

Bachelor Arbeit zur Erreichung des FH-Diploms als Bachelor of Arts in Sozialer
Arbeit HES-SO

HES-SO Wallis Bereich Gesundheit & Soziale Arbeit



Bewältigungsstrategien bei Depressionen in einer Partnerschaft

Jacqueline Walker

Bachelor 10

Begleitender Dozent: Julian Vomsattel

Siders, 27.02.14

Dank

Im normalen Leben wird oft einem gar nicht bewusst,
dass der Mensch überhaupt unendlich viel mehr empfängt,
als er gibt, und dass Dankbarkeit das Leben erst reich macht.

(Dietrich Bonhoeffer, 1906-1945)

An dieser Stelle möchte ich es mir nicht nehmen lassen, mich bei all den Menschen zu bedanken, die mich beim Verfassen meiner Bachelor Arbeit unterstützt haben.

Von Herzen danken möchte ich meiner Familie, meinen Freunden und meinem Freund. Ihr habt mich immer wieder motiviert, dran zu bleiben und nicht aufzugeben. Danke!

Ein weiterer Dank gilt meinem Vater, Bernhard Walker für das Korrekturlesen unzähliger Seiten und Fassungen meiner Bachelor Arbeit.

Ebenso danken möchte ich meiner Vorgesetzten Stefanie Loretan, sowie Simone Walpen für ihren kritischen Blick auf meine Bachelor Arbeit, welcher meine Arbeit sehr bereichert hat.

Schliesslich danke ich meinem Begleitdozenten Julian Vomsattel für die wertvolle Unterstützung während des gesamten Prozesses.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die Bachelor Arbeit selbständig verfasst und keine andern als die angegebenen Quellen benutzt habe. Alle Ausführungen, die anderen Texten wörtlich oder sinngemäss entnommen wurden, sind kenntlich gemacht. Die Arbeit war noch nie in gleicher oder ähnlicher Fassung Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung. Die Bachelor Arbeit respektiert den Ethik-Kodex für die Forschung.

Siders, 27.02.2014

Zusammenfassung

Diese Bachelor Arbeit stellt den nicht depressiven Partner einer Partnerschaft in den Vordergrund. Im Fokus stehen dabei die Strategien, die dieser Partner anwendet, um die Auswirkungen der Depression zu bewältigen.

Die Ergebnisse, die in dieser Bachelor Arbeit aufgeführt sind, beruhen auf drei Interviews mit zwei Partnerinnen und einem Partner von depressiven Menschen. Festzuhalten ist, dass es sich bei den gekennzeichneten Aussagen um die Meinung der Interviewpartner handelt.

Der Rahmen dieser Arbeit ist begrenzt. Deshalb kann auf weiterführende Fragestellungen nicht weiter eingegangen werden.

Eine Depression stellt für eine Partnerschaft eine grosse Herausforderung dar. Es zeigt sich, dass der Verlauf und die Auswirkungen einer Depression auf die Partnerschaft stark mit der Qualität der Partnerschaft und den Strategien des nicht depressiven Partners zusammenhängen. Aufgrund dessen ist es wichtig, dass nicht nur die depressive Person, sondern auch deren Partner professionelle Hilfe in Anspruch nehmen kann.

Die Bewältigungsstrategien des nicht depressiven Partners sind vielfältig. Der Grundgedanke besteht darin, sich einmal Zeit für sich zu nehmen, um so neue Kraft für den oft schwierigen Alltag zu tanken. Eine wichtige Quelle für dieses Kraftschöpfen können Freunde und Familie darstellen. Die Kommunikation und das Wissen über die Depression sind wichtig und notwendig, um Verständnis für die Situation des Gegenübers aufbringen zu können.

Partner und Angehörige von Menschen mit Depressionen zu unterstützen heisst, die Ressourcen beider Partner anzuerkennen und sie darin zu bestärken. Das bedeutet beispielsweise, dass man bereits kleinste Veränderungen wahrnehmen und positiv aufgreifen kann.

Zusammenfassend sind die Wahrung der eigenen Interessen (Sport, Gespräche) und die bewusste Zeit für sich selbst und die eigenen Bedürfnisse unabdingbar, damit der nicht depressive Partner gesund bleibt. Nur ein gesunder Partner hat die nötige Kraft und Ausdauer, um seinen depressiven Partner adäquat zu unterstützen.

In der vorliegenden Bachelor Arbeit sind mögliche Bewältigungsstrategien bei Depressionen in einer Partnerschaft aufgeführt. Zudem wurden Handlungsvorschläge für die Praxis der Sozialen Arbeit formuliert.

Ich erhoffe mir, dass ich die Leserinnen und Leser dieser Bachelor Arbeit für die Thematik sensibilisieren kann und so ein wenig gegen die Stigmatisierung von depressiven Menschen und ihren Angehörigen beitragen kann

Schlüsselwörter

Bewältigungsstrategien, der nicht depressive Partner, Depressionen, Partnerschaft, professionelle Hilfe, soziales Netz, eigene Interessen wahren

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	6
1.1 Motivation und Begründung der Themenwahl	6
1.2 Begriffsdefinition	6
1.3 Ziele	7
1.3.1 Feldziele	7
1.3.2 Theorieziele	7
1.3.3 Praxisziele	7
1.4 Bezug zur Sozialen Arbeit	8
1.5 Aufbau der Arbeit	9
2. Theoretischer Rahmen	10
2.1 Paarbeziehung	10
2.1.1 Definition.....	10
2.1.2 Qualität der Paarbeziehung	10
2.1.3 Kommunikation	11
2.1.4 Zusammenhang mit der Forschungsfrage.....	12
2.2 Der nicht betroffene Partner	12
2.2.1 Was die Depression des Partners bei dem nicht betroffenen Partner auslöst .	14
2.2.2 Wie Angehörige unterstützen können	15
2.3 Depressionen	18
2.3.1 Definition.....	18
2.3.2 Formen der Depressionen	18
2.3.3 Symptome.....	19
2.3.4 Prävalenz.....	21
2.3.5 Stress-Vulnerabilitätsmodell.....	23
2.3.6 weitere Ursachen	24
2.3.7 Behandlung.....	24
2.4 Bewältigungsstrategien	25
2.4.1 Definition.....	25
2.4.2 Formen des Coping	25
2.4.3 Psychopharmakatherapie	26
2.4.4 Kognitive Verhaltenstherapie	26
2.4.5 Interpersonelle Psychotherapie.....	27
2.4.6 Verhaltenstherapie mit Paaren.....	28
2.4.7 Systemtherapie.....	29
2.4.8 Kommunikationshilfen	29
2.4.9 Angehörigengruppe	30
2.5 Fazit	32
3. Eingrenzung der Fragestellung und Hypothesen	33
3.1 Forschungsfrage	33
3.2 Hypothesen	33
3.2.1 Erste Hypothese:	33
3.2.2 Zweite Hypothese:	34
4. Methode	35
4.1 Beschreibung des Forschungsvorgehens	35
4.2 Begründung der Forschungsmethode	36
4.3 Vor- und Nachteile der Methode	37
4.4 Das Experteninterview	38
4.5 Entwicklung des Forschungsinstrumentes	38
4.6 Der Weg zu den Interviews	38

4.7 Die Befragungen	39
4.8 Das Untersuchungsfeld.....	40
4.9 Die Auswertungsmethode.....	41
4.10 Die Risiken der Forschung.....	41
4.11 Forschungsethik.....	42
5. Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung.....	44
5.1 Porträts der Interviewpartner	44
5.2 Ergebnisse zur Hypothese 1	44
5.2.1 Bezug zur Theorie	51
5.3 Ergebnisse zur Hypothese 2	52
5.3.1 Bezug zur Theorie	58
5.4 Synthese.....	58
6. Schlussfolgerungen	60
6.1 Grenzen der Forschung und weiterführende Fragestellungen.....	60
6.2 Handlungsvorschläge für die Praxis der Sozialen Arbeit	60
6.3 Persönliche Stellungnahme zur Forschungsfrage	61
6.4 Persönliche Stellungnahme zu den Zielen der Forschung	61
6.5 Persönliches Fazit	62
7.Literaturverzeichnis	63
7.1 Literarische Quellen	63
7.2 elektronische Quellen.....	64
7.3 Interview	64
7.4 Abbildungen.....	64
8. Anhang	65

1. Einleitung

1.1 Motivation und Begründung der Themenwahl

Schon seit einiger Zeit habe ich mir Gedanken über das Thema meiner Bachelor Arbeit gemacht. Ich hatte viele unterschiedliche Ideen. Es fiel mir nicht leicht, mich auf ein einziges Thema zu beschränken. Anhand eigener Interessen und Erfahrungen, die ich während meinen Praxisausbildungen sammeln konnte, kristallisierte sich allmählich eine Thematik heraus.

Während meines Praktikums im WerkAtelier Tilia der Stiftung emera habe ich einige Personen mit Depressionen, die in einer Paarbeziehung leben, kennengelernt. Dadurch ergaben sich viele interessante Gespräche zum Thema. Zu Beginn meiner Vertiefung mit der Bachelor Arbeit wollte ich mich mit den Paaren, bei denen ein Partner an Depressionen erkrankt ist, auseinandersetzen. Ich habe einige Gespräche mit Dozenten und Mitstudierenden geführt, die mich darauf hinwiesen, dass Gespräche mit beiden Partnern unter Umständen sehr schwierig werden könnten, da die Thematik sehr heikel sei. Die Depression eines Partners kann ungeahnte Emotionen auslösen, die ich unter Umständen in einem Gespräch mit beiden Partnern nicht auffangen könnte.

Aufgrund dessen habe ich mich entschieden, den Fokus auf die nicht depressiven Partner, der Paarbeziehung zu legen. Meistens steht der depressive Partner im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Dabei können die Bedürfnisse des nicht depressiven Partners in den Hintergrund geraten. Aus diesen Gründen entschied ich, mich auf den nicht depressiven Partner und seine Bedürfnisse zu konzentrieren und ihn für einmal in den Mittelpunkt zu stellen.

Ich bin gespannt zu erfahren, wie die Partner mit der Erkrankung ihres Gegenübers umgehen. Ich möchte herausfinden, welche Auswirkungen die Depression eines Partners, aus Sicht des nicht betroffenen Partners, auf die Paarbeziehung hat. Im Fokus stehen dabei die Bewältigungsstrategien, welche der nicht betroffene Partner anwendet, um mit der Erkrankung des Lebensgefährten umzugehen. Schliesslich möchte ich Handlungsvorschläge für die Soziale Arbeit formulieren, damit Partnerinnen und Partner eine ihnen entsprechende Unterstützung erfahren können.

1.2 Begriffsdefinition

Wie ich im Kapitel 2.1.2 *Qualität der Paarbeziehung* noch genauer erläutern werde, ist es von besonderer Bedeutung für die Paarbeziehung und den Verlauf der Depression, dass sich kein Rollenverständnis im Sinne von *der kranke* und *der gesunde Partner*, entwickelt.¹ Deswegen habe ich mich dazu entschlossen, den in diesem Sinne gesunden Partner in meiner Bachelor Arbeit als den *nicht betroffenen Partner* oder den *nicht depressiven Partner* zu bezeichnen. Natürlich ist mir bewusst, dass dieser Partner ebenso von der Depression seines Gegenübers betroffen ist, wie der depressive Partner.

Sidler² ergänzt dazu: „Wir haben es gerne ein wenig einfach gestrickt. Und aus dem machen wir gerne Kategorien. Also die Gute und die Böse, und der Gesunde und der Kranke und das ist aber nicht richtig.“

¹ BODENMANN, Guy. *Depression und Partnerschaft*. 2009. S.52

² SIDLER, Christine. Interview mit Jacqueline Walker. 21.10.13

Ich möchte darauf hinweisen, dass ich aus Gründen der besseren Lesbarkeit in dieser Bachelor Arbeit in den meisten Fällen die männliche Form verwende.

Zusätzlich möchte ich kurz auf den Begriff *der depressive Partner* eingehen. Mir ist bewusst, dass die Depression nur einen Lebensabschnitt darstellen kann und damit *der depressive Partner* nicht für sein ganzes Leben depressiv ist. Ich habe mich in Hinblick auf die momentane Lebenssituation der Paare und die Thematik meiner Arbeit dafür entschieden, den Begriff in dieser Bachelor Arbeit zu verwenden. Ich stelle jedoch klar, dass es sich dabei keinesfalls um ein Stigma handelt.

1.3 Ziele

1.3.1 Feldziele

- Aufzeigen von Bewältigungsstrategien, die nicht betroffene Partner anwenden, um die Auswirkungen einer Depression auf die Paarbeziehung zu bewältigen.
- Die Perspektive von Partnerinnen und Partnern depressiver Personen kennenlernen.

1.3.2 Theorieziele

- Aktuellen theoretischen Hintergrund zum Thema Depressionen erarbeiten.
- Definition der Schlüsselbegriffe Paarbeziehung – Depression – Bewältigungsstrategie
- Aufzeigen von möglichen Hilfestellungen für Partner und Angehörige von depressiven Menschen

1.3.3 Praxisziele

- Darlegen von Handlungsvorschlägen für die Praxis der Sozialen Arbeit, um die Unterstützung von Partnerinnen und Partner depressiver Menschen zu gestalten.
- Das Tabuthema Depressionen thematisieren und so der Stigmatisierung entgegenwirken.

1.4 Bezug zur Sozialen Arbeit

„... aber auch ein wenig verstehen, wie schlimm das ist wenn ein Angehöriger --- wenn man da manchmal gemeinsam durch die Hölle geht.“ (Christine Sidler)³

Partner von Menschen mit einer psychischen Erkrankung, wie beispielsweise einer Depression, sind eine wichtige Ressource für die Betroffenen. Es ist erwiesen⁴, dass durch den Einbezug des Partners in die Behandlung bessere Ergebnisse erzielt werden. Durch die Erkrankung ihres Gegenübers sind auch die Partner einer seelischen Belastung ausgesetzt. Es ist enorm wichtig herauszufinden, wie die Soziale Arbeit den nicht betroffenen Partner unterstützen kann, damit dieser nicht auch aus der Balance gerät. Aufgrund dessen werden Handlungsvorschläge für die Praxis der Sozialen Arbeit formuliert. Durch Gespräche habe ich erfahren, dass es hier im Oberwallis eine Angehörigengruppe gibt, die von der Psychotherapeutin lic. phil. Christine Sidler, mit welcher ich das Experteninterview geführt habe, und einer Sozialarbeiterin geleitet wird. Ich bewege mich also in einem zukünftigen Berufsfeld als Sozialpädagogin.

Zudem kann ich das erworbene Wissen in Bezug auf zukünftige Klientinnen und Klienten anwenden. Ich kann ihnen aufzeigen, was für Bewältigungsstrategien es in Bezug auf Depressionen gibt. Das Wissen, welches ich mir während der Auseinandersetzung mit meiner Bachelor Arbeit aneigne, hilft mir im Umgang mit den Partnern meiner zukünftigen Klienten. Es ist wichtig, diesen Partnern fachkundig zur Seite zu stehen.

Hinzu kommt, dass ich mit meiner Bachelor Arbeit Aufklärungsarbeit leiste, die der allgegenwärtigen Stigmatisierung der Depression entgegenwirken kann. Obwohl Depressionen weit verbreitet sind, handelt es sich vermutlich noch immer um ein Tabuthema. Durch die Gespräche mit drei Personen, deren Partner an einer Depression leiden, schaffe ich einen kleinen Einblick in die Lebenswelt der betroffenen Paare. Dies kann sowohl für sie selbst, als auch für andere Betroffene eine Bereicherung in ihrer Alltagsbewältigung darstellen. Mit meiner Bachelor Arbeit will ich den Partnern von depressiven Menschen Mut machen, offen über die Erkrankung zu sprechen und sich professionelle Unterstützung zu suchen, wenn sie an ihre persönlichen Grenzen stossen. Abschliessend hält Avenirsocial im Berufskodex der Sozialen Arbeit Schweiz⁵ fest, dass „die Soziale Arbeit auf das gegenseitig unterstützende Einwirken der Menschen auf die anderen Menschen ihrer sozialen Umfeldler und damit auf soziale Integration zielt.“ Was nicht zuletzt bedeutet, dass es die Aufgabe der Sozialen Arbeit ist, Partnerinnen und Partner von depressiven Menschen zu unterstützen, damit diese fähig sind ihr Gegenüber zu begleiten.

³ SIDLER, Christine Interview mit Jacqueline Walker. 21.10.13

⁴ BODENMANN; Guy. *Depression und Partnerschaft*. 2009. S.72

⁵ vgl.: AVENIRSOCIAL http://www.avenirsocial.ch/cm_data/Do_Berufskodex_Web_D_gesch.pdf 2010 (18.12.13)

1.5 Aufbau der Arbeit

In einem Ersten Teil meiner Bachelor Arbeit werde ich den theoretischen Rahmen passend zur Thematik darlegen. Der theoretische Rahmen wird dazu in Unterkapitel unterteilt. Dazu werde ich den Begriff der Paarbeziehung definieren und den Zusammenhang zwischen der Paarbeziehung und einer Depression erläutern. Weiter konzentriere ich mich auf den nicht betroffenen Partner. Ich zeige auf, welche Gefühle bei diesem auftreten können und wie er seinen depressiven Partner unterstützen kann. Danach widme ich ein Kapitel dem Thema Depression und werde dazu die wichtigsten Fakten darlegen. Schliesslich definiere ich den Begriff Bewältigungsstrategien und erläutere mögliche Strategien.

Ein weiteres Kapitel beinhaltet die Fragestellung und die daraus abgeleiteten Hypothesen. Das Methodische Vorgehen erläutert die Forschungsmethode und zeigt deren Vor- und Nachteile auf, weist auf Risiken hin und nimmt Bezug zur Forschungsethik. Weiter werden die Ergebnisse der empirischen Forschung dargelegt, aufgeschlüsselt und verarbeitet.

Schliesslich werden die Schlussfolgerungen der vorliegenden Bachelor Arbeit festgehalten und mit der persönlichen Stellungnahme abgerundet. Das Literaturverzeichnis beinhaltet alle für die vorliegende Bachelor Arbeit verwendeten Quellen.

Im Anhang sind alle relevanten Dokumente zusammengefasst.

2. Theoretischer Rahmen

2.1 Paarbeziehung

2.1.1 Definition

„Die Paarbeziehung ist als Beziehungsform durch eine exklusive dyadische Beziehung zwischen zwei Personen definiert. Eine weitergehende Definition bestimmt eine Paarbeziehung als enge, persönliche und intime, auf Dauer angelegte, exklusive Beziehung zwischen zwei erwachsenen Personen unterschiedlichen oder gleichen Geschlechts. Typischerweise zeichnet sich eine Paarbeziehung durch Liebe, persönliches Vertrauen und sexuelle Interaktion aus.“

(Huinink & Konietzka)⁶

Der Begriff *Paarbeziehung* wurde bewusst gewählt. Die Definition des Begriffes passt zu den Personen, welche im Rahmen der Forschung interviewt werden. Für die Forschung der vorliegenden Arbeit ist es nicht ausschlaggebend, ob ein Paar verheiratet ist oder nicht. Entscheidend ist, dass die Partner ihr Leben gemeinsam gestalten, wie auch immer sie dies tun. Die Ehe stellt vermutlich keinen relevanten Unterschied in den Auswirkungen auf die Lebenswelt der betroffenen Paare dar. Hingegen spielt der gemeinsame Haushalt wahrscheinlich eine entscheidende Rolle, wenn es um die Auswirkungen und die Bewältigung der Depressionen eines Partners geht, da dort weniger Freiräume vorhanden sind.

Gegen den Begriff *Partnerschaft* spricht, dass dieser meist im Zusammenhang mit Geschäftsbeziehungen steht. Zudem ist die Definition des Begriffes *Paarbeziehung* treffender für die Thematik. Trotzdem verwende ich in meiner Bachelor Arbeit den Begriff *Partnerschaft* synonym zum Begriff *Paarbeziehung*, da es sich bei einem Paar um zwei Partner handelt.

2.1.2 Qualität der Paarbeziehung

„Die Partnerschaftsqualität hat grossen Einfluss auf die Depressivität eines Menschen.“ (Ulrike Borst)⁷

Bodenmann⁸ legt dar, dass unterschiedlichste Studien auf einen Zusammenhang zwischen niedriger Partnerschaftsqualität und einer Depression hinweisen. Dies bedeutet aber nicht, dass Depressionen nur bei Paaren mit niedriger Beziehungsqualität auftreten. Trotzdem ist es erwiesen, dass die Partnerschaftsqualität bei etwa zwei Dritteln aller Paare, bei denen ein Partner depressiv ist, niedrig ist.⁹ Diese niedrige Qualität der Paarbeziehung äussert sich laut Bodenmann¹⁰, bei beiden Partnern unterschiedlich. So

⁶ HUININK, Johannes. KONIETZKA, Dirk. *Familiensoziologie – eine Einführung*. 2007. S.30

⁷ BORST, Ulrike. *Wenn die Liebe überschattet wird*. 2011. S.141.

