mit diesem Konflikt fertig zu werden“	211
Fallanalyse 078	„Das ist die Frage, ist es die Krankheit, ist es der Charakter, ich weiß es nicht“	213
Fallanalyse 079	„Es kann einen Rückschlag auch geben, aber man muss es erst einmal positiv sehen“	214
Fallanalyse 080	„... dass ich immer noch nicht genug Anbindung an diese Problematik habe“	215
Fallanalyse 082	„Also wie ’s jetzt ist, damit kann man leben“	217
Fallanalyse 083	„Momentan ist es für mich nur wie ’ne Wohngemeinschaft“	218
Fallanalyse 084	„Dis fiel alles über ihm zusammen und über mir im Prinzip auch“	220
Fallanalyse 085	„Eine gewisse Ruhelosigkeit in einem selber“	221
Fallanalyse 092	„Aber wie geht ’s weiter“	222
Fallanalyse 111	„Also es gibt ganz wenig Stillstand hier“	224
Fallanalyse 112	„Diese Meinung, diese Einstellungsfrage, diese Kämpfe“	225
Fallanalyse 115	„Man ängstigt sich nicht nur um den Partner, man ängstigt sich auch um die Zukunft“	228
Fallanalyse 122	„Man ist eben immer wieder neu überrascht, dass es eben immer wieder eintritt“	230
Fallanalyse 123	„Ich hab immer eine harmonische Familie sein wollen“	231
Fallanalyse 124	„Da mach ich ihr Mut, aber manchmal versagt mir auch der Mut“	232
Fallanalyse 125	„Es ist jedesmal ein bisschen verschieden auch“	233
Fallanalyse 128	„Es gibt da eigentlich keine Probleme, damit umzugehen“	234
Fallanalyse 131	„... dass man praktisch, na irgendwie doch auch näher zusammengerückt ist“	235
Fallanalyse 133	„Ich merke, dass von Woche zu Woche mich das mehr belastet“	237
Fallanalyse 134	„... dass irgendwas in dem sein Körper noch drin ist, was sie nicht finden“	238

Fallanalyse 144	„Das geht eigentlich weiter wie immer, da ist überhaupt kein Unterschied“	240
Fallanalyse 145	„Ich hab jetzt Zeit, da stehen wir das gemeinsam durch“	241
Fallanalyse 146	„Die viele Arbeit, manchmal, da wächst einem das über ’n Kopf“	242
Fallanalyse 150	„Ich verstehe nicht, dass das nicht erkannt wird“	244
Fallanalyse 157	„Kein normales Zusammenleben mehr“	245
Fallanalyse 158	„Die Seele ist halt auch mit krank, man hat eben nie einen Gesprächspartner“	246
Fallanalyse 165	„Da half eben nur gut zureden immer, das wird schon wieder“	248
Fallanalyse 166	„Wenn er das besser in Griff kriegt, verlieren wir auch die Angst“	249
Fallanalyse 173	„Und ich dann praktisch die ganze Zeit für ihn mit gesorgt hab ...“	252
Fallanalyse 177	„Ich hoffe ja, dass alles wieder gut geht und seinen Gang geht“	253
Fallanalyse 180	„Wenn man immer auf der Überholspur fährt, dass es bissel riskant ist“	254
Fallanalyse 184	„Das Neurologische kommt wieder ins Lot, aber das Rheuma ist nicht reparabel“	256
Fallanalyse 189	„Da bin ich ganz froh, dass das wider Erwarten und so schnell geheilt werden konnte“	257
Fallanalyse 192	„Also für mich ist das schon im Hinterkopf, wird wohl nie weg gehen“	258
Fallanalyse 196	„Das sind die Fakten und [da] gibt ’s eigentlich nicht mehr dazu zu sagen“	260
Fallanalyse 197	„Das Wissen ist ebend der Grundstein für die ganze Geschichte“	261
Fallanalyse 198	„Irgendwo gibt ’s immer ’n Weg“	263

Fallanalyse 004 „Sie hat mich nicht verstanden, und ich hab sie nicht verstanden“

Herr H. ist 35 Jahre alt und gelernter Maschinenbauer. Seit fünf Jahren arbeitet er als Verkaufsfahrer im Blumenhandel, was er jeden morgen um 3.30 Uhr beginnt. Seine Frau ist 31 Jahre alt, war bereits zuvor verheiratet und hat zwei Söhne im Alter von 8 und 14 Jahren. Vor vier Jahren haben sie geheiratet, seit ca. zwei Jahren bestehen in seinen Augen die psychischen Probleme der Ehefrau. Frau H. arbeitet als Anzeigenberaterin, möchte sich aber beruflich verändern.

Herr H. schildert einen schleichenden Verlauf der Erkrankung, der es ihm und seiner Frau erschwert habe, die aufgetretenen Probleme richtig einzuordnen „Ja, es ist so 'ne lange Zeit gewesen, eh wir des überhaupt oder eh sie's begriffen hat, was es ist und die Zeit, die war eigentlich nicht so schön, weil ich ja gar nicht wusste, was mit ihr los war.“ Herr H. hatte zunächst Zweifel an sich und an der Beziehung durch andauernden Streit, sexuelle Probleme und zunehmende Entfremdung („hat sie einen anderen“). Mit Beginn der Behandlung konnten die Probleme in einen anderen Kontext gestellt werden und erwiesen sich in diesem für beide handhabbarer. Die *Auseinandersetzung mit der Erkrankung* wurde durch Informationen seitens der behandelnden Ärztin unterstützt. „Ich war ja och mal mit bei ihrer Ärztin, das fand ich och ganz interessant. Und ich hab da noch so 'ne Broschüre gekriegt, wie man sich so'n bisschen verhält.“ Als Auslöser für die Probleme betrachtet Herr H. die Arbeit seiner Frau, bei der sie häufig allein war und unter Termin- und Leistungsdruck stand.

Zentral für sein Verständnis der Erkrankung ist seine Auseinandersetzung mit einer eventuellen Mitschuld an der Erkrankung. Herr H. bilanziert Vorwürfe, die er seiner Frau gemacht hat, da sie in seinen Augen die Arbeit der Familie vorgezogen und die Familie vernachlässigt hat. Er betont, dass er sich nun „Mühe geben“ möchte und meint, „lieber soll sie länger auf Arbeit bleiben, wenn es ihr dadurch besser geht“. Die die *Beziehung* dominierenden Konflikte führt er darauf zurück, dass beide Partner die Probleme nicht einordnen und nicht offen darüber sprechen konnten. „Wir verstehn uns jetzt wirklich gut, seitdem ... sie da in 'ner richtigen Behandlung ist. ... Das Wichtige ist für mich, wir reden darüber jetzt.“ Besonders die manischen Nachschwankungen der depressiven Episoden belasten Herrn H. und in seinen Augen auch die Beziehung. „Das [Anmerk.: Stimmungsumschwung] konnt ich nicht so richtig nachvollziehen. ... Ich hatte immer das Gefühl, sie übernimmt sich da. [Interviewerin: Da hatten sie Angst um sie auch.] Ja, ja oft och um uns.“

Herr H. ist z.T. hilflos, *wie er mit der Erkrankung umgehen und seiner Frau helfen kann*. „Ich versuche, aufmerksamer zu sein, zu ihr, ... obwohl ich och nicht so richtig weiss, was ich da machen soll, aber ich versuche, mehr Rücksicht zu nehmen.“ Anfangs habe er seine Frau bedrängt, mehr mitzumachen, mal zu lachen u.ä., bis er in einer Broschüre darüber gelesen hat, dass dies keine Hilfen für den Kranken sind. Zentral ist für ihn die „richtige Behandlung“ und dass die Ehefrau weiterhin in Behandlung bleibt, „auch wenn es wieder besser wird [denn], es geht ja immer auf und ab“.

Durch die Erkrankung hat sich für die Familie der *soziale Bereich* verändert, sie lebten zurückgezogener. „Unser Zusammensein mit unserem Freundeskreis hat sich 'n bisschen verändert, ... weil sie, sagen wir's so, manchmal bisschen scheu ist, so menschengleich. ... Jetzt muss ich ... immer en, en Stubbs geben und sagen, los komm mit, wir gehen jetzt und wir machen das. Das hat sich vielleicht verändert.“

Fallanalyse 005 „Das kann’s ja nicht gewesen sein, ich bin ja och noch keine siebzig“

Frau K. ist 43 Jahre alt und mit ihrem Mann seit 21 Jahren verheiratet. Beide haben eine 20jährige Tochter. Frau K. arbeitet ganztags als Kassiererin. Ihr Mann ist 49 Jahre alt und gelernter Maurer. Zum Zeitpunkt der Befragung ist er arbeitslos. Die psychischen Probleme bestehen lt. Frau K. seit Anfang 1997, werden jedoch erst seit Ende 1997 behandelt. Die depressive Episode von Herrn K. ist u.a. gekennzeichnet von aggressiven Ausbrüchen, die z.T. zur Eskalation von Gewalt in der Partnerschaft und zu mehreren Suizidversuchen von ihm führten.

Frau K. wirkt innerlich hin und her gerissen zwischen dem Beibehalten ihrer *Beziehung* („mein Zuhause ist ja hier“) und dem Beginn einer neuen Beziehung („wenn jetzt einer käme, der mich hier raus holt, wäre ich weg“). Sie könne sich nicht „einfach so“ trennen, zuviel Lebenszeit hat sie mit ihrem Mann verbracht, zu viele Erinnerungen verbinden sie. „Ich bin 21 Jahre verheiratet und ich weiß ja, dass er früher nicht so war.“ Eine Trennung erscheint ihr auch moralisch fragwürdig, denn sie wisse ja nicht, inwieweit sie ihrem Mann damit schade. „Dann mache ich mir Vorwürfe, wenn ihm was passiert.“ Moralisch vertretbar wird ein Trennungsversuch, als ihr Mann sich mit einer Patientin „anfreundet“. Sie nutzt das „Sprungbrett“ und sucht sich eine eigene Wohnung. Ihr Mann reagiert darauf mit einem erneuten Suizidversuch. Nach dem Selbstmordversuch ihres Mannes und dessen Trennung von der anderen Frau kehrt sie zurück, fragt sich aber, ob ihre Entscheidung richtig war. Von Eltern, Schwiegereltern und Freunden wird ihr immer wieder geraten, sich zu trennen.

Die Erkrankung wirkt sich auf die *Rollenverteilung in ihrer Beziehung* aus. In der Beziehungsgeschichte wird Herr K. als recht dominant dargestellt. Frau K. bilanziert, sie habe sich zu viel gefallen lassen. Im Verlauf der Erkrankung sei sie selbständiger geworden und ließe sich weniger gefallen als früher. Durch die Tabletten sei ihr Mann weniger aufbrausend, sie sage dann auch mal, was ihr nicht passt. „Es kann doch nicht sein, dass, nur, weil er krank ist, ich mir wieder alles gefallen lasse.“ Andererseits bedauert sie die Wesensveränderung ihres Mannes: „Da war er mir lieber, wenn er mit der Faust auf den Tisch gehauen hat.“

Mit einer Ehe habe ihr *Zusammenleben* in ihren Augen nichts mehr zu tun. Am meisten belastet sie das Fehlen von Intimität und Zärtlichkeit. Weiterhin erlebt sie Langeweile und Eintönigkeit in der Partnerschaft. Sie habe keinen Gesprächspartner mehr und könne mit ihrem Mann nichts mehr gemeinsam unternehmen. Die gemeinsamen Interessen (u.a. Kegeln) habe er aufgegeben und sich zurückgezogen. Ihr Mann habe sich „von sämtlichen Freunden losgesagt“, seine Vorstandsarbeit im Gartenverein aufgegeben und komme nur selten zu sozialen Gelegenheiten mit. Zudem zeige ihr Mann kein Interesse an ihrer Arbeit oder an den Dingen, die sie beschäftigen. Sie gingen nun verstärkt „getrennte Wege“. Silvester habe sie z.B. allein mit Freunden verbracht. Wenn sie mal mit ihrem Mann Abendbrot essen gehe, weil sie selber mal raus wolle, „da geht er auch mit, aber da sitzt er da, gähnt und wird müde, ... das ist ja nicht in Ordnung so“. Soziale Aktivitäten gingen grundsätzlich von ihr aus. Die ständigen unberechenbaren Hochs und Tiefs („heute so, morgen so“) machten es aber unmöglich, etwas zu planen. Auch wisse sie nie, wie sie ihren Mann zu Hause vorfinden wird, wenn sie von der Arbeit kommt. Mal habe er für sie Kaffee gekocht nach der Spätschicht und „den nächsten Tag kommen sie eben, da sitzt er hinten, da ist wieder alles ganz anders“. Sie wisse dann nicht, ob sie ihn ansprechen soll und dann „weiß man manchmal überhaupt nicht mehr, was man sagen soll“. Das *Familienleben* ist von Spannungen geprägt. Der Kontakt zwischen der Tochter und dem Vater ist unterbrochen, Familienangehörige raten Frau K. zur Trennung.

Ihr *Umgang mit den erkrankungsbedingten Problemen* ist von Distanzierung und Forderungen gekennzeichnet. Dabei fühle sie sich jedoch unsicher, wie sie sich verhalten soll, was sie von ihrem Mann fordern kann und was nicht. Die Vorstellung durch eine mögliche eigene Krankschreibung auch zu Hause zu sein, bezeichnet sie als „schlimm“ und „furchtbar“. Am stärksten reagiert sie mit Trennungsgedanken und zunehmenden eigenständigen Unternehmungen. Ihrem Mann rät sie, sich mehr zu beschäftigen, u.a. durch regelmäßigen Sport. In diesem Bemühen erlebt sie durch den sozialen Rückzug ihres Mannes zunehmend Frustrationen und Entfremdung mit der Konsequenz, mehr „getrennte Wege“ zu gehen.

Die Unsicherheiten im Umgang resultieren nicht zuletzt aus den Unsicherheiten der Erkrankung gegenüber. Während Herr K. die Probleme auf seinen „arbeitsmäßigen Absturz“ zurückführt, zweifelt sie an dieser Erklärung, da Arbeitslosigkeit ein Massenphänomen sei und nicht alle mit derartigen Symptomen reagierten. In der *Auseinandersetzung mit der Erkrankung* habe sie die Probleme anfangs als „Laune“ abgetan und die Krankheit als solche lange nicht erkannt. Am schwierigsten ist es für sie, Gründe anzugeben und die Symptome nachzuvollziehen. Sie zweifelt, ob sie eine Änderung ihres Mannes verlangen kann, wenn es krankheitsbedingte oder medikamentenbedingte Probleme sind. Sie fragt sich, welche der Symptome er beeinflussen kann und welche nicht. Diese klare Trennung konnte ihr bisher niemand angeben. Auch hat sie keine Anhaltspunkte für die momentane Verfassung ihres Mannes, da er nicht darüber spricht. Sie hat sich zwar Bücher besorgt und nachgelesen, resümiert aber nur, dass sie eben nicht einfach fordern kann, dass ihr Mann sich nicht hinter seiner Krankheit verstecken soll.

Frau K sieht die *Behandlungen* ihres Mannes kritisch und fragt sich, ob sie etwas gebracht haben. Ihr Mann sei ja nicht geheilt, seine Probleme nicht gelöst und die Krankschreibungen brachten ihn auch nicht weiter. Momentan sei sie in die Behandlung nicht einbezogen, frage aber manchmal ihren Mann danach. Sorgen mache ihr, dass die Therapietermine wieder in größeren Abständen liegen und sich somit ein Ende der Behandlung andeutet. Auch bei der Einweisung auf eine geschlossene Station nach seinem Suizidversuch hat ihr Mann ihrer Meinung nach viel zu früh Ausgang bekommen.

Frau K. berichtet eine Reihe eigener *gesundheitlicher Beeinträchtigungen* und Probleme. Sie fragt sich, ob sie die Situation weiterhin aushalten kann. Sie „lebe nun schon zwei Jahre mit der Krankheit“ und spüre, wie sie sich zunehmend verändert. Sie verliere ihre Spontaneität, weil sie sich zu Hause jedes Wort überlegen müsse. Angstzustände und schlaflose Nächte habe sie zum Erkrankungsbeginn immer wieder wegen der Selbstmordversuche und Wutausbrüche ihres Mannes gehabt, heute eher wegen der Sorgen um ihre eigene Zukunft: „... dass ich mir um meine Zukunft Sorgen mache und mir sage, ich weiß jetzt nicht, wie ich mich richtig entscheide“. Die gesamte Situation könnte langfristig Spuren hinterlassen. „Die Seele leidet, und irgendwann hab ich vielleicht och mal 'ne Krankheit“. Von der Ungewissheit hinsichtlich des Verlaufs und der Zukunft fühlt sich Frau K. am stärksten belastet.

Im Grunde genommen könne ihr niemand helfen und es helfe ihr auch niemand, denn die Verwandtschaft, „die verstehen es ja selber nicht“. Eine *Ressource* sieht sie hingegen in ihrer Arbeit. Ihre Berufstätigkeit bedeutet ihr einerseits Abwechslung, soziale Kontakte („wir sind viele Weiber, wir lachen och mal“), eine Zeit der Distanz von zuhause sowie die Aufwertung, dass sie „eben kein Sozialfall“ sei.

Fallanalyse 015 „Die Hauptlast trägt eigentlich der Partner“

Herr B. ist 66 Jahre alt und Rentner. Seine Frau ist 60 Jahre alt. Für beide Partner ist es die zweite Ehe, die sie seit nunmehr 14 Jahren führen. Herr B. hat einen 42jährigen Sohn und seine Frau einen 37jährigen Sohn und eine 34jährige Tochter aus erster Ehe. Herr B. hat seine Frau mit der Depression, jedoch in einer symptomfreien Zeit kennengelernt. Zum Zeitpunkt des Gespräches bemerkt Frau B., dass sie nun sechs Jahre „clean“ sei, d.h. keine depressiven Phasen mehr habe. Sie erhalte Lithium und beteilige sich immer noch aktiv einmal im Monat an Gruppengesprächen. Herr B. ist Diplomingenieur und hat bis zur Schließung des Betriebes im Buchdruck gearbeitet. Seine Frau war Buchhändlerin bis sie EU-Rente erhielt. Sie leidet an einer Krebserkrankung und seit den Kriegstraumata, die sie als Kind erlebt hat, unter Klaustrophobie.

Herr B. erlebte die erste Phase der Depression seiner Partnerin, die er miterlebt hat, als sehr beängstigend und verstörend. „Ja, das war anfangs doch ’n kleiner Schock für mich.“ Er beschreibt sich als robusten Menschen, der nicht unter Krankheiten zu leiden hatte. Daher überraschte und belastete ihn die Krankheit seiner Frau seiner Meinung nach mehr als möglicherweise jemanden, der selbst Kontakt mit medizinischen oder psychischen Problemen hatte. Herr B. resümiert: „Die Hauptlast trägt eigentlich der Partner“. Er glaubt, an seine eigenen Grenzen gestoßen zu sein. „Es gibt auch ’ne Zeit, wo es den Partner, mal ganz simpel ausgedrückt, *nervlich sehr stark belastet*.“ Auch die Ungewissheit, ob akute Phasen wiederkommen, ist ein Belastungsfaktor. „Man weiß nie, ob es wiederkommt.“

In der *Auseinandersetzung mit der Erkrankung* haben ihm die Gespräche mit dem behandelnden Arzt und die Teilnahme an regelmäßigen Gruppengesprächen sehr geholfen. Auch eine Art „Menschenkenntnis“, die er durch seinen Beruf erworben hatte, hat ihm geholfen, mit der veränderten Situation umzugehen. Als zentral sieht er das Verständnis für die Situation des Partners und die Reflexion eigenen Handelns an, die ihm besonders in der Gruppenarbeit mit Angehörigen, Ärzten und medizinischem Personal in der Klinik möglich wurde.

Herr B. sieht die Ursachen der Krankheit als ungeklärt und daher auch *kein „Patentrezept“ für den Umgang* und die Behandlung. Der Betroffene kann (und muss) soweit als möglich gegen seine Erkrankung ankämpfen. Es gibt aber Zeiten, in denen die Erkrankung ihm keinen Spielraum mehr lässt und ihn völlig im Griff hat. In diesen Phasen dürfe man dem Erkrankten auch keine Vorwürfe machen, denn die Erkrankung führe dazu, „dass da gar nicht so nachgedacht wird“. Das Selbstbewusstsein ist in Krisenzeiten wie „verschüttet“, aber schließlich immer noch vorhanden. Daher muss man den Erkrankten, wo nur möglich in seinem Selbstbewusstsein unterstützen, ihn nicht bevormunden oder Dinge abnehmen. Man darf jedoch auch in akuten Zeiten nicht allem nachgeben, denn dann würde man den Partner auch nicht mehr ernst nehmen. Die *Stärkung des Selbstbewusstseins* ist v.a. dadurch möglich, dass man an die Interessen des Partners anknüpft, mögen sie auch „verschüttet“ sein. Im Falle seiner Frau sind dies Bücher, Theater und Kunst, die beide Partner interessieren. Es kann aber auch sein, dass der Partner zurückstecken muss in seinen eigenen Interessen und Meinungen. „Man muss viel Verständnis haben, viel Entgegenkommen, viel Bereitschaft auch, manches Persönliche zurückzustecken, sonst regt man ja den Partner erneut auf.“ In jedem Fall muss der Partner versuchen, „das Selbstbewusstsein dahingehend zu stärken, dass sie sich nicht verkriecht, sondern dass man in die Öffentlichkeit geht“. Hierbei sind auch Rückschläge in Kauf zu nehmen. z.B. wenn ein Urlaub frühzeitig abgebrochen werden muss. „So was passiert, aber man muss eben Erlebnisbereiche aufbauen und das Selbstbewusstsein wieder wecken.“

Die Zusammenarbeit mit dem Arzt ist für Herr B. sehr wichtig für eine erfolgreiche Bewältigung der Situation, keinesfalls sollte der Partner gegen die ärztlichen Entscheidungen handeln oder „seinem Angehörigen etwas anderes versuchen einzureden“. Das „*Miteinander mit dem Arzt*“ ist durch die multiprofessionelle Gruppenarbeit in der Klinik, die langjährige kontinuierliche Begleitung ehemaliger Patienten in diesem Gruppenkontext und den frühzeitigen und selbstverständlichen Einbezug der nächsten Angehörigen in die Behandlung begünstigt worden.

Herr B. hat die Beobachtung in den Gruppengesprächen und langjährigen Bekanntschaften mit ehemaligen Mitpatienten und deren Partnern gemacht, dass die *Beziehung zentral für die Genesung* ist. „Überall dort, wo die Partnerschaft stimmt, ist die Krankheit zu besiegen.“ Er ist ausgesprochen solidarisch und verständnisvoll seiner Frau gegenüber, bewundert ihren Willen, gegen die Krankheit anzukämpfen, der aber in akuten Phasen unterliegt. „Die ganzen Jahre hat meine Frau gegen ihre Krankheit angekämpft. Aber es gibt eben Momente, wo der Mensch gar nicht gegen seine Krankheit kämpfen kann, weil sie ihn derart im Griff hat.“ Wie seine Frau den neu aufgetretenen Tumor und die bevorstehende Operation bewältigt, bestätigt ihn in der Wahrnehmung ihrer Stärke, die nur zeitweilig „verschüttet“ ist und behutsam mithilfe des Partners wiedergewonnen werden muss. Die Versicherung der Solidarität mit dem Partner sieht er auch als sehr wichtig für eine Verbesserung des Leidens des Partners an. Er war in akuten Zeiten bemüht, neben der eigenen Berufstätigkeit, seine Frau täglich im Krankenhaus zu besuchen. Er hat sie dann zu Spaziergängen mitgenommen oder in den Garten gefahren. So oft wie möglich aus dem Krankenhausmilieu herauszukommen, ist für Herrn B. auch eine wichtige Umgangsform in der akuten Zeit gewesen.

Darüber hinaus sieht Herr B. ein *unterstützendes und interessiertes soziales Umfeld* als sehr förderlich für die Genesung des Partners an. Obwohl die Möglichkeiten der Familienangehörigen, die nicht im Haushalt mit dem Erkrankten leben, begrenzt sind, ist ihre Unterstützung in Form von Anrufen und Nachfragen nicht zu unterschätzen. Die Hauptlast jedoch tragen diejenigen, die direkt mit dem Betroffenen wohnen, also der Partner und Kinder, sofern sie noch im Hause leben. Es sei wichtig, dass die Familie die Krankheit akzeptiert und den Betroffenen nicht ausgrenzt.

Fallanalyse 019 „Also ich hab mich da och anstecken lassen – da muss ich erst mal wieder zu mir finden“

Frau P. ist 39 Jahre alt und Laborantin. Sie arbeitet mit einer anteiligem Arbeitszeit von 70% im Labor. Ihr Mann, 41 Jahre alt, ist gelernter Elektronikfacharbeiter und arbeitet auf Montage teilweise als Bauleiter. Das Paar ist seit 1981 verheiratet und hat eine 11jährige Tochter. Die psychischen Probleme ihres Mannes sind aus Sicht von Frau P. erstmalig vor vier Jahren aufgetreten.

Die *Auseinandersetzung mit der Krankheit* verlief für Frau P. in mehreren Phasen. Die Symptome (teilweise Lähmungserscheinungen auf der linken Körperseite) seien in Russland, als ihr Mann dort auf Montage war, zum ersten Mal aufgetreten. Eine dortige Ärztin habe schon gesagt, dass sei der Kopf. Hier habe aber ein Arzt die Diagnose Multiple Sklerose gestellt, ihr Mann habe am darauffolgenden Tag eine Reportage dazu im Fernsehen gesehen. Er sei dann fest davon überzeugt gewesen, unheilbar krank zu sein und sei noch tiefer in düstere Stimmung verfallen. Sie habe ihm nicht ausreden können, dass das womöglich nicht stimmt. Da aber keine organischen Ursachen der Symptome gefunden wurden, wurde ihr Mann wegen psychosomatischer Beschwerden zur Kur geschickt. Ein Therapeut dort habe die Beschwerden auf einen Verkehrsunfall zurückgeführt. Ihrem Mann sei es dann besser gegangen, bis der

„Druck und die Leistungsanforderungen“ auf seiner Arbeit wieder zu den Problemen geführt haben. Seitdem treten die Probleme „über die ganzen Jahre mal mehr mal weniger“ auf. Zuerst habe sie bei den körperlichen Symptomen an einen Herzinfarkt gedacht, da sie die Symptome von ihrem Vater kannte. Die Probleme seien für sie nicht erkennbar gewesen („... dass er mir sagte, hier, ich hab wieder die Probleme, dann halt bissel verschlossen wurde und das Gesicht sich so zusammenzog wie so zu so ’ner Wolke, mehr war für mich nicht erkennbar“). Frau P. meint, sie werde sich damit abfinden müssen, dass das immer wieder auftritt. Sie frage sich, ob man das richtig heilen kann. So lange werde sie „akzeptieren, dass er immer mal so in sich geht“.

Frau P ist besorgt, dass sie ihrem Mann keine gute Unterstützung geben könne, wenn seine Stimmungen auf sie abfärbten. *Schulgefühle und Selbstvorwürfe* werden deutlich. Sie wünsche sich eher ein „Sonnenscheingemüt“. Ihre eigene Zurückgezogenheit habe ihren Mann auch belastet und das Bemuttern, welches er scheinbar einforderte in akuten Zeiten, liege ihr nicht. Das es „immer wiederkommt“, belastet Frau P. besonders. Die Symptome habe sie auf sich bezogen und sich gefragt, „was hast ’n jetzt wieder falsch gemacht, falsch gesagt oder falsch geguckt“. Frau P. funktioniere, habe aber keine Kraft mehr für Lebenslust und Freude. Zwischenzeitlich habe sie Yoga gemacht, die Lehrerin habe aber nun aufgehört.

Im Interview imponiert Sprachlosigkeit. Frau P. spricht sehr leise und mit scheinbar großer Kraftanstrengung. Sie erzähle nicht so gern und andere würden sicher besser erzählen können als sie. Sie meint, ihr Mann und sie haben schon immer wenig miteinander gesprochen („Er hatte seine Arbeit und hat dann Musik gehört“). Auch sie sei nicht der Typ, der viel erzähle. Sie habe nicht gewusst, dass die „*Sprachlosigkeit*“ in ihrer Ehe etwas mit der Depression zu tun haben könnte. In der Krankheit sei diese Sprachlosigkeit aber „ganz hart eben dann“ geworden. Sie habe keinen „Zugriff“ mehr zu ihrem Mann gehabt, der sehr verschlossen und abweisend war. Sie habe dann „kaum noch gesprochen“, ihrem Mann nur zugehört. Auf ihre Probleme wurde aber nicht eingegangen („hat er mir aber nicht zugehört, stand auf oder griff zur Fernbedienung“). Sie habe dann „gar nix mehr gesagt“, auch „des lieben Frieden willens“. Bilanzierend meint sie, sie habe dabei ihre eigenen Interessen und Wünsche „irgendwie ad acta geworfen“ und müsse nun wieder zu sich finden, um sich mehr einbringen und durchsetzen zu können. Daher ist ihr das Gespräch mit ihrem Mann am wichtigsten, „dass man wieder miteinander redet“, das sei auch „gesünder, als immer alles in sich reinzufressen“. Parallel zur Depressionsbehandlung ihres Mannes wird demnach eine Beziehungsveränderung zugunsten des Wohlbefindens und der Gesundheit beider Partner angestrebt.

Hervorzuheben im *Umgang mit der Krankheit*, ist der Wunsch, die 11jährige Tochter völlig aus dem Geschehen herauszuhalten. Sie wisse nichts von der Krankheit. Herr P. habe sich während der Krankheitsphase zwar „nicht sehr um sie gekümmert“, sei aber nach der tagesklinischen Behandlung wieder in die „Familie integriert“.

Fallanalyse 024 „So ’ne Krankheit ist ’ne Wahnsinnsbelastung“

Frau L. ist 31 Jahre alt. Sie arbeitet 30 Stunden in der Woche als Erzieherin. Ihr Mann, 35 Jahre alt, ist Versicherungskaufmann. Beide sind seit 1987 verheiratet und haben eine 11jährige Tochter und einen nun fast 2jährigen Sohn. Die psychischen Probleme ihres Mannes sind aus Sicht von Frau L. vor zwei Jahren erstmals aufgetreten.

Die *Auseinandersetzung mit der Erkrankung* ist stark sozialwissenschaftlich-psychologisch geprägt und bezieht interne als auch externe Faktoren mit ein. Frau L. gibt an, dass ihr Mann die Ungewissheit durch das Bauvorhaben und das ungeplante zweite Kind nicht ertragen habe. Dieser aktuelle Anlass habe auf der Grundlage seiner Lebensgeschichte (Geschwisterproblematik, übertriebener Ehrgeiz) zu verstärkter Sorge und depressiver Symptomatik (Schlafstörungen, Suizidgedanken) geführt.

Ihr *Umgang mit der Erkrankung* ist entsprechend ihres Krankheitsmodells fordernd-unterstützend. In Analogie zum Alkoholiker müsse ihr Mann etwas selber dazu beitragen, „clean zu werden“. Frau L. versucht, ihren Mann zu aktivieren (neue Lebensinhalte suchen, Sport), ignoriert sein Selbstmitleid und lehnt Mitleid für ihn ab. Sie fordert von den Ärzten klare Auskünfte (z.B. endgültige Dauer der Arbeitsunfähigkeit, die immer wieder verlängert wird) und möchte, dass ihr Mann eher Handwerkszeug zur Konfliktbewältigung denn Medikamente bekommt. Sie fürchtet, er ruhe sich auf seinen Medikamenten aus.

Ihr Umgang mit der Erkrankung ist jedoch von *Zweifeln und Unsicherheiten* geprägt. Sie habe überlegt, zur behandelnden Ärztin ihre Mannes zu gehen, um ihre Hilflosigkeit in den Griff zu bekommen. Zudem hatte sie die Erfahrung gemacht, dass ihr Mann dem Rat der Ärztin eher folge als ihrem eigenen (Beispiel Sport). Die permanente Ablehnung von Angeboten und Vorschlägen durch ihren Mann löse bei ihr *Resignation und Hilflosigkeit* aus. „Was du sagst, ist eigentlich sinnlos.“ Sie frage sich auch, ob ihre Entscheidungen „aus dem Bauch heraus“ richtig sind oder ob sie womöglich langfristig eine Verschlechterung bewirken. Am stärksten habe sie besonders in der Anfangszeit der Erkrankung das Bedürfnis ihres Mannes belastet, immer in ihrer Nähe zu sein und sie überall hin zu begleiten bzw. seinerseits begleitet zu werden. In der Zeit dachte sie, sie habe ein „drittes Kind“.

Mehrfachbelastungen durch Kindererziehung, Haushalt, Beruf und erkrankten Partner werden deutlich. Besonders zur Zeit ihres Erziehungsurlaubs war sie „den ganzen Tag beschäftigt mit irgendjemand“ und habe wenig Spielraum für sich selbst gehabt. Den Freiraum nehme sie sich nun aktiv, fahre einkaufen oder Sorge für angenehme Dinge. Gespräche mit dem Vorgesetzten ihres Mannes, der einmal Psychologie unterrichtet hat, haben ihr auch sehr geholfen, die Krankheit zu verstehen. Zudem schildert sie sich als robuste, selbständige und lebenslustig-spontane Persönlichkeit.

Sie bemüht sich darum, dass die Krankheit den *Familienalltag* nicht dominiert. Konfliktgespräche werden nicht vor den Kindern geführt, sie lache auch mal mit den Kindern und unterbreche schnell krankheitsbezogene Sorgengespräche. Dennoch schildert sie eine Vielzahl von Situationen, die für ein belastetes Familienleben stehen. Ihr Mann verhalte sich teilweise ungerecht der Tochter gegenüber (überzogener Ehrgeiz), so dass sie sich in Auseinandersetzungen schützend vor die Kinder stelle. Sie selbst vertrage die erlebten Ungerechtigkeiten besser und kontere offener als früher. Die Behandlung ihres Mannes habe ihn darin bestärkt, seinen Neigungen und Interessen stärker nachzugehen. Sie erlebe dies jedoch als Egoismus und fühle sich noch stärker mit den familiären Pflichten allein gelassen als früher. „Ich krieg das nicht in Griff, zu sagen, o.k. sei egoistisch und ich weiß nicht, wo mir der Kopf steht.“ Für ihre eigenen Sorgen habe sie keinen Ansprechpartner mehr, im Gegenteil es wird ihr ein Vorwurf gemacht, wenn sie mal nicht „die Laune aufrecht erhalte“.

In der Familie ist die *Erkrankung sehr tabuisiert*. Ihre Eltern wissen nichts über die Erkrankung und meinen, es sei die gleichzeitig bei ihrem Mann bestehende chronische Knieverletzung an der langen Arbeitsunfähigkeit schuld. Daher könne sie auch nicht mit ihren Eltern über diese Probleme sprechen. Ihre Schwester sei zwar seit 15 Jahren in der Psychiatrie tätig, habe aber von der Krankheit bislang nichts bemerkt. Erschwerend komme hinzu, dass die Krankheit für Außenstehende nicht nachvollziehbar sei und

es kein Allheilmittel gebe wie bei Kopfschmerzen (Tablette) oder einem Beinbruch (Gips). Die Heilung wird generell in Frage gestellt und eher als ein Lernen des Umgangs und Lebens mit der Depression definiert. Seine Eltern wissen um die Depression, machten sich aber gegenseitig Vorwürfe, Mitschuld an ihrem Entstehen zu haben. Der Vater frage immer nach dem Befinden und werfe dem Sohn die lange Arbeitsunfähigkeit als arbeitsscheu vor. Die 11jährige Tochter soll nichts von der psychiatrischen Behandlung wissen, vor ihr erkläre er die Probleme (Schwächegefühl, Antriebslosigkeit etc.) mit Herzproblemen. Jedoch habe sie die Tochter eingeweiht, damit sie die teils ungerechten Angriffe besser verstehe und nicht ihrerseits depressiv wird. *Die Tabuisierung und daraus resultierende Geheimhaltung und Verstrickung erlebt Frau L. als „Wahnsinnsbelastung“. Sie erschwert die Kommunikation zwischen den Familienmitgliedern und isoliert Frau L. in ihren Sorgen und Nöten.* Frau L. stand im Gegensatz zu ihrem Mann der Befragung sehr offen gegenüber. Sie ist sehr gesprächsbereit (überdurchschnittliche Dauer des Interviews) und schildert ihre Situation genau und reflektiert. Dies hängt damit zusammen, dass sie bereits in ihrer Ausbildung als Erzieherin großes Interesse an Psychologie hatte und dies auch studieren wollte. Sie schildert, dass sie aufgrund der großen Tabus in der Familie keinen Gesprächspartner für ihre Sicht der Dinge habe.

Fallanalyse 034 „Für mich ist eben das Leben anders, alles ruhig geworden“

Frau Z. ist 57 Jahre alt und war als Teilkonstrukteurin ausgebildet, bevor sie eine Umschulung zur Bauzeichnerin machte. Als Bauzeichnerin arbeitete sie zuletzt, bevor sie vor kurzem nach Projektabschluss arbeitslos wurde. Ihr Mann ist 60 Jahre alt und war als Ingenieur, teilweise auf Montage als Montageleiter tätig. Seit Mitte der 80er Jahre ist er erwerbsunfähig. Beide sind seit 1965 verheiratet und haben eine 31jährige Tochter und einen 27jährigen Sohn. Die psychischen Probleme des Ehemannes sind vor ca. vier Monaten erstmalig aufgetreten und werden seit ca. zwei Monaten behandelt.

Frau Z. schildert eine Vielzahl von Symptomen ihres Mannes (Bewegungsunruhe, Verfolgungsgefühle, Grübeln, Schlaflosigkeit, Schuldwahn, sozialer Rückzug etc.), die sie nicht mehr mit tragen konnte. Als sie sich Sorgen machte, ob ihr Mann sich etwas antun könnte, bittet sie ihn, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Da die Symptome und vor allem der Schuldwahn schwer nachzuvollziehen sind und daher als krankhaft definiert werden können, wird relativ schnell die Zuständigkeit eines professionellen Helfers deutlich. Das Verhalten wurde als so abwegig und krank erlebt, dass Frau Z. außer Frage die *Hilfe eines Arztes oder einer Ärztin als „einzige Hoffnung“* ansah. Die Gespräche mit ihrem Vater haben den Weg zur Behandlung gebahnt. Der erste Versuch bei der Hausärztin blieb jedoch ohne Konsequenzen (Aufschieben und erneute Terminvergabe). Zu dem behandelnden Arzt ist Frau Z. dann mitgegangen, hatte für ihn die Vorfälle notiert und bestärkt ihren Mann immer wieder darin, dem Arzt alles frei mitzuteilen und sich helfen zu lassen. Ihr *Krankheitsmodell* ist medizinisch geprägt. Sie führt die Symptome auf körperliche Ursachen zurück, auf die dann die „Hauptstufe, das Seelische“ folgte.

In ihrem *Zusammenleben* habe sich vieles verändert, teils durch beider Arbeitslosigkeit, teils durch die Erkrankung. Zunächst beeindruckte Frau Z. die Passivität ihres Mannes, der entgegen seines sonstigen lebenslustigen und streitbaren Charakters zurückgezogen und fügsam wurde. Sie erlebte erstmals, dass ihr Mann sie brauche. Dies definiert zunächst ihre Rolle als Unterstützerin ihres Mannes und führt dazu, dass sie die eigene Situation vollkommen in den Hintergrund drängt. Ihre eigene Arbeitslosigkeit und der Tod ihres Vaters sind Themen, denen sie sich noch nicht zuwenden konnte. Eine traditionelle Rollenverteilung wird angedeutet, die sich in der Erzählung über das Autofahren widerspiegelt. Frau Z. übt mit der

Tochter wieder das Autofahren, nachdem sie sich in der Beziehung früher immer von ihrem Mann fahren ließ. Somit ist die Erkrankung auch eine Chance, festgefügte Rollenmuster aufzubrechen und Aufgabenbereiche neu zu definieren. Für Frau Z. bedeutet dies, dass sie zu mehr Selbständigkeit findet.

Besonders hilfreich in der *Auseinandersetzung mit der Erkrankung* sieht sie die soziale Unterstützung an, die sie in Form von Informationen (Vater, Tochter) und Zuspruch (Schwägerin, Tante, Arbeitskollegin) bekommen hat. In dieser Hinsicht gibt es auch bezüglich der Erkrankung *kein Tabu*. Nur möchte Frau Z. die Kinder nicht mit ihren eigenen Sorgen belasten. Bis zur eindeutigen Klärung durch ihren Vater fiel es ihr sehr schwer die Symptome zu deuten und sie suchte zunächst nach Begründungen für den Schuldwahn ihres Mannes in der Realität. Dies gibt sie dann auch als wichtigen Copingmechanismus an, der ihr innerlich wieder Sicherheit gegeben habe.

Als besonders belastend erlebte sie die Anspannung, auf ihren Mann aufzupassen, auf ihn einzureden, die Schuldideen zu prüfen und lange nicht einordnen zu können. Sie habe dabei Schlafstörungen entwickelt. Im Zuge der Klinikeinweisung ihres Mannes ist es zu massiven Schuldgefühlen und einem Gefühl der Leere ähnlich dem des „Ausgebrannt-Seins“ gekommen. Erst nach der Einweisung ist ihr bewusst geworden, unter welchem großem *Druck* sie gestanden hatte. Sie kann sich nun ihrer eigenen Situation und *Mehrfachbelastung* stärker zuwenden, die eine erneute enorme Anpassungsleistung fordert. Die Trauer über den Tod des Vaters, die Belastungen durch die Pflege der an Demenz erkrankten Mutter, der Verlust des Arbeitsplatzes und des sozialen Netzes, in das sie eingebunden war, sowie die Erkenntnis als 57jährige auf dem Arbeitsmarkt nicht mehr Fuß fassen zu können, rufen zum Ende des Gesprächs Gefühle der Traurigkeit und Einsamkeit in ihr hervor.

Fallanalyse 038 „Wie bei jeder andern Krankheit auch“ – aber wie lange?

Frau D. ist 40 Jahre alt und Lehrerin. Ihr Mann ist 42 Jahre alt und hat zuletzt als Lagerleiter gearbeitet, nachdem seine Laufbahn als Offizier wendebedingt beendet war. Beide sind seit 1985 verheiratet und haben einen 19jährigen Sohn und eine 12jährige Tochter. Die psychischen Probleme des Mannes sind vor vier Jahren erstmalig aufgetreten.

Frau D. vertritt in der *Auseinandersetzung mit der Erkrankung* ein organmedizinisches Krankheitsmodell. Diese Krankheit sei wie jede andere auch. Veränderungen seien durch den Krankenhausaufenthalt und die lange Arbeitsunfähigkeit des Mannes entstanden. Bis zu dem Punkt, als ihr Mann nicht mehr arbeiten gehen konnte, habe sie das „gar nicht so zur Kenntnis genommen“. Im Alltagstrott seien das „einfach Dinge, über die man hinwegsieht“ oder als „Schlecht-drauf-sein“ abtut. Anfangs habe sie gedacht: „vier Wochen oder acht Wochen, dann ist wieder gut“. Was sie am meisten beschäftigt, ist, „wie und wann es wieder weggeht“. Es sei 'ne Krankheit, wo du nicht sagen kannst, nimmst noch drei Wochen Tabletten und dann wird's schon irgendwie gehen.“ Während des fast halbjährigen Krankenhausaufenthaltes habe ihr niemand gesagt, „... dass man das also behandeln kann“. Jeder Arzt habe etwas anderes gesagt und andere Tabletten verschrieben. Sie meint, dass mit Tabletten ohnehin nur „die Symptome im Griff zu halten“ sind. Sie ist erleichtert („unsere große Hoffnung“), dass der jetzige Arzt von 50 und mehr Einzeltherapiestunden gesprochen hat, denn „dann soll es wohl geheilt sein“ [Anmerk.: Es wurde eine psychoanalytische Einzeltherapie begonnen nach Vermittlung durch die Klinik].

Entsprechend des medizinisch geprägten Krankheitsmodells wird im *Umgang mit der Erkrankung* mit Schonung und Rücksichtnahme reagiert. Die zuvor gültige Arbeitsteilung ist aufgehoben. Frau D. ist für alles allein zuständig. Die Bankgeschäfte bespricht sie mit ihrem Mann im Krankenhaus. Die Tochter bringt sie zum Fußballtraining. Sie versucht, in der Beziehung Auseinandersetzungen zu umgehen („Dinge, die vielleicht Reibungspunkte geboten hätten, die hab ich ganz einfach beiseite gelassen“) und auch eventuellen Konfrontationen mit den Kindern zuvorzukommen („gleich abgefangen sozusagen“). Insgesamt soll eine *Atmosphäre der Ruhe* geschaffen werden. Die Kinder, die manchmal laut sind, werden gedämpft, das Radio leise gedreht. Wenn Herr D. sich zurückgezogen hat zum Lesen oder Schlafen, wurde von der gesamten Familie versucht, „dass es eben leise war in der Wohnung“. Das habe Frau D. „manchmal auch nicht richtig gefallen“. Aber, meint sie, „wenn ich krank bin, erwarte ich ja auch, dass man Rücksicht nimmt“ und führt das Beispiel ihrer Halsoperation an.

Die gravierendsten *Auswirkungen der Erkrankung* sieht Frau D. im *sozialen Bereich*, wo die Kontakte noch weniger geworden sind, als sie ohnehin schon waren. Zu ihrer Freundin und deren Mann käme ihr Mann dann „mal notgedrungen mit“. Allerdings sei es schon immer so gewesen, dass sie „der nach außen gehende Typ“ war. Sie habe aber im Laufe der Erkrankung fast alles, was außerhalb der Wohnung war (z.B. einkaufen), mit der Tochter unternommen. Auch der *finanzielle Bereich* bereitet ihr aufgrund der langen Arbeitsunfähigkeit ihres Mannes Sorgen, denn „irgendwann kommt der Punkt, wo’s dann mal finanziell enger werden könnte“. Der Betrieb, in dem ihr Mann Lagerleiter war, hat kurz nach seiner Krankschreibung geschlossen. Ein Ende der Arbeitsunfähigkeit ist demnach der Beginn der Arbeitslosigkeit oder einer neuen Arbeit. Einstweilen wurde ein Garten gekauft, um die Leere abzufangen und ihrem Mann ein Betätigungsfeld zu geben.

Fallanalyse 039 „Nischt hilft“ – Suche nach geeigneter Behandlung

Herr F. ist 60 Jahre alt und pensioniert. Er hat zuletzt als Polizist gearbeitet und ist jetzt noch geringfügig im Wachschatz beschäftigt. Frau F. ist 61 Jahre alt und hat zuletzt als Sekretärin gearbeitet, fand aber nach 1989 keine Arbeit mehr. Sie versuchte dann und zum Zeitpunkt des Gesprächs als Geschäftsberaterin Geld hinzu zu verdienen. Beide sind seit 1957 verheiratet und haben zwei Söhne im Alter von 38 und 28 Jahren und eine Tochter im Alter von 32 Jahren. Die psychischen Probleme der Frau sind in ihrer Jugend und vor acht Jahren schon einmal aufgetreten und bestehen aktuell erneut seit ca. einem Jahr in behandlungsbedürftigem Ausmaß.

Der Prozess der *Auseinandersetzung mit der Krankheit* verlief für Herrn F. in mehreren Stufen. Zuerst dachte er, „was von allein kommt, geht auch wieder von allein“. Dann wurde die Analogie zu organischen Leiden gezogen, zumal seine Frau vorrangig körperliche Beschwerden hat. Die ärztlicherseits angegebene „nervliche Belastung“ ist für ihn nicht nachvollziehbar, da sie als Rentner keine Sorgen hätten. Eher könne er sich „tiefere Wurzeln“, wie die Arbeitslosigkeit seiner Frau nach der Wende mit den regelmäßigen Gängen zum Arbeitsamt („die ganzen Jahre“) vorstellen. Herr F. zeichnet ein Bild der Krankheit, in dem seine Frau aus unerklärlichen Gründen von der Depression wie von einem Bazillus befallen ist. Frau F. hingegen deutet immer wieder familiäre Probleme an, sie habe zu wenig Kontakt zu ihren Kindern, keine Freunde, fühle sich abseits und ohne Aufgabe, habe kein Hobby und keine Interessen, da sie zu weit weg von irgendwelchen Angeboten in der Stadt wohne.

Im Rahmen seines organmedizinisch geprägten subjektiven Krankheitsmodells entwickelt Herr F. auch *Behandlungsvorstellungen*. Die Forschung sei jedoch noch nicht soweit, die Symptome durch ein geeignetes Mittel binnen kurzer Zeit vollständig zu beseitigen. Zur idealen Behandlung zählt für ihn, dass ein kranker Mensch Ruhe brauche, die auch räumlich in einer entsprechenden Einrichtung hergestellt werden müsste. Zwei Behandlungsversuche sieht er als gescheitert an, zunächst das Krankenhaus, welches sie erst umgehen wollten. Seine Frau konnte sich mit einer Klinikeinweisung schlecht abfinden und wollte lieber in eine Tagesklinik. Diese war aber, weil an einer Hauptstraße gelegen und mit zu vielen Patienten belegt, zu laut. Die Suche nach der geeigneten Behandlung scheint ihn nahezu zu quälen. Er wirft mehrere Bücher auf den Tisch, die sie schon gekauft hätten, meint aber, dass darin wohl „nur leichte Fälle beschrieben sind“. Das letzte Buch habe er aus der Apothekerzeitung bestellt, in der Ratgeber zu allen möglichen Krankheiten erwähnt sind. Sein Fazit „Nischt hilft“. Im Gespräch mit der Frau stellt auch sie sich als besonders schwieriger Fall dar und zeigt weitere Bücher zum positiven Denken. Beide versuchen sehr gesundheitsbewusst zu leben und nehmen eine Reihe Nahrungsergänzungsmittel ein.

Herr F. wirkt sehr *hilflos und nahezu verzweifelt* über die Sorge, wie seiner Frau zu helfen ist. Das Interview ist dominiert vom Erleben der gesamten Situation als „Stresssituation“ und Belastung („vollkommen 'ne Belastung“). Herr F. fühlt sich belastet durch seine eigene Gesundheit (Herzoperation), durch die Nebentätigkeit im Wachdienst, die Last des gesamten Haushaltes („waschen, aufwaschen, Essen machen“) und die Krankenhausbesuche als zusätzliche Verpflichtung sowie dadurch, das Leiden seiner Frau hilflos mitansehen und miterleben zu müssen. Er wünscht sich so schnell wie möglich eine Besserung. „Man wartet jeden Tag, dass es besser wird.“ Auf die Frage nach Ergänzungen zum Thema, meint er: „Was soll ich sagen zu dem Thema, finden Sie was, dass sie so schnell wie möglich gesund wird.“

Fallanalyse 045 „... dass wir hier aufgrund der Krankheit meiner Frau sehr isoliert leben“

Herr H., 64 Jahre alt, war bis zu seiner Pensionierung in der Entwicklung elektronischer Geräte tätig. Seine Frau, 63 Jahre, war gelernte Textilfacharbeiterin und zuletzt als Laborgehilfin beschäftigt. Beide sind seit 39 Jahren verheiratet und in Altersrente. Das Paar hat keine Kinder. Herr H. erhofft sich Beratung und Hilfe bezüglich einer Therapie für seine Frau, die seit ca. 10 Jahren in psychiatrischer Behandlung ist. Durch jahrelange Einnahme von Beruhigungsmitteln wurde sie abhängig. Zum Zeitpunkt des Interviews wird Frau H. stationär behandelt.

Herr H. drängt darauf, das Gespräch so schnell wie möglich zu führen, da er sich zusätzliche Informationen bezüglich der Therapie seiner Frau erhofft. Er glaubt sie in der stationären psychiatrischen *Behandlung* nicht gut aufgehoben und sucht nach alternativen Möglichkeiten. Da seine Frau jahrelang ambulant mit geringen Dosen Beruhigungsmitteln behandelt wurde, hat sich eine Abhängigkeit entwickelt, die die Behandlung der aktuellen depressiven Symptomatik erschwert. „Sie ist ja nicht in kurzer Zeit geheilt worden, vor 'nem halben Jahr oder 'ne Jahr, es schleppt sich ja schon Jahre hin und hat sich dadurch verstärkt.“ Herr H. sieht die Erkrankung vorrangig als Ausdruck der hormonellen und körperlichen Umstellung in den Wechseljahren und bezeichnet die Depression als chronisch und organisch. Es ist für ihn ein „rein körperliches, von innen kommendes Krankheitsbild“. Die weithin unklaren Ursachen führen zu *Stigmatisierungsbefürchtungen*. „Viele Außenstehende denken, es sind hier familiäre Probleme. ... Manchmal treten eben solche Erscheinungen auf durch Scheidung, durch Geldnot

oder durch Kinder, die nicht parieren oder irgendwas.“ Herr H. kann sich die Beschwerden seiner Frau durch keine äußeren Ereignisse oder Einflüsse erklären.

Die Unsicherheiten bezüglich der Verursachung der Erkrankung führen zu *Selbstzweifeln und Schuldgefühlen*. „Man sucht ja immer bei sich dann selbst und sagt hier, was machst du denn falsch oder was ist denn, aber ich kann da nichts erkennen.“ Herr H. empfindet die Erkrankung seiner Frau als unverdiente Bestrafung, da sie einen angenehmen, aktiven gemeinsamen Lebensabend verhindert. Das Gefühl, gestraft zu sein, entsteht für Herrn H. aus dem Fazit, ein pflichtschuldiges, einwandfreies und opferreiches Leben geführt zu haben, das solch ein Ende nicht verdient hat. „Und trotzdem hab ich 'ne kranke Frau. ... Ich seh es manchmal sogar wie 'ne Strafe an. Die haben wir nicht verdient, will ich mal sagen, weil wir akkurate Menschen gewesen sind, immer arbeitsam.“

Der *Verlust* von Reisen, Ausflügen, Spaziergängen, gemeinsamen Einkaufs- oder Stadtbummeln oder Besuchen bei Bekannten und Freunden wird als besonders schmerzhaft erlebt. „Eine Woche in Österreich und eine Woche in Bayern, das war bis jetzt in den 10 Jahren alles. ... Die Vereinigung hat uns im Prinzip bis jetzt wenig genützt, was die Sehenswürdigkeiten betrifft. Ja, und ich gucke mir gerne was an, das vermisste ich eben stark.“ Besonders belastend ist die Angstsymptomatik der Ehefrau, die dazu führt, dass sie zum Teil das Haus gar nicht mehr oder nur in Begleitung verlässt. „In ein Warenhaus, wo notwendige Kleidungsstücke dann mal gekauft werden müssten oder irgendwas hier, das war auch schon kaum möglich. Den Hauptbahnhof, den schönen Bahnhof hat meine Frau noch nie gesehen. Dort hat sie sich bis heute noch nicht hingetraut.“ Durch den langen Krankheitsprozess ist Herr H. entmutigt und glaubt kaum noch an eine Veränderung der Situation. „Und das vielleicht auf eine Wiederherstellung im früheren Sinne gar nicht mehr zu hoffen ist und das deprimiert mich am meisten, dass da eben hier die Hoffnung ... auch sehr geschwunden ist.“ Im Extrem sieht Herr H., „dass eben die Lust am Leben dadurch auch etwas geschmälert ist“.

Herr H. versucht, sich mit den begrenzten Möglichkeiten abzufinden, sich einzurichten und kleine Fortschritte zu sehen. „[Sie] hat aber, muss ich sagen, trotzdem nach wie vor immer versucht, ihren Haushalt zu machen.“ Die *Partnerschaft* ist von klarer, traditioneller Rollenverteilung geprägt und wird aufgrund der hohen moralischen Verpflichtung in ihrem Bestand nicht angezweifelt. Da beide allein sind und keine Kinder haben, fühlen sie sich aufeinander angewiesen. Die traditionelle Verbundenheit wird dadurch verstärkt, dass beide in Nachbarorten aufgewachsen sind, im Haus der Familie des Mannes mit seiner Mutter zusammenlebten und einen sehr kleinen eigenen Freundes- und Bekanntenkreis haben. Da beide abgelegen wohnen mit schlechter Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel, wird die Verbindung zur Stadt und zum „öffentlichen Leben“ durch Herrn H. als Autofahrer hergestellt. Er versucht, seine Frau mit kleinen Spaziergängen oder Radfahren aus dem engen häuslichen Kreis herauszuführen. Dann, so hofft er, würde sie auch weitere Strecken mit ihm und in Zukunft vielleicht auch die eine oder andere Reise schaffen können.

Fallanalyse 046 „Ich sage, ich liebe dich so, wie du bist“

Herr Q. ist 62 Jahre alt und arbeitete als Labormechaniker. Seine Frau, 60 Jahre, war zuletzt in der Montage beschäftigt, erhält aber aus orthopädischen Gründen seit einigen Jahren eine Erwerbsunfähigkeitsrente. Beide sind seit 1974 verheiratet und haben zwei gemeinsame Töchter im Alter von 21 und 24 Jahren. Die Familie hat weitere vier Kinder. Frau Q. erzählt kurz von ihrem

Behandlungsweg, nachdem ihr Mann nicht angeben konnte, seit wann sie die Probleme habe und in Behandlung ist. Begonnen habe es 1996 mit großen Schmerzen und Bewegungseinschränkungen beider Arme, daraufhin sei sie depressiv geworden. Die immer wieder erhöhte Dosis von Schmerzmitteln hat zu einer Abhängigkeit geführt. Nach einem Suizidversuch ist sie in psychiatrische Behandlung gekommen.

Herr Q. thematisiert v.a. die *Partnerschaft* und die Auswirkungen der Erkrankung auf die gemeinsame Lebensgestaltung. Vordergründig sind hierbei *sexuelle Probleme*, die Herr Q. schildert. „Es gibt schon Probleme, ... dass da auf bestimmten Gebieten da nichts, so gut wie nichts läuft. ... Ich habe das mal so vorsichtig immer angesprochen das Thema und aber da ... geht sie, geht sie nicht drauf ein, ... na ja eben das bedingt, eben durch die Krankheit wahrscheinlich das och bisschen eingeschlafen ist.“ Herr Q. ist sich unsicher, wie er sich seiner Frau gegenüber verhalten soll und bemerkt in der Folge eigene sexuelle Störungen. Auch empfinde sich seine Frau durch die Gewichtszunahme wenig attraktiv und er versucht vergeblich, sie davon zu überzeugen, dass seine Gefühle für sie durch die Erkrankung und ihre Folgen in keiner Weise gelitten haben. „Ich sage, ich liebe dich so, wie du bist.“

Die *gemeinsame Lebensgestaltung* ist von einer Reihe von Einschränkungen geprägt. Waren beide aktiv im Angelsport, hat nun nur noch Herr Q. den Angelschein (auch aus finanziellen Gründen) und seine Frau begleitet ihn ab und an. Herr Q. versucht, sich den Stimmungen seiner Frau anzupassen und richtet seine eigenen Unternehmungen danach ein. Auch ist die familiäre Atmosphäre nicht so unbeschwert wie Herr Q. sie gern gestalten würde. „Sind manchmal Kleinigkeiten, sie stört das, meine Frau, dass ich manchmal so laut rede ... oder wenn ich manchmal, ich bin manchmal ein bisschen albern so mit den Kindern und so, ... dass der Partner das manchmal nicht versteht durch ihre Krankheit bedingt.“

Der *Umgang mit der Erkrankung* ist dahingehend erschwert, dass beide Partner wenig über aktuelle Befindlichkeiten sprechen können. „Ich sage: ‚Na, Du kannst doch sagen, wenn irgend etwas ist. Sie sagt: ‚Ich kann das nicht, ich kann da nicht so rum lamentieren, wenn’s mir nicht gut geht.‘ Aber dann weiß ja der andere Partner da nicht, was, was es ist.“ Herr Q. versucht daher, möglichen Konflikten auszuweichen und bereits im Vorfeld die aktuelle Lage zu spüren. „Aber ich muss eben da bei vielem ein bisschen Rücksicht nehmen. ... Wenn ein Mensch gesund ist, da kann man mal was sagen und bei so einem kranken Menschen ist es ja nun so, dass man jedes Wort überlegen muss.“ Er möchte seine Frau auch nicht zu gemeinsamen Unternehmungen zwingen oder überreden, und hat daher „seinen Tag“ eingerichtet, an dem er Ausflüge macht (Garten, Angeln). Er fragt jedoch seine Frau immer, ob sie ihn begleiten möchte und nimmt das Handy mit, um für den Notfall für sie erreichbar zu sein. Wenn die Situation für ihn nicht eindeutig einschätzbar ist, verzichtet er auf seine Interessen und bleibt zu Hause.

Die *Erkrankung* ist für Herrn Q. wenig verständlich, der Beginn oder Auslöser sowie die Behandlung sind für ihn rätselhaft. „Jetzt war ’n wir schon unten am Bodensee, da ging’s ihr recht gut, ... also wie normal, wollen wir mal sagen. ... Hier gibt’s keine, woll ’n wir sagen mal, Probleme, wenn’s, wie manche, die haben Arbeitsprobleme, keenen Job und so, das ist ja bei uns nicht, wir sind beide Rentner, ... die Wohnung ist in Ordnung, ... ja, und das hat mir der Doktor och gesagt, dass kann man nicht sagen, wo das herkommt.“

Am stärksten belastet Herrn Q. die Antriebslosigkeit seiner Frau und dass es zu einem erneuten Suizidversuch kommt. Er fand die Partnerin, die eine Überdosis Tabletten genommen hatte. Auffallend in der Schilderung des erlebten Suizidversuches ist die normalisierende Wortwahl. „Ja mich beschäftigt am meisten, dass, dass sie wieder in so ein tiefes Loch fällt, wie es schon mal war, mit Rettungswagen und so. Da hat sie sich mit den Tabletten vergriffen gehabt.“

Fallanalyse 054 „Ich wollte ’nen Handbuch, wie ich mit meinem Mann umgehen muss“

Frau S. ist 32 Jahre alt und Versicherungskauffrau. Ihr Mann ist 33 Jahre alt und Elektriker. Beide sind seit acht Jahren verheiratet und haben einen 8jährigen Sohn. Die psychischen Probleme des Ehemannes sind bereits vor dem Beginn der Partnerschaft vor 12 Jahren erstmalig aufgetreten, als Herr S. bei der Armee war.

Zentrales Thema der Erzählung sind die Auswirkungen der Depression auf die Beziehung und die *Frage, ob es einen Zusammenhang zwischen Merkmalen der Beziehung und der Entwicklung der Depression gibt*. Frau S. sieht sich mit einer unerwarteten Realität konfrontiert, in der sie die beschützende und dominante Partnerin ist. Diese Dominanz zieht sich durch die Beziehungsgeschichte. Frau S. hat z.B. die gesamte Hochzeitsvorbereitung allein übernommen, und ihren Mann dann „nur noch mitgenommen“, wie sie es beschreibt. Später verschafft sie ihm bei Schwierigkeiten eine neue Arbeitsstelle, nimmt ihm viel ab. Dennoch ist sie unsicher, ob die Beziehung sie in der jetzigen Form zufrieden stellt; „... dass man am Anfang von der Ehe immer ’nen Mann will, der groß und stark und kräftig ist und alles beisammen hält und dann hat man so ’nen Häufchen Unglück, in Anführungsstricheln, liegen und hat eben die ganze Verantwortung.“

Sie fragt sich, ob es einen Zusammenhang zwischen der Rollenverteilung in der Ehe und den Schwierigkeiten ihres Mannes gibt. Dieser führt als *Ursache der Erkrankung* Arbeitsprobleme an. Frau S. hingegen glaubt, dass diese sekundär sind. „Ich weiß nicht, ob ich es, ob es vielleicht doch die Beziehung ist und nicht die Arbeit. Und ich sage mir immer, wenn er zu Hause die Hosen anhat, und wenn er zu Hause der Mann im Haus ist, da setzt er sich auch auf Arbeit durch.“ Erst die Erkrankung ihres Mannes hat einen Reflexionsprozess über das Zusammenleben und die Beziehung in Gang gesetzt. „Obwohl die gut läuft, die Beziehung, also, wenn er nicht krank wäre, würde ich mir da gar keine Gedanken drüber machen.“

Frau S. wünscht sich, dass ihr Mann streitbarer und fordernder ihr gegenüber auftreten würde. „Früher habe ich das ja immer als gut empfunden, dass wir uns nicht streiten, aber manchmal bin ich mir da nicht so sicher, weil es kann nicht sein.“ Sie ist zunehmend verärgert über die *ungleiche Rollenverteilung*. Auf der einen Seite fordere ihr Mann die Dinge, die sie als sein Recht versteht, nicht ein. Dazu gehören eine aktive Gestaltung des Familienlebens, wie die Mitbestimmung von Essenszeiten und Unternehmungen. Auf der anderen Seite ist ihr Mann kompromisslos und engstirnig in Bereichen, in denen sie sich mehr Entgegenkommen von ihm wünscht. So untersagt er ihr den Wunsch, einen Hund anzuschaffen, weil dies seine Eltern als Hausbesitzer nicht wollen. Sie fühlt sich von ihrem Mann in wichtigen Lebensentscheidungen, z.B. bei einem Arbeitsplatzwechsel nicht unterstützt, wenn nicht gar gebremst. Er sieht dann v.a. potentielle Probleme. Im Gegensatz zu ihrem Mann beschreibt sich Frau S. als spontan und optimistisch. Sie hat gern selbst die Fäden in der Hand. „Ich bin eben eher so ein positiver Mensch. Na klar, red ich mir da einiges schön, da bin ich auch manchmal dann unrealistisch, aber da geht’s mir besser.“

Was die *Partnerschaft* angeht, interpretiert Frau S. die passive Haltung ihres Mannes zunehmend als Gleichgültigkeit ihr gegenüber. „In einer Partnerschaft ist es ja immer ein Geben und Nehmen. Mein Mann, der gibt nichts und der nimmt nichts und denkt, damit ist er mit mir quitt. ... Manchmal denk ich, es ist Dir wurscht, wer hier sitzt, ob ich das bin oder ’ne andere.“ Sie definiert eine Beziehung als Raum, in dem beide Partner Grenzen austesten. Wenn keine Grenzen bestehen, dann entsteht Langeweile. Frau S. ist sich unsicher, ob das Zurückhaltende, das Abwartende ihres Mannes zu seinem „Charakter“ gehört

oder ob es durch die Krankheit bedingt ist. „Das kann ich eben nicht so richtig auseinanderhalten, was kommt von der Krankheit und was ist er selber.“

Die Depression hat *Auswirkungen auf den Alltag der Familie*. „Es ist überall so ein negativer Touch mit dabei und das überschattet das alles.“ In akuten Krankheitszeiten ist ihr Mann in einer Art eigener und fremder Welt, zu der es für andere keinen Zutritt gibt. „Da lag er eben hier, nicht rasiert, nicht geduscht. Da gab es keine Welt mehr draußen und da war eben das Rollo runter gelassen und wurde nur noch gewartet, bis die Medikamente anschlagen.“ Frau S. hat die Erfahrung gemacht, dass sie in akuten Zeiten wenig Einfluss auf den Zustand ihres Mannes nehmen kann. „Anhalten kann man das ja nicht. Das ist mir ja unbegreiflich. Dann kann man nicht mal ein Gespräch führen und dann sagen, es ist alles gut so oder wie halten zusammen, um ihn ein bisschen aufzubauen, dass ihm das dann die Kraft gibt. Das reicht nicht, es kippt eben dann immer weiter und immer weiter, bis er dann eben am Boden ist.“

Frau S. war zunächst völlig hilflos und überfordert, mit dieser Situation umzugehen. Sie suchte Hilfe und Rat bei ihren Eltern. Hier wurde sie jedoch abwechselnd bemitleidet und bewundert, wie sie die Situation aushält und meistert. Solche Gespräche haben dann Ärger auf ihren Mann erzeugt, der sie in diese Lage gebracht hat, aber letztlich *keine Hilfe* dargestellt. Einmal suchte sie die Ärztin des Mannes auf, bei der sie ebenfalls keine Hilfe bekam. „Ich wär eben nicht seine Mutter und was ich hier überhaupt zu suchen hab und ich sollte mich lieber mit der Beziehung mit meinem Vater ins Reine kommen und sollte da 'ne Behandlung machen, dass ich diesen Vaterkomplex los werde. Also, dass war nicht, was ich mir vorgestellt hatte. Ich wollte 'nen Handbuch, wie ich mit meinem Mann umgehen muss.“ Frau S. würde mit ihrem Mann gern eine gemeinsame Behandlung absolvieren, da sie lernen möchte, ihn zu unterstützen. Sie lehnt eine Paartherapie ab, da sie die Beziehung als gut einschätzt. Sie möchte eine Anlaufstelle, um ihr eigenes Verhalten zu überprüfen und ggf. zu korrigieren und mit ihrem Mann gemeinsam einen Weg aus der Depression zu finden.

Frau S. macht sich *Sorgen*, die Entwicklung oder Gesundheit ihres Mannes zu behindern oder an seiner Krankheit beteiligt zu sein. „Das Private beschäftigt mich doch am meisten, ob es doch was mit mir zu tun hat.“ Der Beziehung gegenüber ist Frau S. *ambivalent*. Einerseits schätzt sie ihren Mann als sensiblen Menschen „mit Herz“. Andererseits fragt sie sich, ob sie die Form der Beziehung leben möchte, die sie derzeit lebt. „Nur, dass ich mir nie so sicher bin, ob ich das möchte oder ob ich es nicht möchte, das Leben, was ich jetzt führe.“

Fallanalyse 055 „Da hat das ganze Leben was damit zu tun“

Frau G. ist 48 Jahre alt und war bis 1996 als Sachbearbeiterin tätig. Nach ihrer Entlassung versuchte sie, sich kurzzeitig als Beraterin im Kosmetikbereich selbständig zu machen, gab dies aber Ende 1997 auf. Ende 1998 machte sie eine Umschulung im EDV-Bereich und den IHK-Abschluss, ist aber seitdem wieder arbeitslos. Ihr Mann ist 52 Jahre alt und arbeitet im Straßenbau. Beide sind seit 1974 verheiratet und haben eine 22jährige Tochter. Frau G. gibt an, dass die psychischen Probleme ihres Mannes, die sie mit „Depression und viel Existenzangst“ beschreibt, im Zuge der Wende 1989 erstmalig aufgetreten seien, aber erst seit 1997 behandelt würden. Jedoch haben beide in den 80er Jahren sowohl separat eine tagesklinische psychotherapeutische Behandlung [Anmerk.: psychoanalytisch orientiert] durchlaufen als auch eine gemeinsame Eheberatung in Anspruch genommen, um die anhaltenden Beziehungsprobleme zu klären.

Als *Krankheitsursache* wird das Modell ihres Mannes (Existenzangst, Arbeit) dem ihrigen (Beziehung, Kommunikationsprobleme) entgegengesetzt. Für sie dominiert ein psychologisches Krankheitsmodell mit der Konsequenz, das Leben neu ordnen zu wollen. „Was wir selber schon rausgefunden haben an den Ursachen, das ist soweit hergeholt, mein Gott, das fängt eigentlich schon bei uns mit der Heirat an.“ Die Art des Zusammenlebens und die anhaltenden Beziehungs- und Kommunikationsschwierigkeiten sind für Frau G. zentral in der Entwicklung der depressiven Erkrankung ihres Mannes. Im Laufe der Jahre habe sich einiges „angestaut“, weil beide keine guten Gesprächspartner waren.

Frau G. stellt die *Beziehung* als distanziert und lieblos dar. „Wir haben nebeneinander her gelebt die ganzen Jahre. ... Er ist ein alter Junggeselle fast geblieben bis heute. Und ich such mir dann auch meinen Weg, ... weil wir eben nicht reden konnten, ich dann keine Antwort mehr gekriegt hab auf meine Fragen, dann hab ich gar nicht mehr gefragt, dann hab ich's auf meine Art und Weise alles geregelt.“ Seit der Geburt der Tochter habe es eine Art Rollenumkehr in der Partnerschaft gegeben. Der Mann, der zuvor alles geregelt hatte, wird aus der Koalition von Tochter und Partnerin ausgeschlossen. Frau G. schildert sich nun als den aktiven Part, der Veränderungen seitens des Partners fordert. Die Partnerschaft wird von Frau G. als Beziehung „wie Bruder und Schwester“ beschrieben mit teils aggressivem teils friedlichem Zusammenleben bei fehlender Intimität und Nähe. Der Suizidversuch des Partners wird als besonders aggressiver und destruktiver Angriff verstanden. In die Existenzsorgen ihres Mannes sei Frau G. nicht eingeweiht gewesen, gemeinsame Lösungsversuche wurden nicht gesucht. Demnach steht der Suizidversuch ihres Mannes für sie als besonders deutliches Symptom der Entfremdung in einer für sie gescheiterten Beziehung, in der beide Partner nichts mehr voneinander wissen.

Der *Umgang mit der Krankheit* ist von einer Art des Abwehrens und der Distanzierung gekennzeichnet (Trennungsgedanken, Distanz durch tagesklinische Behandlung, zeitlich begrenzter Auszug). „Möchte jetzt eben versuchen, mit meinem Mann das wieder 'n bisschen aufzubauen, die ganze Beziehung, oder eben, wenn's nicht geht, dann müssen wir uns vielleicht doch trennen“. Frau G. fordert, dass der erkrankte Ehepartner an sich arbeitet. Ihr Umgang mit der depressiven Erkrankung des Partners ist von Vorwürfen, Schuldzuweisungen und Kritik bis hin zum völligen Kommunikationsabbruch geprägt. Daher müsse in ihren Augen die Kommunikation zwischen ihnen generell geändert werden (fordernder, streitbarer, offener), was auch einen Lernprozess von ihr abfordert. Ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse seien in den Hintergrund getreten, sie müsse sie wieder definieren: „... dass ich dann eben och ma mehr widerspreche, ... ich weiß jetzt manchmal selber nich, was ich will. ... [Wir haben] nie gestritten früher, immer alles ‚Jaja‘, dis bin ich och leid, dis is kein Leben“.

Als besonders belastend im *Zusammenleben* empfindet Frau G. die Sprachlosigkeit, teilweise wurde wochenlang nicht miteinander gesprochen. Auch hat sie das Gefühl, gegen die negative Weltsicht ihres Mannes „dagegenreden“ zu müssen. „Ich hab eben nur noch gehört, mir geht's schlecht, und das kann man dann och mal nich mehr hören.“ Es strengte sie an, dass er nicht darauf eingehe, „gar keine Meinung zu irgend etwas“ habe und kein Gesprächspartner mehr für sie sei. Frau G. beschreibt die *familiäre Atmosphäre* als angespannt und verkrampft, was Auswirkungen auch auf Freunde, Bekannte und weitere Familienangehörige habe. „Wenn Besuch da ist, da sind wir gute Schauspieler, da wird auch gelacht, da wird Musik gemacht, aber das fällt dann alles wieder zusammen. Dadurch haben wir auch sehr wenig Freunde, weil jeder für sich verkrampft ist.“

Die Auswirkungen der Kommunikationsprobleme auf ihr *eigenes Befinden* sind für Frau G. so zentral, dass sie sich selbst wiederholt in psychotherapeutische Behandlung begeben habe. Sie schildert Symptome einer Depression und einer Agoraphobie. Der Suizidversuch des Partners und die andauernden

Beziehungsprobleme führten zu einer starken seelischen Belastung. „Das uns das doch e ganz schönen Schock verpaßt hat ...[Die] Tochter und ich waren 14 Tage lang nicht ansprechbar.“

Fallanalyse 056 „Das is ja nun doch nich so, wie’s mal war, wie früher,
so lebenslustig und alles“

Herr S., 53 Jahre, ist Heizungsmonteur und arbeitet bereits seit Jahren auf Montage, so dass er nur an den Wochenenden zu Hause ist. Seine Frau, 50 Jahre, arbeitete als Schaltanlagenmonteurin, bevor sie arbeitslos wurde. Zuletzt war sie als Familienbetreuerin in einer ABM beschäftigt. Beide sind seit 1968 verheiratet und haben eine 30jährige Tochter und einen 19jährigen Sohn. Die Krankheit der Frau hat ca. 1996 begonnen, eine tagesklinische Behandlung hat es erstmalig 1999 gegeben.

Herr S. schildert die Situation zunächst als unproblematisch. Er versuche gemeinsam mit dem Sohn, der Frau Dinge abzunehmen und Aufregungen zu vermeiden. Dabei sehe er sich schnell an den Grenzen seiner Möglichkeiten, da er nur am Wochenende zu Hause ist und als Außenstehender auch wenig Einblick in die Krankheit habe. Im *Umgang mit der Krankheit* ist er ratlos. Er fragt sich, wie er helfen könne, möchte auch nichts falsch machen. Er erzählt, er habe seiner Frau schon Handarbeitsmaterial, Aquarellstifte und Fensterbilder zum Selbermachen gekauft, um sie zu beschäftigen. Früher habe sie gern Näharbeiten gemacht.

In der *Auseinandersetzung mit der Krankheit* dominiert Ratlosigkeit und ein deutliches Defizit an Informationen. Der Begriff Depression oder depressiv fällt während des Gespräches nicht. Herr S. betont mehrmals, das sei eine Krankheit, die verstehe ja niemand und Freunde und Verwandte hätten sich da auch zurückgezogen. Er führt das Beispiel eines Armbruches an, bei dem man etwas sehe und wisse, „was los ist“. Herr S. bemerkt, dass die Krankheit möglicherweise im Zusammenhang damit stehe, dass die Tochter vor fünf Jahren mit den Eltern „brach“. Sie wohne jedoch unweit entfernt. Den Enkel haben sie seitdem nicht gesehen, ein Geschenk an ihn sei ungeöffnet mit dem Vermerk „Annahme verweigert“ zurückgeschickt worden. Herr S. beschreibt die Krankheit seiner Frau in den Worten, sie sei „nervlich angegriffen“.

Die Krankheit habe die *Beziehung* zunächst nicht beeinträchtigt, Herr S. beschreibt ein gutes Verhältnis. Seine Frau übernehme immer noch die Aufgaben, die sie seit eh und je machte, wie die Regelung behördlicher Angelegenheiten und die Verwaltung der Finanzen. Herr S. schildert sich als den „ruhenden Pol“ der Beziehung, der Dinge gelassener und optimistischer nehmen könne als seine Frau, die „auf Biegen und Brechen“ eine Klärung herbeiführen wolle. Nach der Interviewaufnahme diskutieren beide ihren Interessenkonflikt, dass Frau S. gern wegziehen möchte, Herr S. jedoch das Haus nicht aufgeben will, an dem er viel selber gebaut hat. Frau S. nimmt das zum Anlass, mehrere Entscheidungen Revue passieren zu lassen, die ihr Mann aus ihrer Sicht letztlich bestimmt habe (zweites Kind, Hausbau).

Am auffallendsten ist für Herrn S., dass seine Frau die Lebensfreude und Lebenslust verloren hat. Im Gegensatz zu früher möchte sie mehr zu Hause bleiben, sich nahezu verkriechen. Er erlebt diesen *sozialen Rückzug* jedoch nicht als belastend, da er selbst auch gern zu Hause bleibt. Dies hängt einmal damit zusammen, dass er in der Woche durch die Montagetätigkeit viel unterwegs ist und am Wochenende Ruhe braucht. Auch findet er immer wieder Dinge, die es am Haus zu bauen und zu verändern gibt, so dass er auch gut beschäftigt ist, wenn er zu Hause bleibt. Der Verlust der Lebenslust im alltäglichen Umgang belaste ihn jedoch schon, wenn er Vergleiche zu früher zieht.

An *zusätzlichen Belastungen* gibt Herr S. die derzeitige *Arbeitsmarktsituation* an und die Angst vor einem Arbeitsplatzverlust. Er würde seiner Frau gern tagtäglich zur Seite stehen, ist aber aufgrund der Arbeitsmarktlage gezwungen, die Montagetätigkeit aufrecht zu erhalten. In letzter Zeit habe es viele Entlassungen gegeben und die Ungewissheit habe ihn sehr belastet, ob er darunter sein werde oder nicht.

Fallanalyse 060 „Praktisch auf einen Schlag hat sich mein Leben verändert“

Herr H. ist 49 Jahre alt und Stahlbetonbauer. Seit einem Jahr ist er arbeitslos. Seine Frau (50 Jahre) ist Fremdsprachenlehrerin, hat aber nur noch bis Ende des laufenden Jahres einen Arbeitsvertrag. Die Ehe besteht seit 1976. Die Frau hatte psychische Probleme bereits während des Studiums (vorrangig leistungsbezogene Ängste), bevor Herr H. sie kennenlernte. Die erste Behandlung erfolgte nach seinen Angaben 1981. Die Krankheit ist Herrn H. nicht bekannt, er meint es sei eine „Nervenkrankheit“, „etwas mit der Psyche“.

Zentrales Thema ist für Herrn H. die Auseinandersetzung mit der eigenen Arbeitslosigkeit, die für ihn auch *Auseinandersetzung mit der Erkrankung* seiner Frau bedeutet. Die Erkrankung seiner Frau sieht er im Zusammenhang mit Existenzangst und –sorgen, die auf der Grundlage ihrer eigenen Leistungsansprüche und Überforderungen durch den Arbeitsverlust des Mannes aktuell geschürt wurden. „Irgendwo, hat sich meine Frau zuviel Gedanken gemacht, ... das muss se irgendwie vererbt ham, von ihrer Urgroßmutter. Die macht sich och alle Gedanken. ... Sie hat sich praktisch für mich geschämt, dass ich arbeitslos geworden bin.“ Zudem hatte auch die Ehefrau einen befristeten Arbeitsvertrag und somit eine begrenzte berufliche Zukunft. Herr H. sieht hier ein komplexes Wechselspiel zwischen eigener Biographie und sozialen / gesellschaftlichen Umständen, was zu einer Normalisierung der Krankheit führt. „Die Krankheit, ... die kann jeden zustoßen, ob das jung oder alt is oder, wie kann ma sachn, das is, das is wahrscheinlich e langwiericher Prozeß, der ... schon bei vielen schon drinne sitzt, unbewußt.“ Das Leistungsdenken der Frau hatte schon vor der Ehe bestanden und aufgrund von Überforderungsgefühlen zu Beschwerden, Behandlungen und letztlich zum Abbruch einer von ihr angestrebten Forschungslaufbahn geführt.

Das Zusammenleben ist von *finanziellen Sorgen und Zukunftsängsten* geprägt. Die Arbeitsbelastung der Ehefrau ging zu Lasten des Familienlebens und letztendlich auch zu Lasten ihrer eigenen Gesundheit. „In der letzten Zeit [wurde sie] sehr, e bisschen sehr verschlossen in sich, [hat] sich zu sehr in de Arbeit neingekniet, praktisch zwee Stelln angenomm, ... nich irgendwie off unsre Familie irgendwie so e bisschen Rücksicht genom.“ Herr H. sieht seine Möglichkeiten zum Familieneinkommen beizutragen, begrenzt, da ein möglicher Verdienst mit dem Arbeitslosengeld verrechnet werde und damit keinen Mehrverdienst für die Familie bedeutet. Auch führt die derzeitige Krise der Bauwirtschaft zu wenig Hoffnung auf eine erneute Anstellung.

Zentrales Thema ist daher auch die Erzählung mehrerer Episoden und Erfahrungen mit den zuständigen Behörden, v.a. mit dem Arbeitsamt. Die teilweise entwürdigende Behandlung dort belaste Herrn H. zusätzlich und führt zu Gefühlen von Wertlosigkeit und Hoffnungslosigkeit. „Uns will keiner ham in dem Alter ab 40.“ In der Folge verspürt Herr H. zunehmend *Traurigkeit, Deprimiertheit und Ausweglosigkeit*. „Und dann kommt noch dazu, dass Depressionen dabei komm.“ Herr H. kämpft gegen den sozialen Abstieg an. Er macht die Hausarbeit, ist für die Kinder da, geht viel spazieren und bricht konsequent mit Bekannten, die durch Alkohol noch weiter abrutschen. „Ich kenne da viele Beispiele, die lassen sich dann

runterhängen, unrasiert, ... dreckig an der Bierbüchse, wo se hängn, das mach ich nich. “ Das Ankämpfen gegen den Abstieg und die eigene Depression ist gekennzeichnet durch Worte wie zusammenreißen, wegschieben, beruhigen und daher eher der Strategie des emotionsorientierten Bewältigens denn des problemorientierten zuzuordnen. Dabei spielt sowohl für ihn als auch für seine Frau eine Tendenz zum Erleichterungstrinken eine Rolle. „Ich habe zum Beispiel nicht gewusst, das se heimlich getrunken hat.“

Der *Umgang mit der Erkrankung* seiner Frau ist auch ein Ankämpfen gegen eigene depressive Entwicklungen. Er versucht, die gemeinsame Zeit mit seiner Frau aktiv zu gestalten und zu planen z.B. durch Tagesausflüge, Zoobesuche, Urlaubspläne. Insgesamt wird der Versuch deutlich, auch unter schweren Bedingungen und Unsicherheiten, mit Hilfe der gesamten Familie eine Lebens- und Zukunftsorientierung zu behalten bzw. wiederzuerlangen.

Die *Behandlung* seiner Frau erlebt Herr H. zum Teil auch als Abwertung seiner eigenen Person. Er sei erst nach eigenen Nachforschungen bei der Polizei informiert worden, dass seine Frau nach einem Suizidversuch in die psychiatrische Klinik eingewiesen worden ist. Auch habe er ein Gespräch mit der Ärztin als wenig hilfreich empfunden. „Ich bin praktisch och e bisschen gekränkt in der Richtung, de wo dann de Ärztin mir sacht, ... mit paar paar knappen Worten sacht sie zu mir: ‚Na ihre Frau hatte zwee komma null Promille drinne.‘ ... Ich sache: ‚Na was hat se nu eigentlich?‘ ‚Na is Selbstmordversuch‘ ... Ich sache: ‚Das reicht mir nich ganz.‘ Und seitdem ham wir nicht groß irgendwie, darüber gesprochen.“ Er ist dann selbst aktiv geworden, hat an Gruppengesprächen in der Klinik teilgenommen und seine Frau vor allem für die angefertigten Handarbeiten immer wieder bekräftigt. Kritik an der Behandlung bzw. Bedenken werden eher indirekt geäußert. „Die will am Sonntachahmd meistens gar ni mehr zurück, ... weil das langsam ihr alles zuviel wird und sie hat das Gefühl, der Therapeut ... geht ni mehr auf jeden Einzelnen so ein, ... wie’s sein müsste.“

Fallanalyse 066 „Diese Depressionsstrecke, die kommt ja mehr zum Tragen zwischen uns beiden“

Herr A. ist 69 Jahre alt und Altersrentner. Er war zuletzt in der Meßgeräte-Reparatur tätig. Seine Frau ist 64 Jahre alt und gelernte Krankenschwester. Sie hat ihren Beruf nach der Geburt der Tochter aufgegeben. Beide Partner sind seit 39 Jahren miteinander verheiratet und haben eine jetzt 37jährige Tochter. Frau A. wurde 1975 erstmalig wegen psychischer Probleme behandelt. Sie leidet zusätzlich an einer Krebserkrankung. Die psychiatrische Diagnose kann Herr A. nicht genau benennen, er meint „nervös, oder wie soll man es beschreiben“.

Zentral in der Erzählung von Herrn A. sind *partnerschaftliche Probleme*, die er im Zusammenhang mit der depressiven Erkrankung seiner Frau erlebt. Die partnerschaftliche Atmosphäre ist von Kritik und Vorwürfen und widerstreitenden Interessen gekennzeichnet. Vorwürfe der Ehefrau richten sich an die aktuelle Situation, z.B. dass Herr A. zuviel Zeit seinen Hobbies und zu wenig seiner Frau widme. „Ja, da hast Du Zeit, aber für mich hast Du keine Zeit. Obwohl sie doch immer da mitgehen könnte.“ Ihm wird Egoismus vorgeworfen, wenn er seinen Interessen nachgeht (z.B. Gartenarbeit, ehrenamtliches Engagement in der Kirche). Sie beteiligt sich nicht daran, auch wenn er sie dazu auffordert. Zumeist wird der eigene Rückzug der Frau mit Arztterminen, Unpässlichkeiten, Behandlungen und Beschwerden begründet. Zuletzt ist Herr A. allein weggefahren, weil seine Frau ihn wegen Rückenbeschwerden nicht begleiten konnte. „Im Grunde genommen war ich eben Egoist, weil ich doch gefahren bin im Sommer.

Jeder andere sagt eben: „Du brauchst auch mal ’n Freiraum.““ Eben diesen Freiraum vermisst er in der Partnerschaft, im Gegenteil er sieht sich in einer Zwangssituation, die er als „Freiraumsperre“ bezeichnet.

Andere Vorwürfe beziehen sich auf die Vergangenheit. Frau A. leidet darunter, ihren Beruf aufgegeben zu haben und nun sehr wenig Rente zu bekommen und von ihrem Mann abhängig zu sein. Die damalige Entscheidung lastet sie ihrem Mann zu großen Teilen an. Auch gab es in der partnerschaftlichen Geschichte einen „Seitensprung“ des Mannes, der unverarbeitet ist und von Frau A. immer wieder zum Anlass genommen wird, die Beziehung in Frage zu stellen. Herr A. fasst zusammen, dass die Vorwürfe teils bis zu 30 Jahre alte Dinge betreffen.