⁸ BANAWAN et al. 2001, zitiert nach BODENMANN, 2009. S.57.

⁹ COYNE et al. 2002, zitiert nach BODENMANN, 2009. S.57.

¹⁰ BODENMANN, Guy. *Depression und Partnerschaft*. 2009. S.57-58.

fühlt sich der betroffene Partner in der Partnerschaft unwohl, weil er seine gesamte Lebenswelt als schlecht empfindet und die Partnerschaft ein Teil seiner Lebenswelt ist. Der nicht betroffene Partner hingegen ist unzufrieden in der Partnerschaft, weil die Erkrankung seines Partners viele Einschränkungen, Sorgen und Zweifel nach sich zieht. Hinzu kommt, dass die Bedürfnisse des nicht betroffenen Partners zweitrangig werden und deshalb oft in Vergessenheit geraten.

Der Zusammenhang zwischen einer Partnerschaft und einer Depression ist laut Borst¹¹ klar gegeben. Diese Beeinflussung der Depression durch die Partnerschaft kann positiv oder negativ sein. Die Autorin weist darauf hin, dass ein liebevoller und unterstützender Partner den Verlauf der Erkrankung seines Partners positiv mitbeeinflusst. Das Gegenteil ist der Fall, wenn eine geringe Partnerschaftsqualität vorliegt. Dadurch halten die Symptome länger an und werden intensiver und schwerwiegender erlebt. Die Qualität der Partnerschaft hat ebenso Einfluss auf das Rückfallrisiko. Dieses ist laut der Autorin bei Paaren, bei denen sich der nicht betroffene Partner nach einer akuten Depression des Betroffenen negativ, kritisch oder gar überbehütend verhält, grösser, als bei Paaren, in denen sich der nicht betroffene Partner ruhig und optimistisch gegenüber seinem Partner zeigt.

Laut Bodenmann¹², ist es von besonderer Bedeutung für die Qualität der Partnerschaft, dass sich kein Rollenverständnis, im Sinne von *der kranke* und *der gesunde Partner* entwickelt, denn das würde bedeuten, dass der betroffene Partner, hier also der kranke Partner privilegiert ist, geschont, umsorgt und unterstützt zu werden. Während der nicht betroffene Partner, in diesem Sinne der gesunde Partner, aufopfernd und rücksichtsvoll seinen Partner umsorgen muss. Hier stellt sich die Frage nach den Bedürfnissen der einzelnen Partner. Will der Betroffene überhaupt den ganzen Tag umsorgt werden? Und was braucht der nicht betroffene Partner, um sein Wohlbefinden zu stärken? Wichtig ist, dass beide Partner offen über ihre individuellen Bedürfnisse sprechen können. Die Bedürfnisse des nicht betroffenen Partners möchte ich im Rahmen meiner Bachelor Thesis kennenlernen.

2.1.3 Kommunikation

Die Kommunikation von Paaren, bei denen einer der Partner depressiv ist, ist laut Bodenmann¹³ oft geprägt von Negativität. Dies hängt natürlich nicht zwingend mit der Depression zusammen. Typisch für eine solche negative Kommunikation untereinander sind laut dem Autor beispielsweise Vorwürfe, Abwertungen, Provokationen, Ignoranz und Weiteres. Dies ist oft abhängig von dem nicht betroffenen Partner. Dieser Partner ist zu Beginn der Depression seines Gegenübers meist sehr positiv und optimistisch eingestellt. Er versucht seinen depressiven Partner zu verstehen und zu unterstützen. Mit der Zeit schwindet laut dem Autor diese positive Einstellung oft und der nicht betroffene Partner ist nicht mehr imstande seine Positivität aufrechtzuerhalten. Dies äussert sich auch in der Kommunikation der beiden Partner. Hinzu kommt, dass der nicht betroffene Partner sich dem Depressiven gegenüber zunehmend ambivalent verhält. Das bedeutet, dass er einerseits unterstützend sein und Verständnis für das Verhalten und Erleben seines

¹¹ BORST, Ulrike. *Wenn die Liebe überschattet wird*. 2011. S.139-141.

¹² BODENMANN, Guy. *Depression und Partnerschaft*. 2009. S.52

¹³ BODENMANN, Guy. *Depression und Partnerschaft*. 2009. S.63-66.

Partners aufbringen will, andererseits fehlt ihm oft die Kraft verständnisvoll zu sein. Die Kommunikation ist dann geprägt von Gereiztheit, Ambivalenz, Anstrengung Gespräche zu führen und Einseitigkeit.

Borst¹⁴ fasst dies wie folgt zusammen: Die Kommunikation eines betroffenen Paares kann sich als Auswirkung auf eine Depression verschlechtern. Diese negative Kommunikation kann die Qualität der Paarbeziehung beeinflussen. Eine schlechte Partnerschaftsqualität führt, wie im vorderen Unterkapitel bereits erwähnt, wiederum zu einer länger andauernden Depression mit schwerwiegenderen Symptomen.

2.1.4 Zusammenhang mit der Forschungsfrage

Zusammenfassend bedeutet dies in Bezug auf die Forschungsfrage, dass sowohl die Qualität der Paarbeziehung, als auch die Kommunikation in einer Partnerschaft für die Bewältigung von Depressionen in einer Paarbeziehung von enormer Bedeutung sind. Natürlich sind beide Partner an der Qualität der Paarbeziehung und der Kommunikation untereinander beteiligt. Wie im vorderen Unterkapitel erwähnt, hat die Art der Kommunikation des nicht betroffenen Partners viel Einfluss auf die Qualität der Paarbeziehung. Dies hängt wiederum mit dem Schweregrad und dem Rückfallrisiko seines Gegenübers zusammen. Durch das Kennenlernen neuer Bewältigungsstrategien, kann der nicht betroffene Partner bestenfalls die Positivität in seiner Kommunikation aufrechterhalten, was sich schlussendlich positiv auf den Verlauf der Depression auswirken kann. Solche Bewältigungsstrategien möchte ich im Rahmen der vorliegenden Bachelor Arbeit kennenlernen und festhalten.

2.2 Der nicht betroffene Partner

„Der Partner ist die wichtigste Unterstützungsressource. Er wird in der Regel als Erster und am häufigsten um Rat und Hilfe gebeten. Seine Anteilnahme wird erwartet und eingefordert.“ (Guy Bodenmann)¹⁵

Gmür und Kessler¹⁶ beschreiben die Krankheitseinsicht und der Wille, sich professionelle Unterstützung zu suchen als wichtigste Basis für eine Therapie. Oftmals fehlt es depressiven Menschen jedoch an Motivation und Selbstsicherheit. Deswegen benötigen Betroffene die Hilfe und Unterstützung von Angehörigen. Doch viele Partnerinnen und Partner sind laut den Autorinnen mit den Gegebenheiten überfordert. Verständnis für etwas aufzubringen, was man nicht nachfühlen kann, ist beinahe unmöglich. Hinzu kommt, dass viele Angehörige keinen adäquaten Umgang mit depressiven Menschen kennen und sich deswegen von der negativen Stimmung beeinflussen lassen.

„Depressionen verändern die Beziehungen zu anderen Menschen, vor allem zu denen, die dem Betroffenen am nächsten stehen.“ (Gmür & Kessler)¹⁷

¹⁴ BORST, Ulrike. *Wenn die Liebe überschattet wird*. 2011. S.140.

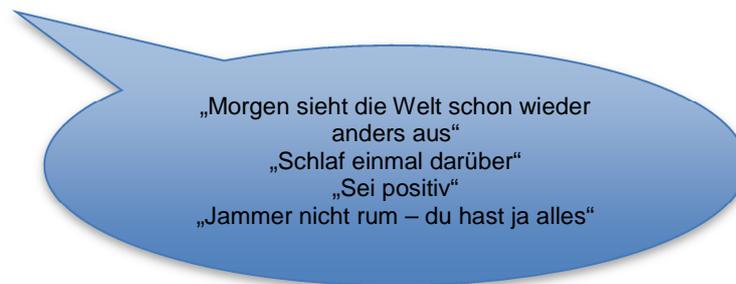
¹⁵ BODENMANN, Guy. *Depression und Partnerschaft*. 2009. S.80.

¹⁶ GMÜR, Pascale. KESSLER, Helga. *Wege aus der Depression*. 2005. S. 172 ff.

¹⁷ GMÜR, Pascale. KESSLER, Helga. *Wege aus der Depression*. 2005. S. 172.

Gmür und Kessler¹⁸ halten fest, dass die Tatsache, dass das Fühlen und Denken von Menschen mit Depressionen für nicht betroffene nur schwer nachvollziehbar ist, in deren Beziehungen ein schwerwiegendes Problem dar. Der betroffene Partner fühlt sich unverstanden, was dazu führen kann, dass dieser sich noch mehr zurückzieht und sich schliesslich gegen professionelle Hilfe entscheidet.

Die Unwissenheit der Angehörigen führt laut den Autorinnen oftmals zu unangebrachtem Verhalten wie zum Beispiel falschen Ratschlägen.



Jedoch helfen solche sicherlich gut gemeinten Ratschläge laut den Verfasserinnen keinesfalls weiter. Betroffene sind nicht in der Lage, sich zusammenzureissen oder positiv zu denken. Erst recht nicht können Menschen mit Depressionen sich in die Gefühle ihrer Angehörigen versetzen. Dies führt sowohl beim depressiven Menschen, als auch bei dessen Partner zu Frustrationen, Verbitterung und Wut.

Der gesamte Alltag dreht sich nur noch um den depressiven Partner. Dabei geraten die Bedürfnisse des nicht depressiven Partners in Vergessenheit. Hinzu kommt, dass der nicht betroffene Partner die Aufgaben des depressiven Menschen zusätzlich zu seinen eigenen übernehmen muss. Dies führt oftmals zur totalen Erschöpfung des Partners. Diese Situation ist verbunden mit den unterschiedlichsten Gefühlen von Angst bis hin zu Wut und Verzweiflung. Vorwürfe und Schuldgefühle stehen im Raum, werden aber kaum angesprochen.

Gmür und Kessler¹⁹ weisen darauf hin, dass es wichtig ist, die Depression als solche zu erkennen und dass sowohl der depressive, als auch der nicht betroffene Partner sich darüber informieren. Beide müssen verstehen, dass die Depression eine Krankheit ist, welche die gesamte Lebenswelt der Betroffenen beeinflusst. Auch das Wissen über die realistische Chance einer Heilung ist von enormer Bedeutung für den Verlauf der Depression und die Auswirkungen auf die Partnerschaft.

Wolfersdorf²⁰ ergänzt dazu, dass Angehörige wissen müssen, dass ein depressiver Mensch keinesfalls nicht will, sondern nicht kann. Der Betroffene selbst leidet am meisten unter der Unfähigkeit sein Leben wie bisher weiterzuführen. Wenn nun auch das Umfeld Unverständnis äussert und Druck ausübt, verschliesst sich die depressive Person erst recht.

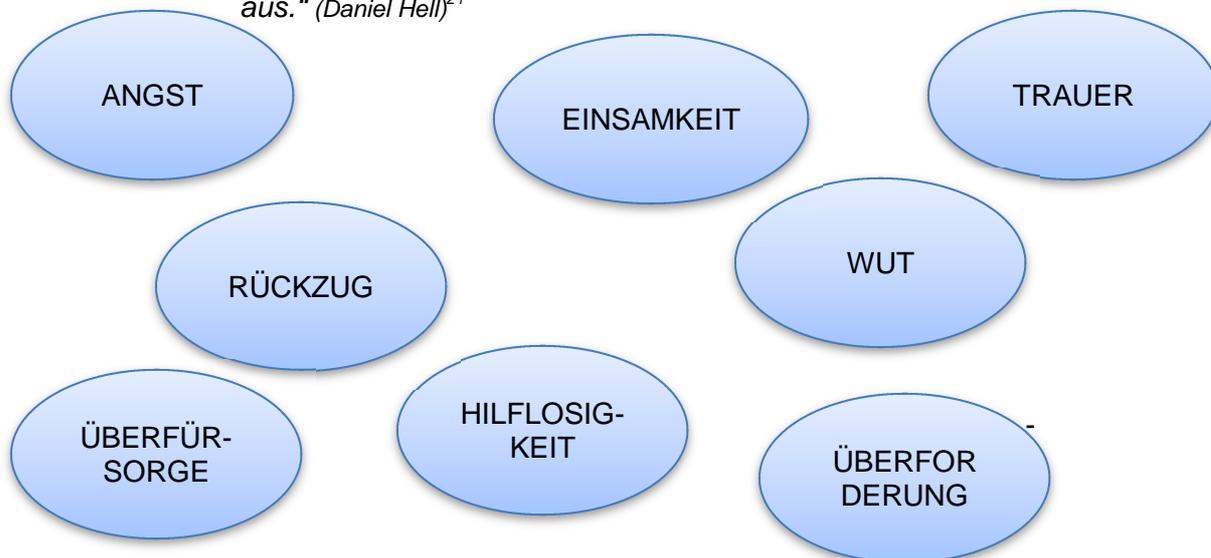
¹⁸ GMÜR, Pascale. KESSLER, Helga. *Wege aus der Depression*. 2005. S. 172 ff.

¹⁹ GMÜR, Pascale. KESSLER, Helga. *Wege aus der Depression*. 2005. S. 171 -175.

²⁰ WOLFERSDORF, Manfred. *Depressionen verstehen und bewältigen*. 2011. S.123 ff.

2.2.1 Was die Depression des Partners bei dem nicht betroffenen Partner auslöst

„Depression ist nicht ansteckend, aber die Hoffnungslosigkeit, die Unansprechbarkeit, der Mangel an Emotionalität löst beim Gegenüber Stimmungen aus.“ (Daniel Hell)²¹



Dies sind nur einige wenige Gefühle, welche Partner von depressiven Menschen nach meiner Vermutung durchleben.

Epstein Rosen und Amador²² beschreiben die Gefühle und Reaktionen von Angehörigen von Menschen mit Depressionen als sehr unterschiedlich. Jeder Partner reagiert anders auf die Erkrankung seines Gegenübers. Um eine adäquate Unterstützung für den betroffenen Partner zu sein, ist es wichtig, dass Angehörige auf ihre eigenen Gefühle und Reaktionen achten, diese akzeptieren und Gespräche darüber suchen.

Buijssen²³ ergänzt dazu, dass die Depression des Partners durchaus auch positive Gefühle mit sich bringen kann. So kann es sein, dass eine Person erst durch eine Depression ausdrücken kann, wie wichtig die Unterstützung des Partners ist. Weiter kann der nicht betroffene Partner bei sich selbst neue Fähigkeiten erkennen, indem er Aufgaben des depressiven Partners übernimmt. Möglicherweise kann die Depression des Partners zum Erkennen der wirklich wichtigen Dinge im Leben führen.

²¹ HELL, Daniel. IN: GMÜR, Pascale. KESSLER, Helga. *Wege aus der Depression*. 2005. S. 172.

²² EPSTEIN ROSEN, Laura. AMADOR, Xavier F. *Wenn der Mensch, den du liebst, depressiv ist*. 2011. S.13-14.

²³ BUIJSSEN, Huub. *Depressionen – Helfen und sich nicht verlieren*. 2011. S.157-158.

2.2.2 Wie Angehörige unterstützen können

„Am besten helfen Angehörige, indem sie sich möglichst normal verhalten und ihr gewohntes Leben weiterführen, ihren Hobbys nachgehen, Freunde treffen und sich nicht ausschliesslich auf den Kranken konzentrieren.“

(Gmür & Kessler)²⁴

Die nachfolgende Tabelle zeigt mögliche Regeln für den Umgang mit einem depressiven Familienmitglied (nach Empfehlungen Angehöriger) auf.

<p>Wie nicht?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht therapeutisch • Nicht überfürsorglich einengen • Nicht misstrauisch oder ängstlich überwachen • Nicht schulterklopfend abwertend • Nicht aggressiv ablehnend • Nicht ums Rechthaben streiten • Sich nicht selbst überfordern und überschätzen • Sich nicht von depressiven Denkweisen und Stimmungen des kranken Angehörigen anstecken oder herabziehen lassen • Kein überoptimistisches Theater vorspielen, aber auch nicht in Hoffnungslosigkeit verfallen
<p>Wie dann?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verständnisvoll einfühlen • Warm-empathisch, fürsorglich wie auch für einen körperlich Kranken • Nähe herstellen, aber auch Distanz halten • Geduld mit sich selbst und dem Kranken haben • Hilfe in Anspruch nehmen und akzeptieren • Echt bleiben, eigene Enttäuschungen über und Aggressionen auf den Kranken erkennen, bei sich als menschlich-verstehbar zulassen, aber nicht ausleben • Alle nicht-depressiven Äusserungen, Handlungen lobend aufgreifen • Auffordern zu (gemeinsamer) Aktivität, nicht über- oder unterfordern • Tagesablauf gestalten vom morgendlichen Aufstehen bis zu (gemeinsamer) Zeit am Abend

Tab. 1: mögliche Regeln für den Umgang mit einem depressiven Familienmitglied (nach Empfehlungen Angehöriger)²⁵

Der Verein Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie (NAP)²⁶ weist in seiner Broschüre *Informationen für Angehörige von Menschen mit einer psychischer Erkrankung* darauf hin, dass nichtbetroffene Menschen ihren depressiven Partner angemessener unterstützen können, wenn sie ihre Bedürfnisse nicht in den Schatten stellen. Dazu ist es wichtig, dass man die eigenen Bedürfnisse wahrnimmt und zu erfüllen versucht. Weiter müssen Angehörige lernen, sich abzugrenzen und Verantwortungen abzugeben. Ebenso wichtig ist, dass Angehörige sich austauschen und Kontakte und Freizeitbeschäftigungen

²⁴ GMÜR, Pascale. KESSLER, Helga. *Wege aus der Depression*. 2005. S. 173.

²⁵ WOLFERSDORF, Manfred. *Depressionen verstehen und bewältigen*. 2011. S.126.

²⁶ VEREIN NAP. *Informationen für Angehörige von Menschen mit einer psychischen Erkrankung*. 2013. S.8

pflegen. Schliesslich können auch Angehörige von Betroffenen professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Denn Wissen über die Depression hilft das nötige Verständnis für das Fühlen und das Erleben des depressiven Partners aufbringen zu können. Die Depression eines Partners wirkt sich enorm auf die Paarbeziehung aus. Deswegen ist es notwendig, dass sowohl der depressive, als auch der nicht betroffene Partner die Krankheit zu verstehen versuchen und die eigenen Bedürfnisse, wie die des Partners wahrnehmen und zu akzeptieren lernen.

Auch Guy Bodenmann²⁷ weist darauf hin, dass das alltägliche Unterstützen und Motivieren des depressiven Partners, den nicht betroffenen Partner viel Energie und Kraft kostet. Als Folge davon kann der nicht betroffene Partner ebenfalls in eine depressive Verstimmung geraten. Deshalb ist es enorm wichtig, dass der nicht betroffene Partner seine eigenen Bedürfnisse nicht in den Hintergrund stellt. Bodenmann²⁸ erwähnt dazu zwei mögliche Modelle.

- Das Warmhalte-Modell: Bei diesem Modell geht es darum, dass man sich den depressiven Menschen in Erinnerung ruft, wie er vor der Erkrankung war. Diese Methode soll helfen, die Anspannung, den Druck, die Angst und die Einseitigkeit der Gegebenheit zu ertragen. Der Kernpunkt der Methode besteht darin, sich bewusst zu machen, dass die lebenswerten und angenehmen Charakterzüge des depressiven Menschen nur von der Krankheit überdeckt werden und nicht vollständig verschwunden sind. Dieses Bewusstwerden der positiven Eigenschaften des Partners kann helfen, die eigene Positivität aufrechtzuerhalten und daran zu glauben, dass die Depression nur vorübergehend und somit eine Besserung möglich ist. Dieses positive Auftreten verbunden mit dem nötigen Verständnis für die Bedürfnisse des depressiven Partners, hilft auch diesem zurück zur Normalität zu finden.
- Die Selbstpflege: Jeder Mensch braucht Momente, in denen er seine Kraftreserven wieder auffüllen kann. Diese Momente werden umso wichtiger, je schwieriger die aktuelle Lebenssituation sich gestaltet. Selbstpflege bedeutet, dass man sich bewusst Zeit für sich nimmt und sich auf die eigenen Bedürfnisse konzentriert. Auch diese Methode unterstreicht die Tatsache, dass nur ein ausgeglichener und gesunder Partner eine depressive Person angemessen unterstützen kann. Deshalb ist es wichtig, seine eigenen Bedürfnisse zu erkennen, den Austausch mit Freunden und Familie zu pflegen und sich zu erlauben, die Depression des Partners einfach einmal in den Hintergrund zu stellen und sich so die Lebensfreude zu bewahren. Die Selbstpflege umfasst somit folgende Punkte²⁹:
 - das Achten auf eigene Möglichkeiten und Ressourcen
 - die Kommunikation der eigenen Belastbarkeit und Grenzen nach aussen
 - die Aufrechterhaltung eigener Aktivitäten
 - die Aufrechterhaltung und Pflege der eigenen Hobbys
 - die Aufrechterhaltung der Kontakte zu Verwandten, Freunden und Bekannten
 - das Schaffen angenehmer, stimulierender, ausgleichender Momente
 - die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe, um die Belastung mit jemandem teilen zu können.