Seine Strategie damit umzugehen, ist zunehmende Ignoranz. „Du hörst mir ja gar nicht mehr zu. Aber, wenn eben immer dasselbe gesagt wird, ist das dann automatisch, sach ich mal, dass man entweder noch zuhört oder nicht. Das ist dann eben schwierig.“ Zudem erschweren die beständigen Klagen seiner Partnerin einen partnerschaftlichen Austausch. In der Folge entfremden sich beide Partner immer stärker voneinander, das Zusammenleben kommt praktisch zu einem Stillstand, wirkt rigide und lebensleer. „Also Spontanaktionen, das ist ja gleich gar nichts für sie. Ich meine, Ordnung und das ist alles schön und gut und richtig und wichtig, aber mal spontan irgendwas ganz Verrücktes machen und so, also das ist ’ne Sache, die da nicht in Frage kommt.“ Die Monotonie des Zusammenlebens und der stets wiederkehrenden Streitereien äußert sich in der lakonischen Sprache und Sätzen wie „Es ist immer wieder dasselbe, kann man bloß sagen, es ist echt so, es ist immer wieder dasselbe ... Also das wäre im Grunde so, wie das so jahraus, jahrein abläuft.“

Herr A. sieht als Ursache der Probleme die *unzureichende Behandlung* seiner Frau an. Er meint, sie müsste eine intensive stationäre Therapie machen und auch er müsste mehr einbezogen werden in die Therapie. Frau A. wird seit Jahren ambulant psychiatrisch behandelt. Eine begleitende Beratung auch im Hinblick auf den familiären Umgang mit der Krebserkrankung gab es nie. „Die Schwere des Problems wird nicht in dieser Dimension gesehen, wie sich vielleicht das wirklich darstellt. Es wird nicht so für voll genommen.“ Das Umfeld wird nicht einbezogen. Als Herr A. einmal die Ärztin aufsuchte, wurde er darin bestätigt, dass seine Frau eine stationäre Psychotherapie machen sollte. Dem stimmt sie aber nicht zu. So verharren die Bemühungen in einem Zustand gegenseitiger Änderungsforderungen; Frau A. soll eine intensive Therapie machen und an sich arbeiten, um sich zu ändern. Gleichzeitig fordert sie von ihrem Mann: „Du musst dich ändern, das ist so im Grunde das Wesentliche.“

Herr A. ist *hoffnungslos und demoralisiert*. Er verhält sich passiv, resigniert, lässt die Dinge laufen. Obwohl er gern eine größere Reise machen würde, wie viele Bekannte mal nach Griechenland oder Norwegen, bestimmt die Ehefrau die nahegelegenen Urlaubsziele, da sie in größeren Reisen potentielle Probleme sieht. Herr A. fühlt sich mit seinen Problemen isoliert, er hat keinen Gesprächspartner für seine Situation. „Es ist mein persönlicher Eindruck, dass das Umfeld also von uns beiden, es wahrscheinlich kaum richtig verstehen kann, die Probleme oder die Schwere der Probleme oder wie man’s nun formulieren will, und es ist natürlich schwierig, wenn man niemanden weiter hat zum Reden.“

Fallanalyse 067 „Sie [die Ärzte] haben’s mit zwei zu tun“

Herr G. ist 59 Jahre alt und arbeitet in der universitären Lehre und Forschung. Frau G. ist 57 Jahre alt und Mitarbeiterin in einem Archiv. Beide sind seit 1960 verheiratet und haben eine 32jährige Tochter. Frau G. erlebt die dritte Phase einer rezidivierenden depressiven Störung. Die erste Episode trat vor drei Jahren auf.

In der *Auseinandersetzung mit der Erkrankung* dominiert das Ringen um das Verständnis der Umstände, die zu der Erkrankung geführt haben könnten. Herr G. präsentiert ein komplexes Bedingungsgefüge bestehend aus der Berufsbiographie der Ehefrau, die sich durch ihre aktuelle Arbeit unterfordert fühlt, die „gesamte Umbruchsituation“ des gesellschaftlichen Wandels nach 1989 und die gesundheitliche Vorbelastung der Ehefrau sowie die Auswirkungen seiner Arbeitsbelastung auf das Familienleben („Wochenendpendeln“). Als erste Informationsquellen über die Erkrankung werden Schriften von Jaspers und Freud genannt sowie die Gespräche mit einem befreundeten Psychiater. Jedoch empfand Herr G. eine Vielzahl der Informationen als zu theoretisch und für sein Anliegen unbrauchbar: „Ich bin ja kein Psychiater, ich bin ja kein Mediziner, nicht, also da die ganzen neurologischen Prozesse und Basisprozesse, das ist ja sozusagen nicht für mich das Allerwichtigste, sondern wie verhalte ich mich“. Am hilfreichsten waren für ihn Veröffentlichungen von Faust, die für ihn auch Aufschluss in der Frage der Abgrenzung der Vergesslichkeit seiner Frau von der Alzheimer-Demenz brachten. Als zusätzliches Hindernis in der Auseinandersetzung mit der Erkrankung sieht Herr G. die *Vorurteile und Unkenntnis* durch die Allgemeinheit an. „Über diese Krankheit spricht ja niemand, das ist ja das Problem, ... ich kann mir nie vorstellen, dass jemand am Stammtisch sagt: ‚Also ich geh, ich sag’s jetzt mal drastisch, in die Klapper, ... meine Frau ist da drinne.‘ Also jeder will sich ja verbergen, ... soll ja gar keiner merken in extremen Fällen.“

Demzufolge plädiert Herr G. ausführlich und eindringlich dafür, die Angehörigen und das nächste Umfeld des Patienten in die *Behandlung* einzubeziehen. „Da ist es dringend notwendig, ... im modernen Sinne Aufklärung zu betreiben, und Leuten zu sagen, worum handelt sich’s hier, was ist das für ’ne Krankheit, welche Folgewirkungen sind vorhanden, welche Heilungserfolge und –chancen und –möglichkeiten, ... dass man natürlich immer sagt, wir können keine Rezepte geben, aber wir können sie informieren.“ Für solcherart Informationen müssten aus Sicht von Herrn G. Gesprächskreise oder eine ähnliche Institution eingerichtet werden, die auch aus der Selbsthilfe entstehen könnte. An finanziellen Mitteln sollte seines Erachtens ein solches Vorhaben nicht scheitern. Die bisherige Variante, auf Anfrage Informationen vom Arzt zu bekommen, sieht Herr G. als zu einseitig an. „Ich meine, natürlich kann ich ja immer hingehen, ich kann zu den Ärzten gehen und kann sagen: ‚Also klären Sie mich bitte mal auf.‘ ... Aber ich glaube, die wenigsten werden das tun.“ Darüber hinaus wird die Ansicht vertreten, dass der Einbezug der Angehörigen im Gegensatz zu körperlichen Erkrankungen für psychische Probleme in noch stärkerem Maße „einen großen Teil des Heilerfolges mitbestimmt“. Eine einseitige pharmakologische Behandlung lehnt er ab: „Der Mensch ist ja schließlich keine Maschine“.

Der Einbezug der Familie und v.a. des Partners des Kranken wird auch deshalb als besonders wichtig erachtet, weil die Angehörigen *hilflos* den depressiven Symptomen gegenüber seien. „Zunächst waren wir erstmal geschockt, ... ich wusste ja sozusagen bei meinem Leibe keinen Rat, ... wenn Sie also mit völlig irrealen Dingen konfrontiert werden, wo Sie sagen, als Nicht-Kranker, also das ist doch völliger Unsinn, aber derjenige, für den ist es kein Unsinn, sondern für den ist es sein Sinn, den er jetzt hat. ... Das ist ja doch ’ne ernstzunehmende Krankheit.“ Als besonders schwierig erwies sich die Kommunikation zwischen den Partnern, die wie durch eine „Glaswand“ erlebt wurde.

Auch empfand Herr G. seine Tätigkeit, die Fahrten, Krankenhausbesuche und seine eigene gesundheitliche Lage als sehr belastend. „*Ungeheure, Last und Belastung ... so schnell hintereinander kann das wahrscheinlich ein Organismus gar nicht verkraften.*“ Demzufolge beschäftigt ihn am meisten, dass eine solche Belastung so schnell nicht wiederkommen möge. „Da muss ich sagen, ist man natürlich schon sehr betroffen davon, und sagt also, um Gottes willen, hoffentlich nicht schon wieder ab Dezember, Januar, dass da das Spiel schon wieder von vorne losgeht.“

Fallanalyse 071 „Es gibt dann eben Grenzen, wo man eben das Verständnis dann nicht mehr hat“

Herr R. ist 43 Jahre alt und für eine Versicherung tätig. Seine Frau, 41 Jahre alt, ist Erzieherin. Beide sind seit 24 Jahren miteinander verheiratet und haben eine 21jährige Tochter. Vor sieben Jahren sind die psychischen Probleme der Ehefrau erstmalig aufgetreten, die sich im Laufe der Zeit verschlimmerten und zu zunehmend längeren stationären Aufenthalten führten.

Herr R. ist durch den langjährigen Verlauf der Depression seiner Frau sehr belastet. Das anfängliche *Mitleid* für die Situation seiner Frau ist einer *Wut und Aggression* gewichen, die ihn selbst überrascht. Besonders zornig macht ihn die Apathie, die fehlende Initiative seiner Frau, ihre Passivität und seine Hilflosigkeit demgegenüber. „Das macht mich dann auch manchmal wutig, sogar aggressiv, ... dass manchmal in mir 'ne Wut aufkommt, aus 'ner gewissen Hilflosigkeit heraus vielleicht der ganzen Situation gegenüber.“ Herr R. ist sich unsicher, ob er seiner Frau gegenüber ungerecht ist, wenn er von ihr mehr Initiative im Umgang mit der Erkrankung fordert.

Im Laufe der Zeit hat sich der *Umgang mit der Erkrankung* von einem Verständnis der Situation hin zu mehr Forderungen an seine Frau gewandelt. „Anfangs wusste ich sicherlich auch nicht damit umzugehen, war da sehr behutsam, hab immer gefragt, na, wie kann ich dir helfen und was kann ich tun. Heute ist es eigentlich 'ne Situation nach 'm siebten Jahr, wo ich sage, ... dieses Mitleid, was ich anfangs ihr entgegengebracht hab, ist eigentlich nicht mehr vorhanden, geh eigentlich, wie, wenn es ihr nor mal geht, mit ihr um.“ Herr R. fordert von seiner Frau mehr Eigeninitiative und Engagement, möchte, dass sie gegen die Depression ankämpft und sich ihr nicht „hingibt“. „Also ich denke, man muss immer kämpfen, auch in verschiedenen Situationen des Lebens, also beruflich, wie auch vielleicht mit 'ner Krankheit.“ Er hat eine klare Strategie, mit den Problemen umzugehen. Dazu gehört erstens eine weitere psychologische Betreuung seiner Frau, zweitens, dass sie sich mit Leuten trifft, die ähnliche Probleme haben und drittens, dass sie sich eine Art „Schutzmechanismus“ antrainiert, in Zukunft mit den Problemen umzugehen. „Da muss sie jetzt dran arbeiten. Das ist eigentlich, was ich von ihr verlange.“

Herr R. ist als Mitglied einer Ehe- und Familienberatungsstelle gut informiert über die Erkrankung und musste sich bereits ausführlich damit auseinandersetzen. Er hat ein komplexes *Ursachenmodell* für die Entstehung der Depression, welches Raum für eigene Einflussnahme lässt. Er führt Persönlichkeitsmerkmale, Vererbung und die momentane Situation an. Dazu zählt der Auszug der Tochter, was eine zentrale familiäre Veränderung bedingt. „Das ist 'n großes Problem, das also die Tochter nicht das ist und ich durch meine Tätigkeit och selten zu Hause bin, och abends nicht und da ist natürlich meine Frau 'n große Zeitspanne auf sich allein gestellt und das ist och 'n großes Problem für sie, diese Zeit, diese Freizeit sinnvoll auszufüllen.“ Hinzu kommt, dass Frau R. keine Hobbies hat, wenig Außenkontakte und dass sie in den Augen ihres Mannes mehr Anerkennung braucht bei einem generell geringeren Selbstwertgefühl. Ihre freie Zeit hat sie vorrangig mit Hausarbeit ausgefüllt, „'ne Arbeit, die

nun nicht gerade aufbaut.“ Hier muss sie im Verständnis ihres Mannes, die Lücke ausfüllen mit neu zu entdeckenden Interessen, Fähigkeiten und Freundschaften.

Herr R. resümiert die Beziehung zu seiner Frau und die *Auswirkungen der Erkrankung auf den partnerschaftlichen Alltag*. Besonders auffällig sind Einschränkungen in der partnerschaftlichen Kommunikation. „Man kann nicht groß mit ihr reden. Sie ist so ziemlich apathisch oder als wenn sie in 'ne andere Welt versinken würde. ... Ich bin da der Führende, der Fragen stellt, sie antwortet mal, aber sobald wieder keine Frage ist, baut sich da keine richtige Kommunikation auf. Aber das geht alles noch. Das Schlimmste ist eben dann so [wenn sie], ich sach mal, lustlos, wie in Trauer, dann dasitzt.“ Herr R. erlebt einen Verlust an partnerschaftlicher Unterstützung und partnerschaftlichem Austausch. „Sie hat dann ihre Welt und ich hab aber meine Welt mit meinen Problemen und ich weiß aber, dass ich von ihr, ich sach mal, keine Hilfe erwarten kann.“ Seine Reaktion auf diese Situation ist zunächst Flucht. „Es ging ja sogar soweit, dass man versucht, nicht so schnell wie möglich nach Hause zu kommen, um dieser Konfrontation zu entgehen.“ Diese Flucht kann im Extrem soweit reichen, dass ein Fortbestand der Partnerschaft in Frage gestellt wird. „Sicherlich hab ich mir auch schon die Frage gestellt, inwieweit ich so mal diese Situation ertragen will oder, ich sach mal, wie lange halte ich diese Partnerschaft aus?“ Einer Trennung steht jedoch die lange Beziehungsgeschichte entgegen.

Zugleich bietet die Situation die Möglichkeit, die Beziehung und die *Rollenverteilung* in der Partnerschaft zu reflektieren und ggf. zu korrigieren. Herr R. resümiert, dass er den dominanten Part in der Beziehung hatte, indem er seiner Frau vieles abgenommen und die Dinge geregelt hat. Dies sieht er nun nicht mehr so positiv, weil er meint, damit unbewusst das Selbstvertrauen seiner Frau zu untergraben. Vielmehr möchte er jetzt nachfragen, sie unterstützen oder ihr einen Anstoß geben, selbst aktiv zu werden. „Eigeninitiative, das ist 'n ganz wichtiger Punkt.“

Herrn R. beschäftigt vor allem der Verlauf der Depression. „Es macht natürlich irgendwo *Angst* ..., man weiß nicht, ich sag mal, wo das mal hinführen soll.“ Langfristig sieht er auch seine eigene Berufsfähigkeit und das finanzielle Überleben der Familie gefährdet. Die *Ungewissheit* bezüglich der Zukunft macht Herrn R. besonders vor dem Hintergrund der letzten Jahre zu schaffen, in denen sich eine kontinuierliche Verschlechterung, messbar an längeren stationären Aufenthalten, abzeichnete. Herr R. sieht *seine eigenen Lebenspläne bedroht* und fragt sich, ob er eine Entscheidung treffen muss. „Ich mein, das kann ja auch nicht ein Dauerzustand in meinem Leben sein. ... Es gibt dann eben Grenzen, wo man das Verständnis dann nicht mehr hat. ... Ich mein, soviel Leben ist ja auch nicht mehr über, also so jung bin ich auch nicht mehr, sagen wir mal, 30 Jahre wär vielleicht noch 'n ganz guter Zeitraum und ich sage mal, den möchte man ja schon noch 'n bisschen angenehm gestalten.“ Herr R. bemerkt, dass er sich bereits durch seine Frau verändert hat. Er beschreibt sich als lebensfrohen, lustigen Menschen, dem *Stimmungstiefs* früher fremd waren. „Heute kenn ich's selber auch an mir. ... Das wirkt sich dann auf mich auch aus.“

Fallanalyse 072 „Ich hab selbst's Instrumentarium nicht, um mit diesem Konflikt fertig zu werden“

Herr T. ist 47 Jahre alt und promovierter Physiker. Er hatte wissenschaftlich gearbeitet. Im Zuge der wendebedingten Umstrukturierungen verließ er Forschung und Lehre und gründete eine Firma in der Computerbranche, deren Geschäftsführer er seitdem ist. Seine Frau ist ebenfalls 47 Jahre alt und hat zuletzt als Sachbearbeiterin gearbeitet. Nach der Wende hat sie keine Arbeit mehr finden können, derzeit erhält sie Erwerbsunfähigkeitsrente. Beide sind seit 1968 verheiratet und haben einen 21jährigen Sohn

und eine 18jährige Tochter. Die psychischen Probleme der Ehefrau traten aus Sicht von Herrn T. erstmalig 1996 auf. 1997 unternahm Frau T. einen Suizidversuch, wurde dann fünf Wochen stationär behandelt. Wenige Wochen später unternahm Frau T. einen zweiten Suizidversuch. Sie wurde insgesamt mit Unterbrechungen von Mai 1997 bis Juni 1998 sechsmal stationär in verschiedenen Kliniken behandelt, wobei es zu einem dritten Suizidversuch kam. In der Zeit von Dezember 1998 bis Mai 1999 erfolgten drei weitere stationäre Behandlungen und ein weiterer Suizidversuch.

Im Mittelpunkt des Interviews stehen die Schwierigkeiten des partnerschaftlichen Umgangs miteinander und die Auswirkungen „des depressiven Verhaltens“ der Ehefrau auf die Beziehung. Herr T. stellt die Beziehung in Frage, seine Frau sei seit der Erkrankung nicht mehr der Partner für ihn, „wie man ihn in einer normalen Ehe eigentlich braucht“. Beide haben sich auseinandergelebt, der Interessenkonflikt sei „so tief wie noch nie in ihrer Beziehung“. Im Zusammenleben herrschen „Sprachlosigkeit“, zunehmender Rückzug in Bezug auf die anderen Familienmitglieder, Kommunikationsprobleme, das Sexualleben ist in den Hintergrund getreten. Beide finden (trotz Paartherapie) keinen Weg zueinander bzw. gemeinsam aus dem Konflikt heraus. Herr T. wirft seiner Frau Inaktivität vor, sie lehne alle seine Vorschläge und Bemühungen ab, nehme an seiner Firmentätigkeit keinen Anteil mehr, im Gegenteil, sie war gleich zu Beginn dagegen. Er wirft ihr vor, sich seit dem Auszug der Kinder nicht weiterentwickelt zu haben, stehen geblieben zu sein, keine Interessen oder Freundschaften gepflegt zu haben und ihm die Verantwortung für ihre Lebens- und Freizeitgestaltung zu übertragen. Sie wirft ihm vor, dass seit seiner Firmengründung noch weniger Zeit für das Familienleben bleibe.

Er stellt die Beziehung als sehr traditionell dar mit klarer Rollenverteilung. Sie war die „rührige Familienmutter“, er für das Umfeld und die „Außenpolitik“ zuständig, wobei er sich schon immer in seine Arbeit zurückgezogen habe. Die Eheschließung wird als Befreiung der Ehefrau aus einem bedrückenden Familienklima (Trinkerfamilie) beschrieben. In der eigenen Beziehungsgeschichte ist das Thema Scheidung einmal seinerseits offen ausgetragen worden, als er sich einer anderen Partnerin zugewandt hatte. Seitdem ist das Thema latent vorhanden, wird verstärkt von der Frau thematisiert, von ihm jedoch bagatellisiert.

Sein *Krankheitsmodell* ist sehr differenziert und komplex, es wird von Brüchen und dem Wegbrechen vorheriger Muster gesprochen. Soziale Bedingungen (Familienorientierung der Ehefrau, Arbeitslosigkeit, familiäre Umbruchsituation durch Auszug der Kinder, Umzüge etc.) werden in Beziehung zu personalen (Familiengeschichte der Ehefrau, Pessimismus) und somatischen (Bandscheibenvorfall, psychosomatische Beschwerden, Operation eines Gehirntumors) gesetzt.

Im Umgang mit der Erkrankung wirkt Herr T. *resigniert und an der Grenze seiner Belastbarkeit*. Er wisse nicht mehr, wie er mit den depressiven Symptomen seiner Frau umgehen soll, die nach seiner Meinung eine Konfliktlösung behindern. Weder er noch seine Frau haben „ein Instrumentarium“, um das Problem zu bewältigen. Herr T. bilanziert: „Was tust du, bist du hart oder streng, bist du weich oder gütig, verzeihst du alles, schluckst du alles weg, lässt du alles an dir abprallen, verarbeitest es, nimmst es nicht als persönlichen Angriff, das ist eben die Schwierigkeit“. Herr T. reagiert zunehmend mit depressiver Symptomatik (Schlaflosigkeit, Früherwachen, Grübeln, Anhedonie). Er berichtet eine Panikattacke in den letzten sechs Monaten. Er meint, er wisse, dass er seine Gesundheit vernachlässige und sich derzeit in einem Tal befinde. Er habe aber auch keine Zeit, Routineuntersuchungen oder Behandlungen in Anspruch zu nehmen. Durch die Teilnahme an der Studie erhofft er sich vorrangig Entlastung durch das Gespräch. Im Familien- und Kollegenkreis erschöpften sich die Gespräche nach einer kurzen Erkundigung nach dem Befinden der Frau.

Momentan ist auch seine Ressource – Firmentätigkeit – aufgrund der schwankenden Auftragslage und der Kurzarbeit der Mitarbeiter in Gefahr, was ihn zusätzlich belastet. Hinzu kommen in diesem Zusammenhang *finanzielle Sorgen*.

Fallanalyse 078 „Das ist die Frage, ist es die Krankheit, ist es der Charakter, ich weiß es nicht“

Herr S., 60 Jahre alt, ist Diplomingenieur und z.Z. arbeitslos. Zuletzt hat er im Nahverkehr gearbeitet. Seine Frau, 55 Jahre alt, arbeitet halbtags als Apothekenassistentin. Sie gibt an, seit 25 Jahren psychische Probleme zu haben. Die „kritischen Phasen“, die Herrn S. Probleme machten, gebe es seit 1994. Beide leben seit 34 Jahren zusammen und haben eine 32jährige Tochter.

Im Gespräch dominiert die *Auseinandersetzung mit der Erkrankung*, die für Herrn S. nach wie vor viele Fragen offen lässt. So fragt er sich, ob einige Verhaltensweisen tatsächlich erkrankungsbedingt sind oder eher zur Persönlichkeit seiner Frau gehören. Er schätzt die Erkrankung als langwierigen Prozess ein sowohl hinsichtlich ihrer Entstehung als auch ihres Verlaufes. „Das ist auch keine plötzliche Erkrankung, das erstreckt sich sicherlich auf längere Sicht hin.“ Als Ursachen gibt er eine Schilddrüsenerkrankung seiner Frau vor 20 bis 25 Jahren an. Möglich erscheinen ihm auch erbliche Faktoren, da der leiblichen Mutter der Frau ähnliche Symptome nachgesagt wurden. (Anmerk.: Frau S. wuchs bei einer Stiefmutter auf.) Seit Herr S. einen Fernsehbericht gesehen hat, in welchem auch Betroffene berichteten, hat sich seine Einstellung geändert und er bewertet Depression als „ziemlich hässliche Erkrankung“. Überdies sieht er die Heilungs- oder Behandlungschancen begrenzt („das [es] noch gar nicht so viele geeignete Mittel gibt“) oder als Sache weniger Experten. Er zieht bezüglich der Beziehungsschwierigkeiten Vergleiche zu dem an Alzheimer erkrankten Schwiegervater, der sich seiner pflegenden Ehefrau gegenüber zeitweise sehr undankbar und „böartig“ verhalten habe.

In ähnlicher Position sieht sich Herr S. „Ich beobachte auch und ganz besonders in letzter Zeit ... bei meiner Frau eine gewisse Böartigkeit, besonders aber in solchen Phasen, wo solche Depressionen auftreten.“ Diese Böartigkeit zeige sich in ungerechtfertigten Vorwürfen, die dann zu heftigen Streitgesprächen führten. „Ne Weile überspielt man das, aber ... da kommt man echt an seine Grenze, und das führt eben auch dann bis zu heftigen Streitgesprächen, das bleibt nicht aus.“ Die *Partnerschaft und das gegenseitige Verhältnis* leiden folglich stark unter den auftretenden Spannungen. „Was mich da belastet, dass in solchen Phasen eben dann Dinge auftauchen ..., da geht es von einem zum anderen und ehe man sich versieht, ist man wo ganz anders, da werden oft Dinge vorgeworfen, die nicht so gewesen sind. Das sind Dinge, die mich belasten.“ Auch erschwert eine gewisse „Starrköpfigkeit“ seiner Frau („Sie gehört nun nicht zu den Menschen, die sich entschuldigen können“) die Beilegung von Unstimmigkeiten oder Streitigkeiten. Die partnerschaftliche Atmosphäre ist sehr gereizt. „Das geht eben los beim Aufwachen schon mit einer miesepetrigen Laune und das erste ist schon irgendwie ein Vorwurf oder irgendwas ... Aber bei irgend so einer bestimmten Stelle mit fortschreitender Tagesstunde, dann passiert es dann irgendwann, dass ich ausraste, also ich kann mich nicht bloß immer beherrschen.“ Partnerschaftliche Spannungen werden auch hinsichtlich *unterschiedlicher Interessen der Partner* deutlich. Frau S. bringt dem Hobby ihres Mannes kein Verständnis entgegen und er arbeitet nun vorwiegend während ihrer Arbeitszeiten oder nachts daran. Aber bei der Feier seines 60. Geburtstages habe er sich durchgesetzt. Seit Jahren hatte es kein Familienfest gegeben, aber nun wolle er sich nicht länger von seiner Frau „eintullen“ lassen. Er habe einen Unterhalter bestellt und richtig gefeiert, das hat seiner Frau dann auch gefallen, obwohl sie anfangs dagegen war.

Die Anspannungen führen für Herrn S. zu einer Reihe von *Beeinträchtigungen und Störungen in seinem eigenen Wohlbefinden*. „Wo man selber verzweifeln kann, wenn man Dinge vorgeworfen kriegt, ... die echt nicht sind, wo man sich ärgert drüber, maßlos ärgert, weil es ja nicht stimmt ... Ist fürchterlich belastend und ... da kann man manchmal schon selbst bald leicht verrückt werden dabei.“ Besonders bei direkten oder häufiger indirekten Suizidankündigungen seiner Ehefrau fragt er sich. „Wer leidet denn nun mehr hier ... oder verkraftet man das ewig?“ Er ertrage die Vorwürfe und Anschuldigungen seiner Frau nur, weil er ein „Gemüt wie ein Fleischerhund“ habe und viel ertragen könne. Er beschreibt sich als lebenslustigen, „tanzfreudigen“ Mann. Auch versucht er, neben der Schwierigkeiten, die intakten und guten Aspekte der Partnerin und der Partnerschaft wahrzunehmen. „Es gibt ja auch viele, viele tausend positive Eigenschaften.“

Dem permanenten Druck sucht Herr S. durch *Distanzierung* zu entkommen. Wenn Streitgespräche zu eskalieren drohen, entzieht er sich der Situation. „Wenn ich so was merke, neuerdings, ich hau dann ab.“ Andererseits betont er, dass er nicht allen Dingen ausweiche und seiner Frau in diesen Vorwurfsgesprächen auch widerspreche. „Vielleicht widerspreche ich manchmal gar zu viel.“ Herr S. sieht sich somit bestimmten Verhaltensweisen seiner Frau (Vorwürfe, Suizidankündigungen, Negativismus) nahezu ausgeliefert und hilflos gegenüber. „Ich hab gesagt: ‚Denk doch mal drüber nach, wie man das Problem lösen kann, und nicht, wie es nicht funktionieren kann.‘“ Daher hofft Herr S., dass sich die Situation so schnell wie möglich wieder normalisiert. Diesbezüglich ist er allerdings unsicher, da unklar ist, inwieweit die Verhaltensweisen seiner Frau Krankheitssache oder parallele „Charaktersache“ sind. Die Auseinandersetzung von Herrn S. schwankt zwischen den Einschätzungen „hässliche Erkrankung“ und „Bösartigkeit“. Sie spiegelt hiermit den „klassischen“ Konflikt „mad or bad“, der die Auseinandersetzung mit psychischen Problemen auszeichnet.

Fallanalyse 079 „Es kann einen Rückschlag auch geben, aber man muss es erst einmal positiv sehen“

Frau B., 62 Jahre alt, war Kindergärtnerin. Herr B., 60 Jahre alt, war zuletzt als wissenschaftlicher Mitarbeiter tätig. Beide sind Rentner. Sie sind seit 37 Jahren miteinander verheiratet und haben einen 35jährigen Sohn. Die psychischen Probleme des Ehemannes sind schon Ende der 50er Jahre aufgetreten, bevor Frau B. ihren Mann kennen gelernt hat. Seit 1968 sind die Probleme verstärkt aufgetreten und im Laufe der Zeit ist Herr B. in mehreren Einrichtungen in Behandlung gewesen. Beide meinen, die Diagnose sei ihnen bekannt, der Oberbegriff sei Neurosen und die Frau ergänzt, „irgend etwas mit dem Nervensystem“.

Frau B. thematisiert ausführlich ihren *Umgang mit der Erkrankung* und die *Ressourcen*, die ihr dabei geholfen haben. Besonders ihre eigene Berufstätigkeit als Kindergärtnerin war für sie wichtig, Abstand zu nehmen und abzuschalten von den Problemen zu Hause. „Er war dann zu Hause, und ich war dann auf Arbeit, und da ist das ein bisschen aufgelockerter gewesen.“ Frau B. beschreibt sich als lustigen, fröhlichen Menschen und sie meint, es ist ihr dadurch besser gelungen als vielleicht anderen Partnern, mit den Problemen umzugehen. Neben einer optimistischen Grundhaltung betont sie die Geduld, die der Partner aufbringen muss. „Geduld muss man mitbringen und ein bisschen auch Ausdauer. Ich meine, von heute auf morgen geht es nicht, das hat Jahre gedauert.“ Ihren eigenen Durchhaltewillen sieht sie im Zusammenhang mit ihrer eigenen Erziehung in einer Großfamilie. „Da ging es zu Hause schon etwas anders zu, wir wurden nicht verwöhnt. Wir waren auf uns gestellt.“ Diese Erfahrung habe sie die Ausdauer und die Härte auch gegen sich selbst gelehrt. Vergleichbares forderte sie nun auch von ihrem

Mann. Dieser schätzt im Nachhinein ein, dass neben Liebe und Fürsorge auch eine gewisse Konsequenz vom Partner wichtig ist, auch wenn der Patient dies zunächst als schmerzhaft erlebt. „Ne gewisse Härte muss also auch mit ins Spiel kommen.“ Entscheidend für den Erfolg sehen beide die richtige und kontinuierliche Behandlung an, die Herr B. v.a. in der zuletzt betreuenden Ärztin gefunden hat.

Frau B. sieht als Zeichen der Heilung bzw. Besserung der Situation ihres Mannes ein *verbessertes Zusammensein* an. „Die Erkrankung ist jetzt schon so gut wie ... geheilt oder nicht geheilt, aber es ist nicht das, wie es gewesen ist, denn jetzt ... kommen wir gut miteinander also aus.“ Die Spannungen untereinander sind weniger geworden, seitdem beide die anliegenden Aufgaben und Interessen miteinander absprechen und sich stärker mitteilen. „Jetzt geht’s miteinander. Jetzt wird das abgesprochen früh, er macht das, und ich mach das, es geht wunderbar.“ Neben den gemeinsamen Absprachen und Tagesplanungen fällt ein ausgefülltes Programm für beide Partner mit einer Reihe fester Termine und Verpflichtungen auf (regelmäßig Sport, Besuche / Betreuung von Familienangehörigen). Seit dem Auszug der Schwiegermutter aus der gemeinsamen Wohnung in ein Pflegeheim kann das Paar mit dem Bezug einer neuen Wohnung und einem ersten gemeinsamen Urlaub nach langer Zeit wieder zu seiner Zweisamkeit zurückfinden bzw. diese für sich neu gestalten.

Frau B. sieht in der engen Beziehung zwischen ihrem Mann und dessen Mutter eine der *Ursachen für die Erkrankung* ihres Mannes. „Meine Schwiegermutter dann immer die Hand ja drauf hat, ... dass sie nur den Sohn hatte, aber es wirkt sich später aus.“ Besonders nach dem Verlust des Mannes wurde der Sohn zu stark von der Mutter eingenommen und verwöhnt. Als Folge sieht Frau B. eine besondere Wehleidigkeit ihres Mannes an, in der sie ihn in keiner Weise unterstützt. „Es hat sich verbessert, dass er eben dann nicht so, so wehleidig ist. Jeder hat mal was.“ Diese Normalisierung führt Frau B. auch in ihrer Auseinandersetzung mit der sozialen Umwelt fort. Obwohl sie einen erheblichen Verlust an Beziehungen und Freundschaften im Zuge der Erkrankung ihres Mannes feststellt, meint sie, das gebe es eben überall, dass sich bestimmte Menschen dann zurückziehen. „Es gibt eben welche, die dann abgesprungen sind. ... Das gibt es auch, das gibt es überall, das ist klar.“

Obwohl Frau B. insgesamt einen erfolgreichen Umgang mit der Erkrankung konstatiert, bedeutete dies auch für sie eine *Kraftanstrengung*. „Es fällt einem manchmal schwer Hab ich manchmal gedacht, na ja, gibst du auf oder gibst du nicht auf.“ Dass sie sich als lebenslustigen Gegenpol zu ihrem Mann versteht, habe ihr besonders geholfen, die Situation zu meistern. „Dadurch ist das sicher auch gegangen. Ich meine, wenn man selber so ein bisschen labil ist, würde das sicher anders ausgesehen haben.“ Dennoch schätzt Frau B. die gesamte Situation als nervenaufreibend ein. „Nervenaufreibend ist es schon. Ich meine, wenn man immer nach Hause kommt oder irgend was, und dann immer bloß Gejammer hört, das ist schon schwierig.“ Im Bekanntenkreis konnte sie auf keine Unterstützung bauen zu dieser Zeit, da die *Vorurteile der Erkrankung gegenüber* zu groß sind. „Mit Freunden, Bekannten kann man sich nicht unterhalten, die haben wirklich kein Verständnis für so was, gar nicht. ... Damit muss man auch fertig werden, das ist schon schwierig.“

Fallanalyse 080 „... dass ich immer noch nicht genug Anbindung an diese Problematik habe“

Herr D., 45 Jahre, ist Diplomchemiker und z.Z. als Projektleiter tätig. Seine Frau, 45 Jahre, ist ebenfalls Diplomchemikerin. Sie war zuletzt als Technologin tätig, bevor sie arbeitslos wurde. Seit einem Motorradunfall zu Beginn der Ehe ist Frau D. unterschenkelamputiert und erhält Unfallrente. In der

Nachwendezeit sind die psychischen Probleme verstärkt aufgetreten, die seit vier Jahren behandelt werden. Beide sind seit 25 Jahren verheiratet und haben zwei Töchter im Alter von 19 und 25 Jahren.

Herr D. beginnt zunächst von den *Auswirkungen des Unfalls* zu erzählen, der die gesamte gemeinsame Lebensplanung berührte. Dabei unterscheidet Herr D. zwischen den Veränderungen für sich und denen für seine Frau. „Die Veränderungen für mich persönlich waren eigentlich gleich Null, ... weil für mich feststand, dass ich vor diesem Ereignis eine Entscheidung getroffen hatte, die ich eigentlich nicht revidieren wollte.“ Beide Partner versuchen, die Behinderung der Ehefrau zu akzeptieren und Normalität wiederherzustellen. „Wo ich das fast unterdrückt habe, überhaupt zu registrieren und wahrzunehmen, dass meine Frau behindert ist. Das hab ich also einfach unterdrückt und habe alles so gemacht, als würde ich’s machen, als würden ganz normale Menschen, denen überhaupt nichts fehlt, miteinander umgehen und miteinander halt ihr Leben bestreiten.“ Die Entscheidung für ein zweites Kind und der Bau eines Eigenheim wurden bewusst im Interesse beider Partner getroffen und wie Herr D. meint, „durchgezogen“.

Diese Wortwahl (das Leben bestreiten, durchziehen, einrichten, unterdrücken) steht für eine Härte und Selbstkontrolle, die auch im Interview spürbar, aber mit der Dauer des Gespräches weniger wird. Je länger Herr D. über seine Situation reflektiert, um so mehr zeigt sich seine Ernüchterung, Desillusionierung und Bodenständigkeit dem Leben und der Partnerschaft gegenüber. Herr D. resümiert im Verlaufe des Interviews, dass er viele „Abstriche“ machen musste, die ihm zum damaligen Zeitpunkt nicht bewusst waren „Abstriche in der Richtung, dass man seine persönlichen Interessen nicht unbedingt durchsetzen kann. Man muss halt auf den Partner, den man gewählt hat und zu dem man steht, Rücksicht nehmen. ... Man muss auch, das hab ich auch getan, Dinge im Leben einfach so einrichten, dass beide damit zurechtkommen“. Herr D. spürt dabei eine zunehmende *Verletzlichkeit, Dünnhäutigkeit und Betroffenheit*, die für ihn über das erträgliche und mitteilbare Maß hinausgeht. Als Selbstschutz zeigt er ein betont forsches bis teilweise aggressives Auftreten anderen und sich selbst gegenüber. „Das kommt dahin, dass man, um sich selbst zu schützen, weil man so dünnhäutig ist, halt nur nach außen hin ziemlich aggressiv ist. Und ich bin so aggressiv Leuten gegenüber, die es eigentlich gar nicht verdient haben, sag ich mal. Und da bin ich ein bisschen betroffen, so einfach ist das, um da vielleicht mal die Seele da auszukippen.“

Erleichterung sucht Herr D. in exzessivem Arbeiten, verbunden mit vielen Reisetätigkeiten, was ebenso wie das Aus-dem-Weg-gehen in dem großen Haus als Möglichkeit der Distanzierung vom Partner betrachtet werden kann. „Und dann, muss man einfach sagen, ein bisschen Abstand voneinander, das können wir. Wir sind nicht auf einer Zweiraumwohnung, [wo wir] auf engstem Raum miteinander umgehen müssen. Also ich kann da schon auf’s Feld rennen und dort mal meinen Unwillen an irgendwelchen anderen Sachen auslassen.“ Die innere Anspannung, die gereizte partnerschaftliche Atmosphäre, der hohe berufliche Einsatz bei wenig Entspannung und Ausgleich müssen insgesamt als Risiken für seine seelische und körperliche Gesundheit angesehen werden. Herr D. leidet seit einiger Zeit an Tinnitus und meint, er müsse eigentlich auch Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen, für die er aber keine Zeit hat.

Die *Beziehung zu seiner Frau* beschreibt Herr D. als „einvernehmliches Übereinkommen“ und fügt zum Ende des Gespräches nachdenklich hinzu: „Wir haben uns eingerichtet, wir haben uns einfach eingerichtet“. In dieser Wortwahl scheint kein Platz für große Gesten und Emotionen. Im Gegenteil, Herr D. lässt mehrfach im Gespräch anklingen, dass er seinem jetzigen Leben ein glücklicheres geopfert hat. „Wenn ich damals ’ne andere Entscheidung getroffen hätte, wenn ich das mal so weiterspinne, dann hätte ich heute garantiert ’ne andere Frau.“ Herr D. beschreibt die partnerschaftliche Kommunikation als eine Aneinanderreihung von Vorwürfen, Missverständnissen, Gereiztheiten, Verletzungen. Dies verhindert

letzten Endes für ihn jede Form einer Einflussnahme auf das Befinden seiner Frau oder eines angemessenen Umgangs miteinander. „Wenn ich es mal ganz krass darstellen darf, wenn einer durch die Gegend läuft mit zweischneidigen Messern in der Hand und um sich sticht, da kann man nicht ran ... und wegen mir in die Arme nehmen und sagen, komm, jetzt machen wir mal. Das geht nicht, weil man dabei selbst zu stark verletzt wird.“ Die Streitigkeiten laufen nach ähnlichem Muster ab und sind für Herrn D. nur in ihrer Schärfe und Gewichtung durch die Krankheit beeinflusst. „Wir haben das auch früher schon analysiert, warum haben wir uns jetzt eigentlich gestritten über irgendwas. Das war doch bloß, weil der Stift jetzt hier schräg gelegen ist, und ich sage, der muss gerade liegen, ja, solche Nichtigkeiten ... gab es früher schon und heute auch. Bloß heute ist es halt manchmal in einem anderen Umfeld zu sehen oder andersherum, meine Frau legt es auf eine andere Waagschale, nach dem Motto ‚Ich bin ja aus dem Beruf geflogen, ich habe die Unfähigkeit nachgesagt bekommen und Du tust nur das, um das noch zu vertiefen.‘“ Die Beziehung ist belastet durch die Arbeitsmarktsituation und die begrenzten Möglichkeiten für die Ehefrau, in ihren Fähigkeiten und ihrem Selbstwert bestätigt zu werden.

Herr D. sieht die Verstärkung der depressiven Symptome seiner Frau als *Folge des gesellschaftlichen Wandels* und der veränderten Arbeitsmarktsituation. „Der psychische Knick, der kam mit der Wende ganz deutlich. Da haben wir dort diese Veränderung im Gesellschaftssystem unterschiedlich verkraftet.“ Die Firma, in der die Frau gearbeitet hatte, wurde „zusammengeschrumpft“ und da sie sich von den erhöhten Leistungserwartungen überfordert gefühlt hatte, schied sie aus. „Wir haben dann entschieden, o.k., ich mach meinen Job ... Ich verdiene das Geld, was wir gemeinsam brauchen.“ Herr D. ist sich bewusst, dass seine Frau, die den gleichen Studienabschluss wie er hat, benachteiligt ist. Da er aber darauf ebenso wenig Einfluss nehmen kann, wie den Unfall ungeschehen machen, richtet er sich in einer bedrückenden Klarheit und Unausweichlichkeit in den Umständen ein. „Wir gehen als gestandene Leute miteinander um. Ja, wir versuchen das auch, ich sag mal, kameradschaftlich zu machen, jedenfalls von meiner Seite.“

Fallanalyse 082 „Also wie’s jetzt ist, damit kann man leben“

Frau M. ist 58 Jahre alt und z.Z. arbeitslos. Sie hat zuletzt als Geflügelzüchterin gearbeitet. Ihr Mann, ebenfalls 58 Jahre alt, ist Polizist. Beide sind seit 1962 verheiratet und haben eine 34jährige Tochter und zwei Söhne im Alter von 29 und 31 Jahren. Die psychischen Probleme des Partners, die Frau M. als Depression beschreibt, werden seit drei Jahren medikamentös behandelt.

Zentrales Thema ist für Frau M. die *Auseinandersetzung mit der Erkrankung*. Zum einen beobachtet sie Veränderungen an ihrem Mann, z.B. aggressiveres Autofahren, Angstzustände vor beruflichen Anforderungen, erhebliche Stimmungsschwankungen sowie gereizte oder apathische Stimmung, wenn er sich mit der Tagespolitik (Nachrichtensendungen) beschäftigt. Andererseits ordnet sie diese Veränderungen als „Charaktersache“ ein bzw. als Folge des beruflichen Abstiegs ihres Mannes, den sie als ungerecht empfindet. Ihr Mann war als Polizist versetzt worden und muss nun, verglichen mit seinen früheren Aufgaben, unterfordernde Arbeiten ausführen. Diese Situation habe sich „von Jahr zu Jahr gesteigert“, so dass es vor drei Jahren zu einem behandlungsbedürftigen Zustand kam. Allerdings erscheint ihr dies fraglich, da sie einen engeren Krankheitsbegriff hat. „Ma merkt ihm ja nischt an, er is eigentlich so ganz normal.“

Da Frau M. die Krankhaftigkeit der beobachteten und berichteten Beschwerden ihres Mannes anzweifelt, ist sie auch der medizinischen Einordnung und *Behandlung* gegenüber skeptisch. „Ich weiß och nich, ...

wie man das manchmal hört, dass jemand eben richtig seelisch krank is, könnt ich eigentlich nich sachn, ... 's, is auch irgendwo e bissel ... Charaktersache mit, denk ich ... und ob das nu wirklich so schlimm is bei ihm, dass kann ich eigentlich nich ... sachn. Ich sach mir bloß immer, ... der Nervenarzt müsst es ja eigentlich wissen.“ Ihre Skepsis wird verstärkt durch unzureichende Information seitens der behandelnden Ärzte, so dass die einseitig pharmakologische Behandlung bei Frau M. Misstrauen und Ängste auslöst. „Un er [Anmerk.: der Arzt] verschreibt ... mitunter sehr starke Medikamente. Kinder sachn och, er müsste vielleicht ma 'ne Therapie machen, ja aber, bis jetzt is uns so was überhaupt nich angeboten worden, also, ich hätte och ganz gerne mich mal mit dem behandelnden Arzt unterhalten, aber da war irgendwie ... gar nichts, ja das vermiss ich eigentlich.“ Dieses *Informationsdefizit* führt dazu, dass Frau M. unsicher ist, welche Symptome sie der Krankheit, dem momentanen Befindens ihres Mannes oder der Behandlung zuordnen muss. „Ich kann mir eben eigentlich von seiner Erkrankung ... gar kein richtiges Bild machen. 'S einzige, was mir auffällt, dass er erhebliche Stimmungsschwankungen hat. ... Ich kann aber nich sagen, ob das mit der Tabletteneinnahme zusammenhängt, oder ob das zum Krankheitsbild gehört.“

Die Unsicherheiten in der Einordnung des miterlebten Symptomverhaltens führen zu Unsicherheiten im *Umgang mit der Erkrankung*. „Wenn's jetzt wirklich 'ne Krankheit is, so wie's dargestellt wird, da muss ich ganz ehrlich sachn, ich kann mit der Krankheit nich umgehn, ich weiß nich, wie ich mein Mann nehm soll, ... ich weiß nich, wie ich ihm helfen könnte.“ Frau M. versucht, den normalen und gewohnten Alltag so gut wie möglich aufrechtzuerhalten. Das verstärkte Eingehen auf ihren Mann hat zum Teil zur Folge, dass sie das Wohlergehen ihres Mannes vor ihre eigene Situation stellt. „Ich bin eigentlich jetzt schon einige Jahre arbeitslos, ... ich hab mich nun damit abgefunden, un jetzt bin ich froh, dass ich zu Hause bin. Wenn mein Mann nach Hause käme, un es wäre niemand da, dann wär das noch viel schlimmer. ... Das dauert schon 'ne ganze Weile, bis ma sich damit abfindet, aber, jetzt, is es schon gut so. Ich geh ihm da auch nich irgendwie auf 'n Geist, ... ich jammre deswegen nich rum.“

Die *Beziehung* ist von Fürsorglichkeit und Verzicht auf ihrer Seite gekennzeichnet. „Dann kommt er eben frustriert nach Hause, ... lädt das zu Hause ab. Irgendwo muss er ja, ne. Ich meen, ich spiel da schon en Prellbock, ... obwohl mir das och manchmal reicht, weil's ja eigentlich immer wieder dasselbe is.“ Die Beeinträchtigungen der Gesundheit ihres Mannes sieht sie als Verlust für die Beziehung und die gemeinsame Zukunft an vor allem im Hinblick auf ihre gemeinsame Freizeit und Aktivität. „Mich belastet, ... dass mein Mann halt eben doch nich mehr so fit is, wie ma sich das vorstellt.“ Insgesamt vermittelt sie ein Bild des sich bescheiden fügenden Verzichts. Es sei gut „damit“ zu leben, wenn es eben nicht schlimmer werde.