²⁷ BODENMANN, Guy. Depression und Partnerschaft. 2009. S.86 ff.

²⁸ BODENMANN, Guy. Depression und Partnerschaft. 2009. S.87,88.

²⁹ BODENMANN, Guy. Depression und Partnerschaft. 2009. S.88.

Bodenmann³⁰ ergänzt, dass die Selbstpflege eine Notwendigkeit darstellt, um die andauernde Belastung auf längere Sicht mittragen zu können. Somit stellt die Selbstpflege keinesfalls eine Rücksichtslosigkeit oder Verständnislosigkeit gegenüber dem depressiven Partner dar. Der Partner kann den depressiven Menschen nur über einen längeren Zeitraum unterstützen, wenn er es schafft seine Positivität und Hilfe auch längerfristig aufrechtzuerhalten. Schliesslich profitieren beide Partner von der Selbstpflege.

Sidler³¹ sagt dazu: *„Man muss wissen, dass ein depressiver Mensch eine einseitige Perspektive hat und nicht eine falsche. Also man darf ihm nicht alles ausreden, was er so schwarz sieht und sagen „Nein, das wird doch gut“. Aber man kann ihm helfen seine Perspektive zu erweitern. Und für das muss der Angehörige seine eigene Perspektive gut prüfen, ob die nicht genauso einseitig ist. Also er muss nicht quasi denselben Fehler, aber mit umgekehrten Vorzeichen machen und immer nur alles positiv sehen und bemüht sein zu helfen.“*

Sidler führt weiter aus: *„... Was auch wichtig ist, eine Depression ist häufig verbunden mit Schuldzuweisungen. An sich selber oder an Andere. Und da müssen Partner auch aufpassen, dass sie sich nicht etwas in die Schuhe schieben lassen.“*

Die Frage *Wie Partner sich bei Schuldzuweisungen verhalten sollen*, beantwortet die Psychotherapeutin Christine Sidler wie folgt: *„Nicht allzu schonend. Also nicht allzu stark auf die depressive Haltung eingehen, sie respektieren, sie wahrnehmen und sagen „ich verstehe, dass das jetzt in der Depression für die so ist, warten wir mal bis es besser geht und dann schauen wir nochmal, ob du es dann immer noch so siehst.“*

„Ich rate allen, möglichst ein breites soziales Netz zu pflegen. – Also nicht fixiert zu bleiben, jetzt auf die depressive Person, weil das fast zwangsläufig jemanden runterzieht. Also man kann fast nicht Partner und Partnerin sein und so zuschauen und nicht selber belastet sein. Also sollte man das soziale Netz pflegen. Ganz wichtig wäre Sport, das ist antidepressiv für alle, also für Betroffene und die Angehörigen. Vor allem Ausdauersport. Eine andere Ressource sind Haustiere, Hobbies, also positive Freizeitaktivitäten mit oder ohne Partner. Das sind so die wichtigsten.“
(Christine Sidler)

³⁰BODENMANN, Guy. Depression und Partnerschaft. 2009. S.88,89.

³¹SIDLER, Christine. Interview mit Jacqueline Walker. 21.10.13

2.3 Depressionen

2.3.1 Definition

Das ICD-10 klassifiziert die Depression in depressiven Episoden unterschiedlichen Schweregrades. Dazu gehören die leichte depressive Episode, die mittelgradige depressive Episode, sowie die schwere depressive Episode, wobei diese zusätzlich in die schwere depressive Episode mit und ohne psychotische Symptome eingeteilt wird. Während dieser Episoden leidet der Betroffene unter einer gedrückten Stimmung, sowie Antriebs- und Aktivitätsverminderung. Hinzu kommen weitere Symptome wie Interessenverlust, Konzentrationsprobleme, ausgeprägte Müdigkeit, Schlafstörungen und Appetitlosigkeit. Weiter beeinträchtigt eine depressive Episode das Selbstwertgefühl, es treten Schuldgefühle, sowie Gefühle der Wertlosigkeit auf. Begleitet wird eine depressive Episode oft von somatischen Symptomen. Natürlich können noch viele weitere Symptome auftreten. Der Schweregrad einer depressiven Episode ist abhängig von der Anzahl und der Schwere der Symptome.³²

Das DSM-IV bezeichnet die Depression als affektive³³ Störung. Eine solche affektive Störung äussert sich in affektiven, kognitiven, motivationalen, motorischen und physiologischen Symptomen. Eine Depression liegt gemäss DSM-IV vor, wenn spezifische Symptome einer Depression in bestimmter Anzahl und über eine längere Zeitspanne auftreten.³⁴

2.3.2 Formen der Depressionen

Bodenmann³⁵ beschreibt folgende Formen der Depression:

- **Unipolare Depression**
Diese Form der Depression ist laut dem Autor geprägt von dem starken und langanhaltenden Gefühl der Niedergeschlagenheit und Antriebslosigkeit.
- **Bipolare Depression**
Die bipolare Depression ist gekennzeichnet durch abwechselnde Phasen der Niedergeschlagenheit und Phasen von gehobener Stimmung.
- **Chronische Depression (Major Depression)**
Charakteristisch für die Major Depression ist der chronische Verlauf der Erkrankung. Das bedeutet, dass nach einer Remission eine sehr hohe Rückfallquote besteht. (50% in den nächsten 5 Jahren, 70-90% in den nächsten 20-25 Jahren³⁶)
- **Saisonale Depression**
Bestimmte Jahreszeiten können Depressionen begünstigen. Oftmals hängt dies mit der geringen Sonnenscheindauer und den kalten Temperaturen zusammen. Ist ein solches Muster erkennbar, spricht man von einer saisonalen Depression.

³² Vgl. ICD-10 Version 2012. <http://www.dimdi.de> (10.08.2012)

³³ affektiv: die Gefühlsebene betreffend

³⁴ Siehe BODENMANN, Guy. *Depression und Partnerschaft*. 2009. S. 13-15.

³⁵ BODENMANN, Guy. *Depression und Partnerschaft*. 2009. S. 23-26.

³⁶ BODENMANN, Guy. *Depression und Partnerschaft*. 2009. S. 23.

- **Schwangerschafts- oder Wochenbettdepression**

Diese Form der Depressionen hängt oft mit den starken emotionalen Anspannungen und den Belastungen, welche diese Erfahrung mit sich bringt, zusammen. War schon vor einer Schwangerschaft eine depressive Phase bekannt, steigt das Risiko für Schwangerschafts- und Wochenbettdepressionen.

2.3.3 Symptome

Hauptsymptome, von denen mindestens eines vorhanden sein muss:

1. Depressive Verstimmung an fast allen Tagen
2. Interessenverlust und verminderte Freude an fast allen Aktivitäten

Nebensymptome, von denen mindestens vier vorhanden sein müssen:

1. Deutlicher Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme
2. Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf
3. Körperliche Unruhe oder Verlangsamung
4. Energieverlust oder Müdigkeit an fast allen Tagen
5. Gefühl von Wertlosigkeit oder unangemessene Schuldgefühle
6. Konzentrationsstörungen oder verminderte Fähigkeit zu denken
7. Wiederkehrende Suizidvorstellungen

Tab. 2: Symptome, welche nach dem DSM-IV für die Diagnose einer Depression vorhanden sein müssen.³⁷

Abzugrenzen sind Depressionen von Traurigkeit, als vorübergehendes Gefühl und als Reaktion auf ein bestimmtes Ereignis, und von der Depressivität, als Persönlichkeitsmerkmal. Die Depression ist eine psychische Störung, die anhand von verschiedenen Kriterien diagnostiziert wird.³⁸

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Symptome einer Depression sowohl im ICD-10, als auch im DSM-IV ähnlich beschrieben sind. Jedoch ist der Hauptbegriff unterschiedlich. Im ICD-10 spricht man von einer depressiven Episode, die in unterschiedliche Schweregrade unterteilt wird. Hingegen im DSM-IV klassifiziert man die Depression als eine affektive Störung. Beide Klassifikationssysteme haben gemeinsam, dass die Anzahl, sowie die Schwere der Symptome ausschlaggebend für eine Diagnose sind.

Laut Comer³⁹ können die Symptome einer Depression in die Bereiche Verhalten, Motivation, Emotion, Kognition und Somatik gegliedert werden.

³⁷ BODENMANN, Guy. *Depression und Partnerschaft*. S.15.

³⁸ BODENMANN, Guy. *Depression und Partnerschaft*. S.16.

³⁹ COMER, Ronald J. *Klinische Psychologie*. S. 215-216.

2.3.3.1 Symptome des Verhaltens

Der Aktivitätsumfang von Betroffenen nimmt meistens rapide ab. Sie ziehen sich aus ihrem persönlichen Umfeld zurück und verbringen viel Zeit alleine. Weiter ist es möglich, dass depressive Menschen viel Zeit im Bett verbringen, da sie keinen Grund finden können, aufzustehen. Die Bewegungen von Betroffenen sind oft sehr langsam und schleppend. Auch die Sprache kann von einer Depression beeinflusst werden und sich beispielsweise deutlich verlangsamen oder leise werden.⁴⁰

2.3.3.2 Motivationale Symptome

Comer⁴¹ beschreibt Antriebslosigkeit, Verlust von Spontanität und Verminderung von Interessen als typische Motivationale Symptome einer Depression. Gewohnte Aktivitäten erscheinen uninteressant. Betroffene müssen sich oft zu alltäglichen Dingen, wie das Aufstehen und zur Arbeit gehen, zwingen. Auch Gespräche mit Familie und Freunden sind für viele Betroffene kaum mehr möglich. Ein Betroffener sagte dazu: „Ich wollte überhaupt nichts tun – wollte mich nicht vom Fleck rühren und nur alleine sein.“⁴²

Auch Wolfersdorf⁴³ beschreibt die Antriebs- und Lustlosigkeit der Betroffenen als bezeichnende Symptome einer Depression. Weiter gehen Symptome wie gefrorene Mimik und Gestik, niedergeschlagene Haltung und Sprachstörungen möglicherweise mit der Störung der Motivation einher.

2.3.3.3 Emotionale Symptome

Die meisten von Depressionen betroffenen Menschen sind oft ausserordentlich niedergeschlagen und traurig. Betroffene können sich kaum über etwas freuen und verlieren ihren Sinn für Humor. Diese Leere kann natürlich zu weiteren Symptomen wie Angst oder Zorn führen. Ein körperliches Zeichen für den Ausdruck dieser negativen Gefühle ist oft unkontrolliertes Weinen.⁴⁴

Wolfersdorf⁴⁵ ergänzt, dass sich die negative Stimmung und Traurigkeit von depressiven Menschen nicht durch Zuwendung oder Freude positiv beeinflussen lässt. Betroffene können nicht auf die Zuwendung ihrer Nächsten reagieren. Diese fehlende Reaktivität⁴⁶ kann eine Beziehung stark negativ beeinflussen.

2.3.3.4 Kognitive Symptome

Ein ausgeprägtes negatives Selbstbild ist kennzeichnend für depressive Menschen. Sie halten sich für minderwertig oder unerwünscht. Betroffene geben sich für alles die Schuld und können ihre eigenen positiven Taten nicht anerkennen. Weiter haben Betroffene oft ein sehr negatives Bild der Zukunft. Die Überzeugung, dass sich ihre Situation niemals bessern wird, lässt Betroffene untätig sein. Die damit verbundene Hilflosigkeit führt nicht selten zu suizidalen Gedanken. Viele depressive Menschen klagen zudem über Konzentrationsschwierigkeiten oder über die Verminderung der Merkfähigkeit. Wobei

⁴⁰ COMER, Ronald J. *Klinische Psychologie*. S. 216.

⁴¹ COMER, Ronald J. *Klinische Psychologie*. S. 216.

⁴² KRAINER & THETFORD, 1972, zitiert nach COMER, Ronald J. *Klinische Psychologie*. S. 216.

⁴³ WOLFERSDORF, Manfred. *Depressionen verstehen und bewältigen*. S. 26.

⁴⁴ COMER, Ronald J. *Klinische Psychologie*. S. 215.

⁴⁵ WOLFERSDORF, Manfred. *Depressionen verstehen und bewältigen*. S. 19.

⁴⁶ WOLFERSDORF, Manfred. *Depressionen verstehen und bewältigen*. S. 123.

diese Symptome auch mit der eingeschränkten Motivation in Verbindung stehen können.⁴⁷

2.3.3.5 Somatische Symptome

Depressionen sind oft verbunden mit körperlichen Symptomen wie Kopfschmerzen, allgemeines Unwohlsein, Benommenheit oder sonstiger Schmerzen. Typisch für eine Depression sind Appetit- und Schlafstörungen. Depressive Menschen schlafen meist weniger oder unruhiger, als nicht betroffene. Einige wenige Betroffene jedoch schlafen und essen übermässig viel.⁴⁸

Auch Wolfersdorf⁴⁹ beschreibt die Schlaf- und Appetitlosigkeit als typische somatische Symptome einer Depression. Weitere somatische Symptome sind allgemeiner Vitalitätsverlust, Kraftlosigkeit oder organische Beschwerden, wie etwa Zyklusstörungen bei depressiven Frauen. Zudem zählen auch Libidostörungen zu den häufigsten Symptomen einer Depression.

2.3.4 Prävalenz

In der Schweiz nehmen, wie der untenstehenden Tabelle zu entnehmen ist, 8% der Wohnbevölkerung, das entspricht in etwa 500'000 Personen, eine ärztliche Behandlung bei einer Depression in Anspruch, wobei Frauen diese Möglichkeit eher nutzen als Männer.⁵⁰

In der Schweiz ist die Depression laut der Tabelle 1, die am meisten behandelte psychische Erkrankung. Zu beachten ist, dass jene depressiven Personen, welche sich keiner ärztlichen Behandlung unterziehen, nicht in der Tabelle erfasst sind und somit eine Dunkelziffer darstellen.

2007, in % der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren			
	Total	Männer	Frauen
Hoher Blutdruck	15.0	15.9	14.1
Heuschnupfen / Allergien	14.4	13.7	15.1
Arthrose, (rheumatische) Arthritis	11.3	8.8	13.8
Depression	8.0	6.2	9.8
Migräne	6.0	3.7	8.3
Asthma	6.0	5.5	6.7
Krebs / Geschwulst	3.8	3.2	4.5
Nierenkrankheit	3.5	4.3	2.8
Chronische Bronchitis / Emphysem	3.3	3.3	3.4
Diabetes	3.0	3.5	2.5
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	2.9	3.1	2.7
Osteoporose	2.8	0.6	4.9
Herzinfarkt	2.1	3.1	1.2
Schlaganfall	1.0	1.3	0.8

Tab 3.: Übersicht der ärztlichen Behandlung von chronischen Krankheiten in der Schweiz 2007⁵¹

⁴⁷ COMER, Ronald J. *Klinische Psychologie*. S. 216.

⁴⁸ COMER, Ronald J. *Klinische Psychologie*. S. 216.

⁴⁹ WOLFERSDORF, Manfred. *Depressionen verstehen und bewältigen*. S. 25-26.

⁵⁰ Vgl. Bundesamt für Statistik: <http://www.bfs.admin.ch> (Stand 2007)

⁵¹ Vgl. Bundesamt für Statistik: <http://www.bfs.admin.ch> (Stand 2007)

Comer⁵² ergänzt, dass die Lebenszeitprävalenz für eine Depression bei etwa 17% liegt. Das bedeutet, dass etwa 17% der gesamten Weltbevölkerung einmal im Leben an einer Depression erkranken wird. Frauen sind in Industrieländern mindestens doppelt so häufig von Depressionen betroffen als Männer. So beträgt die Lebenszeitprävalenz bei Frauen 26% und bei Männern 12%. Weiter sind getrennt lebende oder geschiedene Personen fast dreimal mehr von Depressionen betroffen, als solche, die verheiratet, verwitwet oder nie verheiratet gewesen sind.

Kessler und Hell⁵³ erwähnen, dass die WHO schätzt, dass weltweit etwa 121 Millionen Menschen depressiv sind. Weiter sind in der Schweiz jährlich eine halbe Million Menschen von einer Depression betroffen.

Ferrari et. al.⁵⁴ erläutern in ihrer Studie⁵⁵, welche Daten bis zum Jahre 2010 erfasst und am 5. November 2013 veröffentlicht wurde, wie Depressionen bezüglich Land, Geschlecht, Alter und Jahre verbreitet sind. Dabei stellen die Autoren fest, dass nicht wie oftmals vermutet, in westlichen Ländern, die meisten Menschen mit depressiven Störungen leben, sondern in Nordafrika und im Nahen Osten. Wobei man unbedingt beachten muss, dass die Daten vor den aktuellen Krisensituationen in diesen Regionen erfasst wurden.

Weiter zeigt die Studie auf, dass Menschen im Alter von 20-24 Jahren am häufigsten depressiv sind. Zudem kann man annehmen, dass die Zufriedenheit im Alter steigt. Denn die Studie zeigt auf, da je älter die Menschen sind, desto geringer die Zahl von Menschen mit Depressionen ist.

Die Studie von Ferrari et al. bestätigt, was viele Studien zuvor schon aufgezeigt haben. Frauen sind doppelt so häufig von Depressionen betroffen wie Männer.

⁵² COMER, Ronald J. *Klinische Psychologie*. S. 214-215 & 230-231.

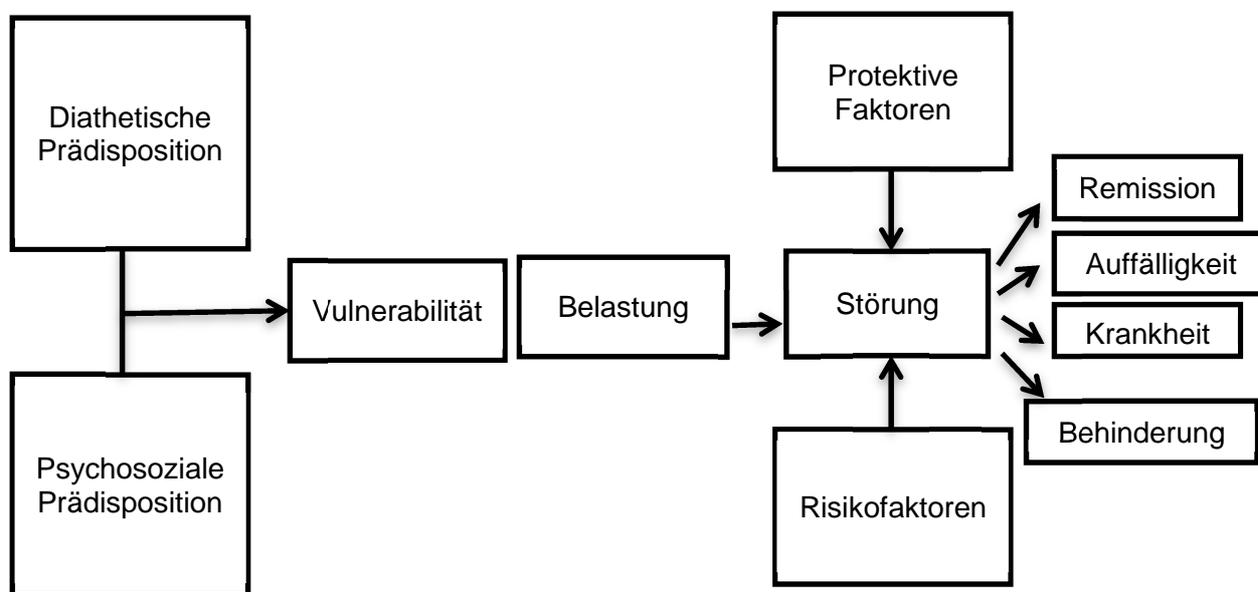
⁵³ KESSLER, Helga. HELL, Daniel. *Wege aus der Depression*. S.64 ff.

⁵⁴ FERRARI, Alize J. et. al. Vgl. Plosmedicine. 05.11.2013.

⁵⁵ Diese Studie wurde vom Projekt „Global Burden of Disease“ veröffentlicht. Diese Projektgruppe untersucht im Auftrag der WHO, der Harvard University und der Weltbank die Häufigkeit von Erkrankungen in Bezug auf verschiedene Faktoren wie Länder, Geschlecht und Alter.

2.3.5 Stress-Vulnerabilitätsmodell

Im Unterricht zum Modul G7 „psychische Störungen“ haben wir uns mit der Entstehung von psychischen Erkrankungen auseinandergesetzt. Dabei haben wir gelernt, dass das Stress-Vulnerabilitätsmodell ein mögliches Erklärungsmodell für eine Depression ist. Nachfolgend stelle ich dieses Modell⁵⁶ grafisch dar.



Das Stress-Vulnerabilitätsmodell zeigt auf, wie eine psychische Störung, beispielsweise die Depression, entstehen kann. Dazu gehört die diathetische Prädisposition, dies sind genetische Faktoren oder Geburtstraumata, und die psychosoziale Prädisposition, worunter man zum Beispiel chronischen Stress in der frühen Kindheit versteht. Diese zwei Faktoren sind verantwortlich für die Entwicklung einer Vulnerabilität, d.h. einer Verletzlichkeit. Wenn nun zu dieser Vulnerabilität eine Belastungssituation, beispielsweise der Verlust der Arbeitsstelle hinzukommt, kann sich eine Störung entwickeln. Wie ausgeprägt diese Störung ist, hängt ab von unterschiedlichen Schutz- und Risikofaktoren, die der betroffenen Person zur Verfügung stehen. Die entwickelte Störung verläuft unterschiedlich. Von einer vollständigen Remission, d.h. Heilung, bis zur Behinderung ist jeder Verlauf möglich.⁵⁷

Dies bedeutet für die Entstehung einer Depression, dass das Zusammenspiel vieler unterschiedlicher Faktoren dafür verantwortlich ist. Dass der Verlauf einer psychischen Störung multifaktoriell abhängig ist, sehe ich als grosse Chance für die Behandlung und die Bewältigung einer solchen. Wenn man eine Person, die sowohl eine diathetische als auch eine psychosoziale Vorbelastung hat, bei der Bewältigung von schwierigen Situationen unterstützt, kann das Ausmass einer eventuellen psychischen Erkrankung vermindert werden. Ebenso kann ich als Sozialpädagogin eine Person, welche bereits eine psychische Störung entwickelt hat, in ihren Ressourcen und Fähigkeiten bestärken. Dadurch kann der Betroffene Schutzfaktoren aufbauen, die ihm möglicherweise zu einer

⁵⁶ GOLDSTEIN 1987, zitiert nach Mattig, 2012. S. 13.

⁵⁷ MATTIG, Astrid. *Modul G7. Psychische Störungen*. 2012. S.13.

vollständigen Remission verhelfen. Ein solcher Schutzfaktor kann sicher auch eine liebevolle Paarbeziehung sein. Damit diese als Schutzfaktor fungieren kann, bedarf aber nicht nur der betroffene, sondern auch der nicht betroffene Partner Unterstützung.

2.3.6 weitere Ursachen

Gmür und Kessler⁵⁸ zeigen auf, dass auch Alkohol und Drogen mögliche Ursachen für eine Depression sind. Wobei auch eine umgekehrte Reaktion durchaus denkbar ist. Das würde bedeuten, dass der Alkoholismus eine Folge der Depression ist. Auch Drogenkonsum kann zu einer Depression führen. Das Risiko depressiv zu werden besteht hier vorwiegend während einem Entzug. Schliesslich kann auch ein Medikamentenmissbrauch zu einer Depression führen.

Eine weitere mögliche Ursache für Depressionen ist die Hirnchemie. So verursachen gemachte Erfahrungen und Lernprozesse, sowie psychische Probleme chemische und biologische Veränderungen im Gehirn. Ein komplexer Regelkreis ist zuständig dafür, wie Informationen im Gehirn aufgenommen, verarbeitet und bewertet werden. Es wird vermutet, dass dieser Regelkreis bei depressiven Menschen beeinträchtigt ist und Informationen somit nicht angemessen verarbeitet werden.

Natürlich gibt es unzählige weitere mögliche Ursachen für die Entwicklung einer Depression. Doch die Erwähnung weiterer Ursachen würde den Rahmen der vorliegenden Bachelor Arbeit sprengen.

Wolfersdorf⁵⁹ beschreibt folgende mögliche Auslöser für eine Depression:

- Psychologische Auslöser: Trennungen, Infragestellung der eigenen Person und der damit verbunden Wertschätzung oder Kritik an den eigenen Leistungen können zu Depressionen führen, wenn sie nicht frühzeitig durch die eigenen Schutzfaktoren aufgefangen werden.
- Biologische Auslöser: Dazu zählen Veränderungen im Hormonsystem, organische Erkrankungen, Jahreszeiten und chronische Überlastung.

2.3.7 Behandlung

Die klassische Depressionstherapie beinhaltet folgende drei Haupttherapien: die Psychopharmakotherapie, die Kognitive Verhaltenstherapie und die Interpersonelle Psychotherapie.⁶⁰ Wobei die Interpersonelle Psychotherapie erst langsam verbreitet wird. Dies liegt zum einen daran, dass sowohl die Psychopharmakotherapie, die in den 1950er Jahren entwickelt wurde, als auch die Kognitive Verhaltenstherapie, die aus den 1960er Jahren stammt, viel mehr Zeit hatten sich zu etablieren, als die Interpersonelle Psychotherapie, die erstmals in den 1980er Jahren erwähnt wird. Zum anderen hängt dies mit der Ausbildung der Therapeuten zusammen, die geprägt ist von der Psychopharmaka- und der Kognitiven Verhaltenstherapie.⁶¹ Die unterschiedlichen Behandlungsformen erläutere ich im folgenden Unterkapitel „*Bewältigungsstrategien*“, da die Behandlung einer Depression meines Erachtens auch eine Bewältigungsstrategie ist.

⁵⁸ GMÜR, Pascale. KESSLER, Helga. *Wege aus der Depression*. 2005. S.111 ff.

⁵⁹ WOLFERSDORF, Manfred. *Depressionen verstehen und bewältigen*. S. 46-47.

⁶⁰ WEISSMAN. MARKOWITZ. KLERMAN. *Interpersonelle Psychotherapie*. 2009. S.8.

⁶¹ WEISSMAN. MARKOWITZ. KLERMAN. *Interpersonelle Psychotherapie*. 2009. S.8-9.

2.4 Bewältigungsstrategien

2.4.1 Definition

„Coping ist der nicht routinemässige Umgang mit Belastungen und besteht aus allen Anstrengungen, sowohl verhaltensorientierten, wie intrapsychischen, die externen und internen Anforderungen und Konflikte, welche die Ressourcen eines Individuums belasten oder übersteigen, zu meistern, zu tolerieren bzw. zu reduzieren. Ziel des Coping ist die Ausschaltung der Belastung oder die Adaption an die Belastung, gleichzeitig erfolgt aber auch immer eine Regulation der Emotionen.“

(Wittmann & Schieberberger)⁶²

Nicht nur der depressive Partner, sondern auch der nicht betroffene Partner brauchen Strategien, um die vielen unterschiedlichen Auswirkungen, die eine Depression mit sich zieht, bewältigen zu können. Im Rahmen meiner Bachelor Arbeit werde ich mich mit möglichen Coping- oder auch Bewältigungsstrategien die nicht betroffene Partner zur Stressbewältigung anwenden, auseinandersetzen, um einige Tendenzen aufzeigen zu können.

2.4.2 Formen des Coping

In einer Partnerschaft existieren drei Formen⁶³ der Stressbewältigung.

- Individuelles Coping bei beiden Partnern einzeln
- Dyadisches Coping
- Soziale Unterstützung durch Netzwerk

Individuelles Coping

Individuelles Coping beschreibt die gleichzeitige Anwendung beider Partner von gleichen oder unterschiedlichen Copingstrategien.⁶⁴ Das bedeutet, dass jeder Partner eine Strategie entwickelt mit den zu bewältigenden Problemen umzugehen, wobei diese Bewältigungsstrategien beider Partner dieselben oder unterschiedliche sein können.

Dyadisches Coping

Dyadisches Coping kennzeichnet „einen Prozess, in dessen Rahmen Stressäusserungen des einen Partners, die Wahrnehmung dieser Signale durch den anderen Partner und dessen Antwortreaktion (...) berücksichtigt werden.“⁶⁵ Dieser Prozess ist abhängig von der Situation in der sich das Paar befindet, den Ressourcen und Strategien, die zur Verfügung stehen, sowie den Erwartungen an die Partnerschaft. Die Reaktionen auf Stressäusserungen eines Partners können sehr unterschiedlich sein. Die erste Variante ist, dass der Partner selbst mit Stress auf die Äusserungen seines Gegenübers reagiert. Eine weitere Reaktionsmöglichkeit ist das dyadische, also gemeinsame Coping. Jedoch

⁶² WITTMANN, SCHIBERBERGER. *Der Mensch in Umwelt, Familie und Gesellschaft*. 2010. S. 142.

⁶³ BODENMANN, Guy. *Stress und Coping bei Paaren*. 2000. S.55.

⁶⁴ BODENMANN, Guy. *Stress und Coping bei Paaren*. 2000. S.55

⁶⁵ BODENMANN, Guy. *Stress und Coping bei Paaren*. 2000. S.52.

kann dieses dyadische Coping auch negativ ausfallen, nämlich wenn der Partner ambivalent auf die Stressäusserungen reagiert. Die letzte Reaktionsmöglichkeit auf die Stressäusserungen des einen Partners ist die Ignoranz dieser. Das bedeutet, dass der Partner den Äusserungen seines Gegenübers keine Aufmerksamkeit schenkt.⁶⁶

Es gibt viele Untergruppen des dyadischen Coping, auf die ich meinem BT-Projekt nicht weiter eingehen werde.

Soziale Unterstützung durch Netzwerk

Bei dieser Form der Stressbewältigung sucht mindestens ein Partner Unterstützung in seinem Umfeld.⁶⁷ Das bedeutet, dass dieser Partner sich für die Stressbewältigung von der Paarbeziehung distanziert und sich ausserhalb dieser, Hilfe zur Bewältigung sucht.

2.4.3 Psychopharmakotherapie

Die Faustregel dazu lautet: „je schwerer die Depression, desto wichtiger ist es, die Psychotherapie mit Medikamenten zu unterstützen.“ (Ulrike Borst)⁶⁸

Die Psychopharmaka ermöglichen laut Borst⁶⁹ oft erst eine Therapie. Erst durch die mit Medikamenten erzielte Antriebssteigerung fühlt sich ein Betroffener imstande, eine Therapie in Angriff zu nehmen. Die dabei verwendeten Medikamente bezeichnet man als Antidepressiva. Diese Antidepressiva decken den Mangel an Botenstoffen im Gehirn, der mitverantwortlich ist, für die Entstehung einer Depression. Die Wirkung der Antidepressiva setzt erst nach einigen Wochen ein. Der Betroffene braucht Geduld, um die Zeit, bis die Wirkung einsetzt zu bewältigen. Eine grosse Hilfe dabei ist sicherlich der nicht betroffene Partner. Dieser kann die Einnahme der Medikamente unterstützen und ist eine grosse Hilfe beim Aushalten der häufig auftretenden Nebenwirkungen. Unterstützend für den Betroffenen kann es zudem sein, wenn der nicht betroffene Partner Interesse an der Psychopharmakotherapie zeigt und sich darüber informiert. Antidepressiva führen laut der Autorin weder eine Veränderung der Persönlichkeit herbei, noch machen sie abhängig.

2.4.4 Kognitive Verhaltenstherapie

Borst⁷⁰ weist darauf hin, dass der Ursprung der Verhaltenstherapie in den Lerntheorien liegt. Diese gehen davon aus, dass jedes Verhalten gelernt ist, also auch umgelernt werden kann. Die Kognitive Verhaltenstherapie setzt das Verhalten mit den bewussten oder unbewussten Gedanken in Verbindung. Das Ziel der Kognitiven Verhaltenstherapie ist die Entwicklung und Bestärkung von Ressourcen, die es dem Betroffenen ermöglichen, schwierige Situationen einfacher zu bewältigen. Dies wird erreicht indem negative Gedanken mit positiven verknüpft und langsam ersetzt werden. Beispielsweise wird der Grübelzwang durch die Fähigkeit Dinge geschehen zu lassen abgelöst.

⁶⁶ BODENMANN, Guy. *Stress und Coping bei Paaren*. 2000. S. 52

⁶⁷ BODENMANN, Guy. *Stress und Coping bei Paaren*. 2000. S.55.

⁶⁸ BORST, Ulrike. *Wenn die Liebe überschattet wird*. 2011. S.60.

⁶⁹ BORST, Ulrike. *Wenn die Liebe überschattet wird*. 2011. S.60-63.

⁷⁰ BORST, Ulrike. *Wenn die Liebe überschattet wird*. 2011. S.63-64.

2.4.5 Interpersonelle Psychotherapie

Die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) nach Klerman und Weissman⁷¹ ist eine Behandlungsform für akute Depressionen und entstand in den 1980er Jahren. Der Grundsatz der IPT besteht darin, dass „viele Störungen entscheidend durch Umwelt- oder biografische Einflüsse geformt werden.“⁷² Als Unterschied zu anderen klassischen Depressionstherapien, wie etwa der Psychopharmaka- oder der Kognitiven Verhaltenstherapie, setzt die IPT bei den zwischenmenschlichen Beziehungen an.

Die IPT besteht aus drei Phasen: die Anfangsphase, der mittlere Abschnitt und der Therapieabschluss. Jede dieser Phasen besteht aus einigen Sitzungen, in welchen der Betroffene und der Therapeut gemeinsam gewisse Aufgaben erarbeiten.⁷³

Die Anfangsphase

Das Ziel der Anfangsphase ist es, eine vertrauensvolle Basis zwischen dem Betroffenen und dem Therapeuten aufzubauen. Erreicht wird dieses Ziel durch aufmerksames Zuhören, Empathie, Normalisieren und Aufzeigen des Störungsbildes der Depression. Die Anfangsphase beinhaltet ebenso eine genaue Analyse der Symptome und deren Schweregrad. Dem Betroffenen wird die Diagnose differenziert erläutert, so kann dieser einfacher nachvollziehen, dass er an einer psychischen Erkrankung leidet und dass diese behandelbar ist. In Gesprächen wird dem Betroffenen der Zusammenhang zwischen der Depression und seinen zwischenmenschlichen Beziehungen bewusst gemacht. Gemeinsam werden diese Beziehungen analysiert, Erwartungen an die Bezugspersonen formuliert und erstrebenswerte Veränderungen erarbeitet. Zusätzlich versuchen Betroffener und Therapeut gemeinsam das zentrale Problem herauszukristallisieren. Das Ziel ist es herauszufinden, welche Veränderungen in den engsten Beziehungen notwendig sind, damit eine Veränderung der Lebensqualität des Betroffenen erreicht werden kann. Abgeschlossen wird diese Anfangsphase mit dem Erklären des Konzeptes der IPT und dem Erstellen des Behandlungsvertrages. In diesem Vertrag werden genaue Behandlungsziele, der Ablauf der Therapie und die Dauer der Behandlung definiert.

Der mittlere Abschnitt

Wenn der Betroffene dem Behandlungsvertrag zugestimmt hat, beginnt der mittlere Abschnitt der Behandlung. Diese Phase beinhaltet die Auseinandersetzung mit dem in der Anfangsphase formulierten zentralen Problem. Dies geschieht mithilfe folgender Punkte:

- Pflege der therapeutischen Beziehung
- Aufarbeitung der im Behandlungsvertrag festgehaltenen Probleme
- Bezug nehmen zu den zwischenmenschlichen Beziehungen
- Analysieren der festgefahrenen Verhaltensweisen in Beziehungen
- Erarbeiten von Lösungsstrategien

Die Abschlussphase

In der letzten Phase der IPT wird auf die vergangenen Phasen zurückgeblickt. Gemeinsam wird evaluiert welche Behandlungsziele erreicht wurden und an welchen

⁷¹ WEISSMAN. MARKOWITZ. KLERMAN. *Interpersonelle Psychotherapie*. 2009. S.8.

⁷² WEISSMAN. MARKOWITZ. KLERMAN. *Interpersonelle Psychotherapie*. 2009. S.8.

⁷³ WEISSMAN. MARKOWITZ. KLERMAN. *Interpersonelle Psychotherapie*. 2009. S.17.

weiterhin gearbeitet werden muss. Ebenso wird ausgewertet, ob der Betroffene weiterhin Unterstützung, beispielsweise in Form einer IPT-Langzeitbehandlung, benötigt.⁷⁴

Interpersonell bedeutet zwei oder mehrere Personen betreffend. In dieser speziell für die Depressionen entwickelten Behandlungsform stehen die zwischenmenschlichen, also interpersonellen Beziehungen im Mittelpunkt. Für die Thematik meiner Bachelor Arbeit bedeutet das, dass der nicht betroffene Partner einen wesentlichen Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf der Depression des betroffenen Partners hat.

Ebenso sehe ich einen Zusammenhang mit dem Stress-Vulnerabilitätsmodell, welches ich im Kapitel 3.2.2 erläutert habe. Nämlich ist ein Faktor der Entstehung einer psychischen Störung wie eine Depression, die psychosoziale Disposition. Konflikte in zwischenmenschlichen Beziehungen, wie etwa mit dem Partner, können eine Entwicklung einer Störung begünstigen. Jedoch hat der Partner nicht nur Einfluss auf die Entstehung einer Störung, sondern auch auf den Verlauf dieser. So können der nicht betroffene Partner, und die Beziehung zu diesem, auch einen Schutzfaktor darstellen. Die IPT verhilft dem Betroffenen die Beziehung zu seinem Partner zu analysieren und notwendige Veränderungen zu leisten. Dadurch schafft die IPT einen geeigneten Rahmen zur Verbesserung der Schutzfaktoren.

2.4.6 Verhaltenstherapie mit Paaren

Die Verhaltenstherapie mit Paaren nach Bodenmann⁷⁵ entstand etwa in der Mitte der 1960er Jahre. Die Verhaltenstherapie bei Paaren basiert auf den gleichen Grundsätzen wie die Verhaltenstherapie bei Einzelpersonen.⁷⁶ (siehe dazu Kapitel 3.2.3) Der Unterschied besteht darin, dass das Paar gemeinsam an der Therapie teilnimmt.

Wichtig für diese Form der Paartherapie ist:

- Im Mittelpunkt steht das *Hier und Jetzt*
- Fähigkeiten werden gemeinsam erlernt
- Gemeinsame Zielformulierungen mit dem Paar
- Zusammenarbeit mit dem Paar, d.h. Transparenz in allen Situationen

Das Paar lernt das Störungsmodell der Erkrankung des einen Partners kennen. Gemeinsam mit dem Therapeuten erarbeitet das Paar unterschiedliche Lösungsansätze für die Bewältigung der Störung und ihrer Auswirkungen. Das Stichwort zu dieser Methode lautet: Hilfe zur Selbsthilfe. Ein Vorteil der Verhaltenstherapie mit Paaren ist laut dem Autor, dass beide Partner gemeinsam an den Therapiesitzungen teilnehmen, ihre Ziele somit gemeinsam definieren und zusammen nach Bewältigungsstrategien suchen. Das bedeutet für den Alltag des Paares, dass sie in der Therapie Erlerntes relativ schnell in den Alltag integrieren können.⁷⁷

Die Verhaltenstherapie mit Paaren sehe ich als enorme Chance für die gemeinsame Bewältigung der Auswirkungen einer Depression auf die Paarbeziehung. Durch den Einbezug des nicht betroffenen Partners wird ein gemeinsamer Weg begonnen, beide

⁷⁴ WEISSMAN, MARKOWITZ, KLERMAN. *Interpersonelle Psychotherapie*. 2009. S.17-21.

⁷⁵ BODENMANN, Guy. *Verhaltenstherapie mit Paaren*. 2004. S.11-13.

⁷⁶ MARGRAF & Lieb 1995, zitiert nach BODENMANN, 2004. S.11.

⁷⁷ BODENMANN, Guy. *Verhaltenstherapie mit Paaren*. 2004. S.11-13.