Fallanalyse 083 „Momentan ist es für mich nur wie 'ne Wohngemeinschaft“

Frau C., 29 Jahre alt und geschieden, ist ausgebildete Dachdeckergehilfin. Sie ist zum Zeitpunkt des Interviews im Erziehungsjahr und erhält staatliche Beihilfen zum Lebensunterhalt. Ihr Lebenspartner, 36 Jahre alt, arbeitet seit einem halben Jahr im Tiefbau. Mit ihm hat sie einen 2jährigen Sohn. Aus erster Ehe hat sie einen 10jährigen Sohn und eine 9jährige Tochter. Frau C. ist aufgrund eines Vergewaltigungstraumas in psychotherapeutischer Behandlung. Der zunehmende Alkoholkonsum ihres Partners ist mit Stimmungsschwankungen und verbaler Gewalt ihr gegenüber verbunden. Erst deutliche Trennungswünsche ihrerseits und der drohende Verlust seines Arbeitsplatzes führten zur ambulanten psychiatrischen Behandlung des Mannes.

Die *Beziehung und ihre Zukunft* sind für Frau C. zentrale Themen ihrer Erzählung. Die Veränderungen, die sie an ihrem Partner bemerkt, beeinträchtigen die familiäre Harmonie. Frau C. fragt sich, ob ihr derzeitiges Zusammenleben überhaupt noch etwas mit einer Familie zu tun hat und beschreibt es eher als Wohngemeinschaft. Der erhöhte Alkoholkonsum ihres Partners und die damit verbundenen verbalen Aggressionen ihr gegenüber haben ihr Vertrauen in die Partnerschaft zerstört. Angst ist der zentrale Ausdruck für ihr eigenes Befinden. Sie hat Angst, ihr Partner könne gewalttätig ihr oder den Kindern gegenüber werden; Angst vor ihren eigenen Emotionen; aber auch Angst um den Partner, der ohne sie in einer schwierigen finanziellen Situation wäre. Frau C. sieht die gemeinsame Zukunft gefährdet, ist sich aber unsicher, Entscheidungen zu treffen. Sie macht eine Besserung der Lage davon abhängig, inwiefern ihr Partner die Einsicht gewinnt, dass er eine Therapie und Hilfe braucht. Er muss in ihren Augen mit seiner Vergangenheit und seinen Kindheitsverletzungen abschließen und sich von seiner zu engen Bindung zur Mutter lösen, bevor er ein Partner für sie und ein Vater für seinen Sohn sein kann. Letzteres zieht sie in Zweifel: „Ein richtiger Vater ist er nicht“. Sie bezweifelt, dass ihr Partner Verantwortung übernehmen kann und sieht die Last der Versorgung und Organisation der Familie allein bei sich. „Er ist auf eine Art ein Junge, ein kleiner Junge. ... Wenn er was sieht, das muss er haben, während ich hier vielleicht irgendwo kämpfe, irgendwie, dass wir über die Runden kommen.“ Sein Hobby sind Bastelarbeiten an einer Modelleisenbahn, deren Zusatzteile einen Teil des geringen Budgets der Familie beanspruchen. Frau C. lebt mit dem Existenzminimum und muss extrem sparsam haushalten. Diese Situation, ihre eigene Geschichte und die Spannungen in der Beziehung führen zu einem Gefühl von Überforderung und Ausweglosigkeit. „Manchmal möchte ich wegrennen, alles hinter mir lassen, alle Türen zu machen.“

Frau C. erlebt v.a. den *Verlust von Intimität und Zärtlichkeit* in ihrer Partnerschaft als schmerzhaft. Die Vergewaltigung überschattet ihre Beziehung. Dazu war es gekommen, als ihr Partner sie wegen eines Streites nicht wie gewohnt abgeholt hatte und sie nachts mit dem Fahrrad durch einen Park gefahren ist. Neben den Problemen, das Erlebte selbst zu verarbeiten, macht sie sich Gedanken um ihren Partner und dessen Schuldgefühle. Beide hatten sich zum damaligen Zeitpunkt erst seit fünf Monaten gekannt, so dass sie auf keine stabile und tragfähige Partnerschaft aufbauen konnten, um das Erlebte gemeinsam zu verarbeiten. „Es war 'ne harte Barriere für ihn und für mich auch.“ Auch sieht sie die Probleme darin begründet, dass er zu schnell vergessen hat und wenig sensibel für das Thema ist. Dies äußert sich z.B. darin, dass er anzüglich bedruckte T-Shirts trägt, Gewaltszenen gegen Frauen im Fernsehen nicht wegschaltet und ihre Gefühle bagatellisiert. Trennungsversuche hat Frau C. bisher vorwiegend aus Mitleid mit dem Partner immer wieder abgebrochen. Sie sieht aber das Zusammensein als Hindernis für ihre eigene Entwicklung und als Belastung an. „Ich hab's ihm versucht zu erklären. Ich sage: ‚Du bist 'ne fette Hummel, die sich am Strohhalme festhält.‘ Ich sage: ‚Ich geh' selber unter‘“.

Frau C. ist seit dem Vergewaltigungstrauma in *psychotherapeutischer Behandlung*. Sie hatte zuvor schon versucht, eine Therapie zu beginnen, hätte aber eine lange Wartezeit in Kauf nehmen müssen. „Ich brauch die Hilfe jetzt und nicht in einem Vierteljahr. ... Irgendwo da fühlt man sich alleingelassen.“ Sie kritisiert, dass der Zugang zu einer Therapie so schwierig ist. Dass sie später sofort an einen Therapeuten verwiesen wird, ist für sie ein Zeichen, dass es im Notfall schnellere Wege zur Behandlung gibt. Vorurteile und Ängste einer Therapie gegenüber können zusätzlich die Schwelle erhöhen, Hilfe aufzusuchen. Diese Erfahrung macht sie mit ihrem Partner, der sich zunächst über ihre Behandlung lustig machte und eine eigene Therapie ablehnte. „Er sagt immer, er hat keine Meise und er ist nicht verrückt.“ Frau C. beschreibt sich als depressiv und an Angststörungen leidend. Die Symptome sind jedoch nicht eindeutig zuordenbar und in ihrer Schwere und Dauer sehr variabel. Dies ist mit den Theorien der Psychotraumatologie gut vereinbar. In einem Kuraufenthalt hat sie wieder mehr Zutrauen zu sich selbst

und zu ihren Entscheidungen gefunden, um auch Kraft für eine Trennung zu haben. Ihr eigenes Befinden macht sie abhängig vom weiteren Verlauf ihrer Beziehung.

Fallanalyse 084 „Dis fiel alles über ihm zusammen und über mir im Prinzip auch“

Frau B. ist 58 Jahre alt. Sie war bis zu ihrer Entlassung im grafischen Gewerbe tätig. Ihr Mann ist 60 Jahre alt und bezieht Altersrente. Er war zuletzt mit der Verwaltung des Hauses beschäftigt, welches er geerbt hat. Beide sind seit 36 Jahren verheiratet und haben einen 35jährigen Sohn und eine 31jährige Tochter. Die psychischen Probleme des Mannes, die Frau B. als Depression beschreibt, sind vor drei Jahren aufgetreten und werden seitdem behandelt.

Frau B. berichtet ausführlich über die *Ursachen und Umstände*, die zur Erkrankung ihres Mannes geführt haben. Sie sieht eine Überforderung ihres Mannes durch das Erbe eines Wohnhauses und die damit verbundenen Verpflichtungen als krankheitsauslösend an. Überforderungen entstanden aus Verhandlungen für die Erbengemeinschaft mit der Treuhand, Demontage von Maschinen und Auflösung des zum Erbe gehörenden Betriebes mit Entlassung der Mitarbeiter, Sanierung der „maroden Immobilie“ mit Übernahme der Bauleitung sowie finanzielle Belastungen durch Abrisskosten. Eine Prüfung der Finanzbehörde führte dann zur Aufdeckung gravierender Fehler. „Das hing alles in der Luft, ... dass wir also finanziell wirklich dann so runter gewesen wären, dass das Haus dann an die Bank gefallen wäre und dass wir vielleicht unsre ganzen Antiquitäten hätten verkaufen müssen und uns 'ne winzige Wohnung mieten könnten.“ Diese Situation wird besonders bedrohlich erlebt vor dem Hintergrund, dass Fam. B. einen sehr hohen Lebensstandard hatte („immer in 150qm und größeren Wohnungen gelebt“) und Herrn B. „immer alles geglückt war in seinem Leben“. Daher sieht Frau B. das Haus als Belastung für ihren Mann und bemerkt, dass es ihm auf Reisen und mit zunehmender Entfernung vom belastenden Milieu besser geht. Sie fragt sich daher, ob eine räumliche Veränderung auch eine langfristige Besserung bringen würde. Dies sieht sie jedoch kritisch u.a. aufgrund des aktuellen Überangebotes auf dem Immobilienmarkt. „Wenn wir in der Lage wären, das Haus abzustoßen ... und würden woanders hinziehen, ob das da besser wird, ich weiß es nicht.“

Der *Umgang mit der Erkrankung* ist zunächst von der Suche nach einer geeigneten Behandlung und von der Entlastung des Partners geprägt, der den vielfachen Anforderungen aufgrund der Symptome nicht mehr nachkommen konnte. Nach ca. einem Jahr erfolgloser ambulanter medikamentöser Behandlung wird eine Überweisung in die Tagesklinik vorgenommen. „Er [Anmerk.: der Arzt] hat ihn im Prinzip nur noch mit Medikamenten versorgt, er hat nicht mehr mit ihm Gespräche geführt und nichts, er hat praktisch die Depression nur auf unsre finanzielle Lage zurückgeführt.“ Ähnlich hatte auch Frau B. gedacht, „wenn dieser Druck von ihm weg ist, dann fängt er sich wieder, aber er fing sich nicht wieder.“

Den Partner zu entlasten bedeutete für Frau B. eine *zusätzliche Belastung* für sich selbst. „In der Zeit musste ich also praktisch den Bau hier übernehmen, musste ... den Umzug organisieren, da war er überhaupt nicht in der Lage, mir auch nur 'n bisschen zu helfen. Das hab ich also alles alleine bewerkstelligt.“

Die Erkrankung hat neben der Übernahme der Aufgaben für Frau B. auch eine Reihe von Einschränkungen für das *Familienleben* mit sich gebracht. Sie konnte sich ihren eigenen Interessen, wie z.B. der Möbelrestauration nicht mehr widmen und musste sich in völlig neue Gebiete einarbeiten.

Darüber hinaus werden Einschränkungen sozialer Aktivitäten und gemeinsamer Unternehmungen deutlich. „Wir sind also zwei Jahre überhaupt nicht aus ’n Haus gekommen. ... Es war ihm alles zuviel. Er hat alles abgeblockt.“ Die Partnerschaft wird als stark verändert erlebt. „Er war vor dieser Depression der Optimist von uns beiden, ... und so mit einmal kehrte sich das total um.“ Versuche von Frau B. ihrem Mann gegenüber „superoptimistisch zu sein“, bringen allerdings wenig. „Er registriert es zwar, aber er kann sich da nicht so richtig mitfreuen. ... Ich kann das nicht auf ihn projizieren, ’s funktioniert nicht.“

Die gesamte Situation und die teilweise erfolglosen Bemühungen, ihrem Mann zu helfen, werden von Frau B. als Belastung erlebt, die auch *Auswirkungen auf ihr Befinden* hatte. Sie thematisiert Angst vor Selbstmordgedanken ihres Mannes, aber auch vor Rückfällen oder chronischen Verläufen. „Was mich belastet ist, dass ich manchmal so denke, ob er überhaupt da wieder rauskommt, das belastet mich. ... Das ist für ihn ’ne ganz schlimme Situation, dass er immer so ... unter diesen Ängsten leidet und ich kann ihm die Angst nicht nehmen.“ Die Hilflosigkeit, die Frau B. erlebt, entmutigt sie in ihren Bemühungen. „Das ist das, was mich eben so belastet, dass ich meinem Mann überhaupt nicht helfen kann, dass ich nur immer versuchen kann, ihn aufzubauen, und dass ich auch manchmal, ’n bisschen ungeduldig bin, ... wenn ich ihm das alles aufzähle die positiven Dinge und er lässt mich dann ausreden, und ... dann kommt dieses ‚Ja, aber‘.“

Fallanalyse 085 „Eine gewisse Ruhelosigkeit in einem selber“

Herr W. ist 38 Jahre alt. Er ist Beamter bei der Polizei und arbeitet im Schichtdienst. Seine Frau ist 37 Jahre alt und war zuletzt als Sachbearbeiterin tätig. Beide sind seit 16 Jahren verheiratet und haben eine 15jährige Tochter. Die psychischen Probleme der Ehefrau, die Herr W. als Depression beschreibt, sind erstmalig im Frühjahr 1999 aufgetreten und werden seitdem behandelt.

Herr W. betont zunächst, dass sich für ihn „im Großen“ nichts geändert hat und die Krankheit auch für die Familie keine großen Veränderungen mit sich brachte. „Wir leben genauso wie vorher, och mit der Krankheit.“ Das mag zum einen daran liegen, dass Herr W. eine sehr gute partnerschaftliche *Beziehung* beschreibt, welche eine offene Diskussion von Problemen jederzeit zulässt. Zum anderen verfügt er über ein umfangreiches Wissen und über Erfahrungen mit dem Thema Depression. „Meine Schwester hat erst kurz vorher das selbe Problem gehabt, ... so dass ich die Symptome och kannte.“ Zudem fühlt sich die Familie gut sozial unterstützt und kann offen mit den Problemen umgehen. Darüber hinaus gibt Herr W. an, durch seinen Beruf Krisenmanagement und den Umgang mit depressiven Menschen gewohnt zu sein.

Dies verstärkt jedoch andererseits die *Anspannung*, die er seit der Erkrankung seiner Frau empfindet, da er die schlimmsten Auswirkungen dieser Krankheit kennt. Zum Beispiel muss er in seinem Beruf die Todesnachricht nach einem Suizid den Angehörigen überbringen. Daher versucht er zwischen seinen beruflichen Erfahrungen und der Gefahr der Erkrankung für die Familie zu unterscheiden. Dafür wendet er verschiedene *Wege der Normalisierung* an. Er vergleicht die Symptome seiner Frau mit eigenen Erfahrungen. „Ich unterlieg ja auch Stimmungen, ... ich hab och mein schlechten Tag.“ Er versucht, die psychiatrische Behandlung zu normalisieren. „Sie kommt aus der Klapper, ... das ist och, es ist normal eigentlich. Sie spricht doch selber immer von der Klapper, ... das ... hat sich bei uns so eingebürgert, ... es ist kein Problem also. Mit der Krankheit gab’s eigentlich noch nie Probleme, dass wir sie nicht verstanden haben oder so.“ Andererseits nimmt er Veränderungen an sich wahr. „Es wird dann vielleicht keene

Normalität sein, sondern ... eene gewisse Ruhelosigkeit in einem selber, ... Anspannung ist immer da, ja.“ Diese Anspannung teilt er seiner Frau nicht mit und versucht, sie nicht zu zeigen.

Statt dessen versucht Herr W., im Verborgenen die familiären Abläufe unter Kontrolle zu halten und seiner Frau ihre eigenen Grenzen aufzuzeigen bzw. auf Ruhephasen zu bestehen. „Zu Hause haben wir eigentlich alles im Griff, ... wenn sie nich mehr kann, dann legt se sich in 's Bett und da ist gut. Da ist Feierabend. Das hat sich eigentlich och schon so eingespielt.“ Sein *Umgang mit der Erkrankung* ist von Rücksichtnahme und einem Gefühl des Aufpassen-müssen gekennzeichnet. „In der Hinsicht was geändert, dass ich mehr aufpasse, wie es ihr gesundheitlich geht. Jede Äußerung von ihr, ... was die Krankheit betrifft, ... ich merke bei ihr sofort, ... wenn se 'n schlechten Tag hat ... und dann nehme ich doch schon etwas mehr Rücksicht wie früher vielleicht.“

Fallanalyse 092 „Aber wie geht's weiter“

Frau K., 48 Jahre alt, ist Lehrerin. Ihr Mann, 57 Jahre, war zuletzt als Sprachlehrer beschäftigt. Zum Zeitpunkt des Gespräches ist er arbeitslos. Beide sind seit 26 Jahren verheiratet und haben einen 24jährigen Sohn und eine 21jährige Tochter. Die psychischen Probleme sind zum ersten Mal vor zwei Jahren aufgetreten und wurden zunächst pharmakologisch durch den Hausarzt behandelt. Frau K. spricht von schwerer Depression, die zum Zeitpunkt des Interviews stationär behandelt wurde.

Frau K. beschreibt detailliert den *Verlauf der Krankheit bei ihrem Mann und wie sie diesen erlebt hat*. „Ich hab diese Krankheit eigentlich in Phasen erlebt, ohne, dass ich zu Beginn, es als Krankheit angesehen hätte.“ Zunächst erlebt ihr Mann Angstzustände vor bestehenden Unterrichtsterminen und ist außerstande, seine Tätigkeit fortzusetzen. Frau K. beschreibt dies als „Zusammenbruch“, der zunächst beim Hausarzt mit Beruhigungstabletten behandelt wird. Da keine Besserung eintritt, wird ein Psychiater aufgesucht, der ein anderes Medikament und eine begleitende 14tägige „Gesprächstherapie“ verordnet. Herr K. nimmt seine Arbeit wieder auf, muss sie aber nach drei Tagen wegen der gleichen Symptome abbrechen. Die „Gesprächstherapie“ wird nun wöchentlich angesetzt. Da keine Besserung eintritt, beginnt Herr K. eine tagesklinische Behandlung. Anschließend übernimmt er nach einem Urlaub im Sommer zwei Kurse erfolgreich, leidet aber mit Beginn des Herbstes erneut an den Beschwerden und ist nicht arbeitsfähig. Unterdessen war die behandelnde Psychiaterin in Rente gegangen. Herr K. meint nun, die Symptome mit (medikamentöser) Unterstützung der Hausärztin (vorrangig Schlafmittel) selbst in den Griff zu bekommen. Frau K. macht sich zunehmend Sorgen um ihren Mann und drängt ihn zu einer Untersuchung beim Internisten, nachdem Herzbeschwerden aufgetreten sind. Diverse Spezialuntersuchungen bleiben ohne Befund. Unterdessen bemerkt Frau K. eine Einsilbigkeit und Schweigsamkeit bei ihrem Mann, die sie verunsichert und extrem beunruhigt: „Es war dann jedenfalls derart akut, dass ich von einem Tag auf den anderen hier gesagt hab, also wenn wir jetzt nicht einen Arzt aufsuchen, ...,ich schaffe das nicht mehr hier. Ja, ich ging früh aus dem Haus, mein Mann war zu Hause und bei mir [war] dann irgendwo die Angst, wo ich gedacht habe, was ist, wenn du heute Mittag nach Hause kommst.“

Die *Suche nach einem Ansprechpartner und geeigneter Behandlung* gestaltet sich für Frau K. schwierig. Bei dem nächstgelegenen Arzt bestehen monatelange Wartezeiten. In den gelben Seiten wählt Frau K. dann nach dem Titel eine praktizierende Psychiaterin aus. Ein Termin kann sehr schnell vereinbart werden. „Das war die erste, die gesagt hat, das sind ganz schwere Depressionen und damit war

angesprochen, was hier vorliegt. ... Mein Mann war drei Wochen krank geschrieben nach diesem ersten Besuch, hatte dann wieder einen Termin. Ja, im Prinzip wurde das Rezept erneuert, das war's, was dort stattfand.“ Frau K. drängt dann bei der Ärztin auf ein gemeinsames Gespräch und darauf, dass irgend etwas passieren müsse. „Nachmittags [sind wir] bei der Ärztin gewesen. Da passierte gar nichts, das war im Prinzip eine Beruhigung ... und ganz einfach der Hinweis, das müssen sie selber schaffen.“ Da die Situation sich daraufhin nicht verändert, übernimmt Frau K. erneut die Initiative. An einem Wochenende erreicht sie über die Auskunft eine diensthabende Ärztin, die zunächst eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik versucht, wo die Stationen allerdings belegt sind. Daraufhin ruft Frau K. selbst in der Klinik an, wo sie in einem ausführlichen Gespräch beruhigt wird und eine stationäre Aufnahme nach Überweisung durch den Hausarzt am nächsten Tag erfolgen soll. Frau K. alarmiert dann ihre Kinder, dass sie in der elterlichen Wohnung sein können und den Vater zur Hausärztin und anschließend in die Klinik begleiten. „Ich hab gesagt, das wird nichts mehr und wir müssen ... einen Punkt setzen und du wolltest und jetzt machen wir das auch.“ Die stationäre Behandlung erlebt Frau K. als sehr positiv. Sie fühlt sich stets einbezogen und informiert und ist beeindruckt darüber, wie individuell die Therapie gestaltet wird. „[Es war] beruhigend zu wissen, der ist ja gut aufgehoben. ... Ich wusste also auch, welche Schritte geplant sind ... und insofern hat mir das wirklich geholfen.“

Die lange Unsicherheit bezüglich der Behandlung und die Ereignisse bis zur Einweisung haben Frau K. sehr belastet. „Zumindest in dieser Zeit, ich hab Angst gehabt. Am Anfang hab ich gedacht, wie schaffst du das, wie schaffst du das.“ Nach der Klinikeinweisung ihres Mannes fühlt sich Frau K. zunächst erleichtert, kann auch wieder schlafen. Sie war zuvor sehr unruhig, hatte ihren Mann beobachtet und gehorcht, ob er schläft. Diese *Anspannung und Suche nach möglichen Anzeichen* wird als kräftezehrend erlebt. Da Frau K. ihren Mann als wenig gesprächig kannte, fällt es ihr schwer, die zunehmende Einsilbigkeit als Krankheitszeichen zu erkennen. „Das war ja so das, was mir die Sache auch schwer gemacht hat. Ich konnte also ganz normal mit meinem Mann sprechen. Es war allerdings wenig, was rüber kam. ... Ja, es war ja früher nicht all zu viel anders. ... Der Typ war er nie.“ Der Rückzug ihres Mannes und seine Passivität lösen in ihr jedoch verstärkt Misstrauen, Verärgerung und Wut aus. „Das war eine Einsilbigkeit, sag ich mal, wo ich streckenweise sogar wütend innerlich war, wo ich gedacht habe, mein Gott noch mal, kein bisschen macht er mit.“ Dies führt in der Folge zu Resignation und Ratlosigkeit hinsichtlich der eigenen Möglichkeiten, die Situation zu beeinflussen. „Dass ich ja manchmal Phasen hatte, wo ich nicht mehr wusste, wie ... ja und ich mir immer gedacht habe, also, ja gut, wenn der Wille nicht da ist, zwingen kannst du niemanden.“ Die professionelle Hilfe wird von Frau K. daher als Erleichterung erlebt. Um so stärker ist ihre Angst vor dem Ende der Behandlung und der Zeit danach. „Ich bin im Moment in dem Zwiespalt auf der einen Seite die Freude, das deutet sich wohl an, das zunächst der stationäre Aufenthalt zu Ende geht. Aber wie geht's weiter, ... welche Möglichkeiten gibt's, zumindest bei Bedarf, Einrichtungen aufzusuchen. ... Also ich weiß noch nicht konkret, wie das weiter geht, wo ich mich ganz einfach überfordert sehe, wenn ich arbeiten gehe. Ich kann hier nicht jede Stunde anrufen.“

Als besonders hilfreich in der Auseinandersetzung mit der Krankheit sieht Frau K. einen *offenen und tabulosen Umgang damit* in ihrer Familie, ihrem Freundes- und Kollegenkreis und der daraus entstehenden Unterstützung durch das Umfeld an. „Ich muss Ihnen wirklich dazu sagen, weil ich in der ganzen Zeit ... keine Probleme damit hatte, dass ich mich ja über dieses Thema, oder dass ich eigentlich genügend Leute hatte, ich als Person, genügend Leute hatte, mit denen ich mich darüber austauschen konnte, oder wo ich zumindest mal erzählen konnte.“

Frau K. schildert *Veränderungen in ihrer Partnerschaft und ihrem Zusammenleben*. War ihr Mann nie der Erzählende im Gegensatz zu ihr, so berichtete er nach der tagesklinischen Behandlung stärker von sich

und von Tagesereignissen. Durch die Behandlung mit Schlafmitteln erlebte Frau K. ihren Mann als so stark sediert, dass er oft Stunden in einer Art Schlummerzustand vor dem Fernseher verbrachte. Ging er früher gern einkaufen, ließ dieses Interesse nach und machte einer Angst vor Menschenmengen und der Öffentlichkeit Platz. In der Folge ging er nicht mehr oder nur ungern hinaus. Diese Veränderungen und die Tatsache, ihren Mann krank zu erleben, sieht Frau K. als Gegensatz zu ihrem bisherigen Leben. „Mein Mann ist eigentlich, so lange ich ihn kenne, ein Typ gewesen, der für seine Arbeit auch gelebt hat, ... wo ich manchmal gedacht hab, wie schafft er das rein von der Zeit, ja von der Psyche auch, von der physischen Belastung. ... Ansonsten ist er nie krank gewesen.“

Fallanalyse 111 „Also es gibt ganz wenig Stillstand hier“

Herr K. ist 62 Jahre alt und im Vorruhestand. Er war bis 1991 bis zur Schließung des Betriebes im Grafischen Gewerbe tätig. Er machte dann Weiterbildungen für die Bildschirmarbeit und arbeitete in der Kartographie, bis er arbeitslos wurde. Seine Frau ist 61 Jahre alt und arbeitete zuletzt ebenfalls im Grafischen Gewerbe. Beide sind seit 39 Jahren miteinander verheiratet und haben einen 40jährigen Sohn und eine 34jährige Tochter. Frau K. ist vor sieben Jahren an Krebs erkrankt. Ihr wurde im Zuge der Behandlungen und Krankschreibungen gekündigt. Im Zusammenhang damit sind die psychischen Probleme damals erstmalig aufgetreten.

Zentrales Thema der Erzählung ist der *Umgang mit der Erkrankung* in der Familie und die Veränderungen im Laufe der Zeit. Diese Veränderungen werden *als Lernprozess* verstanden. „Anfangs, da musste man allerhand dazulernen, was das Verständnis anbelangt.“ Hierbei wurden die Kinder, Freunde und Verwandte als besonders hilfreich erlebt. Sie halfen, eigene Reaktionen zu reflektieren oder waren Modell für einen verständnisvolleren Umgang. Der Lernprozess wird als Möglichkeit begriffen, neue und erfolgreichere Umgangsweisen zu erlernen. „Früher hätte ich vielleicht jetzt noch aus Unwissenheit heraus gesagt, was weiß ich, ‚hab dich nicht so‘ und das hätte aber die ganze Sache noch gesteigert oder sie hätte sich dann vielleicht zurückgezogen oder so. Ja, aber wie gesagt, das sind die Sachen, die Lernphasen, die man selber als Beteiligter dann mit durchmacht.“

Ablenkung und Abwechslung werden als zentral im Umgang mit der Erkrankung und v.a. mit depressivem Grübeln gesehen. Zu Beginn wurde der Ehepartnerin viel abgenommen an Verpflichtungen und Belastungen. „Das bedeutete eigentlich, dass wir ihr auch vieles, im Haushalt und ringsrum, an Belastungen wegnehmen mussten.“ Diese Haltung wird zunehmend aufgegeben und macht einer *gezielten Beanspruchung* Platz. Die Idee dabei ist, dass, die Partnerin nicht zum Grübeln kommt, wenn sie permanent beschäftigt ist. Daher wird versucht, ihr wohl dosiert Aufgaben zu verschaffen im hauswirtschaftlichen Bereich, in der Organisation von Familienfesten, der Betreuung der Enkelkinder oder der Mithilfe beim Hausbau der Tochter.

Familie K. ist im Sommer Dauercamper auf einem Camping-Platz im Wald. Das wird als Hilfe im Umgang mit der Erkrankung erlebt. Einerseits bietet sich die Möglichkeit für *aktive Erholung* (Spaziergänge, Radfahren) in der Natur. Hier wurde zum Teil ein körperliches Training zum Stressabbau absolviert. „... so dass sie immer im Prinzip im Wald war und viele Märsche durchgeführt hat, die auch, sagen wir mal, über das Normale teilweise hinausgingen, so dass auch Anstrengung mit da war.“

Andererseits wird die *soziale Gemeinschaft* auf dem Campingplatz als verschieden von den normalen Nachbarschaftsbeziehungen erlebt. „Die Verbundenheit unter den Leuten ist in solchen Dingen da doch ein bisschen anders.“ Herr K. resümiert: „Da tritt so was [Anmerk.: depressives Grübeln] gar nicht auf, weil die Eindrücke so groß sind.“ Auch der große Freundeskreis sorgt für Ablenkung.

Dieses Prinzip der engen Verbundenheit gilt auch für die *Familie*. Die Kinder werden als sehr unterstützend wahrgenommen, halten intensiven Kontakt. Die Eltern sind in die Lebenssituation der Kinder eng eingebunden, fahren z.B. alle 14 Tage zur Tochter, um beim Hausbau zu helfen. Jedes Weihnachtsfest wird im Kreis der gesamten Familie verbracht. Dann kommen auch weiter entfernte oder im Ausland wohnende Familienangehörige zu Besuch. Über die Anteilnahme und den Zusammenhalt hinaus erlebt Frau K. besondere Hilfe und Verständnis von ihrer Schwester, die ebenfalls an Krebs erkrankt ist.

Die *Paarbeziehung* wird als sehr eng geschildert. „Also es gibt bei uns kaum mal irgendwas, was jemand alleine macht.“ Die Einkäufe werden gemeinsam erledigt, spontane Unternehmungen wie Kinobesuche oder Stadtbummel sind möglich. „Wenn wir tatsächlich dann mal hier zu Hause sind, dann machen wir unsere Einkäufe gemeinsam und machen auch mal Stadtbummel, wo eigentlich gar nichts geplant ist.“ Im Vergleich zur Saison auf dem Campingplatz wird der Winter als „flaue Zeit“ erlebt, der bewusst mit Aktivitäten ausgefüllt werden muss. „Dann sind wir eben viel unterwegs.“ Neben den vielen gemeinsamen Unternehmungen gibt es auch getrennte Interessenbereiche, die wahrgenommen werden können. „Wenn mal ein Riesenfußballspiel ist, da verschwind ich mal ins andere Zimmer. ... Das muss man auch jedem mal zugestehen so ein paar Dinge.“ Die Partner gehen respektvoll und offen miteinander um. „Es wird im Prinzip alles exakt abgesprochen.“

Insgesamt wirken die Bemühungen wie der *Versuch, die Kontrolle zu behalten* über eine dennoch unkontrollierbare Situation. Die Familie hat einen Weg gefunden, unterstützend und verständnisvoll mit den Schwierigkeiten umzugehen. Dies mag zum einen daran liegen, dass Herr K. die Krebserkrankung als auslösend für die Depression seiner Frau ansieht. Die lebensbedrohliche Krankheit stellt eine enorme seelische Belastung für die Frau, aber auch für die gesamte Familie dar. Die depressive Reaktion auf diese Situation ist für den Partner verständlich. Darüber hinaus ist Herrn K. depressives Empfinden nicht fremd. „Ich habe auch später dann, sagen wir mal, so eine Phase gehabt, wo ich mich mehr mit solchen Dingen befasst habe. Das war in Zeiten, wo dann, sagen wir mal, unser Kombinat abgewickelt worden ist, beziehungsweise der Zweitberuf dann auch noch mal zumachte. ... In solchen Zeiten, wo man, den Sprung von der Berufstätigkeit zum in Anführungsstricheln Nichtstun vollzieht, da hat man erst mal mit sich selber auch ’n bisschen zu tun.“ Nach der Schließung des Betriebes hatte sich ein Kollege von ihm das Leben genommen, ein anderer war kurz darauf verstorben. „Dann hatte man immer noch im Hinterkopf deren Schicksale.“ Aufgrund dieser Erfahrungen ist Herr K. sensibilisiert für die Spirale depressiven Denkens und Fühlens und versucht so gut und schnell wie möglich entgegenzusteuern.

Fallanalyse 112 „Diese Meinung, diese Einstellungsfrage, diese Kämpfe“

Herr D. ist 46 Jahre alt, arbeitet als Monteur und ist nur am Wochenende zu Hause. Seine Frau, 41 Jahre alt, arbeitet z.Z. als Kassiererin in Teilzeit. Beide sind seit 15 Jahren verheiratet, haben eine 15jährige und eine 20jährige Tochter. Als Beginn der psychischen Probleme seiner Frau definiert Herr D. den Zeitpunkt der Eheschließung. Partnerschaftliche Probleme haben den Alltag seither beeinträchtigt. Familie D. ist

1989 über die Prager Botschaft nach Westdeutschland geflohen, nach fünf Jahren aber wieder nach L. gekommen. Seit diesem Zeitpunkt ist Frau D. in psychologischer Behandlung.

In die *Auseinandersetzung mit der Erkrankung* bezieht Herr D. eine Reihe von Faktoren mit ein. Er sieht einen engen Zusammenhang zwischen den Symptomen seiner Frau und der belasteten Ehe, die beide führen. Es fällt Herrn D. daher schwer, zwischen Krankheit und Merkmalen der Partner zu unterscheiden. „Ich kann da gar nicht mehr so richtig sagen, wann es los ging. ... Es gibt ja Probleme in der Ehe und ... krankheitlich bedingte Sachen wahrscheinlich, ... könnte schon, seitdem wir uns kennen gelernt haben, gewesen sein.“ Herr D. beschreibt eine Reihe von Eigenschaften seiner Frau, die er als problematisch erlebt: Engstirnigkeit, Beharren auf der eigenen Meinung, Rechthaberei, wenig Verständnis für die Motive der Mitmenschen, schnelles Aburteilen anderer, strenge Regeln in der Erziehung der Kinder und im eigenen Leben, nicht abschalten können, Eifersucht, „Putzfimmel“, zwanghafter Ordnungssinn, überzogene Ansprüche („nichts recht machen können“), Grübeleien, Denken in gut-schlecht, schwarz-weiß, richtig-falsch. Insgesamt erlebt er eine Diskrepanz zwischen der Lebenshaltung seiner Frau und seiner eigenen. „Ihre Einstellung ist dann eben alte Ordnung, die alten deutschen Tugenden müssen da hervor gekramt werden, und dann ist man ein guter Mensch. Und ich seh das ... lockerer. Ich hab nicht das gut und böse denken und meine Frau, die denkt in schlecht oder gut und dazwischen ist kein Platz für irgendwas.“ Herr D. ist sich nicht sicher, ob diese Eigenschaften seiner Frau krankheitsbedingt sind und veränderbar oder ob sie Abbild der normalen Unterschiedlichkeit von Menschen sind.

Die *Behandlung* seiner Frau ist für Herrn D. kein zentrales Thema der Erzählung. Er führt sie als „lobenswerten“ Versuch der Ehefrau an, sich um alternative Lebensweisen zu bemühen und an sich zu arbeiten. „Das muss ich ihr auch hoch anrechnen, sie arbeitet ja an sich. Ich krieg das ja auch oft gar nicht mit.“

Die *Ursachen der beschriebenen Probleme* sieht Herr D. in der Ursprungsfamilie der Ehefrau begründet. Sie hat in seinen Augen zu wenig „Lebenslust“ vermittelt bekommen, ist in einem engen Kreis mit engen Regeln und einer ausgesprochenen Leistungsorientierung aufgewachsen. Dies bedauert er sehr und nimmt es im Gegensatz zu seinem eigenen Lebenslauf wahr. „Sie musste von klein auf arbeiten und musste viel machen und das prägt sich ja dann [ein]. Also, ihr Kopf ist nicht frei, sie kann nicht phantasieren.“

Herr D. erlebt den *familiären Alltag* als belastet. Er sieht die Unterschiedlichkeit beider Partner zunehmend als unlösbar an. „Man trifft sich nicht in der Mitte“. Folglich bestimmen Streitigkeiten und Meinungsverschiedenheiten den Alltag. „Wir streiten uns im Prinzip über kleine Alltagssachen, würde ich sagen. ... Wir haben keine großen Probleme, also finanziell sind wir gut ausgestattet, wir versuchen auch, mit der Freizeit halbwegs was anzustellen, aber der ganze kleine Alltag ...“. Herr D. erlebt den Alltag zusätzlich erschwert, da er nur am Wochenende zu Hause ist und daher die Familienorganisation seiner Frau überlassen muss. Er sieht dies kritisch, da er in zentralen Fragen der Kindererziehung nicht mit ihr übereinstimmt. Da niemand seiner Frau die Dinge gut genug macht, werden die anderen Familienmitglieder aus den familiären Tätigkeiten ausgegrenzt. An der Hausarbeit beteiligt auch er sich nicht mehr, da er die Dinge ohnehin „nicht richtig genug“ macht. Er sieht dieses Klima jedoch als hinderlich für die Entwicklung der Kinder an. „Wenn man immer hört, Du kannst das nicht, Du kannst das nicht, kann man das nicht und irgendwann glaubt man das und dann kann man sich nicht so entfalten im Leben.“ Die familiäre Atmosphäre ist angespannt, der Umgangston gereizt. „Ich versuche eine kleine Familie aufzubauen, hab ich mein Leben lang versucht, 'ne Familie, die irgendwie zusammenhält und ... aber auch wirklich zusammengehört und unser ganzer Umgangston in der Familie ist etwas schroff. Es fehlt allgemein das Verständnis. Man kann sagen, was man will, aber man trifft auf Unverständnis.“

Herr D. sieht die *Beziehung* ambivalent. Einerseits ist die Partnerschaft sehr schwierig, so dass Gedanken an Alternativen aufkommen. Aber, „es wird nie das Ideale geben.“ Andererseits hat die Partnerschaft eine Probe bestanden und sich bewährt, als das Paar 1989 den Schritt ins Ungewisse gewagt hatte. Und es gibt Ausnahmen und positive Seiten. „Wenn sie locker drauf ist, dann haben wir auch keine Probleme, dann hört sie mir auch vielleicht besser zu.“ Herr D. glaubt, dass seine Frau aufgrund ihrer Lebensgeschichte möglicherweise selbst unter den angegebenen Schwierigkeiten „leidet“ und sie es häufig „nicht so meint“. Er schätzt sehr, dass sie selbst an sich arbeitet in der Behandlung. Zentrale Schwierigkeit in der Beziehung ist die Kommunikation. „Wir kriegen keinen Dialog zusammen.“ Im Gegenteil, ein Gespräch wird als sehr kraftzehrend und zermürbend erlebt. „Sie hat nur ihren Horizont, ihren Willen und Denkweise und dann kommt erst mal immer ein stures nein und dann nach einer Stunde Streit oder Diskussion, dann hat man das geschafft, aber das ist ja so schwer.“ Zusätzlich erlebt er das permanente Nachfragen seiner Frau, z.B. in für ihn unbedeutenden Kleidungsfragen als zermürbend. Herr D. sieht einen Einfluss der Behandlung auf die Kommunikation. „Wir reden auch schon mehr über die Krankheit, das geht mir auch jetzt mehr ins Bewusstsein rein. ... Aber aus dem Alltag ist es nicht raus zu denken.“ Herr D. vermisst die Partnerin, mit der er Diskussionen über Lebensanschauungen führen kann, „Philosophieren mal übers Leben“, da stattdessen die Krankheit die Kommunikation bestimmt. „Ich hab auch keine Lust, [über] immer nur Krankheiten, Tabletten, und alles das zu reden. Das könnte bei uns ein Tagesthema sein.“

Die Vorstellungen beider Partner bezüglich eines gemeinsamen Lebensentwurfs sind ungeklärt. Herr D. sieht daher seine Handlungsmöglichkeiten begrenzt, eine für seine Frau und ihn zufriedenstellendere Lebensgestaltung zu finden. „Ich sage, erzähl mir doch mal von Dir, wie stellst Du Dir eine Familie vor, wie stellst Du Dir das vor, wie müsste das alles ablaufen, wie ist es und da kriege ich keine Antwort.“ Er fühlt sich an einer Grenze, sich in die Situation seiner Frau hineinzuversetzen und seine eigenen Wünsche wie bisher weitgehend zu übergehen. „Ich hab bloß versucht, Verständnis immer zu haben. Ich hab auch viel zurückgesteckt im Freundeskreis.“ Er hatte immer wieder gehofft, man könnte von den Problemen wegziehen, ganz neu und anderswo anfangen, sich etwas gemeinsam aufbauen. Diese Strategie hat sich jedoch als erfolglos erwiesen. „Man dachte, es ändert sich was. ... Aber nichts, [die] Problematik ist weiterhin da, vielleicht sogar noch schlimmer.“

Herr D. ist zunehmend *resigniert, passiv, demoralisiert*. Er versteht die Reaktionen seiner Frau nicht, kann sie in „sachlichen Gesprächen“ auch nicht klären. „Ich krieg dann immer Antworten, die dann so für mich deprimierend sind, wo ich sage, es hat keinen Sinn ... Und da resigniert man vielleicht auch, und da lässt man alles so bisschen baumeln.“ Andererseits lösen die Gespräche in ihm Gefühle von *Wut und Ärger* aus. „Das ist eben dann die Emotion, man kommt nicht mit seiner Logik und mit seiner klaren Aussage weiter, man rennt da gegen eine Wand. Man denkt, man kriegt 'ne unsachliche Antwort, und das bringt mich auf die Palme. ... Ich möchte 'ne Antwort kriegen, wo ich nachdenken kann, die ich nachvollziehen kann.“ Herr D. bezeichnet sich als jemanden, der grübelt und eher nachdenklich dem Leben gegenüber ist. „Ich bin eigentlich ein Mensch, der grübelt, der Zeit braucht, um was zu machen. Ich beleuchte alle s von allen Situationen.“ Aber er mache auch gern mal einen Spaß und versuche in seiner Arbeit seine Mitarbeiter zu motivieren. Der berufliche Erfolg verhilft ihm zu einem Ausgleich und einer Anerkennung seiner Person. Zusätzlich wird die Montagearbeit zu einer Möglichkeit, Abstand zu gewinnen. „Vielleicht ist es gut, dass ich dann wenigstens mal abschalten kann.“ Die Familie hat ihre Erholungsfunktion in Abgrenzung zur Arbeit eingebüßt. „Da geht das ganze Affentheater weiter. ... Wir leben von Problemen zur Zeit, wo ich keine Probleme eigentlich sehe.“ Und: „Ich würde mich gern mal spannungsfrei unterhalten.“ Herr D. arbeitet viel im Garten und beim Hausbau, was er neben dem Beruf als Ressource beschreibt. Die Ambivalenz der Situation gegenüber zieht sich durch alle Lebensbereiche. „Ich könnte, sagen wir mal, so 'ne Ankreuzfrage, sind sie glücklich oder unglücklich, ... ich wüsste nicht mal, was ich

anhaken sollte, um ehrlich zu sein. ... Ich bin auch nicht unglücklich, ich lebe bloß in einer Situation, wo ich sage, die könnte besser sein.“

Fallanalyse 115 „Man ängstigt sich nicht nur um den Partner, man ängstigt sich auch um die Zukunft“

Frau W., 56 Jahre alt, arbeitet als Selbständige in einem Immobilienbüro. Ihr Mann, 59 Jahre, war zuletzt als Bauleiter und im Vertrieb von Baumaterialien tätig. Beide sind seit 33 Jahren verheiratet und haben einen 30jährigen Sohn und eine 27jährige Tochter. Die psychischen Probleme des Ehepartners, die Frau W. als Depression beschreibt, sind bereits vor 15 Jahren erstmalig aufgetreten. Als zusätzliche Belastung wird die psychische Erkrankung der Tochter angegeben, die zum Zeitpunkt des Interviews ebenso wie der Vater in stationärer psychiatrischer Behandlung ist.