Partner können auf die Unterstützung des anderen Partners zählen. Diese Therapieform schafft Raum für den betroffenen, als auch für den nicht betroffenen Partner. Auch dieser bekommt die Möglichkeit über Sorgen zu reden und Bestärkung zu erfahren. Der nicht betroffene Partner erlernt mit Hilfe des Therapeuten, aber auch des betroffenen Partners Strategien, um die Auswirkungen der Depression besser zu bewältigen.

2.4.7 Systemtherapie

Die Systemtherapie bezeichnet laut Schiepek⁷⁸ unterschiedliche Therapieformen, in denen der Mensch und sein sozialer Kontext im Mittelpunkt stehen. Der Grundgedanke besteht darin, dass „eine individuelle Entwicklung nur im Rahmen sozialer Interaktionen mit relevanten Bezugspersonen denkbar ist.“⁷⁹ Das bedeutet, dass eine Paarbeziehung die Entstehung und den Verlauf von psychischen Störungen entscheidend mitbeeinflusst. Eine individuelle Entwicklung im Sinne einer Bewältigung einer psychischen Störung ist nach der Systemtherapie nur unter Einbezug des Systems von Betroffenen möglich. Ein solches System steht im Zusammenhang mit seiner Umwelt. Also beeinflusst sowohl das System die Umwelt, als auch die Umwelt das System. Vereinfacht gesagt sind der Mensch mit all seinen Prozessen und seine Umwelt nicht voneinander trennbar. Nur die Auseinandersetzung mit dem System und dessen Umwelt kann langfristig eine Verbesserung der Situation herbeiführen.

Ein entscheidender Vorteil der Systemtherapie bei Depressionen in einer Paarbeziehung besteht darin, dass auch der nicht betroffene Partner in die Therapie einbezogen wird. So entsteht ein geeigneter Rahmen für einen Austausch zwischen Therapeut, betroffenem und nicht betroffenem Partner. Auch der nicht betroffene Partner kann sich und seine Bedürfnisse, Sorgen und Ängste in die Therapiesitzungen einbringen. Er erhält Unterstützung und Zuspruch, wodurch er bestenfalls die Auswirkungen der Depressionen auf die Paarbeziehung bewältigen kann.

Sidler⁸⁰ ergänzt dazu: „*Ratschläge im Sinne von „probieren Sie mal ob...“ Das ist eine spezifische systemtherapeutische Technik, dass man so kleine Hausaufgaben gibt. Dass man zum Beispiel sagt „Wissen Sie was, schauen Sie mal wie lange es dauert, bis der Partner oder die Partnerin auf ein Kompliment reagiert. Denken Sie sich Komplimente aus.“ Also so wie Rätselspiele.“*

2.4.8 Kommunikationshilfen

Wie schon im Kapitel 2.1.3 Kommunikation dargestellt, stellt die Kommunikation in einer Paarbeziehung eine wichtige Rolle dar. Laut Borst⁸¹ hat die Kommunikation entscheidenden Einfluss auf die Qualität der Paarbeziehung.

Claudia Dahm-Mory hat dazu für den Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker⁸² (BAPK e.V.) einige Grundregeln der Kommunikation festgehalten:

⁷⁸ SCHIEPEK, Günther. *Die Grundlagen der Systemischen Therapie*. 1999. S.32-39.

⁷⁹ SCHIEPEK, Günther. *Die Grundlagen der Systemischen Therapie*. 1999. S.33

⁸⁰ SIDLER, Christine. Interview mit Jacqueline Walker. 21.10.13

⁸¹ BORST, Ulrike. *Wenn die Liebe überschattet wird*. 2011. S.140.

⁸² DAHM-MORY, Claudia. In: BAPK e.V. (Hrsg.) *Mit psychisch Kranken leben*. 2008. S.163ff.

- Wertschätzung statt Abwertung – sowohl gegenüber mir selbst als auch gegenüber dem Partner
- Selbst Verantwortung für die Befriedigung meiner Bedürfnisse übernehmen – d.h. Wünsche und Bedürfnisse offen ansprechen
- Balance halten zwischen dem Blick auf mich selbst und meine Bedürfnisse und dem Blick und der Rücksichtnahme auf den anderen und seine Bedürfnisse
- Orientierung und Suche nach einer Lösung statt Suche nach einem Schuldigen.

Hilfreich sind laut Dahm-Mory⁸³:

- **Ich- Botschaften**
Die eigenen Gefühle, Meinungen und Kritiken werden offen angesprochen und auch als solche formuliert. Das heisst, man spricht von: „Ich denke...“ oder „Ich fühle...“ etc. Dadurch wird vermieden, dass sich der Gesprächspartner unverstanden und in den Hintergrund gedrängt fühlt.
- **Aktives Zuhören**
Das Ziel des aktiven Zuhörens ist, einerseits, dass sich beide Gesprächspartner verstanden fühlen und andererseits, dass beide die Möglichkeit haben, bei Unklarheiten nachfragen zu können. Man könnte die Methode mit „die Welt mit seinen Augen sehen“ umschreiben. Zentral für das aktive Zuhören ist der Blickkontakt. Dieser zeugt von Respekt und Wertschätzung. Schliesslich stellt ein Gesprächspartner seine Meinung für eine Weile in den Hintergrund und fällt keine Wertung über die Meinung des anderen.
- **Gefühle offen ansprechen**
Offenheit in Gesprächen verhindert Missverständnisse. Reaktionen und nonverbale Gefühlsäusserungen sind nicht gefeit vor Unklarheiten. Der jeweilige Gesprächspartner kann schliesslich keine Gedanken lesen. Der Mut auch negative Gefühle offen anzusprechen wird mit einer ehrlichen Gesprächsatmosphäre belohnt.

2.4.9 Angehörigengruppe

„Der Wille und die Erkenntnis, dass niemand einem hilft, wenn man sich nicht selbst hilft oder zumindest versucht, diese Erkenntnis ist vielleicht schmerzlich, aber notwendig.“ (Jutta Seifert)⁸⁴

Seifert⁸⁵ zeigt auf, dass Angehörige von psychisch kranken Menschen bei ihrer Suche nach Unterstützung oft abgewiesen werden, möglicherweise weil sich niemand für sie zuständig fühlt. Vermehrt stossen Angehörige in extrem schwierigen Situationen, in der Hoffnung auf Unterstützung von Menschen, die ein ähnliches Schicksal teilen, zu einer Angehörigengruppe.

Weiter erklärt die Autorin, dass man in einer Gruppe Erfahrungen sammeln kann, wie andere Betroffene mit ihrer Situationen umgehen. Die Auseinandersetzung mit dem Verhalten der Anderen und dem eigenen Verhalten bietet ein hohes Lernpotenzial.

⁸³ DAHM-MORY, Claudia. In: BApK e.V. (Hrsg.) *Mit psychisch Kranken leben*. 2008. S.166-170.

⁸⁴ SEIFERT, Jutta. In: BApK e.V. (Hrsg.) *Mit psychisch Kranken leben*. 2008. S.204.

⁸⁵ SEIFERT, Jutta. In: BApK e.V. (Hrsg.) *Mit psychisch Kranken leben*. 2008. S.203-209.

Angehörige erhalten die Möglichkeit ihre Strategien zu überdenken und anzupassen. Laut Seifert ist das Ziel an sich selber zu arbeiten.

„Die eigenen Kräfte stärken, Grenzen ziehen, Lebensfreude bewahren und wiedergewinnen, die Solidarität der anderen Gruppenmitglieder, aber auch ihre kritische Begleitung erfahren.“ (Jutta Seifert)⁸⁶

Weiter weist die Autorin darauf hin, dass man die Meinungen und Ansichten von Menschen in einer ähnlichen Lebenslage besser annehmen kann, als von einem Professionellen Helfer. Zudem bietet die Angehörigengruppe den entscheidenden Vorteil der Alltagssprache, wodurch die Kommunikation innerhalb der Gruppe enorm erleichtert wird. Natürlich bietet die Gruppe auch den Rahmen, um über praktische Informationen zu sprechen. Krankheitsbilder, Behandlungsmöglichkeiten, die Erfahrung mit Therapeuten und Ähnliches.

Sidler⁸⁷ ergänzt zu den Gesprächsthemen im Rahmen der Angehörigengruppe: „Schwerpunktmässig natürlich die Störungsbilder. Ist es normal, dass...? Also schon Fragen in Zusammenhang mit den Störungen, aber viele Themen sind die Wut der Angehörigen, ihre Gefühle, ihre Ängste, ihre Unsicherheit im Gespräch mit den Psychiatern. Der Umgang zwischen Unterstützen und Abgrenzen... --- also solche Themen vor allem von ihren Emotionen.“

Seifert⁸⁸ weist darauf hin, dass von einer Angehörigengruppe jedoch kein Patentrezept für den Umgang und die Bewältigung mit der Erkrankung des Familienmitgliedes erwartet werden darf. Vielmehr geht es um einen Prozess, während dem man vom Austausch mit Anderen lernt und so einen stärkenden Rückhalt erfahren kann.

„Ressourcenorientiert arbeiten mit den Angehörigen und nicht problemfokussiert.“ (Christine Sidler)⁸⁹

Sidler⁹⁰ fügt hinzu, dass im Psychiatriezentrum Oberwallis die Angehörigen in jedem Fall in die Behandlung miteinbezogen werden. „Erstens müssen sie verstehen, was für Veränderungen passieren können in einer Therapie und diese auch guthessen. Und das Zweite ist, sie können entscheidend mithelfen, dass es vorwärts geht. Wenn Partner von mir abschauen können, wie sie immer dann positiv reagieren, wenn etwas, auch nur der Schimmer von etwas Positivem vom Patient kommt. Dann sind wir in einer Aufwärtsspirale. Wenn sie sich aber anstecken lassen, vom Gefühl des Patienten, dann sind sie am Schluss selber depressiv. Also probiere ich, in den Paargesprächen immer darauf zu bringen: „Schauen Sie, das geht ja gut!“

⁸⁶ SEIFERT, Jutta. In: BApK e.V. (Hrsg.) *Mit psychisch Kranken leben*. 2008. S.204.

⁸⁷ SIDLER, Christine. Interview mit Jacqueline Walker. 21.10.13

⁸⁸ SEIFERT, Jutta. In: BApK e.V. (Hrsg.) *Mit psychisch Kranken leben*. 2008. S.203-209.

⁸⁹ SIDLER, Christine. Interview mit Jacqueline Walker. 21.10.13

⁹⁰ SIDLER, Christine. Interview mit Jacqueline Walker. 21.10.13 (Ich beziehe mich im gesamten Kapitel immer wieder auf das Experteninterview mit Christine Sidler)

Zusätzlich ist es aber wichtig, dass Angehörige ein eigenes Gefäss bekommen, damit diese auch mal durchatmen können. Aufgrund dessen entstand im Jahre 2012 eine Angehörigengruppe im PZO. Bisher gab es nach dem Konzept von Sidler eine Gruppe, welche sehr gute Rückmeldungen gegeben hat. Sidler erwähnt aber, dass das Angebot, ihrer Meinung nach zu wenig genutzt wird. Die Psychotherapeutin ergänzt, dass es zudem nicht viele Angebote für Angehörige gibt.

Weiter erklärt Sidler, wie eine Sitzung in der Angehörigengruppe abläuft: „Zuerst gibt es „Chropflärete“ sage ich zu dem, also Jeder darf zuerst sagen, was ihn beschäftigt. Und meistens haben wir dann ein Programm gemacht, mit Fragen von den Angehörigen, welche wir vorher miteinander besprechen. Und je nachdem lade ich noch Fachleute ein, welche über Kommunikation reden. Sozialarbeiter, welche über Versicherungen reden oder wenn ich gefragt werde über Störungen, rede ich selber.“

Wichtig seitens der Fachpersonen sind laut Sidler die Grundkompetenzen nach Carl Rogers: „Akzeptanz vom Gegenüber, Empathie, man versucht sich in dem seine Schuhe zu stellen, aber auch Echtheit, also ich darf auch echt sagen, das passt mir jetzt nicht, das Gespräch.“

Grosse Schwierigkeiten hat Christine Sidler nach eigener Aussage, den Angehörigen zu vermitteln: „*lassen Sie sich Zeit bei der Verarbeitung der Problematik*“. Angehörige sind oft sehr fordernd: „*es muss doch jetzt etwas gehen!! Es muss doch jetzt vorwärts gehen!*“ Und ich muss dann sagen: „*Psst... es braucht Zeit.*“ Da spüre ich die Hilflosigkeit und das belastet.“

„Also man probiert eigentlich, den Angehörigen offen zu begegnen. Sicher nicht schuldzuweisend, das wäre komplett falsch. Gleichberechtigt – und als belastet durch die gleiche Krankheit, wie der Betroffene belastet ist in dem Sinne, als Mitbetroffene.“ (Christine Sidler)⁹¹

2.5 Fazit

*„...Immer wieder, immer wieder, die goldigen, kleinen Funken finden, in dem Meer der Depressionen.“
(Christine Sidler)⁹²*

Wie aus dem letzten Kapitel ersichtlich wird, gibt es viele verschiedene Bewältigungsstrategien in Bezug auf Depressionen in einer Paarbeziehung. Wichtig ist, dass Betroffene ihre eigenen Ressourcen wahrnehmen und entsprechende Strategien erarbeiten können. Oftmals gelingt dies ohne professionelle Unterstützung, doch wo Partner und Angehörige an ihre Grenzen stossen, ist diese unabdingbar.

⁹¹ SIDLER, Christine. Interview mit Jacqueline Walker. 21.10.13

⁹² SIDLER, Christine. Interview mit Jacqueline Walker. 21.10.13

3. Eingrenzung der Fragestellung und Hypothesen

3.1 Forschungsfrage

Die Fragestellung meiner Bachelor Thesis lautet:

**Bewältigungsstrategien bei Depressionen in einer Partnerschaft –
Welche Bewältigungsstrategien wendet der nicht depressive Partner an, um die
Auswirkungen der Depression seines Partners zu bewältigen?**

3.2 Hypothesen

3.2.1 Erste Hypothese:

- Partnern, die über Copingstrategien verfügen, gelingt es, die Auswirkungen der Depression des Partners zu bewältigen.

Kategorie:

Copingstrategien

Indikatoren:

Strategien vorhanden

- Freizeit / Hobbies
- Freunde / Gespräche
- Alltag
- Partnerschaft / gemeinsame Strategien
- Trennung
- Gesundheit und Therapie Partner
- Erfahrung und Information
- Gespräche externe Helfer
- Kommunikation
- Glaube

Angemessenheit der Strategien

Zufriedenheit mit Strategien

- positive und negative Bewertungen von Strategien

Beispielsweise:

- das hat mir gut getan
- das hat mir geholfen
- das hat mir nichts gebracht
- ich habe kein Bedürfnis nach

Auswirkungen

Auswirkungen beschrieben

Persönlich:

- Gefühle
- Belastung

Partnerschaft:

- Rollenverständnis
- Gemeinsame Aktivitäten

3.2.2 Zweite Hypothese:

- Partner von Menschen, die von Depressionen betroffen sind, suchen sich aufgrund der Tabuisierung der Thematik kaum professionelle Hilfe zur Bewältigung der Auswirkungen, die eine Depression auf ihre Lebenswelt hat.

Kategorie:

Tabuisierung

Indikatoren:

Umgang des Umfeldes mit Depression

- Familie
- Freunde
- Arbeitskollegen
- Bekannte

Unterstützung des Umfeldes

- Gespräche
- Ablenkung
- Ernst nehmen und Respekt

Professionelle Hilfe

Bekannte Unterstützungsangebote
Gemeinsame Therapiebesuche
Teilnahme Angehörigengruppe
Erwartungen Angehörigengruppe
Zufriedenheit mit

Unterstützungsangebot

Bewältigung

Strategien vorhanden (siehe oben)

- Freizeit / Hobbies
- Freunde / Gespräche
- Alltag
- Partnerschaft / gemeinsame Strategien
- Gesundheit und Therapie Partner
- Erfahrung und Information
- Gespräche externe Helfer
- Kommunikation
- Glaube

Zufriedenheit mit Strategien

- positive und negative Bewertungen von Strategien

Beispielsweise:

- das hat mir gut getan
- das hat mir geholfen
- das hat mir nichts gebracht
- ich habe kein Bedürfnis

Bedürfnis nach weiteren Strategien

4. Methode

Das nachfolgende Kapitel beinhaltet sämtliche Angaben bezüglich der von mir angewandten Methodik zum Erstellen meiner Bachelor Arbeit. Dazu nehme ich Bezug auf das Forschungsvorgehen, die Forschungsmethode sowie deren Vor- und Nachteile. Weiter gehe auf die Befragungen, das Untersuchungsfeld, das Experteninterview und die Auswertungsmethode ein. Schliesslich beschreibe ich die Risiken der Forschung und erläutere meine Forschungsethik.

4.1 Beschreibung des Forschungsvorgehens

In den Modulen BT1 und BT2 konnten wir uns intensiv mit dem Prozess des Erstellens einer Bachelor Arbeit (BA) auseinandersetzen. Fachkundig wurden wir von unseren Dozentinnen und Dozenten in den Vorarbeiten für das Erstellen unserer eigenen Bachelor Arbeit unterstützt. Nachdem mir die Abläufe und Instrumente für das Erstellen einer BA bekannt waren, bildete die Themenwahl den nächsten Schritt. Durch Diskussionen mit den Dozenten und Mitstudierenden konnte ich mein Thema und die damit verbundene Fragestellung formulieren. Zeitgleich begann ich mit der Literaturrecherche. In elektronischen Datenbanken und Katalogen machte ich mich auf die Suche nach Literatur passend zur Thematik. Die Ergebnisse der Literaturrecherche bilden die Basis des theoretischen Teiles der vorliegenden Bachelor Arbeit. Ergänzt wurde dieser Teil mit den Aussagen der Expertin Frau lic. phil. Christine Sidler, welche eine Angehörigengruppe im Psychiatriezentrum Oberwallis leitet.

Nachdem der theoretische Teil fast abgeschlossen war, erstellte ich einen Interviewleitfaden. Die Ergebnisse der Interviews wurden nach Indikatoren gegliedert und in schematisch übersichtlichen Tabellen dargestellt. Mit Hilfe dieser Ergebnisse kann ich meine Hypothesen nachweisen oder widerlegen. Die Datenanalyse bildet den Rahmen um die theoretischen Inhalte sowie die Hypothesen, mit den Ergebnissen der Interviews in Verbindung zu bringen und einen Diskussionsteil zu verfassen.

Schliesslich formulierte ich eine persönliche Stellungnahme zu den Ergebnissen meiner Bachelor Arbeit in Bezug auf die Forschungsfrage und den damit verbundenen Zielen. In einem Fazit bündle ich die wichtigsten Ergebnisse, um eine Übersicht der möglichen Strategien zur Bewältigung der Auswirkungen von Depressionen in einer Paarbeziehung aufzuzeigen.

4.2 Begründung der Forschungsmethode

Wesentlicher Bestandteil der BT-Module war das Buch *Sozialarbeitsforschung für Studium und Praxis* von Erika Steinert und Gisela Thiele. Thiele⁹³ zeigt auf, dass die Forschungsmethode vom Gegenstand, der Fragen und der Ziele der Forschung abhängig sind. Entsprechend dieser Faktoren habe ich mich für die qualitative Forschung entschieden. Die qualitative Methode bietet die Chance den Forschungsgegenstand selber zu erfahren und lässt allgemein eine „stärkere Nähe zum Untersuchungsfeld.“⁹⁴ So kann flexibler auf Geschehenes und Erfahrenes reagiert werden und notfalls können Anpassungen stattfinden. Die Autorinnen beschreiben den Ablauf der Forschung als direkte Auseinandersetzung.

*„Bei qualitativer Sozialarbeitsforschung geht es um das Verstehen des untersuchten Phänomens.“
(Steinert und Thiele)⁹⁵*

Dabei stehen die Standpunkte der Befragten im Mittelpunkt.⁹⁶ Partnerinnen und Partner von depressiven Menschen werden laut Bodenmann⁹⁷ oft in den Hintergrund gedrängt. Ihren Bedürfnissen und Meinungen wird oft zu wenig Beachtung geschenkt. Die qualitative Sozialforschung nach Steinert und Thiele⁹⁸ verlangt, dass die Ansichten der Menschen in den Mittelpunkt gestellt werden. Diese Fokussierung möchte ich in meiner Bachelor Arbeit erreichen.

Für meinen Forschungsgegenstand bedeutet das, dass Menschen und deren Ansichten im Zentrum sind und soziale Situationen die Basis für die Datenerhebung darstellen. Der Umgang von Partnerinnen und Partner mit der Erkrankung ihres Partners ist der Fokus meiner Arbeit. Ich möchte nachfragen und verstehen können, was diese Menschen erleben und wie sie diese Erlebnisse bewältigen. Dazu ist die qualitative Sozialforschung die sinnvollste Methode.

Das Problemzentrierte Interview nach Witzel (1985) zitiert in Uwe Flick⁹⁹, bildet die Grundlage für meine Datenerhebung. Ein „Leitfaden, der aus Fragen und Erzählanreizen besteht“¹⁰⁰ stellt die Grundlage für ein solches problemorientierten Interviews. Gekennzeichnet ist diese Methode durch drei Kriterien:

- Problemzentrierung: Ausrichtung an einer sozialen Problemstellung
- Gegenstandsorientierung: die Methode soll dem Forschungsgegenstand entsprechen
- Prozessorientierung: die Methode wird als Prozess gestaltet

⁹³ STEINERT, Erika. THIELE, Gisela. *Sozialarbeitsforschung für Studium und Praxis*. 2000. S. 43.

⁹⁴ STEINERT, Erika. THIELE, Gisela. *Sozialarbeitsforschung für Studium und Praxis*. 2000. S. 43.

⁹⁵ STEINERT, Erika. THIELE, Gisela. *Sozialarbeitsforschung für Studium und Praxis*. 2000. S. 43.

⁹⁶ STEINERT, Erika. THIELE, Gisela. *Sozialarbeitsforschung für Studium und Praxis*. 2000. S. 34.

⁹⁷ BODENMANN, Guy. *Depression und Partnerschaft*. 2009. S.86 ff.

⁹⁸ STEINERT, Erika. THIELE, Gisela. *Sozialarbeitsforschung für Studium und Praxis*. 2000. S. 34.

⁹⁹ FLICK, Uwe. *Qualitative Sozialforschung*. 2012. S.210 ff.

¹⁰⁰ FLICK, Uwe. *Qualitative Sozialforschung*. 2012. S.210.

Sinn und Zweck eines Leitfadens liegen laut dem Autor darin, dem Gespräch, bei Stockungen eine neue Richtung zu geben und die für die Auswertung relevanten Themen nicht aus den Augen zu verlieren.

Steinert und Thiele¹⁰¹ ergänzen dazu, dass ein teilstrukturiertes Interview mit einem Leitfaden einen offenen Rahmen schafft, da zwar die Themen vorgegeben sind, aber die Reihenfolge frei ist. So wird erreicht, dass die Fragen, die zur Beantwortung der Forschungsfrage notwendig sind, nicht vergessen werden, aber die Gesprächspartner trotzdem relativ frei erzählen können.

Aufgrund der Emotionalität der Thematik habe ich mich dazu entschieden, die Fragen im Leitfaden zu strukturieren. Jedoch werde ich zu Beginn jedes Gespräches explizit darauf hingewiesen, dass ich den Erzählfluss nicht unterbrechen möchte und deswegen die Fragen dem bereits Erzählten anpassen werde.

Aus diesen Gründen habe mich für problemzentriertes Interview mit einem Leitfaden entschieden. Meines Erachtens ist dies die geeignetste Methode mich mit meinen Hypothesen auseinanderzusetzen.

4.3 Vor- und Nachteile der Methode

Die Vor- und Nachteile der qualitativen Sozialforschung kristallisieren sich nach dem Lesen des vorgegangenen Kapitels heraus. Nachfolgend liste ich diese zur besseren Übersicht nochmals auf. Dazu beziehe ich mich erneut auf Steinert und Thiele.¹⁰²

Vorteile der gewählten Methode:

- Nähe zum Untersuchungsfeld
- Alltagsnähe
- Flexible Reaktionen möglich – Bsp. direktes Nachfragen bei Unklarheiten
- Fehlinterpretationen werden durch Nachfragen bestenfalls vermieden
- Anpassungen können stattfinden
- Leitfaden hilft die Hauptthemen nicht aus dem Blick zu verlieren
- Vertrauensbasis wird durch persönlichen Kontakt geschaffen
- Raum für Erzählungen
- Tonbandaufnahme erleichtert Auswertungsverfahren

Schwierigkeiten der gewählten Methode:

- Heikle Themen können schwierige Gesprächssituationen hervorrufen
- Mögliche Überforderung aller Gesprächspartner
- Sozialer Druck – Gesprächspartner antworten wie sie denken, dass es erwartet wird
- Gefahr der Beeinflussung des Gesprächspartners
- Leitfaden kann Erzählungen stören
- Aufwändige Methode – Bsp. Transkription und Auswertung

Durch das Bewusstsein der möglichen Schwierigkeiten der qualitativen Sozialforschung ist ein wichtiger Schritt gemacht, um die Interviewsituationen entsprechend vorzubereiten.

¹⁰¹ STEINERT, Erika. THIELE, Gisela. *Sozialarbeitsforschung für Studium und Praxis*. 2008. S.136.

¹⁰² STEINERT, Erika. THIELE, Gisela. *Sozialarbeitsforschung für Studium und Praxis*. 2000. S. 43-44.

4.4 Das Experteninterview

Zur Klärung von Fragen bezüglich des theoretischen Teiles und als Ergänzung zu meiner Forschung habe ich ein Interview mit der Psychologin lic. phil. Christine Sidler durchgeführt. Sie arbeitet als Psychotherapeutin und Leiterin einer Selbsthilfegruppe für Angehörige psychisch beeinträchtigter Menschen im Psychiatriezentrum Oberwallis.

Gemeinsam mit Frau Sidler konnte ich Unklarheiten klären, welche während des Verfassens des theoretischen Teiles meiner Arbeit entstanden sind. Zudem gab sie mir Hinweise zu weiteren Quellen.

In Bezug auf meine Bachelor Arbeit sehe ich die Expertin als Vertreterin der Ansichten und Meinungen von Partnerinnen und Partnern depressiver Menschen.

Meuser und Nagel (2002) zitiert in Uwe Flick¹⁰³ zeigen auf, dass in einem Experteninterview weniger der Interviewpartner als Person im Zentrum steht, sondern dessen Wissen als Experte für ein bestimmtes Handlungsfeld. Weiter ist ein Experte Vertreter eines gesamten Feldes und nicht eines Einzelfalles. Die Autoren erwähnen, dass die geeignetste Methode für das Experteninterview ein Leitfaden-Interview ist. Diese Form des Interviews sorgt dafür, dass die Kernthemen des Gespräches nicht in den Hintergrund geraten.

4.5 Entwicklung des Forschungsinstrumentes

Nachdem der Theorieteil annähernd abgeschlossen war und ich mich mit den Methoden intensiv auseinandergesetzt hatte, begann ich mit der Erarbeitung des Leitfadens für die Interviews mit den Partnerinnen und Partnern von depressiven Personen. Dazu habe ich überlegt, welche Themen besprochen werden müssen, damit meine Hypothesen und die Forschungsfrage analysiert werden können. Nachdem ich die Themengebiete formuliert hatte, sammelte ich eine grosse Anzahl an Fragen. Zudem fragte ich bei Mitstudierenden nach, was sie bezüglich meiner Fragestellung interessiert. Diese Vielzahl von Fragen wertete ich aus und teilte die Wichtigsten den zuvor formulierten Themengebieten zu. So entstand mein Interviewleitfaden, der im Anhang zu finden ist.

4.6 Der Weg zu den Interviews

Wie schon im Kapitel 4.2 Begründung der Forschungsmethode dargelegt, habe ich für die Befragungen das problemzentrierte Interview nach Witzel (1985) zitiert in Uwe Flick¹⁰⁴, angewendet. Dazu habe ich einen Leitfaden erstellt, welcher die Orientierung am Forschungsgegenstand gewährleisten soll und auch eine gewisse Offenheit für Erzählsituationen schaffen. Dies habe ich erreicht, in dem ich meine Fragen in Themengebiete gegliedert habe, welche besprochen werden müssen, um meine Forschungsfrage und die dazugehörigen Hypothesen beantworten zu können.

Bevor ich aber meine Befragungen durchführen konnte, musste ich Personen finden, welche bereit waren sich interviewen zu lassen. Diese Suche gestaltete sich als ausgesprochen schwierig. Ich erhoffte mir, mit Hilfe der Leiterin einer Angehörigengruppe mit möglichen Interviewpartnern in Kontakt zu treten. Ich erstelle einen Informationsbrief,

¹⁰³ FLICK, Uwe. *Qualitative Sozialforschung*. 2012. S.214-220.

¹⁰⁴ FLICK, Uwe. *Qualitative Sozialforschung*. 2012. S.210 ff.

welcher die wichtigsten Punkte meiner Bachelor Arbeit und dem Interview beinhaltet. Die Psychotherapeutin verteile diesen Brief dann an mögliche Interviewpartner, welche sie aus ihrem Arbeitssetting kannte.

Mir war von Anfang an besonders wichtig, dass Gesprächspartnerinnen und –partner sich bei mir melden können und ich so das Erleben eines sozialen Druckes, ein Interview machen zu müssen, vermeiden kann. Aufgrund dessen entschied ich mich dafür, einen Informationsbrief mit meinen Kontaktdaten zu erstellen, damit sich Gesprächspartnerinnen und –partner aus freier Entscheidung bei mir melden können. Leider meldete sich niemand aus dem Setting der Angehörigengruppe. Deswegen entschied ich mich, meine Suche zu erweitern. Ich verteilte meinen Infobrief an Freunde und Bekannte, an Arbeitskollegen und Nachbarn. Zudem schilderte ich mein Vorhaben in Internet-Foren für Angehörige und ganz pragmatisch in Online Marktplätzen. Und zwar aus der Überlegung, dass dies der allgemeinen Bevölkerung in unserem Zeitalter sehr Nahe ist. Daraufhin bekam ich endlich erste Reaktionen. Es wurden Fragen gestellt oder allgemeine Bemerkungen abgegeben, weiter wurden mir Tipps gegeben und es wurde mir sogar Mut gemacht. Ich bekam auch einige Argumente zu hören, warum ein Interview nicht möglich ist:

- Ich habe keine Zeit...
- Mir geht es im Moment nicht gut...
- Ich möchte meine Anonymität schützen...
- Ich spreche nicht mit fremden Personen über so persönliche Dinge
- Anhand meiner Antworten werde ich in dieser ländlichen Region wiedererkannt...

Nachdem über einen längeren Zeitraum nichts geschah, habe ich mir bereits überlegt, meine Methode zu ändern. Und plötzlich bekam ich die erlösende Nachricht von einem depressiven Mann aus einem Forum für Menschen mit Depressionen und ihre Angehörige, dass seine Ehefrau zu einem Interview mit mir bereit ist. Weitere Gesprächspartner meldeten sich aufgrund des verteilten Informationsbriefes bei mir.

4.7 Die Befragungen

Für die Befragungen richte ich mich nach den methodologischen Aspekten des qualitativen Interviews nach Siegfried Lamnek¹⁰⁵:

- *Explikation und Prozesscharakter des qualitativen Interviews manifestieren sich im Prinzip der Reflexivität von Gegenstand und Analyse.*
- *Qualitative Interviews versuchen, den Charakter des Alltagsgesprächs zu realisieren.*
- *Prinzip der Zurückhaltung durch den Forscher. Qualitative Interviews lassen den Befragten zu Wort kommen. Er ist nicht nur Datenlieferant, sondern er determiniert als Subjekt das Gespräch qualitativ und quantitativ.*
- *Prinzip der Relevanzsysteme der Betroffenen. Es erfolgt keine Prädetermination durch den Forscher, sondern eine Wirklichkeitsdefinition durch den Befragten.*
- *Prinzip der Kommunikativität. Es gilt das kommunikative Regelsystem des Befragten; der Interviewer hat sich daran anzupassen.*

¹⁰⁵ LAMNEK, Siegfried. *Qualitative Sozialforschung*. 2010. S.320-321.

- *Prinzip der Offenheit. Das Interview ist für unerwartete Informationen zugänglich.*
- *Prinzip der Flexibilität. In der Interviewsituation reagiert der Forscher variabel auf die Bedürfnisse des Befragten.*
- *Prinzip der Prozesshaftigkeit. Das qualitative Interview ermittelt bevorzugt Deutungs- und Handlungsmuster der Befragten, die sich im Verlauf des Interviews entwickeln.*
- *Prinzip der datenbasierten Theorie. Das qualitative Interview dient eher der Genese als der Prüfung von Theorien.*
- *Prinzip der Explikation. Die Aussagen im Interview werden sichtbar in der Theorie (Typenbildung), in dem sie im Interviewprozess interpretiert werden.*

Ich habe alle Interviews mit meinem Smartphone aufgenommen und konnte sie danach auf den Computer übertragen, was das Transkribieren erleichterte.

Die Gespräche waren sehr interessant und aufschlussreich. Ich legte besonderen Wert darauf, dass die Interviewpartner sich in den Gesprächen wohl fühlten und wies sie deshalb darauf hin, dass eine Pause oder ein Abbruch des Interviews jederzeit möglich ist. Die Interviews dauerten zwischen 30-50 Minuten.

Zu Beginn hatte ich Respekt vor den Gesprächssituationen. Es ist mir durchaus bewusst, gerade durch die Reaktionen während der Suche nach Interviewpartnern, dass es sich um ein sehr persönliches und auch heikles Thema handelt. Es wäre möglich gewesen, dass ich mit meinen Fragen Emotionen auslöse, welche ich nicht auffangen kann. Aufgrund dessen war es wichtig für mich, dass ein Interviewpartner sich bewusst für ein Interview mit mir entscheidet. Dadurch erhoffte ich mir, dass die Gesprächspartner ihre Erlebnisse und Ansichten reflektiert ausdrücken können.

In einem kurzen Vorgespräch schilderte ich den möglichen Interviewpartnern den Inhalt meiner Fragen. Nach einer kurzen Überlegungsphase entschieden sich alle drei Personen für ein Interview mit mir.

Ich bewundere den Mut und die Offenheit aller meiner Gesprächspartner, mir einen Einblick in ihr Leben und ihre Paarbeziehung zu gewähren. Die Gespräche waren sehr spannend. Die Gesprächspartner erzählten mir offen, was sie erleben und was sie machen, um damit besser umzugehen. Durch die sympathische und angenehme Atmosphäre bereitete es mir keine Mühe nachzuhaken.

4.8 Das Untersuchungsfeld

Schon während der Projektphase habe ich mir Kriterien überlegt, welche für mögliche Interviewpartner gegeben sein müssen.

- eine Paarbeziehung mit einer Person, die an Depressionen erkrankt ist
- eine gemeinsame Wohnung

Auf den Zivilstand des Paares lege ich im Rahmen meiner Forschung keinen Wert. Meines Erachtens stellt eine Ehe keinen relevanten Unterschied zu einer Paarbeziehung dar. Bezüglich der Wohnsituation habe ich mir überlegt, dass eine gemeinsame Wohnung einen Unterschied zu einem getrennt lebenden Paar darstellen kann. Eine gemeinsame Wohnung biete vermutlich weniger Freiraum für beide Partner.

Zudem habe ich mir überlegt, in welcher Phase einer Depression sich die Partner meiner Interviewpartner befinden sollten. Ich kam zur Entscheidung, dass ich das den Paaren selber überlassen möchte. Dadurch, dass ich ihnen die Möglichkeit gebe, sich bei mir zu melden, können sie eigenständig entscheiden, ob sie zu diesem Zeitpunkt für ein solches Gespräch bereit sind. Im Nachhinein denke ich, dass es für ein reflektiertes Gespräch sinnvoll ist, dass die Depression des Partners nicht in einer sehr akuten Phase ist. Die Partner meiner Gesprächspartner waren in einem relativ guten psychischen Zustand. Hinzu kam, dass die zwei der drei Paare schon über 30 Jahre zusammenleben und die Depression schon mehrere Jahre Thema ist. Weiter kommt die dritte Person, schon seit ihrer Kindheit mit Depressionen in Kontakt. Ich denke, das waren entscheidende Gründe in Bezug auf die Reflexivität der Gesprächspartner.

4.9 Die Auswertungsmethode

Meine Forschungsergebnisse habe ich anhand des Verfahrens der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Ulich u.a. (1985), Hauser/Mayring/Strehmel (1982); Hausser (1972) zitiert in Mayring¹⁰⁶ ausgewertet:

- 1. Definition der Kategorien**

Es wird genau definiert, welche Textbestandteile unter eine Kategorie fallen.

- 2. Ankerbeispiele**

Es werden konkrete Textstellen angeführt, die unter eine Kategorie fallen und als Beispiele für diese Kategorie gelten sollen.

- 3. Kodierregeln**

Es werden dort, wo Abgrenzungsprobleme zwischen Kategorien bestehen, Regeln formuliert, um eindeutige Zuordnungen zu ermöglichen.

Das bedeutet, dass ich als erstes anhand meiner Fragestellung und der Hypothesen Kategorien definiert habe. In den Transkriptionen des Experteninterviews und der Interviews mit den Partnern habe ich nach konkreten Textstellen gesucht, welche zu einer bestimmten Kategorie passen. Jede Kategorie wurde in zusätzliche Indikatoren gegliedert, welche eine genaue Zuordnung der Ankerbeispiele ermöglichen. Schliesslich habe ich diese Daten in eine Tabelle übertragen und mit Codes (Interviewpartner/Zeilennummer) versehen, sodass eine eindeutige Zuordnung möglich ist.

4.10 Die Risiken der Forschung

Ein grosses Risiko der Forschung für meine Bachelor Arbeit besteht in der Abhängigkeit von Mitbetroffenen als Gesprächspartner. Dies kann viele Risiken mit sich bringen. Es könnte zum Beispiel vorkommen, dass Gesprächspartner kurzfristig den Termin absagen, da sie sich um entschieden haben.

Ich vermute, dass Depressionen im Wallis immer noch ein Tabuthema darstellen, obwohl viele Menschen davon betroffen sind. Die Suche nach Interviewpartnern gestaltete sich entsprechend schwierig. Wie ich meine Interviewpartner schliesslich fand, beschreibe ich im Kapitel 4.6 *Der Weg zu den Interviews*.

Weiter können auch die Gesprächssituationen ein Risiko darstellen. Da es sich um ein sehr persönliches Thema handelt, welches mit vielen Emotionen verbunden ist.

¹⁰⁶ MAYRING, Philipp. *Qualitative Inhaltsanalyse*. 2007. S.83

4.11 Forschungsethik

Gemäss dem Ethik-Kodex für die Forschung¹⁰⁷, welcher Bestandteil der Wegleitung für die Bachelor Thesis der HES.SO ist, geht es in Bezug auf die Sozialforschung darum, Risiken einzuschätzen und zu begrenzen. Der Ethik-Kode gibt Richtlinien vor, welche für das Verfassen aller Forschungsarbeiten der Sozialen Arbeit an der HES.SO, einschliesslich der Studierenden, gelten. „*Er dient als Information, Referenz und Reflexionsgrundlage.*“¹⁰⁸ Aufgabe jedes Forschenden ist es, die Richtlinien für den Rahmen der eigenen Forschung festzulegen und anzupassen, da bestimmte Richtlinien adäquater zu einer Forschungsarbeit passen, als andere.

Das Hauptprinzip des Ethik-Kodex besteht in den Menschenrechten für Kinder und Erwachsene. Weiter dürfen weder Personen, noch Institutionen zu Schaden kommen.

Im Sinne des Ethik-Kodex müssen Forschungsteilnehmer ihre freie Zustimmung nach vorgängiger Einführung über den Forschungsgegenstand äussern. Gemäss dem Ethik-Kodex¹⁰⁹ müssen folgende Punkte für eine freiwillige Zustimmung gegeben sein:

- Information über Ziele, Methoden und mögliche Auswirkungen, sowie über die Identität der Forschungsverantwortlichen und Einhaltung des Schutzes der Persönlichkeit erhalten
- Entscheidungen bezüglich der Teilnahme an der Forschung ohne Druck anderer Personen treffen
- Ein Rückzug aus dem Projekt muss zu jeder Zeit möglich sein
- Der allfällige Rückzug darf keinesfalls nachteilige Auswirkungen für die Person haben

Weiter muss der Schutz der Persönlichkeit aller an der Forschung beteiligten Personen jederzeit gewährleistet werden. Dazu hält der Ethik-Kodex fest, dass jegliches Material, welches die Privatsphäre von Teilnehmern betrifft:

- von unberechtigten Personen nicht eingesehen werden darf
- codiert werden muss, so dass beteiligte Personen und Institutionen anonymisiert sind
- nach Abschluss der Forschung vernichtet werden muss

Zusätzlich beinhaltet der Ethik-Kodex der HES.SO, dass die während der Forschung in Erfahrung gebrachten Informationen nur im Rahmen dieser verwendet werden dürfen. Weiter sollen Forschungsbeteiligte über die Ergebnisse der Forschung informiert werden.

Jeder Forschende ist laut dem Ethik-Kodex der HES.SO für die gesammelten und veröffentlichten Daten eigenständig verantwortlich.