Frau W. spricht ihr *eigenes Befinden* in der Situation deutlich an. Sie schildert Ängste, v.a. Zukunftsängste und Existenzängste, die sich zunächst vorrangig auf einen antizipierten Arbeitsplatzverlust ihres Mannes und die damit verbundenen finanziellen Probleme beziehen. „Ich werde schon seit langem durch Zukunftsängste geplagt, aber das hat mich also in wahnsinnige Angst gestürzt. Und das ist auch nicht vorbei.“ Die Erkrankung ihres Mannes trifft Frau W. somit dort, wo sie besonders verletzlich ist und führt zu einer dauerhaften Verschlimmerung ihrer eigenen Ängste. Sie hat aber auch Angst um ihren Mann, da er Suizidgedanken ihr gegenüber geäußert hatte. „Das ist ja ganz einfach, gegen irgendeinen Pfeiler zu fahren.“ Sie befürchtet, entsprechende Alarmsignale zu übersehen oder falsch zu deuten. Frau W. vergleicht ihre Ängste, die Anspannung und das Überforderungsgefühl mit dem Gefühl vor einer „Klassenarbeit“. Dies impliziert, dass die Situation als Aufgabe und Anforderung gesehen wird, bei der eine Prüfung zu bestehen ist. In Fortführung der Analogie schildert Frau W., dass sie diese Zeit durchleben, aber am Ende erschöpft zusammenbrechen wird. Ein derartiger Zusammenbruch kann momentan nur durch die permanente Pflichterfüllung und den Durchhaltewillen aufgehalten werden. „Aber irgendwann braucht der Körper auch mal wieder Ruhe.“ Frau W. fühlt sich durch die Last der Verantwortung und die Kumulation von Verpflichtungen überfordert. In der Konsequenz sucht sie eine Nervenärztin auf, die ihr „etwas verschreibt“. Frau W. sind eigene depressive Zustände bekannt, an denen sie nach einer schweren Krankheit litt. Dies führt einerseits dazu, dass sie besorgt ist, in der aktuellen Situation erneut derart zu reagieren. „Mein Mann ist in ein schwarzes Loch gefallen und ich beinahe hinterher.“

Andererseits führt ihre eigene Erfahrung zu einer gewissen Resignation im *Umgang mit dem Erkrankten*. Sie weiß aus eigener Erfahrung, wie schwierig der Kontakt und die Kommunikation miteinander werden kann. „Man weiß nie die rechten Antworten. Depressive Leute wollen ja eigentlich auch keine Antworten. Die brauchen nur einen Zuhörer, und deswegen ist das alles sehr schwierig für mich.“ Zunächst kümmert sich Frau W. verstärkt um ihren Mann, fährt täglich in die Klinik, als er dort stationär ist. Sie begleitet ihn täglich zur Therapie und holt ihn von dort wieder ab, als er Tagespatient wird. Ihr wird dann aber angeraten, ihren Mann nicht „zu bemuttern“. Als ihr Mann nach Hause kommt, ist der permanente Kontakt zu ihm ungewohnt und zunächst belastend für sie. Ihr Mann arbeitete, bevor er krank wurde, zum Teil 10 bis 14 Stunden am Tag, so dass sie nur wenig Zeit miteinander verbrachten. „Also für mich ist das neu, einen Mann zu haben, der nie da war und plötzlich ist er da. ... Ich bin ja froh, dass ich ihn habe, aber einfach ist das nicht.“ Die Distanz der Partner wird von Frau W. auch darin verdeutlicht, dass ihr Mann wenig über sich mitteilt. „Mein Mann ist wahnsinnig verschlossen. Also wir sind 33 Jahre verheiratet und

trotz alledem sagt er mir eigentlich so gut wie nichts.“ Frau W. deutet zusätzliche Schwierigkeiten an, indem sie ihren Mann als cholerisch und „nicht ganz einfach zu nehmen“ charakterisiert.

Das Paar versucht, die ungewohnte räumliche Nähe durch *bewusste Distanzierung* wieder zu durchbrechen. „Man kann sich zurückziehen. Also, es kann sich jeder in einen Bereich zurückziehen, sonst wäre es möglicherweise schon zu einer Katastrophe gekommen.“ Als großer Vorteil wird das eigene Haus erlebt, welches Rückzugsräume ermöglicht. Frau W. möchte Auseinandersetzungen vermeiden und versucht daher, die behandelnde Ärztin des Mannes zur Vermittlung zu gewinnen. Diese soll ihrem Mann Druck machen, damit er selbst wieder aktiver an der Besserung seines Zustandes arbeitet. Frau W. fühlt sich der Situation gegenüber machtlos und hilflos. „Aber man steht da etwas machtlos da, das ist ein großes Problem. Da ist man in einer solchen Stresssituation, mit der man kaum umgehen kann.“

Zusätzlich ist die Stresssituation verschärft durch die *psychische Erkrankung der Tochter* und die damit verbundenen Probleme. Ihre Tochter leidet ebenfalls an einer Depression, die sich in der Folge einer Psychotherapie massiv verschlimmert hatte und zu einem nunmehr langwierigen stationären Behandlungsweg führte. „Darin liegt meines Erachtens auch eine gewisse Gefahr in diesen Therapiegruppen. ... Da kam am Ende raus, so hab ich das verstanden, dass mein Mann sie missbraucht hat. Und da hab ich dann gesagt: ‚Weißt Du, in der Regel wissen das die Mütter.‘ Ich glaub das nicht, dass das Mütter nicht wissen. Das kann nicht sein. Denn irgendwas ist da nicht richtig in der Familie.“ Frau W. sieht sich außerstande, sich mit der von der Tochter aufgeworfenen Thematik auseinander zu setzen und lehnt eine aktive Auseinandersetzung zunächst ab. „Das sind Dinge, die muss ich verdrängen. Ich kann das nicht so annehmen, dass ich Schuld bin an der Krankheit meiner Tochter.“ Es geht über ihre Kraft, so dass sie jegliche aktive Herangehensweise an das Thema ablehnt. Der Gedanke ist zu schrecklich, um ihn überhaupt zu denken. Er wird daher als Psychotherapieeffekt gewertet. Die momentane Situation wäre in ihren Augen auch für andere Menschen unerträglich belastend und käme einer Zerreißprobe gleich. „Also, da muss man schon sehr starke Nerven haben, um dem gewachsen zu sein.“

Diese Thematik sieht Frau W. auch als einen auslösenden Faktor für die Erkrankung ihres Mannes an. „Das kann ja sein, dass meinen Mann das auch mit in die Krankheit gerissen hat.“ Frau W. vermutet als *Krankheitsursache* eine genetische Komponente, da auch ihre Tochter erkrankt ist. Zusätzlich sieht sie beruflichen Druck als auslösend an, da ihr Mann schon einmal vor 15 Jahren unter beruflichem Entscheidungsdruck eine depressive Phase erlebte.

Ihre Schilderung der Erkrankung und ihrer Auswirkungen ist von Metaphern getragen wie Hereinreißen, Abstürzen, Stürzen, in ein schwarzes Loch fallen. Sie implizieren damit eine Bodenlosigkeit und einen Kontrollverlust, dessen Ausmaß von Frau W. zum momentanen Zeitpunkt noch nicht absehbar ist. Ihre Hoffnung ist der Gedanke, dass diese Situation wieder vergehen wird. „Es bleibt nichts, wie es ist.“ Frau W. versucht, diesem Strudel an Emotionen und Ereignissen durch Ablenkung und Flucht zu entkommen. „Ich flüchte mich manchmal in ein Nachbarschaftsgespräch, das bringt mir schon was. Ich hab in der Nachbarschaft angenommen, ein paar Hunde auszuführen. ... Ich muss mich auch ablenken.“

Fallanalyse 122 „Man ist eben immer wieder neu überrascht, dass es eben immer wieder eintritt“

Herr O., 60 Jahre alt, ist Diplomingenieur. Seine Frau, 52 Jahre, ist Zahnärztin in eigener Praxis. Beide sind seit 24 Jahren verheiratet und haben einen Sohn im Alter von 24 Jahren. 1990 sind die psychischen Probleme lt. Herrn O. zum ersten Mal aufgetreten. Als Diagnose gibt Herr O. „manische Depression“ an, die seit neun Jahren mit jährlichen Schüben anhalte.

Herr O. ist durch die offene Interviewsituation sehr verunsichert. Er wirkt im Gespräch sehr überlegt. Das stete, fast jährliche Wiederauftreten der Erkrankungssymptome erlebt Herr O. als *Kontrollverlust*. „Man ist eben immer wieder neu überrascht, dass es eben immer wieder eintritt, wo man hofft, es kommt nicht wieder. Das ist ein Problem, vor dem man ja jedes Jahr immer wieder davor steht und hilflos im Prinzip daneben steht.“ Er fragt sich, inwieweit die Familie einen Einfluss auf das Befinden und das negative Denken seiner Frau haben kann. „Man gibt sich Mühe, das aus ihrem Denken herauszubringen, aber es fällt in solchen akuten Phasen, fällt einem das sehr schwer.“

Die Erfahrung, dass die depressiven Phasen auch unter der medikamentösen *Behandlung* auftreten, verstärkt einerseits das Erleben von Hilflosigkeit und Ratlosigkeit. Andererseits wird aus diesem Grunde nach alternativen oder zusätzlichen Behandlungswegen gesucht. Hierbei stößt Herr O. jedoch immer wieder auf Unverständnis bei seiner Frau, die in seinen Augen „dem ärztlichen Rat unterlegen [ist], dass man da nun keine Möglichkeiten hat, sie mal auf 'n anderen Weg zu bringen.“ Im anschließenden Gespräch mit beiden Partnern, beschreibt Frau O. das Dilemma, das sie empfindet. In akuten Phasen helfe nur eine entsprechende Medikation. Wenn es ihr dann besser ginge, brauche sie aber auch keine Psychotherapie mehr. Sie ist daher (trotz oder vielleicht sogar wegen ihrer eigenen medizinischen Ausbildung) sehr skeptisch einer Psychotherapie gegenüber. Auf der anderen Seite belastet sie die Erfahrung, trotz der Medikamente depressive Phasen zu durchleiden. Sie beruhigte sich bislang mit der Analogie, dass auch ein Diabetiker ständig Tabletten nehmen müsse. Da die Medikamente aber keine Garantie für eine langfristige Besserung bedeuten, wird sie misstrauisch der angekündigten, erneuten Medikamentenumstellung gegenüber.

Herr O. empfindet die Erkrankung und deren Phasenverlauf als *Belastung für das Familienleben und das partnerschaftliche Miteinander*. Planungen und Urlaube sind seit Jahren nicht möglich. In akuten Zeiten vernachlässigt Frau O. die familiären Angelegenheiten, ist z.B. nicht mehr in der Lage, Einkäufe zu erledigen. Die familiären Abläufe, „das, was sonst sich in der Familie abspielt“, werden als gestört erlebt. Das negative Denken, der Pessimismus und das Kreisen um Probleme in akuten Phasen verursachen auch Anspannungen bei den anderen Familienmitgliedern. „Die Depression leitet sich praktisch über auf die übrigen Familienmitglieder“.

Zunächst nahm Herr O. an, dass die depressive Symptomatik Folge der Wechseljahre ist. Nachdem die Symptome aber seit neun Jahren auftreten, erscheint ihm dies zu lange, um als einzige Ursache zu gelten. Neben den hormonellen Veränderungen sieht Herr O. die Belastungen seiner Frau im Beruf, wenn nicht als auslösende, als symptomverstärkende Faktoren an. Er fragt sich, wie lange sie die Belastungen der Selbständigkeit und der Verantwortung in ihrem Beruf noch tragen kann. Verbunden damit befürchtet er *finanzielle Probleme*, wenn seine Frau den Beruf aufgeben müsste. „Wenn sie eingeschränkt, teilweise eingeschränkt arbeiten muss, diese Befürchtungen bestehen ja auch bei ihr, dass dann ... die finanziellen Aussichten dann immer ungünstiger werden, die sie hat, in ihrem Beruf überhaupt Geld zu verdienen, damit sie die Familie noch ernähren kann.“ Da beide nicht mehr viel Zeit bis zum Rentenalter haben, sind auch ihre Möglichkeiten zeitlich begrenzt, sich die finanziellen Voraussetzungen für einen gesicherten

Lebensabend zu schaffen. Frau O. befürchtet darüber hinaus, Patienten zu verlieren, auch wenn sie weiter arbeiten könnte. Sie weiß, dass sie weniger leistungsfähig ist, häufig Termine auch kurzfristig absagen oder verschieben muss und dies über kurz oder lang den Patienten nicht mehr zumuten kann. Aus einem Verantwortungsgefühl heraus befürchtet Frau O. daher, den Beruf aufgeben zu müssen.

Fallanalyse 123 „Ich hab immer eine harmonische Familie sein wollen“

Herr S. ist 60 Jahre alt. Er arbeitet im grafischen Gewerbe. Seine Frau ist 52 Jahre alt und gelernte Setzerin. Beide sind seit 1971 verheiratet und haben einen 32jährigen Sohn. Die psychischen Probleme der Ehefrau sind in der Umbruchsituation 1989 erstmals aufgetreten. Wann eine Behandlung einsetzte, kann ebenso wie die Diagnose von Herrn S. nicht angegeben werden.

Zentrales Thema ist für Herrn S. die *Beziehung* zu seiner Frau und die Veränderungen in der Familie. Diese sind einerseits durch die Erkrankung eingetreten, andererseits werden sie als Vorläufer bzw. verursachender Faktor eingestuft. Es bleibt daher unklar, welche Charakterisierungen Herr S. auf die Erkrankung zurückführt und welche für ihn die Person seiner Frau betreffen. Er schildert sie als Persönlichkeit mit hohen Leistungsansprüchen bis zum Perfektionismus. „Sie is en Typ, was se anfängt das, will se, perfekt machen un wirklich perfekt, teilweise überperfekt, und daran scheitert se ebend im Alltach leider sehr oft.“ Auch übernehme sie viele Dinge und Verantwortungen, die sie besser abgeben könnte (Bsp. Wäschewaschen für den erwachsenen Sohn). Als „Motor der Familie“ hatte sie alles organisiert, wobei sie häufig ohne Absprachen oder Hilfe agierte (Bsp. Wohnungsdekoration). Herr S. schildert seine Frau als rigide und vernichtend in ihrem Urteil über andere Menschen. „Se kann da also ganz verletzend sein, so irgendjemand aus ’n Stegreif charakterisiern, so emotional obwohls gar nich stimmt, ... un da is se och nich davon abzubring.“

Die Erkrankung verstärkte diese vorhandenen Merkmale und brachte familiäre Veränderungen mit sich. „Jetzt kommt noch dazu, ... dass se sehr aufbrausend sein kann.“ Diese Atmosphäre strahlt aus Sicht von Herrn S. auf alle anderen Familienmitglieder aus und belastet ihn sehr. Er fragt sich daher, ob eine harmonische Familie noch realisierbar ist. Zudem ist die Familie durch eine wechselvolle Geschichte belastet. „Vieles hat sich im Laufe der Jahre angesammelt, angefangen von ihrer Familie ..., was sie da erlebt hat und was wir dann zusammen durchgestanden ham“. (Bsp. politische Differenzen in der Herkunftsfamilie der Ehefrau, wendebedingte Brüche in den Biographien der einzelnen Familienmitglieder). Dies sieht er neben den Persönlichkeitseigenschaften, einer gesundheitlichen Vorbelastung seiner Frau sowie aktuellen Problemen in der Arbeit bis hin zum Mobbing als *Krankheitsursache* an.

Die Erkrankungsphase beschreibt Herr S. als schlimme Erfahrung. Der Rückzug der Ehefrau, ihre Passivität und Überlegungen einer Frühberentung empfand Herr S. als belastend. Die im Verlauf der Erkrankung verstärkte aufbrausende Art seiner Frau belastet das *Familienleben* und führt zu Spannungen in der Partnerschaft. Zudem versucht die Ehefrau die Dinge wie bisher allein und ohne Hilfe zu schaffen und sich bewusst von den anderen Familienmitgliedern und deren Ansprüchen abzugrenzen. Die Partner werden sich zunehmend fremder, so dass dauernde Spannungen bestehen. Herr S. schildert den Umgang seiner Frau mit der Katze („Narrenfreiheit“), die zum „Ersatz für vieles“ werde. Er hingegen fühlt sich von vielen Entscheidungen ausgeschlossen und wünscht sich generell mehr Austausch in der Partnerschaft. „Das man sich bisschen mehr in der Mitte trifft. Seine eigenen Erfahrungen haben ihn die

Notwendigkeit von Kompromissen gelehrt. Diese Fähigkeit wünscht er sich auch von seiner Frau im Sinne eines harmonischeren Zusammenlebens. Obwohl er Anzeichen einer Besserung des Befindens seiner Frau sieht (Arbeitsfähigkeit, Aktivität), bezweifelt er eine grundsätzliche Änderung des Umgangs in der Paarbeziehung und in der Familie.

Fallanalyse 124 „Da mach ich ihr Mut, aber manchmal versagt mir auch der Mut.“

Herr W. ist 69 Jahre alt und gelernter Bäcker. Er hatte dann allerdings 35 Jahre lang in einer großen Gießerei gearbeitet. Seine Frau ist 68 Jahre alt. Beide sind Altersrentner. Sie sind seit 47 Jahren verheiratet und haben zwei gemeinsame Söhne, die heute 36 und 39 Jahre alt sind. Frau W. habe die psychischen Probleme, die ihr Mann als schwere Depression beschreibt, bereits seit über 30 Jahren.

Herr W. resümiert: „*unser ganzer Lebensabschnitt hat sich verändert*“. Dies liegt zum einen daran, dass seine Frau seit ca. einem $\frac{3}{4}$ Jahr in wiederholter stationärer Behandlung aufgrund zusätzlicher internistischer und neurochirurgischer Eingriffe ist. Die Partner entfremdeten sich zunehmend. „Wir haben uns auch ... auseinander gelebt.“ Herr W. beklagt vor allem den Verlust des gemeinsamen Alltags. „Wenn ich sage hier: ‚Frühstückste heute mit? Nein, ich komme bisschen später.‘ Hab ich ... gesagt: ‚Soll ich Dir mit Kaffee machen? Nein.‘ Da hab ich gleich gesagt: ‚Aha, da weiß ich, ... da muss ich alleine frühstücken.‘ Eine Vereinsamung sieht Herr W. nicht nur in der langen Trennung vom Partner durch die Klinikaufenthalte, sondern auch durch das Rückzugsverhalten und die eingeschränkte Belastbarkeit seiner Frau, so dass u.a. keine längeren Gespräche möglich sind. „S wird ihr ... zuviel, ... lasse [ich] sie wieder in Ruhe, da ... muss ich wieder alles in mich hineinfressen.“ Auch der regelmäßige Urlaub zweimal im Jahr mit befreundeten Familien kann nicht mehr gemeinsam erlebt werden.

Diese Situation wird von Herrn W. als *Belastung* bewertet, die *Folgen für seine eigene Gesundheit* hat. „Es hat mich auch fertig gemacht. ...[Ich] muss ja selber kochen und das alles hier, alles, die Wohnung, alles in ... Ordnung halten, das und das, zehrt auch an [den] Nerven.“ Seine nervliche Anspannung wird vor allem deutlich an aggressiven Ausbrüchen, wenn er sich keinen Rat mehr weiß, seine Frau z.B. zum Aufstehen zu bewegen. Besonders unter Alkoholeinfluss kann es dann zu einer Eskalation unkontrollierten Verhaltens kommen, die zur Gefahr für beide Partner werden kann [Beispielsituation psychiatrischer Notfall]. „Ich wusste nicht mehr weiter und ... ich musste jemand anrufen. Da war ich bei, bei der Feuerwehr gelandet. ... Ich sag: ‚Ich brauch mal jemand, ehe ich hier ganz durchdreh. ‘“ Das Fehlen eines geeigneten Ansprechpartners führt dann zu einer psychiatrischen Aufnahme beider Partner in unterschiedlichen Einrichtungen, um die Situation zu entspannen. Langfristig sind die Probleme jedoch ungelöst und für Herrn W. zunehmend ausweglos. „Da mach ich ihr Mut, aber manchmal versagt mir auch der Mut. ... Da hat ich die Wäscheleine schon in der Hand, ich sache: ‚Ich hänge mich jetzt uff, geh auf den Boden und hänge mich off. ‘“ Herr W. ist in psychiatrischer Behandlung. Eine Anbindung an eine Suchtberatungsstelle nach der stationären Aufnahme bleibt erfolglos, da der Alkoholkonsum von Herrn W. als nicht exzessiv eingestuft worden war. Nichtsdestotrotz möchte er dafür sorgen, „dass so was nicht wieder vorkommt“.

Sein *Umgang mit der Erkrankung* ist von Resignation und Hilflosigkeit gekennzeichnet. Dennoch gibt es Ausnahmen und Erklärungsversuche. „Nun wollen wir eben sehn, ... dass wir uns wieder zusammenraufen. ... [Es] dauert eben alles seine Zeit.“ Gemeinsame Aktivitäten wie Kochen oder Spaziergänge im nahen Park werden von Herrn W. zur Motivierung seiner Partnerin genutzt. „Da lob ich

sie.“ Dennoch erlebt er überwiegend Misserfolge („Ich krieg sie jetzt auch fast keinen Früh aus'm Bett raus, ich frühstücke alleine.“) sowie Hilf- und Ratlosigkeit hinsichtlich der Erkrankung: „Ich weiß auch nicht, wie ich ihr helfen kann“.

Entlastung erlebt Herr W. v.a. *durch das Gespräch*. „Jetzt, das beruhigt mich auch hier, wenn ich hier mich so bisschen aussprechen kann.“ Deshalb geht er auch regelmäßig Sonntags zum Stammtisch, würde gern gemeinsam mit seiner Frau dort hingehen. „Die sagen immer: ‚Bring se doch mit‘. Ich sage: ‚Ich kann se doch nicht mitbringen, ... wenn sie nicht will.‘“

Herr W. setzt in seinem *Krankheitsmodell* die Erkrankung seiner Frau in Beziehung zu ihrer Biographie und einer Reihe demütigender Erlebnisse. Auch meint er, dass man im Alter die früheren Erlebnisse aufarbeitet und psychische Probleme als Reaktion darauf entwickeln kann. „Ihre Mutter hat sich 's Leben genommen, wo sie fünf Jahre war und je älter jemand wird, wahrscheinlich überlegt man sich die Jugend auch mehr, also sie hat keine schöne Jugend gehabt. ... Sie durfte ja schon sehr zeitig in Westen fahren. ... Was die Andern nicht wollten, das kriegte sie, ... und 's hat immer in sich hineingefressen hier, sie hat mir 's ja auch nicht, nicht viel gesagt.“

Fallanalyse 125 „Es ist jedesmal ein bisschen verschieden auch“

Frau M., 61 Jahre alt, ist gelernte Krankenschwester und arbeitet 30 Stunden in der Woche als Arzthelferin in einer Praxis. Ihr Mann, 63 Jahre alt, ist Ingenieur und hat bis 1990 im Chemieanlagenbau gearbeitet, z.T. auch auf Montage. Dann erhielt er Erwerbsunfähigkeits- und inzwischen Altersrente. Beide sind seit 1957 verheiratet und haben einen 29jährigen Sohn, die Tochter ist im Alter von 30 Jahren durch Suizid verstorben. Herr M. erlebt zum Zeitpunkt der Befragung den vierten Schub einer rezidivierenden depressiven Störung.

Im Gespräch dominiert die Darstellung der *Krankheit und Behandlung*. Die erste depressive Phase verbunden mit einem Suizidversuch mit Tabletten hat Herr M. Anfang der 70er Jahre erlebt. In der stationären Behandlung hat ihr Mann, ohne, dass sie oder er hinreichend informiert wurden, zusätzlich zu den Medikamenten EKT erhalten. Im Anschluss wurde eine langfristige Lithiumtherapie vereinbart. Der zweite Schub nach ca. 10 Jahren konnte ambulant behandelt werden. Frau M. sieht diesen in engem Zusammenhang damit, dass ihr Mann die Lithiumtherapie, wenn auch in Absprache mit dem ambulant behandelnden Arzt, unterbrochen hatte. Der dritte Schub, Ende der 80er / Anfang der 90er Jahre stand in enger Verbindung zum Suizid der Tochter, als diese selbst in psychiatrischer Behandlung war. Herr M. unternahm in der Klinik Anfang der 90er Jahre einen erneuten Suizidversuch mit Tabletten, erhielt im Anschluss an die stationäre Behandlung Erwerbsunfähigkeitsrente. Die aktuelle Symptomatik hat ihr Mann zunächst durch Ablenkung (Arbeiten auf dem Grundstück, Urlaubsreise) versucht, in den Griff zu bekommen. Die Angst- und Unruhezustände haben sich aber zunehmend verschlimmert, so dass eine stationäre Aufnahme zwingend wurde. Derzeit sieht Frau M. eine leicht euphorische Auslenkung in der Stimmung ihres Mannes, die sie als „Aufgepulvertsein“ beschreibt und die ihr Sorgen bereitet.

Frau M. hat sich durch ihren medizinischen Beruf, die depressive Erkrankung ihres Mannes, ihrer Tochter und ihres Sohnes intensiv *mit der Krankheit auseinandersetzen* müssen. Der Sohn ist im Zuge der Veränderungen durch die Wende (Bruch in der Berufsbiographie, Umzüge) in eine Krise geraten, die eine stationäre Behandlung notwendig machte. Frau M. sieht eine genetische Belastung seitens der Familie

ihrer Mannes als Grund, dass sich die Krankheit durch die gesamte Familie zieht und gibt als Diagnose ihres Mannes „endogene Depression“ an. Die Angst vor Rückfällen und Suizidversuchen bestimmt das Bild, dass sich Frau M. im Laufe der Jahre von der Erkrankung machte. Sie grenzt Krankheitsepisoden klar von der „gesunden“ Zeit ab, in der ihr Mann wieder „der Alte“, d.h. wie vor der Phase ist.

Ihr *Umgang mit der Erkrankung* ist vom medizinischen Denken und der pharmakologischen Behandlung geprägt. Die EKT-Behandlung Anfang der 70er Jahre stellt sie in Frage, eine generelle medikamentöse Einstellung im stationären Setting befürwortet sie. Insgesamt vertraut sie auf die Wirkung der richtigen Medikamente in der richtigen Dosierung und Einnahmedauer. So warnte sie ihren Mann trotz Nebenwirkungen, das Lithium abzusetzen. Das Auftreten von Nebenwirkungen der Medikamente bei einer stationären Neueinstellung wird nicht in Frage gestellt, sondern erklärt vielmehr die stationäre Behandlung. Die Regulierung des Schlafes über Schlaftabletten wird zunächst begrüßt. Es ergibt sich das Bild einer einseitig pharmakologischen Behandlung, wobei ein Klinikaufenthalt kein Garant für eine „sichere“ Behandlung ist. Grenzen der medizinischen Versorgung sieht Frau M. beim Thema Suizid, da sie die Erfahrung machte, dass sich ihre Tochter während der psychiatrischen Behandlung das Leben nahm und auch ihr Mann in der Klinik einen Suizidversuch unternahm. Insgesamt bleibt für Frau M. die Frage bestehen, welche Behandlung angemessen und wirkungsvoll ist. Sie hat zunächst bei einer Verschlechterung der Situation ihres Mannes mit verstärkter Zuwendung reagiert (Unterbrechung der Arbeit) und versucht, ihn abzulenken und zu motivieren (z.B. Spaziergehen). Die Symptomverschlimmerung hat dann jedoch professionelle Hilfe nötig gemacht, die Frau M. dankbar annahm, „ehe wieder was passiert“. Auch sieht sie ihre eigenen Möglichkeiten begrenzt, die Beschwerden ihres Mannes zu beeinflussen. Sie weiß aus Erfahrung, wie wenig Einfluss Zuspruch und Ratschläge von Außenstehenden auf ihr eigenes Befinden und ihre Schuldgefühle seit dem Suizid ihrer Tochter haben.

Schuldgefühle und die Angst vor einem erneuten Suizid in der Familie bestimmen *ihre eigene Situation und ihr Befinden*. In akuten Zeiten ihres Mannes, ist auch sie nicht arbeitsfähig. Eine eigene Behandlung oder Beratung bezüglich der Verarbeitung des Suizids der Tochter hat sie nicht in Anspruch genommen, sie nimmt aber 1–3x im Monat Beruhigungsmittel ein.

Fallanalyse 128 „Es gibt da eigentlich keine Probleme, damit umzugehen“

Frau K., 21 Jahre alt, hat einen Hauptschulabschluß (9.Klasse) und eine Lehre zur Hauswirtschafterin gemacht, aber noch nicht in dem Beruf gearbeitet. Sie hat im Anschluss eine Umschulung zur Altenpflegerin begonnen. Da sie zur praktischen Prüfung nicht zugelassen wurde, wiederholt sie zum Zeitpunkt des Interviews die bisherige einjährige Ausbildung. Seit zwei Jahren besteht die Beziehung zu dem 38jährigen Herrn L., der als Straßenreiniger arbeitet. 1999 sind die psychischen Probleme des Mannes zum ersten Mal aufgetreten, die Frau K. als „Depression“ beschreibt. Ihr Partner ist ambulant und zuletzt tagesklinisch behandelt worden.

Zentrales Thema im Interview ist die *Darstellung der Beziehung*. Dabei wird betont, dass die Erkrankung keinen Einfluss auf die Beziehung hatte und sich beide noch so wie zu Beginn lieben („Wie wir uns am Anfang auch geliebt haben“). Die Beziehung wird als stabil erlebt („Lieben tun wir uns schon ziemlich lange.“) und ihre Kontinuität an erste Stelle gesetzt („Wolln wa zusammenbleim, egal was passiert.“). Frau K. drückt ihre Wertschätzung ihrem Partner gegenüber aus. Ihre Beziehung ist von gegenseitiger Rücksichtnahme und Verständnis geprägt. Er kriege seine „Streicheleinheiten“, sie richte sich danach,

„wie er droff is“, er übernehme auch Haushaltspflichten und unterstütze sie. Auch befürwortet ihr Partner ihre Ausbildung, so dass er in wichtige sie betreffende Entscheidungen einbezogen ist. Es gebe zwar „Höhen und Tiefen“ in der Partnerschaft, aber keine Probleme. Als Indiz dafür wird (auch vom Partner) angeführt, dass beide in einer Ein-Zimmer-Wohnung seit zwei Jahren zusammenleben.

Die *Auseinandersetzung mit der Krankheit* beschreibt Frau K. als problemlos. Sie hat sich durch ihre Arbeit im Heim und ihre Ausbildung zur Altenpflegerin mit diesem Thema auseinandergesetzt. Daher hat sie sowohl praktische Erfahrungen („Ich seh’s bei den alten Leuten im Heim“) als auch theoretische Kenntnisse („... weil wir se och durchgenomm ham bei uns in der Ausbildung, was das is; Depression und sowas“). Auch das Gespräch mit der behandelnden Ärztin ihres Partners schätzt Frau K. als hilfreich ein.

Sowohl die sichere und von Frau K. als harmonisch erlebte Beziehung als auch ihre von ihr als ausreichend und umfangreich eingeschätzten Kenntnisse über die Erkrankung führen zu einem für Frau K. unproblematischen *Umgang mit der Erkrankung*. Sie richte sich nach ihrem Partner und gebe ihm, was er brauche. „Halt und Unterstützung und Liebe und Zärtlichkeit, das, was er brauch also, ’s gibt keene Probleme“. Sie nehme die Dinge so, wie sie sind. Wenn ihr Partner ein Tief hat, lässt sie ihn in Ruhe („Dann lass ich ’n meistens, da liecht er meistens in seiner Ecke hier und guckt er Fernsehen oder hört seine Musik, macht de Ogen zu und duselt so vor sich hin.“). Sie komme insgesamt gut zurecht. Auch erlebt Frau K. ihre Ausbildung und Arbeit als hilfreich, um auf andere Gedanken zu kommen oder genauer über die Dinge nachzudenken, die sie beschäftigen.

Der *Beziehungsalltag* ist von Ruhe und Ausgeglichenheit geprägt, nach der Arbeit wird oft geschlafen, ferngesehen oder Musik gehört. Manchmal nimmt Frau K. dann noch einmal ihren Hefter zur Hand, wobei ihr Freund sie beim Lernen unterstützt. Hin und wieder gehen beide mit Freunden Dart spielen, auch in der Wohnung ist ein Dart-Spiel angebracht. Am Wochenende sind beide häufig bei den Eltern von Herrn L., mit denen sie gemeinsam essen. Der Alltag wirkt insgesamt unkompliziert und wenig anspruchsvoll.

Belastungen im Zusammenhang mit der Erkrankung werden von Frau K. nicht angegeben, der Begriff wird eher abgelehnt. Allerdings belastet sie ihre Ausbildung, die sie wiederholen muss sowie das frühe Aufstehen und der lange Fahrtweg zur Ausbildungsstätte. Auch hat sie Angst, dass ihr Partner die Arbeit verliert und dann finanzielle Belastungen auftreten. „Weil doch die Arbeit doch e bisschen auf ’n Spiel steht.“

Fallanalyse 131 „... dass man praktisch, na irgendwie doch auch näher zusammengerückt ist“

Frau S. ist 39 Jahre alt und arbeitet als Erzieherin 35 Stunden in der Woche. Ihr Mann ist 43 Jahre und Angestellter. Frau S. ist mit ihrem Mann seit 22 Jahren zusammen. Beide haben eine 15jährige und eine 18jährige Tochter. Frau S. gibt „Depression“ als Diagnose ihres Mannes an. Die Probleme sind 1986 schon einmal aufgetreten und damals kurzzeitig behandelt worden. Seit fünf Jahren ist ihr Mann im Anschluss an einen Klinikaufenthalt wieder in kontinuierlicher ambulanter Behandlung.

Die *Auseinandersetzung mit der Erkrankung* empfindet Frau S. als sehr schwer, da viele Fragen nicht beantwortet werden können. Unklar bleiben Ursachen, Dauer der Erkrankung und das Ansprechen auf die Behandlung. „Man hat zwar Gespräche geführt jetzt auch mit dem Arzt. ... Ja aber im Prinzip, konnten die

eben auch nicht viel sagen, weil, bei so was weiß man ja eigentlich nie, wie lange es dauert, sprechen die Medikamente gleich an. Also, es ist schon sehr schwer, so was dann einzuschätzen. Bei 'ner normalen Krankheit, da weiß man, wenn man sich was gebrochen hat ... oder so, da weiß man, in sechs Wochen hat sich das erledigt.“ Frau S. glaubt, dass es besonders wichtig ist, frühzeitig Anzeichen der Krankheit zu erkennen und zu behandeln. Dies sieht sie für das soziale Umfeld als schwierig an und wünscht sich hierzu mehr Informationen.

Frau S. hat die Erfahrung gemacht, dass viele Außenstehende, aber auch Familienmitglieder unsicher sind, wie sie mit dem Erkrankten umgehen sollen. Berührungsängste können durch fehlende oder falsche Informationen entstehen. Nicht nur Vorurteile können dazu führen, dass der Kranke gemieden wird. Auch Ängste und Unsicherheiten und der Wunsch, keine Fehler zu machen, können den Umgang erschweren. Frau S. sieht es daher als notwendig an, die Öffentlichkeit stärker als bisher aufzuklären über Depressionen, ihre Ursachen und Behandlung. Diese Aufklärung sollte auch Informationen zum Umgang mit dem Erkrankten beinhalten. „Das ist schon schwer für Außenstehende, weil man ja über solche Krankheiten auch sehr wenig weiß eigentlich. Also ich finde, es müsste da mehr Aufklärung oder vielleicht auch mal Tipps [geben], wie man eben überhaupt auf so jemanden zugeht oder reagiert, um dem eben zu helfen.“ Unklarheiten bezüglich der Ursachen können zu *Vorurteilen gegenüber dem Erkrankten* führen. „Viele machen ja eigentlich auch Witze über solche Krankheiten, weil die dann denken, ja hier, durchgeknallt oder was.“ Die Unsicherheiten und Ängste können im Extremfall zu Kontaktabbrüchen führen oder die Kommunikation miteinander sehr beeinträchtigen. „Da haben wir eben die Erfahrung gemacht, dass viele sich dann zurückgezogen haben, auch von der Familie, aus welchen Gründen auch immer, sei es drum, dass sie nicht wussten, wie sie eben auf ihn eingehen sollten oder aus Angst. Eigentlich ist da auch nie so richtig drüber gesprochen worden, dann auch danach nicht.“ Besonders schwierig ist es für Kinder, die Erlebnisse und familiären Veränderungen einzuordnen. „Für die Kinder war es schwer. Die waren noch in einem Alter, wo das sicher schwer ist. Die wussten ja gleich gar nicht eigentlich, was los ist und wo das eben herkommt und wieso sich jemand eben so verändert.“

Die Erkrankung erfordert viel mehr Austausch und Gespräche, als dies möglicherweise vorher in den Beziehungen der Fall war. Sie hat die Partnerschaft von Frau S. insofern verändert, dass beide Partner stärker als früher über ihre Befindlichkeiten sprechen. Dies erlebt Frau S. als Gewinn für ihre Beziehung. „Durch die ganze Sache haben wir eben mehr gelernt, über eigentlich alle Dinge eben mehr zu reden. ... Also das war jetzt die Erfahrung, oder das Positive eigentlich, wenn man das jetzt mal so sagen kann, was sich daraus ergeben hat, dass man praktisch, na irgendwie doch auch näher zusammen gerückt ist durch die ganze Sache.“ Da auch Frau S. mit Pessimismus und Rückzug auf Probleme reagiert, empfindet sie diese Veränderung als eine Art gegenseitiger Hilfe. Eine größere Offenheit und Nähe ermöglicht auch ihr einen besseren Umgang mit Problemen im Alltag.

In der akuten Krankheitsphase fühlte sich Frau S. überfordert und hilflos, v.a. durch die Angst vor einem Selbstmord ihres Mannes. „Ich muss ehrlich sagen, ich hatte auch mal eine Zeit, da wäre ich am liebsten ausgerissen. Also irgendwie denkt man dann, es geht nicht weiter, ja, es ist zu viel. Man ist dann einfach irgendwie überfordert.“ Der Mangel an konkreten Umgangsregeln oder Handlungshinweisen verstärkt das *Überforderungsgefühl*. „Wenn ich mich so zurückerinnere, war das eigentlich 'ne sehr schwere Zeit, weil im Prinzip niemand wusste, wie man damit umgeht, wie man eigentlich reagieren soll, nicht nur von meiner Seite her, sondern eigentlich die gesamte Familie.“ Besonders wichtig und hilfreich empfindet Frau S., dass man v.a. in dieser Zeit Menschen hat, mit denen man darüber reden kann. Entlastende Gespräche, „wo man selber bloß mal einfach drüber redet“, haben ihr sehr geholfen.

Frau S. gibt eine *Vielzahl körperlicher Beschwerden*, vor allem Verspannungen im Rücken und Halsbereich an. Sie nimmt dagegen sehr starke Schmerzmittel ein, ist häufig nicht arbeitsfähig und hat einen Kuraufenthalt beantragt. Aufgrund der Schmerzen hat sie selbst eine depressive Symptomatik entwickelt, die jedoch unbehandelt ist.

Fallanalyse 133 „Ich merke, dass von Woche zu Woche mich das mehr belastet“

Frau P. ist 68 Jahre alt. Sie lebt seit 1985 in zweiter Ehe mit ihrem acht Jahre jüngeren Mann, nachdem ihr erster Mann verstorben war. Frau P. war bis zu ihrer Rente Straßenbahnfahrerin. Kinder habe sie keine bekommen können. Ihr Mann ist Kraftfahrer. Die psychischen Probleme des Mannes, die sie als Depression beschreibt, sind zuerst im Februar 1999 aufgetreten.

Frau P. schildert sich als *belastet und am Ende ihrer Kraft*. Sie leidet zunehmend unter körperlichen Beschwerden, Unkonzentriertheit, Schlafstörungen Stimmungsschwankungen und Aggressivität. „Es ist ... nur e Druck auf mich, ... ich habe ... keine Ruhe. Ich bin innerlich auch so aufgekratzt, was selbst mein Johanniskraut nicht mehr schafft, dass ich zur Ruhe komme. ... Ich merke, ... dass von Woche zu Woche ... mich das mehr belastet.“ Der Druck und die Ausweglosigkeit führten zu aggressiven Ausbrüchen ihrerseits („Lampe zerschmissen“) und sie wisse sich keinen Rat, wer ihr helfen könne. „Die [Ärztin] war der Meinung, dass ich in die Tagesklinik muss. Ich sage, ... ich bin doch kein Fall für die Tagesklinik, ... ich hör mir dort andern ihren Mist an, wo ich selber zu Hause ... genug anderes habe.“ Frau P. lehnt eine eigene Behandlung ab, da sie die Probleme hinsichtlich des Zusammenlebens nicht lösen könnte. Auch will sie ihren Mann nicht den ganzen Tag alleine lassen: „Dann hab ich och Angst, dass er irgend einen Blödsinn macht“. Frau P. entwickelte eine Reihe körperlicher Beschwerden; eine hartnäckige Bronchitis, Probleme mit der Schilddrüse und sie steht kurz vor einer Augenoperation wegen des grauen Stars, so dass sie immer wieder in ärztlicher Behandlung ist. Für die psychischen Symptome lehnt sie eine Behandlung ab, obwohl sie die Belastungen betont. „Ich möchte am liebsten mal an den Hautzinger schreiben. ... Wo ich das [Anmerk.: Fernsehbericht] gesehen habe, das war sehr ... interessant. Und die haben nun über die Angehörigen mitgesprochen, dass die Angehörigen mitunter mehr belastet wären als wie der Kranke.“ Die Gartenarbeit vermittelt Frau P. Ruhe und Abstand zu dem bedrückenden Familienklima. „Ich bin dann auch innerlich so ruhig, wenn ich im Garten bin, weil ich nicht unter Druck gesetzt werde.“

Die *Behandlung* ihres Mannes sieht Frau P. sehr kritisch, ist zunächst auch der Befragung gegenüber misstrauisch und ablehnend. Erst nach einem längeren Telefongespräch erlaubt sie einen Hausbesuch, lässt aber eine Teilnahme an der Untersuchung weiterhin offen. Beim ersten Termin verweigert sie die Bandaufnahme, ist dann aber beim zweiten Gesprächskontakt (Klinisches Interview nach positivem Screening) dazu bereit. Frau P. fühlt sich durch die Ärzte im Stich und mit falscher Hoffnung allein gelassen. „Die [Anmerk.: Ärzte] waren froh, dass se 'n los waren auf deutsch gesagt jetzt mal, und jetzt, sehen se zu, wie se mit 'n klar komm. Das ist mein Gefühl.“ Auch erlebte Frau P. den Kontakt zu den behandelnden Ärzten als wenig hilfreich und oftmals schwierig. „Die ist ja so unnahbar, ... bis sie mal an die rankommen, selbst telefonisch.“ Die Weiterbehandlung seit Klinikentlassung sieht Frau P. als unzureichend an. Eine erneute stationäre Behandlung sei die einzige Alternative in ihren Augen. Es gibt aber derzeit kein freies Bett, auch kann sie ihren Mann nicht zu einer erneuten Klinikaufnahme bewegen.

Der *Familienalltag* ist durch die Symptome des Mannes beeinträchtigt. Frau P. vergleicht ihre Situation mit der in einem Altersheim, in dem nichts mehr passiert. „Ich wollte nun dies Jahr mal wegfahren, ... es wäre so schön, wir brauchten uns ins Auto setzen, wir haben keine Probleme, ... wir könnten die Türe zuschließen und abhauen.“ Stattdessen beschränken sich die Ausflüge auf den Garten. Die starken Schwankungen im Befinden ihres Mannes machten langfristige Pläne unmöglich. „Vorige Woche war er ja mit mir och im Garten gewesen und hat mit gemäht und gemacht, und nächsten Tag lag er wieder 'n ganzen Tag im Bette, ist nicht aufgestanden, hat och nicht gegessen.“ Diese Unvorhersehbarkeit belastet Frau P. besonders, da sie keine Möglichkeit sieht, die Situation zu beeinflussen.

Die Kommunikation in der *Partnerschaft* sowie die intime Beziehung der Partner wird als belastet und gestört wahrgenommen. „Wenn ich dann nicht sage, willst nicht mal rauskommen und deine Tabletten nehmen, passiert nichts. ... Abends verschwindet er ohne Gute Nacht. Am früh steht er off ohne Guten Morgen, ... bissel Liebe, das fehlt doch und wenn er bloß mal, een streichelt oder was, ... also das macht mich verrückt. ...Er läuft neben mir her wie ein fremder Mensch, ... geht an mir vorbei, ohne mich mal anzugucken.“ Frau P. beschreibt das Verhalten ihres Mannes in abschätziger Weise als „Theater“, das dann weitergehe. Die Situation während ihrer eigenen Erkrankung (Bronchitis) beschreibt sie in den Worten: „Da war meine Schwester da, die hat's Essen gemacht, ich konnte gar nicht raus aus 'm Bett, ... na der nun noch dazu“. Ihr Mann wird ihr zunehmend zur zusätzlichen Belastung. Wenn sie Hilfe braucht, ist ihr Mann keine Unterstützung für sie. Zu ihrer Operation begleitete sie ihr Bruder, als sie selbst krank war, kochte die Schwester. Soziale Ereignisse, z.B. Klassentreffen nimmt sie ohne ihren Mann wahr: „Ist er natürlich och wieder nicht mit“. Sie nehme auch das Rauchen ihres Mannes nach 4jähriger Abstinenz in Kauf, wenn eine Änderung in Sicht wäre. Da sich das Interesse ihres Mannes jedoch auf „Tabletten, Rauchen und Bier“ beschränkt, ist auch eine gemeinsame Freizeitgestaltung nicht mehr gegeben. Die Erkrankung wird demnach als Hindernis für die gemeinsame Lebensgestaltung erlebt. Frau P. erlebt sich an das Haus wie an ein Altersheim und an den Mann wie an eine Last gebunden, die persönliche Schritte behindert. Eigene Wünsche und Bedürfnisse müssen zurückgestellt werden. „Ich hätte ja schon längst wieder einen kleinen Hund, aber ich getrau mir das nicht.“ In der Folge sieht sich Frau P. an den Grenzen der Solidarität mit ihrem Mann. „Wenn ich wüsste wohin, würde ich abhauen.“

Zudem ist Frau P. durch die *Übernahme zusätzlicher Verpflichtungen* gefordert. „Ich mache ja nu alles, ich bin früh schon unterwegs, ... ich gehe einholen, ... heute wieder die Sparkasse erledigt, ... mit der Mutter hab ich zu tun, ... er hat ja 'n Betreuerausweis ... und da hab ich jetzt mal 's Vormundschaftsgericht angerufen, wenn er nicht mehr kann, dann bekomme ich den Betreuerausweis.“ Die Erkrankung hat demzufolge weitreichende Folgen für das familiäre Gefüge und die Rollenverteilung innerhalb der Familie.