¹⁰⁷ Siehe: HES.SO Wallis. *Wegleitung für die Bachelor Thesis*: Beilage 9, Februar 2012.

¹⁰⁸ Siehe: HES.SO Wallis. *Wegleitung für die Bachelor Thesis*: Beilage 9, Februar 2012.

¹⁰⁹ Siehe: HES.SO Wallis. *Wegleitung für die Bachelor Thesis*: Beilage 9, Februar 2012

Das Oberwallis stellt einen engen Rahmen dar, um eine solche Forschung durchzuführen. Viele Leute kennen einander. Es besteht also das Risiko, dass der Datenschutz der Personen, die sich freiwillig für ein Interview mit mir bereit erklären, nicht gewährleistet werden kann. Aufgrund dessen entscheide ich mich dafür, alle Personen, die sich für ein Interview mit mir zur Verfügung stellen, zu anonymisieren. Somit garantiere ich den Schutz der Privatsphäre aller Beteiligten.

Zudem wurden alle Interviewpartner im Voraus über die Ziele und Methoden der Forschung sowie über meine Person und den schulischen Background anhand eines Informationsbriefes informiert. Dort ist zusätzlich schriftlich festgehalten, dass ein Abbruch des Gespräches oder eine Pause jederzeit möglich ist. Abschliessend wurde allen Beteiligten mitgeteilt, dass die vorliegende Bachelor Arbeit nach Abschluss in der Bibliothek in Siders ausleihbar sein wird.

5. Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung

5.1 Porträts der Interviewpartner

Interviewpartnerin A

Die Interviewpartnerin A zwischen 55-60 Jahre alt und seit 1981 mit ihrem Mann verheiratet, welcher seit mehr als 10 Jahren an Depressionen erkrankt ist. Frau A arbeitet zu 50%.

Interviewpartnerin B

Die Interviewpartnerin B ist ebenfalls zwischen 55-60 Jahre alt und seit mehr als 30 Jahren mit ihrem Mann verheiratet. Im Jahre 2007 trat die Depression bei ihrem Mann zum ersten Mal auf. Frau B ist teilzeitberufstätig.

Interviewpartner C

Der Interviewpartner C ist zwischen 25-30 Jahre alt und seit 2 Jahren mit seiner Freundin zusammen. Sie wohnen gemeinsam in einer Wohnung in einer kleinen Gemeinde. Die Freundin von Interviewpartner C ist schon seit mehreren Jahren depressiv. Als sie ein Paar wurden, wusste Herr C von der Erkrankung seiner Freundin.

5.2 Ergebnisse zur Hypothese 1

H₁ Partnern, die über Copingstrategien verfügen, gelingt es, die Auswirkungen der Depression des Partners zu bewältigen.

Kategorie 1: Copingstrategien

Indikatoren: Strategien vorhanden: Freizeit / Hobbies, soz. Netz / Gespräche, Alltag, Partnerschaft, Gesundheit und Therapie Partner, Erfahrung / Information, Gespräche mit externen Helfern, Kommunikation / Hilfen.

Grundsätzlich ist zu sagen, dass alle drei Interviewpartner ihnen entsprechende Strategien anwenden, um die Auswirkungen der Depressionen ihres Partners auf die Paarbeziehung zu bewältigen. Diese Strategien sind oftmals sehr unterschiedlich. Allen aber ist gemeinsam, dass **das soziale Netz und Gespräche** von besonderer Bedeutung sind. Während die weiblichen Interviewpartner oft mit ihrer Familie oder Freunden reden, spricht der männliche Interviewpartner zwar sehr offen, aber nur selten über die Erkrankung seiner Partnerin.

*„Und die **Menschen, reden, das Umfeld, rausgehen**. Die Strategie einfach gehen zu können und abzugeben. Es ist für mich wie wenn **jemand mit mir meine Last tragen würde**. Das ist dasselbe, wenn ich mit meiner Schwester oder einer Freundin rede, das ist auch ein abgeben. Sobald man darüber spricht, kann man abgeben. Man übergibt zwar dem Anderen etwas, **aber für mich selber wirkt es befreiend**.“*

Wie aus den Interviews ersichtlich war, haben alle Interviewpartner **Hobbies**, welche sie ohne ihren Partner machen. Zu erwähnen ist, dass zwar niemand ein Hobby bewusst zur Bewältigung der Depression ausübt, jedoch die Intensität dieser Hobbies seit der Erkrankung des Partners zugenommen hat. Alle drei Gesprächspartner beschreiben die Wichtigkeit ihrer Hobbies für die Balance der eigenen Person.

*„Irgendwie schauen, dass man ein **Hobby** hat. Denn ich finde, dass es sehr wichtig ist, dass der (nicht depressive) Partner auch **einmal etwas für sich machen kann**. Ansonsten geht der Partner kaputt.“*

*„Wichtig ist auch, das man lernt, **etwas zu haben, was einem selber Freude bereitet**. Ja **nicht sich selbst total verleugnen und nur noch für den Partner da sein**. Man hat selber immer noch ein **eigenes Leben**.“*

Ihren **Alltag** mit der Depression des Partners oder der Partnerin meistern die drei Gesprächspartner auf unterschiedliche Weise.

Eine Person findet vor allem in ihrer **Arbeit** Ablenkung, wenn sie sich mit ihren Kollegen auch einmal über **Alltagsthemen** austauschen kann.

*„Und da ich eben **berufstätig bin, kann ich mich auch auf der Arbeit mit anderen austauschen**.“*

Für eine andere Person stellt ihr **Glaube an Gott** eine wichtige Hilfe und Unterstützung im Alltag dar. Wie aus diesem Interview ersichtlich ist, habe ich den Eindruck, dass es sich dabei um die zentrale Bewältigungsstrategie dieser Person handelt.

*„Einfach die Strategie, dass ich **das einfach mal abgeben kann**. Mir kam oft vor, dass ein Rucksack voll ist und diesen Rucksack tragen wir immer weiter und er wird immer schwerer und wenn ich ihn mal abgeben kann, kann ich mich ausruhen. **Und diesen Rucksack abgeben, ist für mich ein Bild, wie an Gott abgeben. Weil er sagt, gebt mir eure Lasten**.“*

Die dritte Person hat, wie sie selber beschreibt, einen sehr offenen Umgang mit der Depression des Partners. Dieser Umgang dient sicher nicht zuletzt auch einem gewissen Selbstschutz.

*„**Ich bin da relativ eiskalt und muss sagen, dass man da eine gewisse Distanz aufbauen muss**. Eine **Schutzwand** aufbauen, dass man das nicht an sich ran lässt.“*

In Bezug auf **gemeinsame Bewältigungsstrategien**, ist mir bei der Auswertung folgendes aufgefallen:

Alle drei Paare verbringen einen Teil ihrer Freizeit zusammen. Wobei eine Person klar darauf aufmerksam macht, dass die gemeinsamen Unternehmungen alltäglich sind und nicht in Zusammenhang mit der Depression seiner Partnerin stehen.

„Selbstverständlich, entweder gehen wir zusammen ins Wellness oder machen einen Kulturausflug oder ein Sightseeingtrip in eine Stadt. Wir lassen es uns gut gehen. Ich würde sagen, dass das „Normale“ ist, was man in einer Beziehung so macht. Ich denke, das machen wir nicht, weil meine Partnerin depressiv ist. Es ist nicht so, dass die Depression permanent im Raum ist und dass man jetzt etwas extra erzwingen muss.“

Im Gegensatz dazu steht die Aussage einer Partnerin, dass die **gemeinsamen Aktivitäten** auch gemeinsame Bewältigungsstrategien darstellen, wenn es ihrem Mann schlechter geht.

„Im letzten Winter, als es ihm auch nicht so gut ging, gingen wir Ski fahren, einfach auch ein bisschen rausgehen. Er fährt sehr gerne Ski und ich auch. Und das ist etwas das wir gerne machen. Und dann gehen wir auch ein wenig spazieren.“

In Bezug auf die Partnerschaft wurde von zwei Personen auch eine mögliche **Trennung** angesprochen. Während eine Person dies des Öfteren in Erwägung gezogen hat, kam es für die andere Person nie in Frage.

„Ich habe das (Trennung) mehr als einmal gesagt. Ich habe zu meinem Mann gesagt, dass ich jetzt aufgebe. Das war schon damals beim Psychiater, ich wollte die Flinte ins Korn werfen. Und irgendwie ging es trotzdem immer weiter.“

„Es ist für eine Ehe belastend und es gab auch schon Situationen, in denen ich dachte, dass ich jetzt dann nicht mehr kann, aber eine Trennung kam für mich nie in Frage, aufzugeben kam für mich nie in Frage. Aber dass so etwas dazu führen kann, dass eine Partnerschaft kaputt geht, das ist verständlich. Aber man muss den Weg in der Erkrankung bewusst zusammen gehen wollen. Denn man sagt ja zu einem Partner, wenn man ihn heiratet, in guten wie in schlechten Tagen.“

Ein weiterer Indikator in der Kategorie der Bewältigungsstrategien stellt die **Gesundheit und die Psychotherapie des Partners** dar. Dabei fällt auf, dass sicherlich ein enger Zusammenhang zwischen der Gesundheit des depressiven Partners und der Zufriedenheit des nicht betroffenen Partners besteht. Eine Person beschreibt diesen Zusammenhang folgendermassen:

„Wenn es ihm gut geht, geht es mir sicher auch gut. Wenn es ihm schlecht geht, muss ich halt viel schlucken.“

Während zwei Interviewpartnerinnen vor der Erkrankung ihres Partners keine **Erfahrungen mit Depressionen** hatten, lebte eine Person bereits seit ihrer Kindheit mit einem depressiven Familienmitglied. Diese Person ist überzeugt, dass ihr diese Erfahrung in der Partnerschaft mit seiner depressiven Partnerin zugute kommt und rät allen Betroffenen sich über Depressionen zu informieren, um mit deren Folgen umgehen zu können.

„Man wird halt aus **Erfahrung klug**. Da ein Familienmitglied von mir schon lange Depressionen hat, habe ich **gelernt, damit umzugehen**. Ich denke dadurch habe ich auch **keine Grundangst** im Sinne von etwas Fremdem erleben und nicht wissen wie damit umgehen. Ja, ich glaube, dass ich schon längere Zeit diesen offenen Umgang mit dem Thema Depressionen habe.“

„Wenn man Depressionen nicht kennt, weil man nicht wie ich damit aufgewachsen ist, weil die Eltern oder Geschwister depressiv sind, **extrem informieren**. Einlesen im Internet, **zum Verständnis schaffen und den Horizont erweitern**.“

Auch **Gespräche mit professionellen Helfern** können eine Bewältigungsstrategie für Partner von depressiven Menschen darstellen. Wie schon zuvor erwähnt können Information und Wissen über Depressionen, bei deren Bewältigung unterstützend sein. Vorwiegend die Person, welche schon seit ihrer Kindheit mit Depressionen in Berührung kam, weist vermehrt darauf hin, dass Wissen über Depressionen hilft, Verständnis zu schaffen.

„Vielleicht selber **zu einem Therapeuten gehen, um sich erklären zu lassen** was eine Depression ist. Einfach zum Verständnis schaffen.“

Kommunikation stellt eine weitere Bewältigungsstrategie dar. Diese kann in zwei Bereiche gegliedert werden. Zum einen die Kommunikation über die Depression und zum anderen die Kommunikation über Alltagsthemen. Beides kann laut den Interviewpartnern hilfreich sein. Wobei meines Erachtens die Balance der Gesprächsthemen vermutlich der ausschlaggebende Punkt ist.

„Weil **ich nicht immer nur über das Thema sprechen** wollte, ich bin ich und ich bin nicht nur präsent durch meinen Mann. Ich bin selber auch da. Und nicht (Name) wie geht es denn deinem Mann. Nicht, dass ich als Person zu kurz gekommen wäre. **Aber einfach ein anderes Thema, ich habe auch Kinder. Einfach einmal Alltagsthemen und nicht nur Krankheit**.“

„Also was mir sehr viel bringt, wenn ich wandern gehe, komme ich mit Personen ins **Gespräch** und das muss nicht über Depressionen sein, sondern gerne auch ein banales Thema. Das bringt mir viel. Weil mit meinem Mann kann ich nicht immer sprechen. Und ich möchte **nicht immer nur über Depressionen reden**. Und wenn er wieder mal nur jammert, kann ich ihm ja nicht immer sagen, du Armer. Da bin ich froh, wenn ich einfach rausgehen kann und **mit Leuten reden**, egal über was für Themen. Einfach dass ich einmal über ein **anderes Thema sprechen** kann.“

Auffallend und verständlich ist, dass Kommunikation über Depressionen häufig im engeren Bekanntenkreis stattfindet. Alltagsthemen werden auch mit Bekannten besprochen.

Kategorie 2: Angemessenheit der Strategien

Indikatoren: Jegliche Aussagen zur Angemessenheit der Strategien

Nach der Analyse der erhobenen Daten wird deutlich, dass die Interviewpartnerinnen und partner mit ihren eigenen Bewältigungsstrategien zufrieden sind. Besonders hervorgehoben wurden dabei Hobbies und Freizeitbeschäftigungen, welche einen guten Ausgleich zum stressigen Alltag darstellen.

*„... , dank meiner Wandertätigkeit, bin ich viel beschäftigt und das gibt mir einfach einen **Ausgleich** und dann ist das **für mich nicht so schlimm**.“*

*„Das Singen war ein **wahnsinnig guter Ausgleich** für mich, **da konnte ich mich gut erholen**.“*

*„In dieser Phase hat er nur **seine Kinder und seine Geschwister und Eltern** vertragen. Die waren für uns auch eine **wahnsinnig grosse Hilfe**.“*

Ebenfalls betont wurden die Gespräche und die Zeit mit Familie und Freunden. Auch ihr Umfeld stellt zumindest für zwei Personen eine unterstützende und wichtige Ressource dar.

*„**Mir hat das einfach gut getan**. Ich brauche sicher einmal einen Moment der **Ruhe**, **aber immer Menschen um mich**. Ich lebe mit Menschen. Und wenn ich nur mal kurz mit einer **Freundin** einen Kaffee trinken war.“*

Eine Person setzt sich mit ihren Strategien differenziert auseinander. Sie legt dar, dass diese Strategien für den Moment die Richtigen sind, dass sich dies aber sicherlich ändern kann. Dazu äussert die Person auch die Motivation, Vorschläge von anderen anzuhören, zu überprüfen und möglicherweise zu übernehmen.

*„Man hat sich diese Strategien zurecht gelegt und weil man diese ja selber überlegt hat, **geht man davon aus, dass man das Richtige macht**. Ob es denn wirklich die richtigen Strategien waren, das weiss man dann erst im Nachhinein, nach x Jahren. **Ich würde sagen, ich persönlich beurteile meine Strategien jetzt als die Richtigen**. Aber wenn man das jetzt von aussen objektiv betrachtet, kann das komplett anders sein. Ich bin soweit offen, dass wenn mir Jemand von aussen sagen würde „hey du verrennst dich da in etwas, probier doch mal den Weg x, y oder z.“ Dann kann ich das offen annehmen und prüfe es dann auch auf Vor- und Nachteile.“*

Negativ bewertete Aussagen zu den Bewältigungsstrategien betreffen vorwiegend die Gespräche mit Psychotherapeuten.

*„Schon auch **Gespräche**, aber für **mich waren diese oft nicht tief genug**.“*

Eine Person erwähnt zudem, dass auch die Gespräche mit ihrem Partner nicht immer hilfreich waren, da sie sich manchmal unverstanden fühlte.

*„Ja, das habe ich **schon öfters getan**. Ich habe das mehrmals **gesagt**: „Weisst du, man spricht immer nur über diejenigen, die depressiv sind, aber über die Angehörigen, **die Ehefrau redet man eigentlich weniger**.“ Dann sagt er, dass er das wisse. Aber das ist ja für mich in dem Sinne auch **keine Hilfe**.“*

Kategorie 3: Auswirkungen der Depressionen

Indikatoren: Aussagen zu persönlichen, sowie partnerschaftlichen Auswirkungen der Depression

Die Auswertung der erhobenen Daten zeigt, dass zwei Personen als Auswirkung der Depression ein Wechselbad der Gefühle erleben.

*„Für mich als Frau ist es einfach ein **Auf und Ab**. Ein **Wechselgefühl** von „ich halte das jetzt dann nicht mehr aus“ bis zu „doch es geht“.“*

Angst ist für zwei Personen ein immer wiederkehrendes Gefühl. Sie beschreiben die Angst vor einem Rückfall oder vor dem was zu Hause auf sie wartet. Eine Depression hängt für alle Beteiligten oft mit Unsicherheit und Ungewissheit zusammen.

*„**Und dann bekam ich eine Angst**, obwohl ich das Vertrauen zu Gott habe, dass er mir hilft, **bin ich kein Übermensch**. Jetzt geht es ihm gut, aber kaum schläft mein Mann zum Beispiel mehr, **klingseln bei mir schon die Alarmglocken und ich habe Angst, dass es wieder beginnt**. Ich bin **ängstlich geworden**, manchmal sogar zu ängstlich.“*

*„Also dann hatte ich manchmal schon **Angst**. Ich hatte Angst, was mich zu Hause **erwartet**, wenn ich nach Hause komme. Manchmal habe ich gedacht, ich weiss nicht, ob er noch lebt. Was erwartet mich... Ich hatte viele Male Angst.“*

Erfreulich ist, dass eine Person im Laufe der Zeit mit ihrer Unsicherheit umzugehen gelernt hat. Sie beschreibt, dass sie einen Umgang mit der Depression ihres Partners gefunden hat.

*„Und dann musste ich mir sagen, **dass das nichts bringt**. So mache ich mich auch **kaputt**. Und **heute** nehme ich es einfach irgendwie **lockerer**, weil ich weiss, es bringt ja nichts, sonst verschliesse ich mich auch.“*

Während zwei Personen klar Auswirkungen der Depression auf sich persönlich erkennen können, erklärt die dritte Person, dass die Depression des Gegenübers für sie persönlich keine Belastung darstellt.

*„Ich sage mal so, so wie's jetzt ist, **ist es für mich keine Belastung**, da ich das auch **vorher gewusst** habe. Ich habe mich schon vor unserer Beziehung damit **auseinandergesetzt** und auch pro und contra abgewogen.“*

Eine Person erkennt auf partnerschaftlicher Ebene eine Rollenverschiebung während den depressiven Phasen des Partners.

*„In der depressiven Phase muss ich **sehr stark sein**, wenn mein Mann sich an mir anlehnt. Ich bin zwar laut, als wäre ich dominant. Ich wirke dominant, weil ich laut bin. Aber eigentlich ist mein Mann in unserer Partnerschaft der dominante. **Aber während der depressiven Phasen, musste ich eine andere Rolle übernehmen**: führen, schauen, leiten, das Geld, Zahlungen machen. Sonst übernahm er die Initiative. Ich bekam einfach eine **andere Rolle**.“*

Ähnlich erläutert eine Person, dass sie stark sein muss, in Momenten in denen die Partnerin schwach ist. Die Person beschreibt die Wichtigkeit der Aufrechterhaltung des gemeinsamen Erlebens.

*„Das man einfach **das was man miteinander abgemacht hat, wirklich macht und nicht darüber diskutiert**. Definiert ist definiert. Weil ich denke, dass wenn ich nachgebe, fördere ich nur was nicht gut ist. So sinkt man eher noch tiefer rein.“*

Dazu erzählt eine Person, dass gemeinsamen Erlebnisse, als Auswirkung der Depression immer rarer werden.

„Einfach das wir nichts ... sehr wenig miteinander unternehmen.“

5.2.1 Bezug zur Theorie

Nach der Auswertung haben sich verschiedene theoretische Konzepte bestätigt. So erwähnen beispielsweise alle drei Interviewpartner mehrmals die Wichtigkeit der eigenen Interessen. Zentral sind das Ausüben eigener Hobbies und somit das Wahren ihres eigenen Lebens. Dies bestätigt auch die Psychotherapeutin Christine Sidler.¹¹⁰ Auch sie weist im Experteninterview darauf hin, dass Partnerinnen und Partner von depressiven Menschen ihr persönliches soziales Netz pflegen sollen. Weiter sagt sie, dass Sport sowohl für den depressiven, als auch für den nicht depressiven Partner von besonderer Bedeutung ist. Sport wirkt antidepressiv. Schliesslich erwähnt Frau Sidler Hobbies und Haustiere als positive Ressourcen für Partner von depressiven Menschen. Auch der Verein Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie (NAP)¹¹¹ weist in seiner Broschüre *Informationen für Angehörige von Menschen mit einer psychischer Erkrankung* darauf hin, dass der nicht depressive Partner die eigenen Bedürfnisse wahrnehmen und zu erfüllen versuchen soll.