Fallanalyse 134 „... dass irgendwas in dem sein Körper noch drin ist, was sie nicht finden“

Frau O. ist 56 Jahre alt. Sie ist mit ihrem Mann seit 34 Jahren verheiratet. Beide haben eine 33jährige Tochter. Frau O. arbeitet als Sekretärin. Herr O., 59 Jahre alt, ist gelernter Werkzeugschleifer. Zuletzt war er als Hausmeister beschäftigt. Herr O. erhält seit einer Lungenoperation 1985 Erwerbsunfähigkeitsrente [damals Invalidenrente]. Er hat aber eine Werkstatt zu seiner Verfügung, in der er immer noch für sich und die Familie kleinere Arbeiten ausführt. Frau O. gibt an, dass seit der Lungenoperation die Probleme bestehen und ihr Mann schon seit 10–15 Jahren über Sensibilitätsstörungen in den Händen klagt. Psychische Probleme spielten hingegen keine Rolle, wobei die Diagnose weiterhin unklar ist. Ihr Mann

war auf anraten der Tochter zu einer Infusionsbehandlung in die Klinik gegangen. Frau O. glaubt, dass eine körperliche Ursache für die Probleme vorliegt, die man noch nicht gefunden hat.

Frau O. sieht die Beschwerden ihres Mannes als direkte Folge seiner Arbeit und der damit verbundenen einseitigen körperlichen Belastung. Als Werkzeugschleifer hat er zumeist nach vorn gebeugt gearbeitet, so dass es zu Haltungsschäden gekommen ist. Seit einigen Jahren leidet Herr O. an Sensibilitätsstörungen in den Händen, die Frau O. ebenfalls auf die Überbeanspruchung bestimmter Muskeln oder Nerven zurückführt. „Durch die Haltung, würde ich sagen, hat sich das auf die Wirbelsäule gelegt und so, es ist nicht irgendwie ein nervliches Leiden bei ihm.“ Sie stellt klar, dass ihr Mann nur durch einen Zufall in die psychiatrische Klinik kam. Die Tochter arbeitet dort und hatte zu einem stationären Aufenthalt geraten, um alle nötigen Untersuchungen durchführen zu lassen. Zusätzlich wurde eine Infusionsbehandlung vereinbart, die stationär erfolgen sollte. „Da hat er die Infusion gekriegt jeden Tag und die kriegt er ja jetzt auch noch zu Hause in Tablettenform oder in Kapselform.“ Für Frau O. liegen in keiner Weise Beschwerden vor, die psychiatrisch einzuordnen sind.

Auf der anderen Seite beschreibt sie ihren Mann als „missmutig“ und „verbittert“, nachdem er im Gegensatz zu ihr keine Chancen mehr auf dem Arbeitsmarkt hat. Er ist oft gereizter Stimmung, besonders wenn er politische Sendungen oder aktuelle Zeitungsberichte liest. Frau O. bezeichnet sich selbst dann als „seine Entladung“. Während sie arbeitet, verfolgt er die Tagespolitik im Fernsehen und erwartet sie dann in gereizter Stimmung, um ihr zu berichten. Ihre Gelassenheit kann aber gegen diese Gereiztheit ihres Mannes nichts ausrichten. Seine Stimmungslage ist sehr wechselhaft. „Es sind da Tage, da geht’s ihm gut. Und es sind Tage wieder, wo ich dann nur sage, mein Gott, also, aber was willste machen.“ Sie sieht wenig Möglichkeiten, auf die Stimmungen ihres Mannes Einfluss zu nehmen.

Ein weiterer Faktor, der zu der gereizten oder gedrückten Stimmung ihres Mannes beiträgt, ist in ihren Augen das Alleinsein. „Wir haben auch niemanden. Freunde haben wir uns auch abgeschafft ... und er ist eben nun viel alleine.“ Frau O. spricht viele Enttäuschungen in ihrem Leben an. So wurde ihr u.a. das Studium und ihrem Mann lange Zeit die Selbstständigkeit verwehrt. Sie haben ihr Leben zu großen Teilen in den Zwängen des DDR-Systems gelebt. Erst 1985 erhielt Herr O. den Gewerbeschein als Werkzeugschleifer. Nach der Wende blieben aber die Aufträge bald aus und das Gewerbe musste 1993 aufgelöst werden. Seitdem ist er arbeitslos. Da beide in eine neue Eigentumswohnung zogen, hatten sie keinen Platz mehr für die Werkzeuge und Schleifmaschinen. In einem leerstehenden Bauernhaus konnte Herr O. sich eine Werkstatt zu privaten Zwecken einrichten, in der er heute ab und an Dinge für den privaten Haushalt bearbeitet.

Frau O. beschreibt ihren Mann als „Praktiker“, von deren handwerklichen Fähigkeiten und Interessen die Familie profitierte. Sie meinte, sie hat nie einen Handwerker in der Wohnung gebraucht. Ihre *Beziehung* resümiert sie illusionslos. „Ich nehm ihn so, wie er ist.“ Wenn sie jünger wäre, würde sie vielleicht überlegen, einen anderen Mann zu suchen und mit ihm noch etwas vom Leben haben. Ihre jetzige Beziehung erlebt sie in ihrer Stabilität als befriedigend. „Wenn man so viele Jahre dann zusammen ist, dann sagt man, Hauptsache, man ist dann noch zusammen. So war es, muss ich sagen, möchte ich keinen anderen haben. So als Mann war er schon nicht verkehrt.“ Ihre Beziehung oder ihr Beziehungsalltag haben sich durch die Beschwerden ihres Mannes nicht verändert. „Gar nichts hat sich verändert.“

Frau O. sieht die medizinischen *Behandlungen* ihres Mannes als langwierig und schwierig an. Sie hat schon mehrfach die Erfahrung gemacht, dass Fehldiagnosen gestellt und Falschbehandlungen eingeleitet worden sind. Erst vor kurzem musste sich ihr Mann wegen eines Bruches einer Notoperation unterziehen. Wegen unklarer Unterbauchbeschwerden war er aber schon mehrfach in den letzten drei Jahren in

Behandlung gewesen und es war keine entsprechende Diagnose gestellt worden. Einmal war ihr Mann auf eine Operation vorbereitet worden, die dann am Ende abgesagt wurde. „Da haben die [Anmerk.: Ärzte] dem wahrlich acht Tage lang nur Selterwasser gegeben. Da hat der zehn Pfund da unten abgenommen, und dann hat sich Herr Professor ans Bett gestellt und hat gesagt: ‚Es wird wohl wieder auf dasselbe hinauslaufen, Herr O., das sind nervliche Sachen in ihrem Körper. Sie müssen ruhiger werden.‘“ Frau O. misstraut der aktuellen Behandlung und ist überzeugt, dass die wirkliche Ursache für die Beschwerden ihres Mannes nicht gefunden ist. Sie möchte gern alternative Behandlungen und Diagnosemethoden nutzen, z.B. eine Haar-Analyse oder chinesische Medizin. In die herkömmlichen Verfahren hat sie kein Vertrauen mehr. Die unklare Ursache verunsichert Frau O. besonders. „Eigentlich beschäftigt mich, dass sie [Anmerk.: die Ärzte] nicht so richtig auf 'n Punkt kommen, um zu sagen, das und das ist ihre Krankheit.“

Fallanalyse 144 „Das geht eigentlich weiter wie immer, da ist überhaupt kein Unterschied“

Herr H. ist 65 Jahre alt. Er hat Malerei studiert, ist seit 1960 selbständiger Grafikdesigner. Frau H. ist 59 Jahre alt und Floristin. Sie ist arbeitslos. Beide sind seit 39 Jahren zusammen. Das Paar hat drei Töchter im Alter von 34, 36 und 39 Jahren und eine Reihe von Enkelkindern.

Herr H. resümiert, dass die *Erkrankung Teil ihres gemeinsamen Lebens* geworden ist. „Sie hat ihre Frühjahrs- und Herbstkrisen und meist hält sich das im Rahmen und diesmal ist es eben bisschen weiter gegangen, weil sie ziemlich erschöpft war. ... Sonst ist das allgemein, dass das im Jahr diese Schwankungen gibt ... und das pegelt sich dann wieder ein. Dann ist das wieder in Ordnung.“ Er verzeichnet für sich eine Art Gewöhnung, da seine Frau schon in jungen Jahren erkrankte. Meist bemerkt er, wenn eine Phase auftritt. Diesmal war er allerdings auf einer Dienstreise, als seine Frau einen Suizidversuch unternahm. Die Tochter fand die Mutter, als sie zufällig vorbeikam.

Herr H. sieht die *Ursachen der Erkrankung* zum Teil in den unglücklichen Umständen, die seine Frau an einer für sie befriedigenden Tätigkeit hindern. Sie hat zwar den Gewerbeschein als Floristin bekommen. Sie wohnen aber zu abgelegen, so dass sie das Geschäft mangels Kundschaft bald aufgeben mussten. Die Ladenmiete in der Stadt können beide nicht aufbringen, zumal die Einkünfte auch sehr unsicher wären. Herr H. bedauert, dass seine Frau nach ihrem Arbeitsplatzverlust keine Möglichkeit mehr auf dem Arbeitsmarkt hatte. Er sieht dies als allgemeines, gesellschaftliches Problem an, welches viele Menschen betrifft. „Das haben ja auch viele, die arbeitslos werden, die alt werden. Sie denken, die Kinder sind aus dem Haus, dass sie sich ein bisschen wie nutzlos vorkommen, dann kapitulieren.“ Herr H. ordnet die Probleme seiner Frau in einen größeren Kontext ein, der die Situation normalisiert. „Ihr Hauptproblem ist eben, dass sie sich eben alt fühlt jetzt und im Prinzip wie nicht mehr gebraucht und nirgends mehr richtig Fuß fassen kann. Man kann heute in dem Alter nicht mehr ein Geschäft anfangen oder irgendwas machen. Das geht nicht mehr, sie wird demnächst ja auch sechzig. ... Sie hat sich eigentlich nun fast damit abgefunden, dass da kaum noch was zu machen ist.“ Frau H. ihrerseits hatte bei einem Gespräch sehr bedauert, dass sie es versäumt hat, eine Erwerbsunfähigkeitsrente zu beantragen. Die ganzen Jahre hatte sie dadurch kein eigenes Einkommen und auch ihr Mann verdient nur sehr unregelmäßig Geld.

Herr H. sieht seine Hauptbelastung in seiner *beruflichen Anspannung*, die mit viel Ärger und Unsicherheiten verbunden ist. Als selbständiger Grafikdesigner ist er nicht nur von den Aufträgen und der Zahlungsmoral der Firmen abhängig. Er muss auch mit den neuesten Programmen arbeiten können. Die

schnellen Änderungen im Bereich der Softwareentwicklung erschweren ihm das Arbeiten sehr. Er sieht sich somit einem ungeheuren Druck ausgesetzt, überhaupt Aufträge zu bekommen. „Heutzutage ist das ja so, dass die Firmen auf nichts Rücksicht nehmen. ... Wenn sie einmal sagen, ne, das kann ich nicht oder ich schaff das nicht bis dahin, dann sind sie raus.“ Die Versorgung im Alter sieht Herr H. als nicht gesichert an, deshalb zwingt er sich, weiterzuarbeiten.

Diese berufliche Situation hat auch Auswirkungen auf das *Familienleben und das partnerschaftliche Miteinander* und somit indirekt auf die Erkrankung seiner Frau. Herr H. hat die Erfahrung gemacht, dass er seiner Frau helfen kann, wenn er die Dinge mit ihr gemeinsam erledigt. Er hat aber nicht die Zeit oder die Kraft, ihr bei allem zur Seite zu stehen. „Ich habe ja auch nicht die Zeit dann, dass wir immer alles gemeinsam machen können, dass ich dann im Haushalt mithelfe. Ich bin halt der einzige, der hier den Haushalt aufrecht erhält finanziell.“ Herr H. macht die Erfahrung, dass es seiner Frau besser geht, wenn er z.B. Hausarbeit mit ihr zusammen erledigt. Durch seine hohe Arbeitsbelastung kommt seine Frau in seinen Augen zu kurz. Er sieht aber keine Möglichkeit, das zu ändern, da er für das Familieneinkommen sorgen muss. Seine Frau brauchte ohnehin immer mehr Menschen um sich als er, der alleine konzentriert arbeiten muss. In dieser Hinsicht sind ihre Bedürfnisse sehr verschieden von seinen.

Insgesamt sieht er es als hilfreich im *Umgang mit der Erkrankung* an, wenn auch seine Frau eine Beschäftigung hat, die sie ausfüllt. Da dies beruflich nicht mehr realisiert werden kann, beschränken sich die Aufgaben auf das Haus und den Garten. „Jetzt hat sie sich eigentlich ganz gut gefangen, meine Frau. Zur Zeit haben wir viel Bauerei im Haus. ... Im Sommer macht sie viel im Garten. Wie haben ein großes Grundstück hier. Mit Blumen arbeitet sie sowieso gern.“ Auch der Hund wurde im Hinblick darauf angeschafft, dass seine Frau eine Aufgabe hat und somit weniger Sinn- und Nutzlosigkeit fühlt. Zur Zeit besucht sie einen Keramikkurs. Im Ergebnis möchte sie dann den Garten umgestalten und evtl. einen Teich anlegen.

Herr H. sieht, dass er an der *Grenze seiner Leistungsfähigkeit* arbeitet. Er befürchtet, dass diese Überlastung gesundheitliche Folgen haben wird. „Ich arbeite ja, wenn es terminmäßig ist, bis nachts um zwei, um drei. In dem Alter hält man das ja auch nicht mehr so ohne weiteres durch.“ Zu einem Ausgleich, wie der Malerei, kommt er kaum mehr. Das bedauert er sehr.

Fallanalyse 145 „Ich hab jetzt Zeit, da stehen wir das gemeinsam durch“

Herr G. ist 60 Jahre alt und Altersrentner. Zuletzt hat er bei der Bahn gearbeitet. Seine Partnerin ist 56 Jahre alt und erhält aus erster Ehe Witwenrente. Im Zuge der Wende wurde Frau J. arbeitslos, nachdem sie 10 Jahre lang im Chemiehandel gearbeitet hatte. Der erste Mann von Frau J. verstarb nach acht Jahren Ehe durch Suizid. Zwei Jahre später heiratete Frau J. erneut. Ihr Partner hatte ein Alkoholproblem, so dass die Ehe nach vier Jahren geschieden wurde. Aus dieser Ehe hat Frau J. einen Sohn. Herr G. ist Witwer, er hat eine jetzt 40jährige Tochter. Für beide ist es eine Lebensgemeinschaft, die sie seit nunmehr fast 10 Jahren führen. Vor ca. 20 Jahren sind die psychischen Probleme von Frau J. erstmalig aufgetreten, als ihr erster Mann durch Suizid verstarb. Seitdem ist Frau J. in Behandlung. Herr G. gibt an, die Diagnose ist ihm bekannt. Er nennt sie „Neurose“.

Für Herrn G. bietet die Frage nach Veränderungen durch die Erkrankung zunächst wenig Anknüpfungspunkte, zu erzählen. Prinzipiell hat sich für ihn nichts verändert. Er hat seine

Lebenspartnerin mit den Krisen kennen gelernt und will ihr nun helfen, diese durchzustehen. Herr G. meint, die psychischen Probleme haben ihre Ursache in der schwierigen Lebensgeschichte seiner Partnerin. „Das habe ich aber gewusst. ... Und da haben wir gedacht, dass wir es heilen können, so im Zusammenleben. Aber es ist eben nichts geworden.“ Er dachte zunächst, dass er mit seiner Partnerin die Dinge ohne professionelle Hilfe klären kann und sieht diese Bemühungen als gescheitert an. Herr H. hatte die Vorstellung, dass sein Verständnis und Bemühen um die Partnerin die alten Wunden heilen könnten. (*Partnerschaft als Therapie*). Da er nun Rentner geworden ist, hat er auch mehr Zeit, für seine Partnerin da zu sein. „Ich hab jetzt Zeit. Ich bin in Rente seit April und da stehen wir das gemeinsam durch.“

Herr G. ist allerdings ratlos, wie er seiner Partnerin beistehen kann. „Wenn sie irgendwie trösten wollen, da eingreifen, da wird's bloß noch schlimmer. ... Da sitzt man hilflos daneben und kann gar nichts machen.“ Er hofft, dass die stationäre Therapie eine Besserung bringen wird. Er glaubt dennoch, dass seine Ruhe und Ausgeglichenheit auch Auswirkungen auf seine Partnerin haben werden. Er stellt sich als den Ruhepol dar, der an ihrer Seite aushält und zu ihr steht. Er betont die Stabilität der *Beziehung* und lehnt alle anderen alternativen Handlungsmöglichkeiten ab. „Es nützt ja nichts. Deswegen kann ich sie ja nicht verstoßen. Was will ich denn machen? Ich kann doch nun nicht, wenn sie jetzt zu Hause ist, ihr Vorwürfe machen. ... Deswegen kann man sich doch nicht streiten. Man muss immer das Beste draus machen.“ Herr G. möchte nicht zulassen, dass die psychischen Probleme Einfluss auf das Miteinander haben. Er sieht sich als denjenigen an, der seiner Frau die Zuversicht und Gelassenheit vermitteln muss. Eine Ablehnung der Beziehung käme für ihn einer Verstoßung gleich. Er scheint hierbei bemüht, die jetzige Beziehung von den anderen schmerzhaften Beziehungen der Frau abzugrenzen und sich bewusst als Beschützer zu präsentieren. Gleichzeitig bekommt die väterlich-beruhigende Art einen bagatellisierenden Unterton. Die Probleme scheinen es nicht wert, über sie zu streiten. Dies verhindert eine aktive Auseinandersetzung mit den Gedanken und Gefühlen der Ehefrau, die als unverständlich und krankhaft und teils unveränderbar bewertet werden. Die Ursachen für aktuelle Krisen werden in der wechselvollen Lebensgeschichte begründet wahrgenommen, die nicht mehr zu ändern ist. Verstoßen impliziert auch eine Bedürftigkeit der Partnerin, die bei einer Trennung hilflos diesen Krisensituationen ausgeliefert wäre. Die Wahrnehmung impliziert eine Position des starken Helfers / Beschützers vs. kranken Hilfsbedürftigen. In dieser Konstruktion werden eigene Verluste oder Einschränkungen in der Beziehung nicht wahrgenommen oder abgelehnt. „Da belastet mich eigentlich nichts, kann ich nicht sagen, dass mich da irgendwie was belastet. ... Da stehen wir das gemeinsam durch, da belastet mich eigentlich nichts.“ Die Beziehung wird als ein Bündnis beider Partner gegen die depressiven Krisen erlebt.

Fallanalyse 146 „Die viele Arbeit, manchmal, da wächst einem das über 'n Kopf“

Herr C. ist 66 Jahre, seine Frau 69 Jahre alt. Die Partner sind seit 1957 verheiratet, habe drei Söhne im Alter von 40, 39 und 33 Jahren. Frau C. hat eine Lehre zur Buchbinderin gemacht, aber nach der Geburt des ersten Sohnes 1959 nicht mehr gearbeitet. Seit 1970 hat sie ein Herzleiden, ist mehrfach operiert worden. Aus diesem Grund erhielt sie ab 1980 Erwerbsunfähigkeitsrente (damals Invalidenrente). Herr C. hat zuletzt als Dreher gearbeitet. Die psychischen Probleme der Ehefrau sind erstmalig 1999 aufgetreten. Frau C. war damals sechs Wochen in stationärer Behandlung und dann nach einer Unterbrechung nochmals fast vier Monate im Krankenhaus. Sie klagt über organische Beschwerden, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Schlafstörungen. Frau C. glaubt, die zwei schweren Operationen vor drei Jahren, die

sie innerhalb einer Woche hatte, haben ihrem Körper alle Kraft genommen. Die aktuelle Diagnose kann Herr C. nicht angeben. Er spricht von Nervenleiden.

Herr C. schildert sich als *sehr belastet*. Neben der Betreuung seiner erkrankten Ehefrau, die körperlich sehr geschwächt ist, muss er den gesamten Haushalt erledigen (Einkäufe, Wäschewaschen, Saubermachen, Essenkochen). Dies fällt ihm besonders schwer, da er selbst altersbedingt und aufgrund mehrerer Krankheiten (u.a. hatte er ebenfalls eine Herzoperation) eingeschränkt ist. „Die viele Arbeit ... manchmal da wächst einem das über ’n Kopf, nicht, muss ja alles gemacht werden, was früher meine Frau gemacht hat. Das muss ich, ob Wäsche waschen, Kochen, und alles mögliche, was eben anfällt, nicht, muss ich alles machen. Ja, nun ist man ja auch nicht mehr der Jüngste, die Kraft lässt ja auch alles nach, bin bloß immer froh, dass ich noch so einigermaßen laufen kann.“ Die Koordination eigener Arztbesuche und Besorgungen mit dem Befinden seiner Frau und den Anforderungen der Versorgung der Familie sieht Herr C. als enorme Anstrengung, ja als Überforderung an. „Ich muss mich manchmal nach dem Mittagessen hinlegen. Also, da bin ich fertig. Manchmal da schlafe ich auch zwei Stunden fest.“ Besonders in akuten Zeiten, als seine Frau im Krankenhaus war, war auch noch der Weg in die Klinik zu bewältigen, was Herrn C. zusätzlich belastet hatte.

Die depressive Erkrankung, die Herr C. als „Nervenleiden“ beschreibt, ist für ihn unverständlich. Die depressiven Symptome werden durch den schlechten Allgemeinzustand und die körperlichen Krankheiten seiner Frau nahezu verdeckt. Das *Krankheitsmodell* von Herrn C. ist traditionell medizinisch geprägt, d.h. die Verantwortung für Diagnose und Therapie obliegt dem Arzt, Selbsthilfe wird nicht thematisiert. Statt dessen werden alle Arztkontakte minutiös dokumentiert, wobei Herr C. großes Vertrauen in die Anweisungen des Arztes hat. Der Arzt gehört förmlich zur Familie, wird häufig angerufen, um sich zu beruhigen oder bezüglich Medikamente oder Symptome nachzufragen. Herr C. bedauert, dass dem medizinischen Handeln im Falle seiner Frau Grenzen gesetzt sind. Er befürchtet, dass es zu keiner Verbesserung mehr kommen wird und hofft, dass keine Verschlechterung des Zustandes eintritt. Er leidet unter der nächtlichen Inkontinenz und daraus resultierenden Unruhe seiner Frau, sowie den anfallenden Arbeiten wie Waschen, Bettenbeziehen etc. Die permanente Unterbrechung seines Schlafes führt zu Einschränkungen seiner Leistungsfähigkeit am Tage und mindert sein Wohlbefinden und seine Stimmung.

Unterstützung und Bewältigungsressourcen erfährt Herr C. durch die Kinder. „Das ist sicher das Gute. Wir haben einen sehr guten Kontakt. Und das ist sicher die Hauptsache, wenn alles stimmt in der Familie“. Die Einkäufe oder weitere Wege erledigt Herr C. zusammen mit seinem Bruder, der ihn dann mit dem Auto fährt. Auch die Betreuung durch die Hausärztin sieht Herr C. als sehr positiv an. Herr C. versucht bewusst, Auszeiten zu nehmen aus dem beständigen Tun des Tages und Erholungszeiten für sich zu schaffen. „Abend setz ich mich dann auch zu ihr hin, guck ich Fernsehen. Da schalt ich auch mal ab und das ist auch gut für mich.“

Herr und Frau C. leben eine *traditionelle Partnerschaft* mit auffälliger Dominanz des Mannes und Unterordnung der Frau. Die Sprachstörungen seiner Frau erschweren die partnerschaftliche Kommunikation und führen dazu, dass Herr C. häufig für seine Frau spricht oder sie bei ihren Versuchen, sich zu äußern, unterbricht. Frau C. wirkt neben ihrem Mann nahezu zerbrechlich. Sie fühlt sich schuldig, dass sie ihren traditionellen Verpflichtungen als Hausfrau nicht gerecht wird und diese Arbeiten nun ihrem Mann „anlastet“. Mehrmals betont sie, wie sehr sie hoffe, dass es ihr bald besser gehen wird, um ihren Mann wieder zu entlasten.

Fallanalyse 150 „Ich verstehe nicht, dass das nicht erkannt wird“

Frau E., 55 Jahre alt, arbeitet als Sekretärin. Herr E., 55 Jahre alt, ist Heizungsmonteur und oft auf Montage. Beide sind seit 32 Jahren verheiratet und haben einen 32jährigen Sohn. Die psychischen Probleme des Mannes sind im Frühjahr 1999 zum ersten Mal aufgetreten und wurden in kurzen Abständen zweimal stationär behandelt. Frau E. gibt als Diagnose „Depression“ an.

Die depressive Symptomatik ihres Mannes traf Frau E. sehr überraschend und unvorbereitet und wurde zuerst als Folge von Überforderung gedeutet. Zunächst wurden Schlafstörungen und ein „Zusammenbruch“ auf der Baustelle als Stresssymptome gewertet und eine umfangreiche Untersuchung wg. des Verdacht auf einen Herzinfarkt eingeleitet. Da es keine organischen Anzeichen gab, wurde Herr E. mit dem Hinweis auf eine Deregulierung des vegetativen Nervensystems entlassen. „Ich habe aber auch gedacht ... ein, zwei Wochen vielleicht mal Medikamente nehmen, wie man vielleicht 'ne Grippe oder wie man vielleicht ein Magenproblem so ... heilen kann, dass man vielleicht, wenn man bissel Medikamente und Ruhe hat und, was weiß ich, hier frische Luft, spazieren gehen und so, dass es dann auch mal wieder besser werden muss und das war aber bei ihm nicht der Fall.“ Die Hausärztin überwies Herrn E. nach zwei Wochen zur Nervenärztin. Dort verschlimmerte sich die Situation weiter. Hausärztin und Nervenärztin hatten den Rat gegeben, Herr E. müsse lernen, in den Tag hinein zu leben. Herr E. war hingegen durch die Krankschreibung allein und inaktiv zu Hause, was die Familie versuchte, mit Anrufen auszugleichen. „Wenn der andere Ehepartner berufstätig ist, ist es ja vorgezeichnet, dass dann hier so ein bisschen Leerraum ist, wo man mit sich nichts anfangen kann, wenn man krank ist.“ Da Herr E. dissimuliert, begleitet Frau E. ihn zu den Arztterminen und schildert ihre Wahrnehmung und die Verschlechterung der Symptome. Herr E. seinerseits drängt darauf, gesund geschrieben zu werden, was ihm auch gewährt wird. Kurz darauf unternimmt er einen Suizidversuch, irrt eine Nacht lang durch die Straßen. „Das war für ihn die Zuflucht gewesen und da sag ich mir, ich versteh das nicht, dass das nicht erkannt wird.“ Die *Behandlung sieht Frau E. sehr kritisch*. „Da bist Du nun beim Arzt in Behandlung, jetzt beim Spezialarzt, und der erkennt das nicht.“ Herr E. kann mit der Diagnose „Depression“ nichts anfangen. Er glaubt, die Krankenkasse werde das gezahlte Krankengeld zurückverlangen, weil das keine Krankheit ist. Die erste stationäre Aufnahme kann ihn davon nicht abbringen. Im Gegenteil, er glaubt, Mitpatienten sind Polizisten, die ihn überwachen und seine „Simulation“ der Krankenkasse melden werden. Zusätzlich entwickelte er im Vorfeld der Aufnahme einen Verarmungswahn. Nach einer kurzen Entlassungszeit kommt es zu einer zweiten stationären Aufnahme in einer anderen Klinik. Kurz nach der Entlassung aus dieser Behandlung findet das Gespräch mit Frau E. statt.

Die *Auseinandersetzung mit der Erkrankung* bedeutet für Frau E. einen Lernprozess, in dem eigene Annahmen, Vorurteile, aber auch Unwissenheit korrigiert werden müssen. „Aber, dass das so eine richtige Krankheit ist und dass das einen Menschen so fix und fertig machen kann, davon hat man als Laie überhaupt keine Ahnung. ... Als dann hier nach langer Zeit gesagt [worden ist], dass es Depressionen sind, also [da] bin ich wie aus allen Wolken gefallen. ... Da hab ich mir das dann erst mal erklären lassen, was überhaupt Depressionen sind.“ Die Fehlreaktionen der zuerst behandelnden Ärzte und die fehlende Krankheitseinsicht ihres Mannes haben diesen Prozess behindert. Da keine Vorerfahrungen mit psychischen Krankheiten in der Familie oder dem Freundes- und Bekanntenkreis vorlagen, was das professionelle Unterstützungssystem zunächst die erste Anlaufstelle für Information und Hilfe. Frau E. macht den beteiligten Institutionen Vorwürfe, sie nicht nur unzureichend aufgeklärt sondern auch ihren Mann nicht angemessen behandelt zu haben. „Ich als Betroffene, ich hab keinerlei irgendwie, keinerlei Hilfe gehabt.“ Besonders die Einweisung ihres Mannes erlebte Frau E. als dramatisch. In dieser Situation

habe niemand ihr Hilfe oder ein Gespräch angeboten, obwohl sie sich selbst in einer Art Schockzustand befand.

Der Selbstmordversuch ihres Mannes hat Frau E. *schockiert*. „Das kam für mich, obwohl wir in einer Wohnung leben, obwohl wir, also, wir sind zweiunddreißig Jahre verheiratet, obwohl man denkt, dass man den anderen Partner in und auswendig kennt, dass man ihn bestens kennt, kam für mich sehr, sehr überraschend.“ Aktuell kann ihr Mann besser akzeptieren, dass er an Depression erkrankt ist, meint aber weiterhin, wieder gesund zu sein. Frau E. bezweifelt dies und hat Angst, einen erneuten Rückfall mitzerleben. Sie beschreibt ihren Mann als fröhlichen, unterhaltsamen Menschen vor der Erkrankung, was aber noch nicht wieder so sei. Diese Veränderung erlebt sie als „Einschnitt“ und Anzeichen, dass eine vollständige Heilung noch nicht erreicht ist.

Der *Umgang mit der Erkrankung* ist von einer ausgeprägten Solidarität mit ihrem Mann gekennzeichnet und dem Bemühen, seine Situation zu verstehen. „Er hat eben die Verantwortung, die er eben für sich und für die Familie, ja letztendlich auch bisschen für mich mit hat, das hat er eben aufgeben wollen und hat sich eben hier, die Flucht nach vorn, eben hier eben, dass er sich das Leben nehmen wollte.“ Frau E. spricht nun viel mit ihrem Mann über diese Situation, „um mit ihm das aufzuarbeiten.“

Zwischen den beiden Krankenhausaufenthalten wird Herrn E. gekündigt, was die *finanzielle Situation* der Familie verschlechtert. Da Frau E. die Arbeit und den Ehrgeiz ihres Mannes auch als krankheitsauslösend ansieht, wiegt der finanzielle Verlust nicht so schwer, wenn er doch der Gesundheit dient.

Fallanalyse 157 „Kein normales Zusammenleben mehr“

Herr B. ist 40 Jahre alt und aus den alten Bundesländern nach L. gezogen. Er arbeitet als Bankkaufmann. Seine Frau, 29 Jahre alt, arbeitet in Teilzeit als Bankkauffrau. Beide sind seit acht Jahren verheiratet und haben eine zweijährige Tochter. Die psychischen Probleme der Ehefrau sind vor vier Jahren erstmalig aufgetreten und wurden damals tagesklinisch behandelt. Vor einem Jahr gab es eine erneute depressive Phase, die ebenfalls tagesklinisch behandelt wurde.

Herr B. berichtet sehr kurz über *Veränderungen im Zusammenleben*. In seiner Erzählweise wird eine Distanz deutlich als bewerte er die Funktionsfähigkeit seiner Frau. So habe sie sich früher gelassen und gut um das Kind gekümmert, im Laufe der Erkrankung sei sie aber zunehmend gereizter gewesen. Sie habe ihre Arbeit immer geschafft und keinen Anlass zu den Selbstzweifeln gehabt, die sich dann im Zuge der Erkrankung einstellten. Auch war es für seine Frau „von heute auf morgen nicht mehr möglich, mit den Dingen umzugehen“, Probleme wurden „aufgebauscht“ und stundenlang diskutiert, ohne Problemlösungen zu sehen.

Die aufgetretenen Symptomen fallen für Herrn B. aus einem logisch-rationalen Muster heraus und bedürfen anderer Erklärungen, die er jedoch nicht ausführt. Ein kranker Mensch verändere sich halt und das Zusammenleben sei dann eben kein normales mehr. So bleiben die von ihm erlebten Belastungen eher vage und auf den Zustand seiner Frau beschränkt, den er ausführlicher darstellt. In diesem Zusammenhang berichtet Herr B. *kein explizites Krankheitsmodell*, in dem ausführlicher seine Annahmen über Ursachen und Auftreten der Symptome beleuchtet werden.

Über sein *eigenes Erleben* berichtet Herr B. eher indirekt, wenig konkret oder ausführlich. Er äußert mehrmals große Erleichterung darüber, dass sich die Situation wieder normalisiere. Es normalisiert sich nicht alles, aber es verändere sich in die Richtung. Herr B. möchte über die negativen Dinge aus der Vergangenheit nicht mehr nachdenken.

Fallanalyse 158 „Die Seele ist halt auch mit krank, man hat eben nie einen Gesprächspartner“

Frau W. ist 48 Jahre alt. Sie arbeitet nach einer Umschulung als Verkäuferin. Ihr Mann, 51 Jahre alt, arbeitet als Haustechniker. Beide sind seit 1971 verheiratet und haben einen 27jährigen Sohn. Vor 13 Jahren sind die psychischen Probleme des Ehemannes erstmalig aufgetreten, aber lange nicht erkannt und behandelt worden. Aufgrund eines Panikanfalls war Herr W. in ein Krankenhaus aufgenommen worden. Da die Untersuchungen ohne Befund blieben, wurde er der Simulation verdächtigt, was beide heute noch sehr belastet. Von 1993 bis 1996 erhielt Herr W. in ambulanter psychiatrischer Behandlung regelmäßig Imap und Rudotel (Spritzen), was Frau W. als wenig hilfreich ansieht: „Der ist ja durch alle Höllen gegangen. Der war ja bei Ärzten, die haben ihn halb tot gespritzt.“ Im Mai 1997 begab Herr W. sich aufgrund einer suizidalen Krise erstmalig in stationäre psychiatrische Behandlung. Frau W. beschreibt die Probleme ihres Mannes als „Depression“. Sie meint aber, es könnte auch eine Form männlicher Wechseljahre sein.

Frau W. empfand das Alleinsein mit den Problemen und die Schwierigkeiten, in der Situation Verständnis zu erfahren, als besonders belastend. *Sie hat sowohl in der eigenen Familie und im Arbeitsumfeld als auch im medizinischen Kontext nicht die Hilfe erfahren, die sie v.a. in der akuten Situation gebraucht hätte.* Die eigene Familie stand und steht psychischen Problemen skeptisch, wenn nicht gar völlig verständnislos gegenüber. „Ich kann das weder meiner Mutti erzählen, weil es niemand kennt. ... Ja, wenn ich 'n Arm gebrochen habe oder ein Bein amputiert oder, wie unser Vati querschnittsgelähmt ist, das siehst du, was der hat und man sieht die Schmerzen, aber wenn an den Menschen körperlich alles fit ist, die sagen alle, der spinnt ja, und da sagt man lieber gar nichts.“ Auch Freunde oder Freundinnen weichte Frau W. nicht ein, aus Angst, für verrückt gehalten zu werden.

Der Druck der Leistungsgesellschaft und die Unverbindlichkeit in Beziehungen erschwert oder verhindert ein Verständnis für die Situation der Partner. So wurde Frau W. eine Woche Krankschreibung, um bei ihrem Mann zu sein, nicht anerkannt und sie war Anfeindungen und Vorwürfen der Drückebergerei ausgesetzt. „Sein behandelnder Arzt, der schrieb ihn krank und schrieb mich mit krank. Der sagt: ‚Er braucht Sie jetzt in der Phase.‘ Und da hat mir meine Chefin gesagt, da war ich eine Woche zu Hause, also sie bezahlt das nicht. Sie sieht das nicht ein, ich bin gesund, ich kann zur Arbeit kommen. ... Die konnte sich in so eine Sache gar nicht reinverdenken.“ Im Gegensatz dazu fühlte sich Frau W. durch eine junge Kollegin unterstützt, bei der sie sich aussprechen konnte. „Die konnte mir damit helfen, indem ich's sagen konnte. Die kann nicht sagen, mach 's so oder so. Aber, es ist schon gut, wenn man das sagen kann.“

Von den behandelnden Ärzten fühlte sich Frau W. wenig einbezogen, auf ihre Situation wurde kaum eingegangen. „Mit seinem behandelnden Arzt komm ich nie in Kontakt. Die andere Ärztin, die er vorher hatte, da bin ich einmal mitgewesen. Sie hatte das auch gestattet und da sagte sie mir aber, sie kann mich nicht beraten oder behandeln. Ihr Patient ist er und alles andere geht nicht. Da müsste ich mir eben auch einen Arzt suchen. ... Ja, da muss man doch einen Ansprechpartner haben. Ich denke, das ist doch gera de

sein behandelnder Arzt, denn, der könnte mir doch sagen, was eventuell noch auftreten kann oder was sich einstellen kann oder auch nicht oder wie ich mich verhalten muss.“

Die mangelnde Unterstützung empfand Frau W. als besonders belastend. Sie erlebte die Erkrankung ihres Mannes als *Einschnitt in das bisherige partnerschaftliche Zusammenleben*, was auch die Kommunikation zwischen beiden Partnern erschwerte. „Er war auch sehr empfindlich. Ich konnte auch nicht mehr mit ihm so reden, der ging immer gleich hoch.“ Frau W. erlebte einen Verlust an sozialer Unterstützung in ihrer Beziehung. „Mein Mann war früher mein Pluspol. Wenn ich Stress hatte, oder mir war irgendwas, dann war ich eigentlich schnell auf der Palme und ich brauchte den bloß anfassen, dann merkte ich richtig, wie die Ruhe zurückkam und das ist heute nicht mehr so.“ Im Zusammenhang mit Kommunikationsproblemen werden auch sexuelle Probleme angesprochen. Der zunehmende soziale Rückzug des Mannes wurde von Frau W. besonders schwerwiegend wahrgenommen, da sie sich als sehr lebenslustigen Menschen, der andere um sich braucht, beschreibt. Spontane Besucher waren nicht mehr willkommen, gemeinsame Unternehmungen auf ein Minimum beschränkt. Frau W. beschreibt die zunehmende Einengung, eine Art Abschottung und Konzentration auf „diese eigene Welt“, die zu einer Krise der Beziehung führte. Herr W. riss ihre Hausarbeiten und Hobbys an sich, so dass sie sich plötzlich in einer „verrückten Welt“ fand, in der die vertrauten partnerschaftlichen Rollen auf den Kopf gestellt wurden. Herr W. versuchte, seiner Frau alles recht zu machen und übernahm Hausarbeiten, die sie als ihre Zuständigkeiten definiert hatte. Das verletzte Frau W., ließ sie sich überflüssig fühlen. „Der sollte wieder von mir aus in den Keller gehen und seine Arbeiten da unten machen, aber nicht mir noch meine Arbeit wegnehmen.“ Der Konflikt führte zu einer *Trennungskrise*. „Da habe ich gesagt, weißt Du, wir machen das so, ich lass alles, was hier drin steht, ich lass Dir alles. Ich nehme bloß meine n Kater und gehe.“ Beide Partner waren über diese Wendung schockiert und versuchten durch intensive Gespräche, wieder zueinander zu finden. „Wir haben darüber lange gesprochen, Nächte da draußen gesessen. Es hat sich vieles dadurch geändert, es war vielleicht ganz gut, dass es so gekommen ist.“ Das Paar kann auf eine lange, intakte und von anderen bewunderte Beziehungsgeschichte zurückblicken. „Wir waren immer das Paar, wenn Sie verstehen, was ich meine. Wir sind nie getrennt gewesen.“ Die Definition von Rollen in der Partnerschaft, die kurzzeitig in Frage gestellt war, musste demnach im Verlauf der Erkrankung neu und von beiden bewusst verhandelt werden.

Frau W. hatte besonders in der akuten Krankheitszeit weder ausreichend Unterstützung und Ansprechpartner außerhalb der Ehe, noch konnte sie ihrem Mann gegenüber offen über ihre Belastungen sprechen. Dies führte zu einem Belastungserleben mit *Konsequenzen für die eigene Gesundheit und das seelische Gleichgewicht*. „Dann hast du plötzlich niemanden mehr und dann frisst man all die Sorgen und Ängste in sich hinein. Und das kam sicherlich dann auch alles bei mir zum Ausbruch.“ Frau W. entwickelte im Verlauf eine Panikstörung mit mehrmaligen Panikanfällen und einem Vermeidungsverhalten, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Der Arzt vermutete einen Zusammenhang zu den Wechseljahren, Frau W. beschreibt jedoch andere Auslöser. „Und da hab ich gedacht, dass ich mir das alles ein bisschen angenommen habe, die Krankheit von meinem Mann angenommen habe, dass ich das jetzt auch mit austrage. ... Die Seele ist halt auch mit krank und das leuchtet mir auch ein, man hat eben nie einen Gesprächspartner.“

Fallanalyse 165 „Da half eben nur gut zureden immer, das wird schon wieder“

Frau S. ist 53 Jahre alt und gelernte Elektrikerin, derzeit im Rahmen einer ABM beschäftigt. Herr S. ist 58 Jahre alt, ebenfalls gelernter Elektriker. Er ist arbeitslos und erhält Arbeitslosenhilfe. Beide sind seit 32 Jahren miteinander verheiratet und haben zwei Söhne im Alter von 29 und 31 Jahren. Die psychischen Probleme des Ehemannes, v.a. Angstsymptome sind vor 17 Jahren im Zusammenhang mit einem Bandscheibenvorfall erstmalig aufgetreten.

Frau S. berichtet von den zumeist körperlichen Beschwerden, den hypochondrischen Befürchtungen und vielfältigen Ängsten ihres Mannes. Aufgrund seines damaligen Bandscheibenvorfalles beobachtet er seinen Körper auf Krankheitsanzeichen hin und produziert somit die Spirale der Angstentwicklung. Frau S. *Umgang mit den Ängsten ihres Mannes* ist von Ruhe, Geduld und Gelassenheit geprägt. Sie rät ihm dann: „Halt Dich nicht so lange dran fest, das ist nun mal so und je länger Du darüber nachdenkst, um so länger dauert es, bis es wieder vorbei ist. Du musst dich ablenken und nicht immer daran denken.“ Sie redet ihrem Mann dann gut zu, dass die Beschwerden wieder vergehen werden und versucht ihn abzulenken. Hierbei stößt sie an Grenzen. „Das ist auch eine gewisse Angst vor Krankheiten, und das war eben auch schwierig, das ihm auszureden.“ Neben hypochondrischen Ängsten bestanden Panik und agoraphobische Symptome. „Das Angstgefühl war oft, dass er sich gar nicht rausgetraut hat, weil er denkt immer, er bricht irgendwie zusammen.“ Frau S. reagierte auf diese Angstgefühle gelassen. „Na, das macht doch nichts. Ob du nun hier zusammenbrichst oder draußen, dich findet schon jemand dort.“ Sie versucht, die Ängste ihres Mannes zu relativieren und sieht körperliche Beschwerden als Ausdruck dieser Angst. „Das starke Schwitzen, was noch da ist, muss doch auch irgendwo mit der Angst zu tun haben.“

In dem *Erkrankungsmodell* von Frau S. wird die Erkrankung als Folge der damaligen Reaktionen der Ärzte auf einen Bandscheibenvorfall verstanden. Der Vorfall wurde spät erkannt und die Klagen von Herrn S. wurden lange als unbegründet abgewertet. Die Ängste, dass irgendeine Körperreaktion falsch gedeutet oder übersehen werden könnte, resultieren in den Augen von Frau S. aus diesen Erfahrungen. Diese Kopplung ist nicht mit dem Willen steuerbar und kann nur durch bewusstes Ablenken unterbrochen werden. „Es kommt ja dann, will mal sagen, ohne dass er es will.“ Dies kommt einem Freispruch des Partners gleich, der einen unterstützenden Umgang ermöglicht.

Eine medikamentöse *Behandlung* lehnte Herr S. zuerst ab. Aus Ungeduld hat er immer wieder die Medikation abgebrochen und wollte es alleine schaffen. Ein stationärer Aufenthalt wurde abgelehnt, da eine zu hohe Medikamentendosis befürchtet wurde. „Ich finde, dass man da zu schnell, zu viel kriegt und dass man da eingestellt wird und erst mal rumläuft wie Falschgeld.“ Daher wurde die ambulante Behandlung gewählt, die als erfolgreich angesehen wird. „Es ist besser geworden auf jeden Fall, seit er jetzt die Tabletten immer nimmt. ... Er hat schon mehr Interesse für andere Sachen wieder.“

Frau S. spricht zögerlich von *Einschränkungen im familiären Alltag und in der Beziehungsrealität des Paares*. Besonders die gedämpfte Stimmung und wenig gemeinsame Unternehmungen werden als Verlust wahrgenommen. „Stimmungsmäßig war es halt nicht so, wie man sich das vorgestellt hat oder wie es früher war.“ Die Ungewissheit, Termine oder Verabredungen einhalten zu können, wurde als belastend erlebt. „Also, wenn wir eingeladen wurden und erst ja, alles okay, machen wir, und wenn es soweit war, ging es eben nicht mehr, ist man halt zu Hause geblieben. Ich hab das halt nicht so vorgehalten oder so, na ja, manchmal vielleicht, dass man gesagt hat, das ist immer, wenn was ist, geht es dir schlecht.“ Frau S. hofft, dass diese Einschränkungen mit der Zeit überwunden werden, „dass man mal wieder ein bisschen mehr unternehmen kann, dass er nicht immer nein sagt.“ Sie beschreibt sich als sehr gedulden,

optimistischen Menschen und unterstreicht die Stabilität der Beziehung. Sie resümiert, dass sie ihren Partner immer sehr unterstützt hat und meint, man könne eben nicht zu viel erwarten in einem halben Jahr, wenn man bedenkt, dass die Probleme schon seit ca. 10 Jahren bestehen. „Also da habe ich schon genügende Geduld aufgebracht ... Jetzt reicht mir 's oder so, würde ich nicht sagen.“

Fallanalyse 166 „Wenn er das besser in Griff kriegt, verlieren wir auch die Angst“

Frau M. ist 55 Jahre alt. Sie hatte im Tagebau gearbeitet, erhält aufgrund von chronischen Rückenbeschwerden EU-Rente. Ihr Mann ist 57 Jahre alt und erhält ebenfalls EU-Rente. Beide sind seit 31 Jahren verheiratet. Die psychischen Probleme des Mannes traten vor drei Jahren erstmalig auf, seit einem Jahr werden sie behandelt. Als Diagnose gibt Frau M. „Lungenemphysem und daraus resultierend eine Angstpsychose“ an. (Diagnose des Arztes: mittlere depressive Episode mit somatischem Syndrom).

Das Gespräch wird mit ihr und der 30jährigen Tochter gemeinsam geführt. Die *Belastungslagen und die Interpretationen der beiden Familienmitglieder unterscheiden sich* voneinander. Während die Mutter den Mann als krank und hilfsbedürftig akzeptiert und ihre Rolle als „Pflegerin“ bis zur Aufopferung ausfüllt, zweifelt die Tochter den Krankheitsstatus des Vaters an. Sie fordert persönliche Veränderungen von ihm und sieht die Probleme in der Persönlichkeit des Vaters begründet. Daraus resultieren eine Reihe von innerfamiliären Konflikten, die soweit gehen, dass die Tochter mit Zustimmung der Mutter feststellt: „Die Familie ... ist nicht mehr zu retten.“

Die *familiäre Situation wird als verändert und dominiert durch die Erkrankung des Mannes* erlebt. „Na praktisch hatte sich für uns alles verändert. Er hat von heute auf morgen, hat der alles abgegeben. ... Er hat also die letzte Zeit nur noch im Sessel gesessen, seine Tabletten sortiert, bisschen Fernsehen geguckt und uns auf Trab gehalten.“ Das „Auf-Trab-Halten“ bezieht sich auf die Panikanfälle des Mannes, die er im Zusammenhang mit dem Lungenemphysem entwickelt hat. Er besteht dann auf sofortiger Hilfe, mehrmals in der Woche (in extremen Fällen mehrmals täglich) wird der Notarzt gerufen. Der Mann ist in lungenärztlicher Behandlung, die keine weiteren organischen Befunde für die Anfälle ausmachen kann. Psychologische Erklärungsansätze für Panik wurden der Familie nicht angeboten, so dass sie permanent um eine *Auseinandersetzung ringt, ob der Mann böseartig, d.h. absichtlich so reagiert oder, ob dies Teil der Krankheit ist*. Es gibt Argumente und Gegenargumente für beide Positionen. Die Partnerin erklärt immer wieder: „Er macht das doch nicht mit Absicht“, meint aber auch, dass ihr Mann ein Mensch ist, „der sich sehr gehen lässt“. Er steigere sich in die Anfälle hinein, verkrampfe und mache damit alles schlimmer. Sie steht den Panikanfällen hilflos gegenüber und hat kein schlüssiges Modell für deren Auftreten: „Ich weiß, das ist die Krankheit. Und, dass er schwer krank ist, das weiß ich, das akzeptieren wie auch ... Aber, es kann nicht sein, wenn die Lungenärztin sagt: ‚Das Röntgenbild sieht gut aus.‘ ... Um so mehr die sagt, dass sie zufrieden ist, um so schlimmer ist es zu Hause, um so mehr fühlt er sich krank. ... Da seh ich keinen Zusammenhang.“ Folglich glaubt Frau M., dass etwas übersehen worden ist und die Probleme organisch bedingt sind.

Im Gegensatz dazu kämpft die Tochter mit dem Erklärungsmodell, dass die Probleme ihres Vaters von dessen Persönlichkeit verursacht werden. In ihren Augen müsse er härter gegen sich selbst sein, denn er rede sich die Atemnot ein. Auch war ihr Vater früher anders. Alles in allem glaubt sie, dass er und die Mutter mit den Problemen falsch umgehen. Besonders das „Auf-Trab-Halten“ sieht sie als kontraproduktiv an. Sie glaubt, dass die Mutter mit ihrer aufopferungsvollen Haltung falsch reagiert und

dem Vater zuviel abnimmt. Einige Situationen führt sie an, die ihre Wahrnehmung stützen. So ließ ihr Vater mit seinen Symptomen ihren Geburtstag „platzen“, hatte aber noch genug Energie und Atem, sich über die geladenen Gäste zu erregen. „Im Oktober hatte ich Geburtstag. ... An dem Tag ist der Notarzt früh gekommen. Er [Anmerk. der Vater] hat mir nicht mal zum Geburtstag gratuliert. ... Dann kam noch der Cousin, ... der hatte nun noch 'n Handy in der Hosentasche, und da hatte der Vater gleich angeschnauzt: ‚Willst 'n mit 'n Handy, willst wohl angeben‘. Ich meine, er hat keine Luft zum Atmen, macht aber so und ich durfte keinen Geburtstag feiern.“ Das Verhältnis zwischen Vater und Tochter ist angespannt.

Andere Familienmitglieder und Nachbarn zeigen Unverständnis der Situation gegenüber. Das laute, gequälte Ausatmen des Mannes und die permanente Angst vor Panikanfällen führten dazu, dass soziale Situationen zunehmend vermieden werden. Die Familie sagt Feiern u.ä. ab, da der Mann als Zumutung für alle anderen Gäste erlebt wird. Generell werden Kontakte eingeschränkt, da die Familie so stark um ihre eigenen Probleme kreist, dass andere Themen als banal empfunden werden. „So gewöhnliche Dinge, das kann man gar nicht mehr ... sich mit anhören.“ Die Nachbarschaft bemerkt die Belastungssituation und fragt nach, warum z.B. die Mutter so schlecht aussehe. Diese Nachfragen werden als zusätzliche Belastung wahrgenommen, sind sie doch ein Indiz dafür, dass die Probleme nicht verborgen werden können. Viele Reaktionen werden als Phrasen erlebt (z.B. „Kopf hoch, das wird schon wieder.“), auf die dann ebenso phrasenhaft reagiert wird: „Da haben wir gesagt, das ist das Wetter, aber Wetter ist ja immer.“

Die Familie erfährt *keine Unterstützung und ist nicht informiert* worden über die Zusammenhänge der Panikanfälle. Die Familie und das Unterstützungssystem in Person der Hausärztin und der Lungenärztin und der jeweiligen Notärzte sind in einem Kreislauf von Reaktionen gefangen, die den destruktiven Zustand stabilisieren. Die Haus- und die Lungenärztin reden gut zu, dass es keinen Grund für die Anfälle gibt. Es gebe schlimmere Fälle. Beide kommen regelmäßig zu Hausbesuchen, können jederzeit gerufen werden. Zur Sicherheit hat Herr M. ein Sauerstoffgerät bekommen, dass er übermäßig häufig in Atzipation von Anfällen einsetzt. Die Anfälle ereignen sich vor allem nachts und in den frühen Morgenstunden, wenn die Arztpraxis nicht offen ist. Herr M. besteht dann darauf, dass seine Frau den Notarzt ruft. Es kommt teilweise zu mehrmaligen Notarzteinsätzen an einem Tag. Der Notarzt spritzt hochdosiert Beruhigungsmittel und rät, am darauffolgenden Tag die Hausärztin anzurufen. Die meint dann, so eine Dosis würde sie nie geben, das würde sie sich nicht trauen. Ab und an bekommt Herr M. Infusionen, die die Atmung unterstützen sollen. „Das können sie auch nicht immer machen, weil es ans Herz geht.“ Frau M. sieht die Möglichkeiten der Ärzte ausgeschöpft. Sie versucht, Notarzteinsätze zu reduzieren, weiß aber nicht, wie sie darüber entscheiden soll. Sie fühlt sich überfordert und reagiert zunehmend gereizt und verärgert auf ihren Mann: „Ich sage: ‚Mensch, das ist doch kein Pizzadienst.‘“ Die Hausärztin hat die Verantwortung an sie abgegeben: „Die sagt dann immer zu mir, wenn ich sie anrufe: ‚Sie müssen das selber entscheiden, ob sie warten können [bis die Praxis öffnet].‘“ [Interviewerin: Damit geht es Ihnen auch nicht besser.] Nein, gar nicht, weil ... ich bin kein Arzt.“ Frau M. ist zunehmend zwischen den unterschiedlichen Anweisungen aufgerieben. Ein Notarzt sagt: „Wir sollen sie rufen, dafür sind sie ja da.“ Ein anderer lehnt dies ab. „Der Notarzt sagt, ich soll nicht hingehen, wenn er [Anmerk. der Mann] ruft.“ Im Zuge dieses Kreislaufs ist es zu einer Aufnahme des Mannes in eine psychiatrische Klinik gekommen.

Die widersprüchlichen Aussagen bezüglich der Veränderbarkeit des Zustandes halten jedoch an. Der behandelnde Arzt der Tochter meint, dass die psychiatrische Therapie nichts bringen wird, da es um die (unveränderliche) Persönlichkeit des Vaters ginge. Im Gegensatz bewerten Haus- und Lungenärztin die zusätzliche Therapie als gut. Die positiven Effekte der psychiatrischen Behandlung werden von Frau M.

von kurzer Dauer erlebt: „Das erste Wochenende, wie er nach Hause kam, war das wunderbar. Da hatte er aber eine, irgendwelche Beruhigungstabletten gekriegt. ... Da war er wie früher.“ Aufgrund des Suchtpotentials wurden die Tabletten abgesetzt. „Nun geht das wieder von vorne los.“ Die Panikanfälle sind in der Klinik nicht aufgetreten, so dass Frau M. meint, dass die Behandlung gut ist und helfen wird. Die Familienmitglieder sind verunsichert aufgrund der widersprüchlichen Bewertungen der Ärzte: „Wem soll man glauben? Wem?“

Sowohl die Mutter als auch die Tochter sind an der *Grenze ihrer Belastbarkeit*. Die Tochter ist in nervenärztlicher Behandlung, erhält Psychopharmaka. „Ich muss ja selber Medikamente nehmen, um überhaupt darüber weg zu kommen.“ Eigentlich möchte sie ausziehen, meint aber, den „Absprung“ verpasst zu haben. Da alle Ersparnisse für den Hausbau aufgebraucht wurden, fühlt sie sich verpflichtet, in dem Drei-Generationen-Haushalt auszuhalten. Sie ist wütend und resigniert über die Situation. „Die Wut, die wird immer größer gegen den Vater.“ Die Wut richtet sich zunehmend gegen die Mutter, die zu nachgiebig ist und ihre eigene Gesundheit aufs Spiel setzt: „Ich hatte immer ’n gutes Verhältnis zu meiner Mutter, aber in letzter Zeit komm ich nicht mehr so richtig mit ihr klar, weil ich mir sage, sie macht sich kaputt.“ Die Tochter erlebt sich als ausgebrannt und leer. „Ich bin fertig. Ich bin mit mir und der Umwelt fertig. ... Ich will nur noch meine Ruhe.“ Abstand herzustellen, sieht sie als einzige Möglichkeit, mit den Problemen umzugehen: „Ich bin 14 Stunden auf Arbeit, mehr kann ich nicht machen.“

Die Mutter erlebt sich als *hilflos und am Ende ihrer Kraft*. „Mir tut das auch leid ... möchte ihm auch gerne helfen, aber ich kann’s ja nicht. [Interviewerin: Sie fühlen sich da richtig hilflos jetzt.] Vollkommen, vollkommen hilflos.“ Sie versucht, in den akuten Situationen ihrem Mann gut zu zureden, kann es ihm aber nicht recht machen. Der Anruf beim Notdienst kommt dann einer Kapitulation gleich. Frau M. fühlt sich zwischen den einzelnen Erwartungen aufgerieben. Die Tochter fordert, sie soll härter sein, den Mann nicht bemitleiden, ihm nicht soviel abnehmen und mehr fordern. Der Mann fordert, dass sie sofort auf seine Wünsche reagieren soll (z.B. ihm das Fenster öffnen, den Arzt rufen, die Tabletten bringen etc.). Dem fühlt sie sich verpflichtet, denn „man kann die Hilfe nicht versagen.“ Die Schwiegermutter unterstützt ihren Sohn und fordert von der Schwiegertochter noch mehr Engagement für ihn. „Wenn er nun mal sagt: ‚Ich will ’ne Schnitte haben.‘ Die [Anmerk. Schwiegermutter] sagt dann zu mir: ‚Du mußt die schneiden.‘ Ich meine, er ist ja nicht körperbehindert.“ Die Ärzte versichern ihr, dass eigentlich alles in Ordnung ist. Frau M. fühlt sich allein gelassen und überfordert: „Na ja, das alles so, das wird mir dann alles irgendwie zuviel.“

Am schlimmsten erleben sowohl Mutter als auch Tochter die Angst des Mannes vor einem Anfall, die sich auf sie überträgt. „Wir haben ja immer Angst ... bei jedem Husten.“ Sie glauben, dass sich die Situation bessern könnte, wenn der Mann selbst besser mit den Symptomen umzugehen lernt. Frau M. hofft auf die Behandlung und eine Art Ablenkung. „Da sage ich mir auch, es kommt der Frühling. Da kann er auch ein bisschen in den Garten gehen.“ Sie meint, sie müßten gemeinsam ein Arrangement finden, um zusammenzuleben. „Wir müssen schon sehen, dass wir mit dem Vati irgendwie klarkommen. Ich meine, er gehört ja zu uns.“ Im Gegensatz dazu ist die Tochter resigniert und ohne Hoffnung. „Ich habe keine Hoffnung, da kommt auch nichts mehr. ... Wir dürfen nicht fordern. Wir dürfen nur bemitleiden.“ Sie sieht die Beziehung zwischen Vater und Mutter als zu eingespielt und kontraproduktiv an und meint zur Mutter: „Du bist nicht der Mensch, der sagt: ‚So, jetzt stellst Du Dich mal in die Küche.‘ ... Wenn er sagt: ‚Ne, ich hab heut Bauchschmerzen.‘ Na, da bleibt er sitzen. ‚Mein Guter, ich mach das.‘ So bist Du. Und das ist falsch.“

Fallanalyse 173 „Und ich dann praktisch die ganze Zeit für ihn mit gesorgt hab ...“

Frau T. ist 29 Jahre alt und seit drei Jahren mit ihrem 31jährigen Partner zusammen, der aus dem arabischen Raum stammt. Frau T. ist z.Z. arbeitslos, hat zuletzt als Dolmetscherin gearbeitet und möchte sich in nächster Zeit in diesem Beruf selbständig machen. Ihr Mann arbeitet als Koch. Die psychischen Probleme des Mannes bestehen im Zusammenhang mit der Flucht und dem Exil seit zwei Jahren, werden seit 1999 behandelt.

Zentrales Thema ist für Frau T. die *Auseinandersetzung mit der Erkrankung und die Suche nach einer geeigneten Behandlungsform*. Zunächst traten bei ihrem Mann verstärkt körperliche Beschwerden wie Kopfschmerzen und starke Schmerzen auf verbunden mit Befürchtungen, eine ernsthafte körperliche Krankheit wie z.B. Krebs zu haben. Zudem traten Angstzustände auf, er konnte nicht mehr arbeiten und wollte nicht allein zu Hause sein. Frau T. führt diese Beschwerden auf die allgemeine Situation ihres Mannes und das Leben im Exil bzw. die vergangenen Erfahrungen zurück: „dass bei jedem dritten oder vierten ... im Exil ... dass die da irgendwelche ... psychischen Probleme haben und ... in der orientalischen Kultur [diese] eher über körperliche Symptome äußern als das bei uns der Fall ist.“ Für ihren Mann war diese Erklärung jedoch nicht akzeptabel. Einerseits glaubte er nicht an die Latenz der Symptomatik nach dem Erlebten. Andererseits gestand er sich keine Krankheit zu, da er das Land verlassen konnte und es ihm daher folglich besser als den dort Gebliebenen gehen müsste. „Da war natürlich das Geschrei ... groß, ... was das soll und so, ... und ich hab’s am Anfang ja selber och nicht geglaubt, dass das was Psychisches is. ... Also ich hab auch gesacht, er soll’s nich nehm [Anmerk.: die antidepressive Medikation].“ Als *Krankheitsursache* sieht Frau T. die Folgen der Traumatisierung und Entwurzelung ihres Mannes an.

Um die Probleme angemessen behandeln zu können, wurde ein Arzt oder eine Ärztin gesucht, der oder die auch die kulturellen Besonderheiten berücksichtigen kann. Eine stationäre Einweisung wurde, obwohl bereits ein Überweisungsschein ausgestellt war, umgangen, da die Psychiatrie als *stigmatisierend* erlebt wurde. „Psychiatrie, ... das schreckt ja natürlich och ab, ... da denkt ma also, wenn hier einmal die Tür zugeht, dann geht se nich mehr auf. ... Bei ihm zu Hause ... gibt’s so ’ne geschlossnen Sachen oder so, gibt’s da überhaupt nich. Da bleiben die Leute also in ihrer Familie leben. ... ’S hat ihn dann doch also soweit erschreckt, dass er sofort gesund werden wollte, dieser Anblick da.“

Es wurde zunächst ambulant eine medikamentöse Behandlung begonnen. Dies hat jedoch den Nachteil, dass langfristig unklar ist, welche Erfolge auf die momentanen Medikamentenwirkungen zurückzuführen sind und damit wieder verschwinden, wenn mit der Einnahme aufgehört wird. Es wird auch der Nutzen der psychotherapeutischen *Behandlung* angezweifelt, da die Frage nach eigenen Bewältigungsmustern und –hilfen aus der Betreuung ausgeklammert erscheint. „Also außer so ’n paar Lebenstipps, sag ich mal, also, die ma auch von jedem andern bekommen kann, ... kommt dann ... och nich viel irgendwie ... von der Seite her und is also immer nur wichtig, dass der Mensch irgendwie wieder ... arbeiten gehen kann, ... dann is sozusagen das medizinische Ziel hergestellt.“ Offen bleibt daher für Frau T. die Frage, was sie und ihr Partner tun können, um langfristig die Situation zu stabilisieren.

Frau T. kannte ihren Mann noch aus seiner Heimat und spricht auch seine Sprache. Da sie vor der *Beziehung* lange allein gelebt hatte, war für sie eher durch die Beziehung als durch die Krankheit des Partners eine Umbruchsituation eingetreten. Die Erkrankung veränderte die Beziehung dahingehend, dass die anfängliche Abhängigkeit des Partners von ihr (sprachlich, finanziell) verstärkt wurde. „Und ich dann praktisch die ganze Zeit für ihn mitgesorgt hab. Un also alles, musst ja praktisch alles machen.“ Frau T. empfand diese Zeit als Belastung, da sie selbst zusätzlich eine Reihe von Verpflichtungen hatte. „Zu der

Zeit war ich och viel zu Hause, relativ viel, obwohl ich eigentlich och grade zu der Zeit ganz viel Arbeit hatte, wie das dann immer so is, 's kommt dann alles auf einmal.“ Sie fühlte sich in der Pflicht, für ihren Partner und die Belange der Familie zu sorgen. Für diese Abrufbereitschaft steht auch der Kauf eines Handys, damit sie für den Partner jederzeit erreichbar ist und sie dann sofort „nach Hause kann, wenn irgendwas ist“.

Dieser Anspannungszustand bleibt nicht ohne *Folgen für ihre eigene Gesundheit und ihr Wohlbefinden*. „In dieser ganz schlimmen Phase tritt ja dann im Prinzip so 'n Effekt ein, dass ma sich selber dann krank fühlt, ... weil ma natürlich och als Angehöriger, dann in dem Moment darauf gestoßen wird, das irgendwie die Grenzen ... relativ fließend sind so zwischen sogenanntem Gesundsein und Kranksein. ... Also das Bewusstsein, dass das eigentlich jeden betreffen kann, das wird dann irgendwie stärker. Und dann, da man ja halt immer die Krankheit des Andern mit ausleben muss, um den Andern zu schützen, fühlt man sich dann selbst irgendwann ... total angegriffen irgendwie und ... nich mehr willens irgendwie den ganzen Alltag zu bewältigen.“

Als *Entlastung und Unterstützung* erlebte Frau T. Freunde und Familie, wobei sich besonders das Leben in der Wohngemeinschaft als sehr hilfreich erwies. Die Hausarbeit konnte auch bei zeitlichen Engpässen geteilt werden und es war häufiger jemand mit in der Wohnung, so dass die Angst des Partners vor dem Alleinsein besser aufgefangen werden konnte. Frau T. sieht einen großen Vorteil in dieser Lebensform. „Wenn ich mir vorstelle so jemand lebt alleine, ...[dann] muss ma ja eventuell deswegen irgendwie in 'ne Klinik oder so kommen, weil man niemand zu Hause hat.“

Unter *zusätzlichen Belastungen* werden *finanzielle Sorgen* angegeben. Der Partner unterstützt die Familie zu Hause und kann bei eigener Arbeitsunfähigkeit diesen Verpflichtungen nicht nachkommen. „Er is och der Einzige aus seiner Familie, der hier is, also auch der Einzige, der Geld verdient, ... es wird zwar nich gefordert von der Familie, aber es is schon ... gut, wenn die ab und zu ma einfach bisschen Geld von ihm kriegen, weil die sonst gar nich richtig leben könn dort. ... Das hat die natürlich dann schon belastet, dass er dann plötzlich krank wird und da überhaupt nichts kommt, sozusagen in der Zeit.“ Darüber hinaus ist seine berufliche Perspektive in Deutschland ungewiss, da es schwierig ist, einen Ausbildungsplatz zu bekommen. Zudem ist das Paar mit den *Auswirkungen des Exils* wie Entwurzelung, Heimatlosigkeit und den Folgen der Traumatisierung konfrontiert.

Fallanalyse 177 „Ich hoffe ja, dass alles wieder gut geht und seinen Gang geht“

Frau B. ist 57 Jahre alt und arbeitet 30 Stunden. in der Woche als Erzieherin. Ihr Mann ist 58 Jahre alt und arbeitet bei der Bahn. Die psychischen Probleme des Mannes sind im Zusammenhang mit einer Überforderungssituation durch die Umstellung auf Computerarbeit 1999 erstmals aufgetreten und werden seit Beginn 2000 behandelt. Frau und Herr B. sind seit 36 Jahren verheiratet und haben zwei erwachsene Töchter im Alter von 24 und 26 Jahren. Ihr Sohn ist bei einem Unfall ums Leben gekommen.

Im Zentrum des Gespräches steht die *Auseinandersetzung mit der Erkrankung* und ihrer Behandlung, die Einordnung als psychisches Problem erfolgte erst kürzlich. Zunächst wurden eine Reihe von Untersuchungen durchgeführt, um die unklaren Symptome (Kribbeln in Händen und Füßen) abzuklären. Zuerst wurde Diabetes vermutet, dann ein Problem der Wirbelsäule, dann „Lähmungen der Endnerven“ durch Schädigungen aufgrund von Alkohol oder Rauchen. Die widersprüchlichen Aussagen verstärkten

das Grübeln und schließlich auch die Symptome, bis am Ende festgestellt wurde, „es wär eben psychisch bedingt“. Folglich wird von Frau B. nach Auslösern in diesem Bereich gesucht. Sie sieht hier vor allem die Leistungsorientierung ihres Mannes und die beruflichen Veränderungen als mögliche Faktoren an: „Arbeit, Arbeit, Arbeit, ... wenn den seine Arbeit nicht ist, dann bricht's zusammen, so ungefähr“. Auch Belastungssituationen in der Familie (Hausbau der Kinder, Schwangerschaftskomplikationen bei der Tochter) werden als zusätzliche Auslöser beschrieben.

Frau B. beobachtet positive Veränderungen in einer Reduktion von Angstsymptomen durch die Medikamente. Dies bestätigt sie darin, dass die richtige *Behandlung* gefunden ist und nach einer gewissen Zeit abgeschlossen werden kann. „Ich nehm's an, dass dann alles wieder seinen Gang geht“. Zunächst wurde aufgrund der Wartezeit auf eine stationäre Behandlung versucht, die Symptome mit einem Wintersporturlaub abzufangen: „Wir haben ja gedacht, dass das durch den Wintersport besser wird“. Dies gelang jedoch nicht und eine vorzeitige Klinikaufnahme wurde erbeten. „Wir konnten oder wollten [ihn] dann auch nicht mehr alleine lassen“. Die psychiatrische Behandlung ist jedoch mit einer Reihe von Vorurteilen behaftet und wird in der Familie und vom Patienten als stigmatisierend wahrgenommen. „Am Anfang wollt er ja gar keinen Besuch, wie jetzt von den Kindern, dass se ihn ja nicht sehen, er hat hier eigentlich gedacht, er wird hier eingesperrt. ... Er hatte ja solche Heidenangst.“

Frau B. äußert sich wenig zu *Veränderungen in der Partnerschaft oder im Familienleben*, meint nur, „jeder ist besorgt und jeder fragt“. Grund für die wenige Thematisierung langfristiger Veränderungen ist möglicherweise, dass bisher kein langfristiger Krankheitsverlauf vorliegt und die Familie sich am Beginn der Auseinandersetzung mit der Situation befindet: „Na ja wir leiden, die ganze Familie leidet eben mit, seitdem das mit meinem Mann ist“.

Im Vordergrund *eigener Befindlichkeit* steht die Sorge um den Partner und die Ungewissheit hinsichtlich der Zukunft. „Jetzt geht's natürlich mit der Arbeit und so, wie es da weitergeht. ... Das muss man nun jetzt erst mal sehn. Ich hoffe ja, dass alles wieder gut geht und seinen Gang geht.“ Frau B. hatte einen eigenen Kuraufenthalt zurückgestellt aufgrund der Erkrankung ihres Mannes, schätzt sich jedoch selbst gesundheitlich als unterstützungsbedürftig ein.

Fallanalyse 180 „Wenn man immer auf der Überholspur fährt, dass es bisschen riskant ist“

Herr B., 45 Jahre alt, ist Immobilienfachwirt und selbständig. Seine Frau, 44 Jahre alt, ist Krankenschwester und hat in der Notaufnahme gearbeitet bis sie vor ca. einem Jahr erkrankte. Beide sind seit 24 Jahren verheiratet und haben zwei Töchter im Alter von 23 und 21 Jahren. Herr B. führt die psychischen Probleme seiner Frau auf Mobbing am Arbeitsplatz zurück und erwägt hierbei eher juristische Schritte denn Behandlungen. Zum Zeitpunkt des Interviews ist Frau B. in tagesklinischer Behandlung.

Zentrales Thema in der Erzählung von Herrn B. ist die *Situation seiner Frau im Zusammenhang mit deren Arbeitssituation*. Frau B. ist Krankenschwester in der Notaufnahme. Herr B. führt die psychische Symptomatik seiner Frau auf die jahrelange Belastung durch den Beruf, ihre eigenen Ansprüche und die schwierige Lage im Kollegenkreis zurück, die er als Mobbing beschreibt. „Die Notaufnahme ist 'n hartes Geschäft, psychisch ist dort Terror. 25 Jahre, sach ich jetzt mal, nur Leid und Elend.“ Hinzu kommt, dass Frau B. ihren Beruf als Berufung verstanden habe und sich über ihre Kräfte dort engagiert hat. Zuletzt sei

es, teils durch die Überforderung, teils durch widersprüchliche Kommunikation bei Dienstübergaben zu Fehlern gekommen. Es kam in der Folge zur fristlosen Kündigung, gegen die Familie B. alle Hebel in Bewegung setzte. Diese Bemühungen nehmen einen großen Teil der Erzählung von Herrn B. ein, da er hierin Auslöser und *Ursache der Erkrankung* sieht. „Auslöser war das, was im Krankenhaus passiert ist, was ziemlich gut zu beweisen ist, dass es Mobbing war.“

Die Geschehnisse haben das *partnerschaftliche Gefüge* und die Kommunikation der Partner miteinander verändert: „... dass über die Problematik jetzt angefangen wird, zu sprechen, denn bisher hat sie das, was im Krankenhaus war, in sich hineingegraben. Ich habe jahrelang ja eigentlich von den ganzen Vorgängen ja nichts gewusst.“ Andererseits sieht Herr B. Grenzen seines Verständnisses und seiner Bereitschaft zuzuhören. „Als Lebenspartner oder Ehemann oder wie auch immer, dann haben Sie dann irgendwann mal so 'n Kopf, sach ich mal, und da wollen Sie 's nicht mehr hören.“

Herr B. charakterisiert seine Frau als „häuslichen Typ“, der kreativ die Wohnung gestaltet und in Konfliktsituationen sich zurückzieht oder die Schlichterrolle einnimmt. Sie habe Schwierigkeiten, Grenzen zu setzen und sei deshalb auch ein leichteres Opfer des Mobbing im Kollegenkreis geworden. Im Zusammenhang mit den Ereignissen am Arbeitsplatz hat sich Frau B. noch mehr zurückgezogen und die Dinge ihrem Mann überlassen. „Da musste ich wieder alles machen ... von der Kindererziehung, die ganzen Jahre ist es auch so gewesen.“ Herr B. erlebt sich als aktiven Part der Beziehung, der bei Schwierigkeiten sofort einspringt und die Dinge für die entsprechenden Personen (Partner, Kinder) regelt. Beispielsweise regelte er die Angelegenheiten mit den Verantwortlichen im Krankenhaus, machte Termine und riet seiner Frau, die Abläufe genau aufzuschreiben.

Herr B. sieht sich einer Reihe von *Belastungen* ausgesetzt, die nicht nur aus der momentanen Situation entstehen. Er fühlt sich verantwortlich, die Dinge zu regeln, ist selbst beruflich sehr unter Druck und hat eine Anzahl von teuren und zeitaufwendigen Hobbies. Neben der Lage seiner Frau, kümmert er sich um die Töchter, die finanziell unterstützt werden, sowie um den Enkelsohn. Er steht im Immobiliengeschäft derzeit in einen „Riesen-Komplex“ mit „Riesen-Streitereien“. Er arbeitet sehr viel. „Bin heute früh um fünf aufgestanden und ich sage mal, fertig vom Ablauf bin ich vielleicht heute 20 Uhr. Das geht jetzt ungefähr schon acht Wochen so intensiv.“ Hinzu kommt die Ungewissheit hinsichtlich der beruflichen Zukunft. Obwohl die Familie wohlsituiert lebt, zwei Weltreisen unternommen hat, die Kinder bei längeren Auslandsaufenthalten unterstützt, die Wohnung luxuriös umgestaltet hat und kostspielige Hobbies pflegt (Segelboot, Wohnwagen), empfindet Herr B. seine Lage als sehr ungewiss: „Ich kann morgen abstürzen.“ In der wenigen Freizeit arbeitet er ein Holzboot auf, um es dann nutzen zu können. „Es ist eigentlich 'ne ständige Dauerbelastung im allgemeinen.“

Herr B. erlebt sich an der *Grenze seiner Belastbarkeit*. „Ich muss langsam auch aufpassen, dass ich nicht in die Klappe komme. Ich merk schon, dass ich da manche Tage ein bisschen k.o. bin, aber im großen Ganzen halt ich's aus. Natürlich, man muss sich schon überlegen, wenn man immer auf der Überholspur fährt, das es bisschen riskant ist. Aber momentan ist es leider Gottes so, bin ich nur der eine, der jetzt momentan den Kopf oben hat und muss versuchen, eben alles in Griff zu kriegen.“

Herr B. trennt zwischen dem beruflichen Leben und dem privaten häuslichen Bereich. Da der berufliche Bereich bei beiden Partnern von viel Aufregung, Unsicherheit und Stress bestimmt ist, wurde der häusliche Bereich bewusst zur Ruhezone gestaltet. „Hier war's gemütlich und ruhig. ... Wir hatten ja drei Jahre die Wohnung umgebaut.... Wenn ich hierher komme, dann kann ich hier relaxen.“ Dies ist für ihn eine wichtige *Ressource im Umgang mit den Belastungen*.

Fallanalyse 184 „Das Neurologische kommt wieder ins Lot, aber das Rheuma ist nicht reparabel“

Herr H., 69 Jahre alt, hat bis zur Pensionierung im Druckgewerbe gearbeitet. Seine Frau, 58 Jahre alt, war zuletzt ebenfalls im Druckgewerbe beschäftigt. Sie ist aufgrund eines chronischen Gelenkrheumas frühzeitig berentet worden. Beide sind seit 37 Jahren miteinander verheiratet und haben drei Söhne im Alter von 31, 33 und 39 Jahren. Die psychischen Probleme der Ehefrau sind vor drei Jahren erstmalig aufgetreten und wurden stationär behandelt.

Herr H. sieht die *Ursache der psychischen Erkrankung* in einer Art Überbeanspruchung und Erschöpfung seiner Frau durch das Rheuma. Sie leidet unter starken Schmerzen, musste häufig lange Behandlungen weit ab von der Familie durchlaufen und sogar einen Sohn zeitweilig in ein Heim geben, als der Ehemann die Situation mit der eigenen Berufstätigkeit und zwei kleinen Kindern nicht mehr aufrecht erhalten konnte. Für Herrn H. ergibt sich das Bild, dass durch die starken Schmerzen seiner Frau auch die Nerven überbeansprucht sind. „Durch das starke Rheuma ist ja das andere erst eingetreten, die nervlichen Sachen.“ Die Schmerzbehandlung ist momentan in einer Sackgasse. Es geschieht immer häufiger, dass Frau H. Medikamente bekommt, die dann aufgrund von Nebenwirkungen oder einer Art „Übersteuerung“ einen Klinikaufenthalt nötig machen, bei dem sie kontrolliert wieder abgesetzt werden. Demnach sieht Herr H. die Möglichkeiten einer rein psychiatrischen Behandlung begrenzt, da sie die Rheumaschmerzen nicht beheben wird. Im Gegenteil, Herr H. erlebt die aktuelle Behandlung eher als ein Hindernis für eine angemessene Schmerzbehandlung, da z.B. ein Morphiumpflaster derzeit nicht eingesetzt werden kann. Er fragt sich deshalb, wie nach allem Auf und Ab des Lebens mit dem Rheuma nun ein Weg gefunden werden kann, die starken Schmerzen abzubauen. „Das Neurologische kommt wieder ins Lot, aber das Rheuma ist nicht reparabel.“

Für Herrn H. traten die depressiven Symptome seiner Frau, vor allem eine erhöhte emotionale Labilität mit Weinerlichkeit, Angst und Unsicherheit, Hoffnungslosigkeit, Resignation und Demoralisierung sehr plötzlich auf. Mit dem Rheuma hatte er zu leben gelernt, aber die psychische Seite ist für ihn sehr überraschend aufgetreten. „Da meine Frau ja nun schon bald 30 Jahre schwer krank ist, da ist man schon auf vieles schon eingestellt, da ist man auch schon an vieles eben auch schon vorbereitet und gewöhnt und trotzdem kommt’s immer wieder überraschend.“ Herr H. *fühlt sich sehr unsicher* einerseits aus eigenen Vorurteilen der Psychiatrie gegenüber. „Kann man sich schlecht rein versetzen. ... Du hast auch mal gedacht, na, das sind die Verrückten, das sacht man so. Man hat keinen Einblick, wer damit nie was zu tun hatte.“ Andererseits fragt er sich, wie eine psychiatrische Behandlung seiner Frau helfen kann. Er sieht auch seine Möglichkeiten zu helfen begrenzt und erlebt die momentane Situation als sehr belastend. „Das steht fest, ich bin auch nicht der Nervenstärkste hier jetzt nach allem.“ Herr H. ist trockener Alkoholiker. Das Miterleben der Schmerzen seiner Frau ist für ihn auch sehr schmerzhaft. Die Schmerzen und die Angst, die Frau H. derzeit erlebt, sind für ihn schwer einsichtig. „Man kann sich da schlecht in den Betroffenen rein versetzen, was überhaupt Schmerzen sind.“

Das Rheuma hat Einfluss auf die *Lebenssituation des Paares*. Es ist im Laufe der Jahre eine fast vollständige Rollenumkehr eingetreten, da Frau H. in vielem auf ihren Mann angewiesen ist, der erklärt: „Man muss alles machen, alles versorgen“. Da Herr H. keinen Führerschein hat, ist seine Frau die einzige, die Autofahren kann. Aufgrund der starken Schmerzen und der Medikamente kann sie dies aber immer seltener tun. Daher ist sie auf Bekannte und Familienmitglieder angewiesen, ein Taxi können sie sich nicht oft leisten. „Sie ist jetzt eingeschränkter, wenn sie keiner fährt. Und bei jedem Weg kann man nun kein Taxi rufen. Das kann man dann finanziell auch nicht packen.“ Die Familie lebt mit schlechter Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel sehr isoliert. Herr H. fährt mit dem Fahrrad in den Garten oder

geht mit dem Hund spazieren, Frau H. ist zumeist in der Wohnung oder auf dem Balkon. Frau H. erlebt starke Trennungsängste, die auch ihren Mann belasten. Er muss daher exakt die angegebene Zeit seiner Rückkehr einhalten, sonst verstärkt er diese Ängste seiner Frau. Die Situation ist aus Sicht der erkrankten Partnerin folgende: „Mein Mann ist in den langen Jahren meiner Krankheit da reingewachsen ins Helfen. 39 Jahre hab ich Rheuma und er hat dadurch auch viel gelernt bei mir und ich war eben so oft weg, dass er da immer schon allein sorgen musste, auch für die Kinder. Wir hatten nie Großeltern oder jemanden, gar niemanden, wir waren beide Waisenkinder ... Ich kann nur dankbar sein, dass ich so 'n Mann habe, 's wirklich wahr. ... Jetzt durch die Krankheit leb ich ja mit so vielen Ängsten, da hab ich schon manchmal Angst, dass er mir davonlaufen könnte und es mal irgendwann satt hat.“

Die *Ressourcen und den Umgang mit der Erkrankung* erlebt das Paar zunehmend als begrenzt. „Kann man bloß versuchen, Hilfe zu holen.“ Darüber hinaus wird die Rolle der Familie als ein Aspekt für die Heilung unterstrichen. „Ein gutes Familienleben und eine gute Umgebung tragen ja auch zur Gesundheit bei.“

Fallanalyse 189 „Da bin ich ganz froh, dass das wider Erwarten und so schnell geheilt werden konnte“

Frau H. ist 49 Jahre alt und war Pelznäherin, bevor sie eine Ausbildung zur Postangestellten absolvierte. Seit Verlust ihrer Anstellung im Zuge des Personalabbaus bei der Post hat sie nur einen äußerst geringen Verdienst durch ein paar Stunden Putzen in der Woche. Die Ehe besteht seit 1971 zu ihrem 10 Jahre älteren Mann. Er war ebenfalls Postangestellter und ist seit sieben Jahren arbeitslos. Sie haben eine 28jährige Tochter. Die psychischen Probleme des Ehemannes, die Frau H. als Depression beschreibt, sind im Sommer 1999 erstmalig aufgetreten und wurden seitdem behandelt.

Frau H. macht einen deutlichen Unterschied zwischen dem körperlichen Zustand ihres Mannes und seinem geistig-seelischen Befinden. „Ich meine, so körperlich war er ja dann gesund, ... aber sein geistiger Zustand, ... seine Verfassung hat mir nicht gefallen.“ Das mag daran liegen, dass ihr Mann starke körperliche Symptome und begleitende internistische Komplikationen hatte, die gut von den depressiven Symptomen abzugrenzen waren. In der *Auseinandersetzung mit der Erkrankung* vertraut Frau H. auf die Kompetenz der ärztlichen Behandlung. „Als Laie hat man dann auch nicht so den Einblick, weil man denkt, es ist Schluss, geht nicht weiter. ... Erst hab ich gedacht, Depression, vielleicht kann man das überhaupt nicht mehr heilen oder irgendwie, weil's so lange war.“ Folglich hat sie in der Hoffnung, dass sich der Zustand ihres Mannes überhaupt wieder bessere, „viel Zeit eingeräumt“. Um so erfreuter ist sie dann über die relativ rasche Besserung des Zustandes ihres Mannes, die sie vor allem der Wirkung der Medikamente zuschreibt. Frau H. spricht in Analogie zu akuten körperlichen Krankheiten von Heilung und resümiert: „'S is unwahrscheinlich, 's ist wieder derselbe, wie er vorher war.“ Sie schränkt jedoch ein, dass die Krankheit „zumindest soviel besser ist, dass man damit leben kann.“

Die Krankheit hat in der Einschätzung von Frau H. zu wenig langfristigen Folgen für den *Beziehungsalltag* und das Zusammenleben geführt. Dies liegt zum einen daran, dass Frau H. eine vollständige Heilung erlebt, die in ihren Augen dem Ausgangszustand gleichkommt. Um jedoch einer erneuten Episode oder einem Rückfall vorzubeugen, wird generell eine ruhigere Lebensführung angestrebt. „Also es läuft alles so wie immer, ... aber es geht nicht so schnell wie vorher, das ist ... klar. Wir müssen das, was ma auch vorham, müssen ma Tage planen, ... wenn irgendwas anliegt, 'ne Arbeit oder 'n Termin oder irgendwas, das wird eben geplant und langsam und mit Ruhe.“ Die Beziehung wird

von Frau H. als stabil geschildert, in der gegenseitige Hilfe und das Füreinandereinstehen selbstverständlich sind. „Da kann ich mich drauf verlassen. Wir sind jetzt 29 Jahre verheiratet.“ Das partnerschaftliche Verhältnis ist von Solidarität mit dem erkrankten Partner geprägt.

Insgesamt erscheint Frau H. *aufopferungsvoll, bescheiden und wenig fordernd*, wenn es um ihre eigenen Bedürfnisse geht. Beispielsweise stellt sie keinen Antrag auf staatliche Unterstützung, auf die sie evtl. Anspruch hätte. Stattdessen macht sie sehr früh am Morgen in einer ärztlichen Praxis sauber, um die wenige Arbeitslosenhilfe ihres Mannes aufzubessern. Beide leben mit dem Existenzminimum, Urlaubsreisen sind seit Jahren für sie nicht finanzierbar. Durch das Wohneigentum der Mutter des Mannes fühlen sie sich relativ abgesichert und fügen sich in ihre Lage. Auch erfüllt Frau H. die Rolle der Pflegerin und Unterstützerin ihres Mannes: „Da hab ich mich schon gefreut, als es hieß, ich kann ihn nach Hause holen [Anmerk.: aus der Klinik].“

Frau H. musste in der akuten Krankheitszeit eine Reihe *zusätzlicher Aufgaben* übernehmen, wie Hausarbeit, Einkaufen und die Versorgung der Schwiegermutter. Darüber hinaus pflegte Frau H. ihren Mann teilweise auch körperlich. „Mußt ich ’n mit waschen, anziehen und füttern, weil das mit Zittern nicht so ging, und Haare kämm, alles, was [das] so eben anbelangt.“ Frau H. bewertet es als Selbstverständlichkeit, einem hilfsbedürftigen Menschen beizustehen und zusätzliche Anstrengungen zu übernehmen, auch wenn ihr dies v.a. von der Schwiegermutter nicht gedankt wurde. Im Vergleich dazu belastete sie die *nervliche Anspannung und Ungewissheit* hinsichtlich der Behandelbarkeit der Depression und ihres Verlaufes. „Na ja, es war manchmal schlimm, also nicht an Arbeit oder so, das war mir selbstverständlich, aber das Nervliche, das war so angespannt. Als er dann ins Krankenhaus kam, da bin ich erst mal in ein tiefes Loch gefallen.“ Besonders belastend empfand Frau H. ihre eigene Hilflosigkeit angesichts der Krankheit. „Seine Krankheit hat [mich] ... bedrückt, wo ich nicht wusste, geht’s jetzt weiter, oder war’s das jetzt dein Leben. ... Da war ich, da war ich manchmal verzweifelt, ja.“ Die Erkrankung wurde als Bedrohung ihrer eigenen Lebensperspektive und der gemeinsamen Lebensplanung wahrgenommen.

Als hilfreich erlebte Frau H. die *unterstützende Nachbarschaft*. „Die Nachbarn rundrum ham mir dann ... Bücher zum Lesen gegeben und mich abgelenkt.“ Zudem nahmen sie Anteil am Befinden ihres Mannes und erkundigte sich immer wieder nach ihm. Dies erlebte Frau H. als sehr unterstützend, da sie sich einer gewachsenen Gemeinschaft zugehörig fühlte. Auch landschaftlich wird das Wohnumfeld als Ressource erlebt: „Wir wohn ja hier auch schön, wenn man früh die Jalousien hochzieht, ist der Park hier drüben grün.“

Fallanalyse 192 „Also für mich ist das schon im Hinterkopf, wird wohl nie weg gehen“

Herr W., 51 Jahre alt, ist Angestellter. Seine Frau, 47 Jahre alt, ist arbeitslos und arbeitete zuletzt als Verkäuferin. Beide sind seit 31 Jahren verheiratet und haben eine 28jährige Tochter. Die psychischen Probleme der Frau sind nach Angaben von Herrn W. bereits zu Beginn der Ehe erstmalig aufgetreten. Herr W. beschreibt eine Depression seiner Frau nach der Geburt der Tochter. Aktuell ist Frau W. nicht in Behandlung und symptomfrei. Den aktuellen Zustand beschreibt Herr W. mit den Worten: „Es ist, wie als wenn nichts gewesen wäre, obwohl man weiß, da war was.“

Herr W. berichtet über einen schleichenden Beginn der Erkrankung, die er zunächst nicht wahrgenommen hat. Auffallend waren das Grübeln und die Schlafstörungen seiner Frau, unter denen auch er litt. „Sie schläft nachts nicht, macht mich unruhig. Ich kann nachts nicht schlafen. Das geht einmal, das geht zweimal, das geht nicht auf Dauer. So, und unter ’m Strich hab ich gesagt: ‚Also entweder ich kriege ’n Therapieplatz oder sie, auf gut deutsch, also, jetzt muss was getan werden.‘“ Der behandelnde Arzt wurde jedoch als wenig hilfreich erlebt. Der Partner war nicht einbezogen in die *Behandlung* und Nachfragen der Patientin wurden „abgewürgt“. „Sie hat ja immer bloss ihre Medikamente verabreicht bekommen so und ‚Wiedersehn‘, wie beim Bäcker, Sie holen ihre Brötchen ab und gehen wieder.“ Aufgrund von Nebenwirkungen der Medikamente und keiner sichtbaren Besserung forderte Herr W. vom Arzt einen „Therapiewechsel“ in Form einer Medikamentenumstellung. Aufgrund der Unzufriedenheit mit der ambulanten Betreuung wurde dann eine stationäre Behandlung erwogen. Eine Tagestherapie wurde von der Ehefrau mit den Worten abgelehnt: „Da muss ich basteln und wieder zurück.“

Das *Krankenhaus* wurde von Herrn W. ebenfalls als wenig geeignet beschrieben. Vier Personen waren in einem Zimmer untergebracht. Herr W. rät, nur zwei Personen, deren Probleme ähnlich sind, zusammenzulegen. Das Haus machte einen baufälligen Eindruck. Die Schränke, in denen Wertsachen verwahrt werden sollen, waren nicht sicher. Es kam immer wieder zu Einbrüchen. Die Klinik übernahm hierfür nicht die Verantwortung und meinte, die Patienten müssten besser auf ihre Dinge Acht geben. „Man hat aber nichts getan, dass diese Verantwortung auch gerechtfertigt ist ... Wenn man irgendwas gesucht hatte, da waren eben die primitiven Schränke, da hatte man eine Tür aufgemacht, da ging die zweite gleich mit auf.“ Teilweise wurden akute Patienten gleich auf dem Flur behandelt, was für Angehörige und Mitpatienten besonders belastend war. „[Ich] kann’s nur so bewerten, dass das Umfeld nicht gepasst hat. Ja, also, die Zimmer, der Besucherraum und eben, dass im Flur Kranke liegen, stöhnen und so weiter und damit einem depressiven Menschen nun nicht förderlich sind.“ Die *räumliche Ausstattung* sieht Herr W. als sehr beschämend und deprimierend an. „Wir bezahlen unsere Pflegesätze, unsere Krankenhaustagesätze und dann muss ich sagen, hier solche Zustände. ... Ich kann’s nur als beschämend bezeichnen.“ Der vorgeschriebene Therapieplan wurde aufgrund seiner Routine und Monotonie von der Ehefrau als nicht förderlich bewertet: „Kannste dann auch faul und blöde werden.“ Insgesamt sieht Herr W. die Umstände der stationären Behandlung als so belastend an, dass er überlegt hatte, „irgendein Schreiben aufzusetzen“ und sich zu beschweren.

Die *stationäre Behandlung* bedeutete für Herrn W. eine *zusätzliche Belastung*. Er erlebte das Krankenhausmilieu als wenig förderlich, was zu Schuldgefühlen und Mitleid seiner Frau gegenüber führte. „Mir tat es am Anfang dann ja leid, wo wir sie drinne hatten.“ Er meint, dass die stationäre Aufnahme auch deshalb nötig wurde, weil er keine ausreichende Betreuung gewährleisten konnte. „Mir ging’s eigentlich darum, dass sie in einer kompletten Betreuung ist, denn ich konnte sie nicht gewährleisten, bin manchmal 10 Stunden außer Haus“. Auch war der Krankenhausaufenthalt mit zusätzlichen Wegen und Aufwand für ihn verbunden.

Herr W. resümiert, dass er als Partner der Patientin *keinerlei Hilfe* hatte. „Es ist schon für die Angehörigen hart, es ist schon hart, man wird ja auch nicht entlastet ... Jetzt kümmert sich sicher der behandelnde Arzt so gut oder so schlecht wie ’s möglich ist, jetzt für die Patientin, aber der Angehörige, dem wird keine Hilfe zuteil, in keiner Form. Ich hab weder eine Vergünstigung im Arbeitsverhältnis, ich hab sonst wie irgendwas gekriegt. Ich hab eigentlich *nur ’ne Belastung*.“ Herr W. beschreibt eigene „Grübelphasen“, die er versucht zu überwinden. „Das steckst Du jetzt weg und morgen ist ein neuer Tag.“ Er beschreibt sich als jemand, „der ein bisschen versucht, die Ellenbogen rauszustrecken“. Dies sieht er im Gegensatz zu seiner Frau, die sich „von ihrer Mentalität schon immer unterbuttern lassen“ hat. Am

meisten beschäftigt ihn, „dass es nicht wieder vorkommt, möglichst nie wieder vorkommt und wenn es denn käme, was musst du anders machen.“

Die Auswirkungen auf den *partnerschaftlichen Alltag* haben sein Wohlbefinden und seine Lebensfreude belastet. „Wenn ich einen Partner habe, der alles deprimierend sieht ... ich glaube, das ist einer der schlimmsten Fälle, den man bei einer Krankheit sich eigentlich nur vorstellen kann als Partner.“ Der Negativismus des Partners kann das Miteinander nachhaltig stören. „Der nimmt ihnen jede Freude ‚Nö, da hab ich keine Lust‘ und ‚Nö, muss das jetzt sein‘ und ‚Und das schon wieder‘ ... Das können Sie nicht aushalten. Und dann ‚Ich nehm mir doch das Leben, mich will dann sowieso keiner‘, das wird ja immer schlimmer.“ Herr W. war in der akuten Phase auch unsicher, wie weit seine Frau den Überblick und die Kontrolle über die Alltagsdinge behält. „Da hat ich auch immer Bammel, dass also hier im Hause was passiert.“ Aufgrund seiner intensiven beruflichen Tätigkeit konnte er nicht die Zeit mit seiner Frau verbringen, wie sie es vielleicht brauchte. In der akuten Zeit war die partnerschaftliche Kommunikation gestört. „Für mich war sie früher nicht ansprechbar.“ Aufgrund der Passivität seiner Frau kamen die Vorschläge für gemeinsame Unternehmungen zumeist von ihm. Diese Rollenverteilung hat sich im Verlauf geändert. „Nun schimpfe ich auch manchmal, sage ‚Mensch, nun sag mal, wie, was Du willst.‘“ Er möchte nicht mehr derjenige sein, der etwas „vordiktiert“. Auch gelingt es dem Paar stärker als früher, unterschiedliche Interessen und Meinungen auszuhalten und zu verhandeln. Als Beispiel führt Herr W. das Fernsehen an. Wenn es da einmal Streit über das „gemeinsame“ Programm geben sollte, schlägt er einfach vor, jeder solle sehen, was er möchte: „Wir haben ja genug Fernseher hier.“

Frau W. ist arbeitslos, was eine Weile finanziell toleriert werden kann. Auf lange Sicht ist aber ein zweites Einkommen notwendig. „Ich kann im Moment alleine dafür sorgen, aber man will ja auch einen gewissen Lebensstandard.“ Seine Frau telefonierte v.a. in der akuten Zeit ausgiebig, was *finanzielle Mehrbelastungen* mit sich brachte. „Wir haben über 200 Mark Telefonkosten gehabt.“

Die Erfahrungen haben den *Blick für kleine Erfolge* geschärft. „Ich bin ja schon froh, wenn ich früh aufwache und ich höre nicht von ihr ‚Ach, ich hab wieder nicht geschlafen.‘ Man nimmt es bewusster wahr und [freut sich] über jede zufriedene Geste, die sie äußert.“ Herr W. steckt dann lieber zurück, was seine Interessen angeht und versucht, die Interessen der Frau zu stärken und ihr mehr Zutrauen in ihre Entscheidungen zu ermöglichen. „Also ich versuche schon immer wieder, wenn sie an irgendwas Freude hat, dass wir das dann auch umsetzen ... will nicht sagen, mehr, aber doch bewusster das durchleben.“ Herr W. achtet auch verstärkt auf das Befinden seiner Frau, versucht erste Krankheitsanzeichen aufzuspüren, um schneller eingreifen zu können. „Wenn so eine Phase käme, würde ich es sicher nicht mehr wie damals so lange auf sich beruhen lassen.“

Fallanalyse 196 „Das sind die Fakten und [da] gibt’s eigentlich nicht mehr dazu zu sagen“

Frau H., 49 Jahre alt, ist geschieden und hat einen 27jährigen Sohn. Mit ihrem 60jährigen Lebenspartner ist sie seit 1981 zusammen. Sie ist gelernte Schriftsetzerin, ihr Partner ist Besitzer eines Handwerksbetriebes. Seit 1995 bestehen die psychischen Probleme, deren Behandlung nach ca. sechs Monaten abgeschlossen wurde. In den folgenden fünf Jahren sind dann keine Symptome mehr aufgetreten, so dass beide dieses Thema „abgehakt“ hatten. Ein Rezidiv wurde zunächst dem beruflichen Stress und der Hektik des Alltagsgeschäfts zugeordnet, bevor es als erneuter Krankheitsschub erkannt und behandelt wurde. Als Diagnose gibt Frau H. „endogene Depression“ an.

Frau H. berichtet wenig Details, meint, es sei „alles eben intensiver geworden“, wobei sie vor allem die *berufliche Mehrbelastung* anspricht. Da sie die Tätigkeiten ihres Lebenspartners übernehmen musste, fühle sie sich unter Druck. „Man kann nur froh sein, wenn einem soweit alles gelingt.“ Sie hat die volle Verantwortung für den Betrieb, die Bankgeschäfte und Arbeitsaufträge. Auch ist ihr Tag momentan so ausgefüllt, dass sie keine Freizeit mehr hat und somit wenig Möglichkeiten für einen Ausgleich.

Die *Auseinandersetzung mit der Krankheit* hatte sie prinzipiell „abgehakt“, war bei dem erneuten Auftreten „überrascht“. „Das hatten wir eigentlich abgehakt ... Am Anfang war ich überrascht ... dann musste ma es eben erst mal so hinnehmen, wie es ist und hoffen, dass es schnell vorbei geht, aber es zieht sich eben nun doch sehr lange hin.“ Zunächst erschien es schwierig, die Krankheitssymptome von beruflichem Stress abzugrenzen. Erst als die Arbeitsfähigkeit des Partners gefährdet war durch Konzentrationsprobleme, wurde therapeutische Hilfe aufgesucht. Diese wird in ihren Möglichkeiten von Frau H. angezweifelt, da sie als Ursache der Probleme die Zwänge und den Druck der Selbständigkeit ansieht (Konkurrenz, steigende Preise im Einkauf, schwankende Auftragslage, unsichere Einkünfte etc.).

Im Gespräch imponiert eine *extreme Kontrolliertheit*, die wie ein „Gefühlsverbot“ erscheint. Sie könne nichts machen und nichts erzwingen und müsse eben Geduld haben. „Ich weiß, dass ich Geduld haben muss und ich denke eigentlich nicht allzu sehr darüber nach, weil ich von der Arbeit auch abgelenkt werde. Was soll ich anderes machen. Ich kann nichts erzwingen.“ Im *Umgang mit der Krankheit* erscheint sie resigniert, abwartend und kontrolliert. Sie betont, dass sie eben nicht jammere und es demzufolge auch nicht mehr als die Fakten der Erkrankung zu erzählen gebe.

Fallanalyse 197 „Das Wissen ist ebend der Grundstein für die ganze Geschichte“

Frau F. ist 55 Jahre alt und Außendienstmitarbeiterin im Vertrieb eines Unternehmens. Herr F., ebenfalls 55 Jahre alt, hat zuletzt als Projektleiter gearbeitet. Beide sind seit 1967 verheiratet und haben zwei Söhne im Alter von 29 und 31 Jahren. Aus heutiger Sicht haben die Symptome, die Frau F. als „starke Depression“ beschreibt, im Dezember 1999 eingesetzt, seien aber erst ab April 2000 behandelt worden.

Das Gespräch wird im Beisein einer der Söhne geführt. Für Frau F. hat sich in ihrer Einschätzung „s ganze Leben geändert“ durch die Erkrankung und die eingetretenen Veränderungen in der Persönlichkeit ihres Mannes. Am stärksten wirkte sich während der akuten Phase der soziale Rückzug und die dauernde berufliche Anspannung ihres Mannes auf die *Familie* aus. Verglichen mit einer geselligen Zeit vor der Erkrankung (z.B. monatliches Bowlen mit Freunden), verbrachte Herr F. immer mehr Zeit im Büro. Darüber hinaus wurde Herr F. der Familie gegenüber noch wortkarger. Dies ändert sich nun nach Abklingen der akuten Phase ins andere Extrem. Frau F. ist demgegenüber skeptisch und sehnt sich etwas mehr die gewohnte Ruhe zurück. Die Söhne „genießen“ die Veränderung des Vaters, „dass er sich jetzt mehr für einen interessiert“. Das von der Depression geprägte Verhalten beeinflusst die familiären Beziehungen.

Die *Auseinandersetzung mit der Erkrankung* ist zentrales Thema des Gesprächs, da sie sehr konfliktreich verlief. Die Konflikte führt Frau F. auf unzureichendes Wissen, aber auch ungenügende Information der Familie zurück. Dazu kamen Fehlentscheidungen und Fehlverhalten von ärztlicher Seite. Die Familie konnte Symptomverhalten (wie berufliche Anspannung, Schlafstörungen und körperliche Beschwerden) zunächst nicht einordnen. Einmal verhinderte der Kontext eine angemessene Interpretation, denn der

ständige berufliche Druck mit der Folge des permanenten „Arbeitenmüssens“ wird als Teil der Leistungsgesellschaft akzeptiert. Zum anderen sind die körperlichen Beschwerden von der Familie eher als Folge der Überforderung und der seelischen und körperlichen Erschöpfung eingeordnet worden. Dies hatte zur Folge, zunächst hausärztliche Hilfe (im Sinne weiterer diagnostischer Maßnahmen) aufzusuchen: „Geh doch mal zum Arzt. ... Lass doch Dich mal untersuchen, Du bist überarbeitet.“ Die Hausärztin hatte jedoch (auch nach Versorgen von Brandverletzungen, die von einem Suizidversuch stammten) weder eine angemessene Behandlung eingeleitet noch die Familie informiert, sondern nur Überweisungen ausgestellt. Diese wurden von Herrn F. jedoch nicht wahrgenommen, bei der Hausärztin wurde er nicht wieder vorstellig. Erst die Familie „bringt dann alles ins Rollen“, wird aber erneut zu wenig bzw. falsch informiert. Der aufgesuchte Psychiater bietet eine Behandlung zu Hause an, denn man könne den Mann nicht zwingen, in die Klinik zu gehen. Frau F. muss eine Behandlung zu Hause jedoch ablehnen, weil sie es nicht schaffe und ihre Einflussnahme nach zwei von ihr unbemerkten Suizidversuchen ihres Mannes gering einschätzt. Daher kommt es dann zu einer stationären Aufnahme.

Der *Umgang mit der Erkrankung* ist von einer intensiven Informationssuche („Wir ham dann Bücher gelesen.“) bzw. einem Misstrauen sowohl ärztlichen Entscheidungen als auch dem Verhalten ihres Mannes gegenüber geprägt. Demzufolge werden eine Reihe von Sicherungs- und Kontrollmaßnahmen ergriffen:

- Kauf eines Handys, um den Mann immer erreichen zu können
- Absprachen mit den Ärzten, was mit dem Mann zu welchem Zeitpunkt bedenkenlos besprochen werden kann
- Gegenprüfen ärztlicher Anordnungen (z.B. Verschreiben von Medikamenten) durch befreundete Medizinstudenten
- tägliche Besuche in der psychiatrischen Klinik
- persönliches Hinbringen und Abholen des Mannes, als er in tagesklinischer Behandlung war
- Verbot, Bier zu trinken oder Auto zu fahren („... und das hat er och begriffen.“)
- Aufschreiben aller Anweisungen / Dinge für den Mann, die dann in der Wohnung verstreut sind

Dies kommt zum Teil einer Entmündigung und abschätzigen Behandlung des Ehepartners gleich. Die durch die Informationsdefizite bedingte Unsicherheit wirkt folglich in den Beziehungsalltag und die *Beziehungsgestaltung* fort. Auffallend ist hierbei, dass in der Partnerschaft bereits vor Beginn der depressiven Episode Tendenzen zu Rückzug und wenig offener Kommunikation erkennbar sind. Frau F. suchte ohne Wissen ihres Mannes nach Indizien (Überweisungen in der Tasche) statt ein offenes Gespräch mit ihm. Dafür bittet sie eher den Sohn um Mithilfe („Da hab ich unsern jüngsten Sohn dann ma angesprochen, da is er nu mehr an ihn rangekomm.“). Auch bespricht sie den Umgang mit ihrem Partner zuvor mit den behandelnden Ärzten und erbittet konkrete Handlungsanweisungen (z.B. welches Thema wann angebracht ist). Sie sei beruflich so eingebunden und selten zu Hause gewesen, dass sie die Veränderungen und die Verzweiflung ihres Mannes nicht bemerkt habe. Da auch die Brandverletzungen unbemerkt blieben, ist auch eine sexuelle Entfremdung und wenig Intimität des Paares anzunehmen. Die depressive Episode stellt eingefahrene Beziehungsmuster in Frage und führt zunächst zu dem Versuch mehr seelischer Nähe (z.B. Nachfragen nach dem Befinden, Fürsorgeverhalten). Dies erlebt Frau F. als fremd und ungewohnt und zunächst nicht dem bekannten Wesen ihres Mannes zugehörig. „Ich bin ’n Morgenmuffel ... mir geht mein Mann jeden früh auf die Nerven, mit seiner Offenheit, so war er nie, ... un er is auch so feinfühlig geworden, mein Mann war früher nie feinfühlig oder ich hab ’s nich gemerkt.“

Das *Befinden* von Frau F. ist von Verunsicherung und dem Versuch, wieder Kontrolle zu gewinnen geprägt. Eine zentrale Frage hierbei ist, wann professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden muss.

„Wo is nun jetzt der Punkt, ... wann sinn wa soweit, dass wa denken, das beherrschen ma nich.“ In der akuten Phase litt Frau F. unter Schlafstörungen, bei der Einweisung hatte sie Schuldgefühle. „Hätt ich ihn am liebsten wieder mitgenomm, da hab ich dran gezweifelt, ob das richtig war.“

Als *Krankheitsursache* sieht Frau F. den beruflichen Druck, aber auch den hohen Leistungsanspruch ihres Mannes an. Der Sohn fasst zusammen: „Er war einfach überlastet, das war das Grundproblem. ... Das Problem is aber, er war immer sehr verschlossen, ... hat sich halt nich helfen lassen, er war zu stolz, ... [hat] nur gesagt: ‚Ich muss es schaffen, ich muss es schaffen. Ich muss es schaffen.‘ Und dann is es halt zusammengebrochen.“ Eine entscheidende Veränderung mit Folgen für die Familie ist dann auch, dass der Mann die Berufstätigkeit aufgibt. Dies bereitet der Familie zusätzliche Sorgen, da sie sich fragt, wie die Arbeitslosigkeit verkraftet wird. Im Umgang damit werden neue Beschäftigungen für den Partner gesucht. Arbeiten im Garten wurden ihm überlassen, der noch arbeitslose Sohn unternimmt viel mit ihm, alte Interessen sollen wieder aufgenommen werden. Darüber hinaus stellt diese Situation auch eine *finanzielle Belastung* dar.

Zusätzlich erlebte Frau F. das Verhalten der Arbeitskollegen ihres Mannes als *stigmatisierend*, was eine offene Kommunikation oder einen Wiedereinstieg verhinderte. „Meine Frage war damals: ‚Hätten Se mein Mann auch entlassen wenn er sich ’n Bein gebrochen hätte?‘. Das wurde also kategorisch verneint und, ‚aber mit dieser Krankheit und als Mitgesellschafter‘ und, es is im Prinzip niemanden so recht geheuer.“ Auch die psychiatrische Klinik wurde als stigmatisierend empfunden und der Wunsch geäußert, Spezialstationen für Patienten mit ähnlichen Problemen zu schaffen

Fallanalyse 198 „Irgendwo gibt’s immer ’n Weg“

Herr K. ist 51 Jahre alt und gelernter Schiffbauer. Er arbeitet derzeit als Schweißer. Frau K. ist 50 Jahre alt. Sie hat zu DDR-Zeiten im Einzelhandel gearbeitet. Seit der Schließung des Betriebes ist sie arbeitslos, hat aber zwischendurch mehrere Lehrgänge absolviert oder befristete Arbeitsverhältnisse bekommen. Herr K. ist seit 1971 mit seiner Frau verheiratet. Beide haben zwei Töchter im Alter von 20 und 28 Jahren. Seit Anfang des Jahres ist es im Zuge eines Todesfalls in der Familie und eines Arbeitswechsels der Ehefrau zur Depression gekommen. Herr K. gibt an, dass er die Diagnose jedoch nicht kenne und auch nicht in die Behandlung einbezogen war.

Zentrales Thema ist für Herrn K. die *Auseinandersetzung mit der Erkrankung* und die Suche nach plausiblen Erklärungs- und Behandlungsmodellen. Dabei fällt besonders die Abgrenzung zu „normalen“ Krisen und Tiefpunkten schwer, aus denen sich der Mensch selber befreien kann. „Ich versteh’s nich richtig. Ich akzeptier’s, ... aber richtig verstanden hab ich’s, glaub ich nich. ... [Ich hab] immer gesagt: ‚Mensch, Du mußt doch selbst rauskommen jetzt.‘ ... Es ging aber nich bei ihr. ... Ich kann mich nich reinversetzen in dieser Situation, ... dass es überhaupt ’ne Krankheit is, das find ich irgendwie komisch.“ Die Erkrankung der Ehefrau forderte von Herrn K. die Reflektion eigener Vorurteile und die Anerkennung psychischer Störungen als behandlungsbedürftige Zustände. „Wieviel Leute da drinne sind [Anmerk.: in der Psychiatrie], wie viel junge Menschen, ... das hat ma früher eigentlich nich so sehr gehört, ... vor allen Dingen als Betroffener ... kriegt man das eigentlich erst mal richtig mit, was es da alles gibt, und dass es so was überhaupt gibt.“

Offen bleibt hingegen, welche Form der *Behandlung* hilfreich ist und wie diese im Detail aussieht. Herr K. verfolgt hierbei mit Interesse, aber Misstrauen und Erstaunen die Abläufe einer Therapie, v.a. Gruppentherapie, wie seine Frau sie ihm schildert. „Therapiestunden, ... ich hab immer gedacht, da wird dem Menschen nun geholfen, da wird ’n Weg gezeigt. Das is ja nich so. ... Die müssen das selbst, die ham ihre Gesprächsrunden, und wenn keiner was sagt, dann sagt eben keiner was. ... Da denk ich immer, jetz müßt doch die Therapeutin eigentlich eingreifen.“ Die Gruppe und die entsprechenden Aufgaben werden als überfordernd erlebt: „Es mußte jeder, der in dieser Gruppe war, jeder selbst was auf de Beine stelln. Leute, die schon am Boden sind, ... die kriegen nischt auf die Beine gestellt.“ Demzufolge wird die Therapie in ihren Inhalten in Frage gestellt. Hinzu kommt die Atmosphäre einer psychiatrischen Klinik, die Herr K. als hinderlich für eine erfolgreiche Behandlung ansieht: „Ihr ging’s schon schlecht, ... denn noch solche Leute um sich, ich mein, ... da kann’s noch schlimmer bloß wern.“ Insgesamt ist Herr K. der Behandlung gegenüber skeptisch, die er als aufwühlend, verstörend, überfordernd und zusätzliche Belastung für seine Frau empfindet. Darüber hinaus erlebte er die psychiatrische Klinik als *stigmatisierend*, wobei Informationsdefizite, Vorurteile und Fremdheit der Eindrücke maßgebend waren: „Bei der Einweisung hab ich gedacht, hier bleibste nich, ... Leute dort gesehn, ... auch das Zimmer, ... da hab ich ’n Schreck gekriegt. ... Da wird, wenn man nich verrückt is, da wird man dort verrückt. ... Da hab ich Angst gehabt.“

Im *Umgang mit der Erkrankung* dominieren Aktivität, Unterstützung und Polarisierung von Erfahrungen „Ich hab ... immer gesacht: ... ‚Mach dir doch kein Kopf, ... mach ’s Dir nich so schwer.““ Weil Herr K. seine Frau als gegensätzlich zu sich erlebt, kann er ihre Sorgen und Ängste schwerer verstehen. Herr K. beschreibt sich als unterstützend und sieht keine Veränderungen in der gemeinsamen Lebensführung. Die Erkrankung hat aus seiner Sicht keine *Beziehungsveränderungen* oder Rollenänderungen mit sich gebracht, da im Zuge der Erkrankung seiner Frau keine neuen Aufgaben oder Arbeitsteilungen für ihn auftraten.

Einerseits schätzt Herr K. ein: „Na belastend war die ganze Situation.“ Auch berichtet er von *gesundheitlichen Beeinträchtigungen*: „Nu wurde ich noch krank, erst mit ’m Rücken, und dann ging das mit ’n Herzen los, ... vielleicht war’s zuviel, ich weiß es nich, aber ... Gedanken macht ma sich ja auch.“ Andererseits lehnt er es ab, sich als besonders belasteter Angehöriger zu präsentieren und betont eine optimistische Grundhaltung dem Leben gegenüber. „Wie man immer denkt jetzt, die Angehörigen, die leiden besonders da drunter, also, kann ich eigentlich nich sagen, ... weil mich eigentlich nich so schnell was aus der Bahn werfen kann oder umwerfen kann. ... Irgendwo gibt’s immer ’n Weg.“

Feinanalyse einer Sequenz aus dem Interview 046

Analyse vom 9.04.2001 im Forschungscolloquium der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig, (TeilnehmerInnen: Dipl.-Psych. J. Bischkopf / Dipl.-Psych. J. Jungbauer / Dipl.-Psych. C. Mory / Cand. Psych. M. Musikowski / Dipl.-Psych. J. Trosbach / Cand. Psych. A. Zimmer)

Sequenz 1

- 192 I: Und wenn Sie so schauen, was beschäftigt Sie da im Moment am meisten?
193 A: (2) Ja mich beschäftigt am meisten, dass, dass sie wieder in so en tiefes Loch fällt wie es schon mal war

Hypothesen (1):

Welche Vermutungen sind aufgrund der Textsequenz plausibel begründbar?

- 1.1 Der Patientin geht es momentan besser.
- 1.2 Es besteht die Befürchtung, dass die Krankheit wieder auftritt (tiefes Loch) in bestimmter Schwere.
- 1.3 Tiefes Loch ist freier Fall, lässt sich nicht aufhalten, ist bodenlos, schwierig wieder rauszukommen. (bedrohliche Metapher)
- 1.4 Der Erzähler kennt die Situation, die droht.
- 1.5 Der Erzähler hat Angst, macht sich Sorgen.
- 1.6 Der Erzähler hat Gefühle von Hilflosigkeit und Ohnmacht und fühlt sich von seiner Partnerin fern.
- 1.7 Der Kontakt und Umgang miteinander ist schwierig, wenn die erkrankte Partnerin in das „tiefe Loch“ fällt.
- 1.8 Die vom Erzähler erlebte Angst hält im Alltag an. (vgl. Hypothese 1.2)
- 1.9 Der Erzähler hat wenig Vertrauen, wenig Zukunftssicherheit und ist unsicher im Umgang mit der Situation.
- 1.10 Der Erzähler muss aktiv werden, wenn die erkrankte Partnerin im „tiefen Loch“ ist.
- 1.11 Die erkrankte Partnerin wird auf erste Anzeichen einer drohenden Verschlechterung hin beobachtet.

Folgehypothesen (1):

Wie wird der weitere Interviewverlauf aussehen?

- 1 (a) Der Erzähler erklärt weiter, was er mit der Metapher „tiefes Loch“ meint.
1 (b) Die momentane Situation wird berichtet.
1 (c) Der Erzähler führt aus, wovor er konkret Angst hat.
1 (d) Der Erzähler berichtet über sein eigenes Befinden.

Sequenz 2

195 I: Hm

196 A: mit Rettungswagen und so

Hypothesen (2):

- 2.1 Ein Suizidversuch ist schon einmal vorgekommen.
- 2.2 In der befürchteten Situation besteht Lebensgefahr. (vgl. Hypothese 1.3)
- 2.3 Es lag eine Wahnsymptomatik vor, daher Notarzteinsatz.
- 2.4 Die Situation ist unkontrollierbar für den Erzähler. (vgl. Hypothese 1.5, 1.6)
- 2.5 Die befürchtete Situation eskaliert. (vgl. Hypothese 1.3, 2.2)
- 2.6 In der Situation ist schnelle Hilfe nötig, die erkrankte Partnerin kann nicht selbst Hilfe aufsuchen oder von Angehörigen gebracht werden.
(vgl. Hypothese 1.3, 2.2, 2.5)
- 2.7 Die Bedrohung geht über den Einsatz des Rettungswagens hinaus.
(vgl. Hypothese 1.3, 2.2, 2.5, 2.6)
- 2.8 Es war darüber hinaus ein Polizeieinsatz notwendig? (siehe 2.3)
- 2.9 Die Hilfe ist öffentlich und für alle sichtbar. (stigmatisierend?)
- 2.10 Der Gebrauch des Wortes „Rettungswagen“ impliziert übliche medizinische Maßnahmen, der explizite Zusammenhang zum psychiatrischen Notfall wird vermieden.
- 2.11 „und so.“ verschleiert mögliche erlebte Peinlichkeit.
- 2.12 Der Erzähler beschreibt das Sichtbare, den Rettungswagen und spricht nicht über eigenes Befinden.
- 2.13 „und so“ steht für die Trennung vom der Partnerin, der in die Klinik gebracht wird und für die Folgen des Notarzteinsatzes. (vgl. Hypothese 1.6, 1.7)
- 2.14 „und so.“ ist eine sprachliche Eigenart des Erzählers.

- 2.15 Die Situation muss der Interviewerin gegenüber nicht näher erklärt werden. „und so“ setzt voraus, dass die Interviewerin weiß, was ein psychiatrischer Notfall bedeutet.

Folgehypothesen (2):

- 2 (a) Der Erzähler beschreibt das Extreme der Situation.
- 2 (b) Der Erzähler richtet sich für eine Bestätigung direkt an die Interviewerin. (siehe 2.15)
- 2 (c) Es wird weiterhin die Situation (Handlungsebene), nicht die Gefühle des Handelnden beschrieben. (siehe 2.12)
- 2 (d) Im Mittelpunkt bleibt die Situation der erkrankten Partnerin, nicht die des Erzählers.

Sequenz 3

- 197 I: Hm
- 198 A: da hat sie sich mit nen Tabletten vergreifen gehabt

Hypothesen (3):

- 3.1 Der Erzähler entschuldigt das Verhalten der Frau.
- 3.2 Es wird eine kindliche Ebene hergestellt, indem die Handlung als versehentlich (Fehlgriff) dargestellt wird.
- 3.3 Die Situation wird massiv entdramatisiert. (vgl. Hypothese 2.10)
- 3.4 Die Frau hat versehentlich falsche Tabletten genommen.
- 3.5 Vergreifen: z.B. im Ton vergeifen: tadelnd
- 3.6 Vergreifen: z.B. sich an Verbotenem vergreifen, Grenzen überschreiten
- 3.7 Ein Suizidversuch wird nicht angesprochen, sondern als Versehen heruntergespielt und verharmlost. (vgl. Hypothese 2.10, 3.3)
- 3.8 Der Erzähler leugnet die Tatsache eines Suizidversuches, um sich selbst zu schützen. (vgl. Hypothese 2.11)
- 3.9 Dem Erzähler ist es unerträglich, sich die Tragweite eines Suizidversuches vorzustellen.
- 3.10. Die Frau hatte keine Suizidabsichten.

- 3.11 „mit nen Tabletten“: Es war nur eine geringe Menge.
- 3.12 Der Erzähler spricht nicht über sich explizit.
- 3.13 Das Eingeständnis, dass so etwas vorgefallen ist, fällt gegenüber der Interviewerin schwer.
- 3.14 Die Krankheit hat zum Versehen geführt. Die Ehefrau hatte so etwas nicht vor.
- 3.15 „hat ... gehabt“: Das Ereignis liegt lange zurück.
- 3.16 „hat ... gehabt“: Das Ereignis liegt nicht lange zurück und der Sprecher nimmt eine künstliche, sprachliche Distanzierung vor.
- 3.17 „hat ... gehabt“: regionaler oder privater Sprachgebrauch des Erzählers

Folgehypothese (3):

- 3 (a) Der Erzähler schildert, was ablief.
- 3 (b) Der Erzähler erklärt, wie es dazu kam, dass die Ehefrau „sich vergriffen hat“.
- 3 (c) Es folgt eine Erzählung.
- 3 (d) Der Erzähler berichtet über sich selbst und sein Befinden in der Situation.

Sequenz 4

- 199 I: Hm
- 200 A: und, äh das, ich kam da nach Hause, es war=ich hatte noch einiges wollte in
- 201 Baumarkt und dann noch mein Rezept holen=und da war das eben nen
- bisschen später
- 202 geworden

Hypothesen (4):

- 4.1 Der Erzähler spricht Schuld an.
- 4.2 Der Erzähler spricht über sich, seine Handlungen, nicht über die der Ehefrau.
- 4.3 Der Erzähler entschuldigt die Situation gegenüber der Interviewerin.
- 4.4 Es wird Alltag beschrieben. (vgl. Hypothese 1.8)
- 4.5 Der Erzähler ist selber krank, nimmt selber öfter Medikamente, ist möglicherweise chronisch krank (Rezept).
- 4.6 Der Sprachfluss ist unterbrochener, der Sprecher stärker emotional beteiligt.

- 4.7 Der Alltag des Paares hat sonst einen sehr geregelten Ablauf.
(vgl. Hypothese 1.8, 4.4)
- 4.8 Die Familie ist in einer Umbruchsituation (Baumarkt).
- 4.9 Der Erzähler ist handwerklich aktiv.
- 4.10 Baumarkt bedeutet bestimmtes Milieu (Handwerker) und impliziert eine traditionelle Werthaltung.
- 4.11 Die Familie hat wenig Geld und muss viele Dinge selber machen.
- 4.12 Der Erzähler hat soviel Zeit, Hobbies zu pflegen.
- 4.13 Kleine Abweichungen in den familiären Abläufen lösen große Unsicherheit bei den Beteiligten aus und werden als Bedrohung erlebt.
- 4.14 Verspätungen sind normal.
- 4.15 Die angesprochene Verspätung ist folgenreich und wirkt sprachlich wie der Auftakt zu einer dramatischen Situation. (vgl. 1.3, 2.2, 2.5, 2.6, 2.7)
- 4.16 Der Erzähler macht sich massive Selbstvorwürfe.

Folgehypothese (4):

- 4(a) Der Erzähler entschuldigt sich wortreich und detailliert für seine Verspätung.
- 4(b) ... und dann hab ich sie gefunden
- 4(c) Es wird geschildert, was passierte, als er nach Hause kam.
- 4(d) Der Erzähler führt Selbstvorwürfe aus (wenn, hätte, wäre etc.)

Sequenz 5

- 203 I: Ja
- 204 A: Und da (2) dachte ich nanu, ist im Bett ist vielleicht sauer weil du so spät gekommen
- 205 bist, **so** da hab ich mir erst mal Abendbrot gemacht und da bin ich dann doch nochmal
- 206 reingeguckt

Hypothesen (5):

- 5.1 Das Ereignis traf den Erzähler sehr unvorbereitet. Er hat nichts erwartet.
- 5.2 Rückzug und Entzug gemeinsamen Partnerschaftsalltages ist als Strafe bekannt (bestätigt Hypothese 4.13)
- 5.3 Der Rückzug der Frau ist normal, lässt auf nichts Außergewöhnliches schließen.
- 5.4 Die Frau ist im Bett und will nicht mit dem Partner reden. Partner unternimmt keine Anstrengungen zur Veränderung der Situation.
- 5.5 Der Erzähler respektiert die Wünsche der Ehefrau nach Rückzug.
- 5.6 Der Erzähler macht sich Vorwürfe, nicht eher reagiert zu haben.
- 5.7 Die Partner essen nicht immer zusammen Abendbrot.
- 5.8 Der Erzähler akzeptiert den Rückzug der Ehefrau, da früheres Aktivwerden abgelehnt wurde.
- 5.9 Es handelt sich um den ersten Selbstmordversuch.
- 5.10 Der Rückzug ist als Ausdruck der Partnerschaft zu verstehen, nicht als Anzeichen der Krankheit („sauer“).
- 5.11 Der Rückzug ist eine vom Erzähler antizipierte Reaktion auf sein Fehlverhalten.
- 5.12 Der Erzähler ändert die Strategie und schaut nach. (vgl. Hypothese 1.10)
- 5.13 Nachschauen und getrenntes Abendbrot zeugt von Distanz zwischen den Partnern (kein gemeinsames Schlafzimmer?) (vgl. Hypothese 1.7)
- 5.14 Der Erzähler ist unsicher, schaut nur verstohlen rein. (vgl. Hypothese 1.9, 1.10)
- 5.15 Der Erzähler fürchtet Missfallen zu erregen bei der Ehefrau, ordnet sich ihr unter. (vgl. Hypothese 5.5)

Zusammenfassung

Die Erzählsequenz ist gekennzeichnet durch eine starke Spannung zwischen geschilderter Dramatik der Situation (siehe Hypothesen 1.3, 2.2, 2.5, 2.6, 2.7, 2.9, 4.15) auf der einen Seite und massiver Verharmlosung in der Wortwahl des Sprechers auf der anderen Seite (Hypothesen 2.10, 3.2, 3.3).

Die verharmlosende, ent-dramatisierende Darstellung kann als Versuch, eigene Gefühle zu kontrollieren, verstanden werden. Der Erzähler äußert zwar keine expliziten Gefühle (siehe Hypothesen 2.12 und 3.12) und konzentriert sich in der Darstellung auf Handlungsabläufe und Handlungsbegründungen. Die Art der Darstellung legt jedoch Emotionen wie Angst und Sorgen (siehe Hypothesen 1.5, 1.6, 1.8), Hilflosigkeit und Ohnmacht (siehe Hypothese 1.6), Unsicherheit und Kontrollverlust (siehe Hypothesen 1.9, 2.4), Peinlichkeit und Scham (siehe Hypothese 2.11), Schuldgefühle und Selbstvorwürfe (siehe Hypothesen 4.1, 4.16, 5.6) nahe. Die Wortwahl und die Art der Darstellung erscheinen als massiver Schutz vor diesen Emotionen (siehe Hypothesen 3.8, 3.9, 4.6) und als Ausdruck der Unfassbarkeit des Ereignisses.

Die Vorstellung, die Ehefrau könne tatsächlich Suizidabsichten haben, wird als unerträglich zurückgewiesen. Die Handlung wird vielmehr als unkontrollierbare Reaktion, Fehlgriff und Versehen der Ehefrau gesehen, die in der Krankheit, nicht aber in ihrer eigenen Entscheidung begründet liegt. Das Wort „vergreifen“ impliziert darüber hinaus eine Grenzüberschreitung, die für den Partner unfassbar ist. Dies um so mehr, da er sehr bemüht um seine Frau wirkt, sie respektiert und gleichzeitig bemüht ist, ihr die Dinge Recht zu machen, keinen Fehler zu begehen oder anderwärtig ihr Missfallen zu erregen (siehe Hypothesen 5.5, 5.8, 5.11, 5.15). Das Eingeständnis eines Suizidversuches würde als Ablehnung durch die Ehefrau und als unerträgliche Distanzierung und Abkehr vom Partner erlebt werden und demnach einem Angriff auf die Partnerschaft gleichkommen.

Das Ereignis – Suizidversuch – wird auch deshalb als besonders bedrohlich und unfassbar erlebt, weil es in keiner Weise vom Erzähler antizipiert werden konnte. Alle Anzeichen (Rückzug der Ehefrau, Tabletteneinnahme) können zunächst dem normalen Alltagsgeschehen zugeordnet werden (vgl. Hypothesen 4.14, 5.3 und 5.10). Es ist darüber hinaus zu vermuten, dass der Erzähler wenig informiert ist über die Erkrankung, ihren Verlauf und bestehende Gefahren.

Die Erzählsequenz verweist weiterhin darauf, dass die Erkrankung Spuren im Alltag des Paares hinterlassen hat (siehe Hypothesen 1.2, 1.8, 1.11, 4.13). Der Erzähler befürchtet

auch in gesunden Zeiten der Partnerin ein Wiederaufleben der Symptome oder eine Wiederholung der dramatischen Ereignisse. Dies führt zu einer dauerhaften Anspannung und Angst seitens des Erzählers und zu einer ständigen besorgten Beobachtung der Partnerin auf mögliche Anzeichen einer Verschlechterung der Situation hin. Die akute Phase wird als schmerzhaft emotionale Distanz (siehe Hypothese 1.7) oder tatsächliche räumliche Trennung von der Partnerin durch eine stationäre Behandlung (siehe Hypothese 2.13) erlebt.

Theoretisches Memo

Wie stark Partner von Symptomen der Krankheit belastet sind, hängt davon ab, inwiefern sie diese antizipieren oder kontrollieren können. Je weniger ein Partner informiert oder auf mögliche Gefahren vorbereitet ist, um so schwerer sind die Ereignisse für ihn einzuordnen. Dies führt unter Umständen zu massiven Selbstzweifeln, Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen, die das partnerschaftliche Zusammenleben dauerhaft belasten können. Die anhaltende Unsicherheit des Partners dem Erkrankten gegenüber äußert sich zum Teil in verstärkter Selbstbeobachtung („sich jedes Wort überlegen“). Dies kann auch zu sexuellen Problemen führen (vgl. Theorie Masters / Johnson). Wenig Austausch über aktuelle Befindlichkeiten der Partner begünstigt dieses Muster. Im Extremfall kann es zu einer Spirale des „Gedankenlesens“ kommen, in der der gesunde Partner versucht, die Gefühle und Gedanken des Erkrankten vorwegzunehmen und bereits im Vorfeld auf mögliche Konflikte zu reagieren. Dann kann es dazu kommen, dass der Partner sich dem Erkrankten ständig anpasst und unterordnet (z.B. in der Freizeitgestaltung, in den Interessen, in den Aktivitäten). Ein möglicher Ausweg aus dieser Situation ist die begrenzte und vereinbarte Distanzierung beider Partner (z.B. in getrennten Unternehmungen oder wie im Beispiel in einem festgelegten Tag für die Aktivitäten des gesunden Partners).

Suizidversuche sind besonders schwer zu antizipieren, wenn sie in das Muster der Alltagsroutine des Paares eingepasst sind. Dann kann es zum Teil zu folgenschweren Fehleinschätzungen der Situation durch den Partner kommen. Ein verspätetes Reagieren kann in der Folge zu massiven Schuldgefühlen und einer anhaltenden Unsicherheit im Umgang mit dem erkrankten Partner führen. Ein Suizidversuch stellt eine Ausnahmesituation dar, welche das Beziehungsgefüge des Paares und das Selbstverständnis des gesunden Partners erschüttert.

Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Dissertation „Zur Lebenssituation der Partner depressiver Patienten“ selbständig verfasst habe. Dabei habe ich keine Hilfsmittel außer den im Text aufgeführten Literatur- und Informationsquellen genutzt. Die Arbeit ist bisher nicht veröffentlicht worden und wurde in keinem früheren Promotionsverfahren angenommen oder abgelehnt.

Berlin, Oktober 2002

Jeannette Bischof