Einen weiteren Schnittpunkt zwischen Theorie und den Aussagen der Interviewpartner sehe ich im Zusammenhang zwischen dem Wissen über die Depression und dem Verständnis für die Situation von Betroffenen. Gmür und Kessler¹¹² weisen darauf hin, dass es wichtig ist, sich über die Depression zu informieren. Beide Partner müssen begreifen, dass die Depression eine Krankheit ist, welche die gesamte Lebenswelt Betroffener beeinflusst, um Verständnis aufbringen zu können. Auch das Wissen über die realistische Chance einer Heilung ist von enormer Bedeutung für den Verlauf der Depression und die Auswirkungen auf die Paarbeziehung. Der junge Mann, welcher schon seit seiner Kindheit Erfahrungen mit der Depression von nahen Familienmitgliedern hat, hält auch an der Wichtigkeit von Information und Wissen über die Depression fest. Er ist überzeugt, dass sein offener und relativ sorgloser Umgang mit der Depression seiner Freundin eng mit seinem Wissen und seiner Erfahrung zusammenhängt.

Einen weiteren wichtigen Einfluss auf den Verlauf und die Auswirkungen einer Depression hat die Kommunikation in der Paarbeziehung. Dies bestätigt auch Bodenmann.¹¹³ Dies halten auch die Interviewpartner fest. Auch sie beschreiben, dass sowohl die Kommunikation über Depressionen, wie auch über Alltagsthemen wichtig sind für die Paarbeziehung.

Schliesslich beschreiben Epstein Rosen und Amador¹¹⁴ die Gefühle und Reaktionen von Angehörigen von Menschen mit Depressionen als sehr unterschiedlich. Jeder Partner reagiert anders auf die Erkrankung seines Gegenübers. Dies bestätigen auch die Interviewpersonen. Eine Person beschreibt die Erkrankung ihres Mannes für sich selbst als emotionales Auf und Ab. Während eine andere Person von unterschiedlichsten Emotionen berichtet.

¹¹⁰ SIDLER, Christine. Interview mit Jacqueline Walker. 21.10.2013

¹¹¹ VEREIN NAP. *Informationen für Angehörige von Menschen mit einer psychischen Erkrankung*. 2013. S.8

¹¹² GMÜR, Pascale. KESSLER, Helga. *Wege aus der Depression*. 2005. S. 171 -175.

¹¹³ BODENMANN, Guy. *Depression und Partnerschaft*. 2009. S.63-66.

¹¹⁴ EPSTEIN ROSEN, Laura. AMADOR, Xavier F. *Wenn der Mensch den du liebste, depressiv ist*. 2011. S.13ff

5.3 Ergebnisse zur Hypothese 2

H₂: Partner von Menschen, die von Depressionen betroffen sind, suchen sich aufgrund der Tabuisierung der Thematik kaum professionelle Hilfe zur Bewältigung der Auswirkungen, die eine Depression auf ihre Lebenswelt hat.

Indikatoren: Umgang des Umfeldes mit der Depression (Familie, Freunde, Arbeitskollegen, Bekannte)

Während der Datenanalyse hat sich herauskristallisiert, dass Depressionen von zwei Gesprächspartnern immer noch als ein **gesellschaftliches Tabuthema** empfunden werden. Wobei das eigene Empfinden diesbezüglich, offensichtlich auch mit verschiedenen Faktoren, wie beispielsweise dem Beruf des depressiven Partners, zusammenhängt.

„Bei uns ist das schon noch ein **Tabuthema**, dass man sagen muss, ich **gehe zum Psychiater**. Teilweise im Ausland ist das wie ein Besuch bei einem Hausarzt und bei uns ist es noch immer ein Tabuthema.“

„Der **Beruf** meines Mannes bringt sehr viel Verständnis mit sich. Von daher kann ich nicht sagen, dass es ein Tabuthema ist. Aber in der **Gesellschaft ist es sicher ein Tabuthema**.“

Davon abzugrenzen ist der **persönliche Umgang** mit der Depression des Partners. Hierbei geben zwei Personen an, einen offenen Umgang mit der Erkrankung des Partners zu pflegen. Die dritte Person betont immer wieder, dass es sich bei der Thematik um ein Thema innerhalb der Familie handelt und nur sehr selten nach aussen kommuniziert wird.

„Weil wir eigentlich schon fanden, dass wir das **in der Familie bereden können**.“

(Tabuthema?) „Nein, für mich gar nicht. Ich **rede da offen darüber**. Das Umfeld weiss grösstenteils über die Erkrankung meiner Freundin **Bescheid**.“

Diesbezüglich betont eine Person, wie wichtig **offene Gespräche** mit dem Umfeld sind. Damit will die Person bewirken, dass Verständnis entsteht für die Situation der Partnerin.

„Es ist so, dass dann **oft komische Blicke und Reaktionen** kommen, wenn man darüber spricht und dann muss man halt einfach sofort das **Gespräch suchen und aufklären**. Dann ist das Thema nachher erledigt. Dann ist auch das **Verständnis da, und man hat in dem Sinne den Personen die Augen geöffnet**.“

Kategorie 1: Tabuisierung

Verständnis des Umfeldes für die aktuelle Lebenssituation, sowie eine vorwurfsfreie Haltung scheinen zentrale Punkte im Zusammenhang mit dem Umgang und der Bewältigung einer Depression zu sein. Dies beschreibt eine Person folgendermassen: Eine Person stellte fest, dass sich die Reaktionen des Umfeldes im Laufe der Zeit verändert haben. Wo bei einer ersten Phase der Erkrankung absolutes Verständnis herrschte, wurde nach einiger Zeit Ungeduld und Unmut laut.

*„Das Umfeld, man hat ein **riesen Glück** wenn das stimmt. Wenn das Umfeld einen trägt und keine Vorwürfe macht „Du bist doch ein starker Mann, 57-jährig“. Das braucht man nicht. **Unser ganzes Umfeld kam uns mit einem riesen Verständnis entgegen.**“*

*„Als er das **zweite Mal** die Arbeit beenden musste, klang es schon nach **weniger Verständnis**: „geht es ihm **denn noch nicht besser**? Jetzt weiss er doch dank Strategien des Arztes, wie er mit dem Problem umgehen kann.“*

Obwohl allen Personen von ihrem Umfeld Verständnis entgegengebracht wird, gibt es auch Menschen, die sich nicht in die Lebenssituation der betroffenen Paare hineinversetzen und somit auch nur wenig Empathie aufbringen können.

*„Mein **Bruder** hingegen kann nicht so gut Verständnis aufbringen, wahrscheinlich weil er es nie erlebt hat. **Jemand der immer kann, hat fast kein Verständnis dafür, dass jemand einmal nicht kann.**“*

Indikatoren: Unterstützung des Umfeldes (Gespräche, Ablenkung, Ernst nehmen und respektieren)

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass alle Paare von ihrem privaten Umfeld unterstützt werden. Dabei stellt die Familie die wichtigste Unterstützung für betroffene Paare dar. Alle drei Interviewpartner geben an, häufig Gespräche mit der Familie zu führen. Auch Ablenkung durch die Familie ist eine willkommene Unterstützung für die Paare.

*„Und in der ersten Depression wohnte unsere **Tochter** noch zu Hause und sie hat mich oft frisiert, damit **es mir gut tut** und wir haben, als mein Mann in der Klinik war, gemeinsam Mittagessen. **Das war eine grosse Stütze.**“*

*„Und vor allem auch **die Geschwister**. Sein Bruder hat sich viel **gekümmert und mit meinem Mann etwas unternommen**. Als er in seiner ersten Depression nicht rausgehen wollte, kam sein Bruder und ging mit ihm laufen.“*

An zweiter Stelle der Unterstützung des Umfeldes steht der Freundeskreis. Auch dieser stellt zumindest für zwei Personen eine wichtige Unterstützung dar. Wobei diese Unterstützung durch Gespräche über die Depression, aber auch durch Ablenkung und andere Gesprächsthemen stattfindet.

*„Und die **Menschen, reden, das Umfeld, rausgehen**. Die Strategie einfach gehen zu können und abzugeben. Es ist für mich wie wenn **jemand mit mir meine Last tragen würde**. Das ist dasselbe, wenn ich mit meiner Schwester oder einer Freundin rede, das ist auch ein abgeben. Sobald man darüber spricht, kann man abgeben. Man übergibt zwar dem Anderen etwas, **aber für mich selber wirkt es befreiend**.“*

Auch erwähnt wurde die unbewusste Unterstützung von Bekannten. Menschen, welche nichts von der Depression wissen, können unbeschwerte Momente schaffen. Alltagsthemen finden Platz in Gesprächen und schaffen so eine Ablenkung.

*„Also was mir sehr viel bringt, wenn ich wandern gehe, komme ich mit **Personen ins Gespräch** und das muss nicht über Depressionen sein, sondern gerne auch ein banales Thema. Das bringt mir viel. Weil mit meinem Mann kann ich nicht immer sprechen. Und ich möchte **nicht immer nur über Depressionen reden**. Und wenn er wieder mal nur jammert, kann ich ihm ja nicht immer sagen, du Armer. Da bin ich froh, wenn ich einfach rausgehen kann und **mit Leuten reden**, egal über was für Themen. Einfach das ich einmal über ein **anderes Thema sprechen** kann.“*

Kategorie 2: Professionelle Hilfe

Indikator: Bekannte Unterstützungsangebote

Unterstützungsangebote explizit für Angehörige von depressiven Personen sind den drei Interviewpartnern fast völlig unbekannt. Obwohl Begriffe wie Selbsthilfegruppe und Gruppentherapien fielen, geben alle Personen an, keine genauen Unterstützungsangebote zu kennen.

*„Was ich weiss, dass es **Gruppentherapien** gibt. Ich war zwar **nie da**.“*

*„**Keines!** Das Einzige was mir in den Sinn kommt, in die **Therapie mitgehen und begleiten**. Ansonsten ist mir alles **völlig unbekannt**. Keine Ahnung.“*

*„**Keine**. Also es gäbe ganz sicher eine **Selbsthilfegruppe**.“*

Indikator: gemeinsame Therapiebesuche

Die Analyse der Daten legt dar, dass alle drei Gesprächspartner gemeinsam mit ihrem depressiven Partner dessen Therapie besuchen. Indes unterscheidet sich die Häufigkeit dieser Besuche erheblich. Während eine Person bisher an einer einzigen Sitzung teilgenommen hat, besuchen die beiden andern die Therapie des Partners mehrmals im Jahr.

*„Bis jetzt bin ich **ein einziges Mal** dabei gewesen. In der Regel besucht meine Partnerin die wöchentliche Therapie alleine. Es ist aber angebracht, dass ich wieder einmal mitgehe, vielleicht so alle 6 Monate. Bisher war ich nur einmal da.“*

*„Aber wenn es meinem Mann schlecht geht, bin ich sehr froh, dass ich **mitgehen kann, um aufzuzeigen, wie er wirkt.**“*

Beurteilt wurden die gemeinsamen Therapiebesuche von den Partnern unterschiedlich. Während eine Person angibt, dass die gemeinsamen Sitzungen gut waren, bemängelt eine andere Person die Art der Unterstützung.

*„Ah, das (gemeinsame Therapiebesuche) war **nicht schlecht**. Ich würde sagen, das war **recht gut**. Es gab zwar am Anfang einige Auseinandersetzungen. Aber es **war gut**.“*

*„**Und da kam uns schon Hilfe entgegen, aber vor allem medikamentöse Hilfe. Schon auch Gespräche, aber für mich waren diese oft nicht tief genug.**“*

Die Analyse der Zufriedenheit mit den Unterstützungsangeboten ist unter dem gleichnamigen Indikator zu finden.

Indikatoren: Angehörigengruppe, Teilnahme & Erwartungen

Es stellt sich heraus, dass keiner der Interviewpartner je an einer Angehörigengruppe teilgenommen hat. Dies hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass niemandem eine solche Gruppe bekannt ist. Ein weiterer genannter Grund ist, dass niemand die Personen auf eine mögliche Teilnahme an einer Angehörigengruppe aufmerksam gemacht hat.

*„Ich weiss eigentlich nicht, **ich weiss auch keine Adresse** oder so.“*

*„Ich weiss es gar nicht, es hat mir eigentlich gar **nie jemand gesagt, dass ich dorthin gehen könnte.**“*

Alle drei Gesprächspartner geben an, nie das Bedürfnis nach einem Austausch mit anderen Angehörigen gehabt zu haben. Dies wird vorwiegend durch die genügende Unterstützung durch das private Umfeld begründet.

„Und ich hatte eigentlich gar nie das Bedürfnis mit anderen Menschen darüber zu sprechen. Weil wir eigentlich schon fanden, dass wir das in der Familie bereden können. Dieses Bedürfnis war bei mir eigentlich nie da.“

Es zeigt sich aber, dass zumindest zwei Personen einen Besuch bei einer Angehörigengruppe nicht kategorisch ablehnen.

*„Wenn mir jemand raten würde eine solche Gruppe zu besuchen wäre mein erster Gedanke: **Nein!** Aber vielleicht ergibt sich das einmal, dass mir das auch gut tun würde. Denn ich bin überzeugt, dass das eine Hilfe sein könnte.“*

*„Und da war ja auch eine **Angehörige, das war ein Austausch zwischen zwei Frauen, deren Mann depressiv ist.** Aber es gibt sicher Institutionen. Vielleicht sollte man so etwas besuchen.“*

*„Also ich sage **da sicher nicht kategorisch nein.** So etwas kann man immer **prüfen**, da bin ich immer offen dafür. Da muss man dann halt nach vielleicht 3 Teilnahmen selber entscheiden, ist das was für mich oder nicht?“*

Indikator: Zufriedenheit mit professionellen Unterstützungsangeboten

Zwei Personen erzählen von positiven Erfahrungen mit den von Ihnen genutzten professionellen Unterstützungsangeboten.

*„Die vielen Male, die ich mitgegangen bin, **waren für mich wertvoll.** Als ich aber immer mitgegangen bin, war es **auch manchmal belastend für mich.**“*

*„Aber ich bin nicht konstant in der Behandlung, **aber mir hat der Psychotherapeut in vielen Situationen geholfen**, wenn ich mitgegangen bin. Wenn es Situationen gab, mit denen ich nicht umgehen **konnte**, war ich immer offen und konnte **Ratschläge annehmen, wie mein Mann und ich gemeinsam den Weg gehen könnten.**“*

Jedoch kristallisierten sich auch Verbesserungsvorschläge für die gemeinsamen Therapiebesuche heraus.

*„Die **Ursachen geht man meiner Meinung nach in der Psychotherapie zu wenig an.** Aber vielleicht ist es für mich, die ansonsten seelisch gesund ist, einfach zu sagen, dass man das angehen sollte. Aber ich kann ja nicht einem Psychotherapeuten vorschreiben, wie er zu arbeiten hat.“*

Als ungenügend wurde von einer Person die Quantität der Therapiesitzung ihres Partners in akuten Phasen der Erkrankung bewertet.

„In der akuten Phase hätte ich gerne engmaschigere Termine, und nicht nur alle 2-3 Wochen, aber die Therapeuten sind einfach überlastet.“

Die dritte Person ist unzufrieden mit der angebotenen Unterstützung für Partner von depressiven Menschen. Die Person bemängelt, dass nicht explizit Angebote für Partner und Angehörige von depressiven Personen mitgeteilt werden. Zudem hält dieser Gesprächspartner fest, dass der gemeinsame Therapiebesuch mit der Partnerin für ihn nicht hilfreich war.

(Genug Unterstützung?) „Nein! Ich bin der Auffassung, dass das nicht der Fall ist. Gut ich muss sagen, ich habe mich auch nicht darum gekümmert. Aber ich hab nie irgendetwas, weder von der Therapeutin meiner Partnerin, noch von meiner Partnerin selber gehört, dass es x, y oder z geben würde. Also von daher ist es vielleicht vom ganzen System ein Fehler, aus meiner Sicht, dass man nicht eine Broschüre oder einen Flyer abgibt: Für den Partner! Oder sogar den Patienten nach den Kontaktdaten des Partners fragt, weil der Patient selber sich möglicherweise schämt, Broschüren weiterzugeben. Ich weiss ja nicht, ob meine Partnerin mir etwas nicht abgegeben hat.“

„Nein, ich würde sagen, dass es (gemeinsamer Therapiebesuch) für mich nicht hilfreich war.“

Kategorie 3: Bewältigung

Indikator: Strategien vorhanden (siehe H¹ Kategorie Copingstrategien)

Indikatoren: Zufriedenheit mit Strategien (siehe H1 Kategorie Angemessenheit der Strategien) und Offenheit für Weitere

Zumindest zwei Gesprächspartner sind offen für weitere Strategien. Dies zeigt, dass das Bedürfnis nach einer Angehörigengruppe zwar nicht primär vorhanden ist, dass ein solches Angebot angemessen präsentiert, durchaus Anklang finden würde.

„Aber vielleicht ergibt sich das einmal, dass mir das auch gut tun würde. Denn ich bin überzeugt, dass das (Angehörigengruppe) eine Hilfe sein könnte.“

„Aber ich denke man muss es einfach probieren, einen anderen Weg zu finden, ist halt schwierig. Im Berufsalltag heisst das, man wird betriebsblind. In jedem Prozess wird man irgendwann ein wenig blind. Für mich stimmt was ich mache, da es sich aus meiner Sicht bewährt hat. Aber der Mensch ist halt auch träge, faul und vergesslich und geht immer den Weg des geringsten Widerstandes.“

5.3.1 Bezug zur Theorie

Nach der Datenanalyse hat sich bei dem Vergleich mit der Theorie gezeigt, dass die Gruppe für Angehörige von psychisch kranken Menschen im Oberwallis noch zu wenig genutzt wird. Dies bestätigt die Psychotherapeutin Christine Sidler im Experteninterview. Diese Aussage deckt sich mit denen der Interviewpartner. Diese erklären, dass ihnen keine Angehörigengruppe bekannt ist.

Weiter entsprechen die Aussagen der Interviewpartner bezüglich der Unterstützung des privaten Umfeldes denen von Guy Bodenmann¹¹⁵. Dieser beschreibt die soziale Unterstützung des Netzwerkes als individuelle Bewältigungsstrategie eines Partners. Auch die Gesprächspartner nennen häufig den Austausch mit ihrem privaten Umfeld als Strategie und bezeichnen diese als sehr wertvoll. Obwohl Bodenmann diese Art der Bewältigung hauptsächlich als individuelle Strategie ansieht, kann das Netzwerk durchaus für beide Partner als gemeinsame Bewältigungsstrategie dienen.

Abschliessend zu erwähnen ist, dass kaum eine Bewältigungsstrategie, welche unter dem gleichnamigen Kapitel zu finden ist, von den drei Interviewpartnern angewandt wird. Gemeint sind damit beispielsweise die Kognitive Verhaltenstherapie oder die Interpersonelle Psychotherapie. Stattdessen greifen die Interviewpartner auf alltäglichere Strategien zurück, und kaum auf Strategien, welche im professionellen Rahmen stattfinden. Dies könnte mit der leichteren Erreichbarkeit der alltäglicheren Strategien zusammenhängen.

5.4 Synthese

Mir ist durchaus bewusst, dass sich mit der Analyse dreier Interviews keine repräsentativen Aussagen machen lassen. Trotzdem erachte ich die Aussagen meiner Gesprächspartnerinnen und meinem Gesprächspartner als wichtig. Es lassen sich dabei folgende Schlüsse ziehen:

Ratschläge von den Gesprächspartnern an Angehörige:

- eigene Interessen wahren
- die Lebenssituation akzeptieren und das Beste daraus machen
- Gespräche: Erfahrungen teilen und Verantwortung abgeben
- Informationen über Depressionen einholen

Die 1. Hypothese: *Partnern, die über Copingstrategien verfügen, gelingt es, die Auswirkungen der Depression des Partners zu bewältigen* ist für den Rahmen dieser Bachelor Arbeit und in Bezug auf die Aussagen der Interviewpartner, der drei Interviewpartner klar zu verifizieren.

Festzuhalten ist, dass diese Aussagen nur einen Bruchteil der Meinungen Betroffener darstellen und somit nicht allgemeingültig sind. Es hat sich klar gezeigt, dass Strategien den Umgang mit der Erkrankung des Partners erleichtern. Sich in dieser schwierigen Lebenssituation auch einmal Zeit für die eigenen Bedürfnisse nehmen, ist zentral für die Gesundheit des nicht depressiven Partners. Zudem hat sich gezeigt, dass jeder Gesprächspartner die Auswirkungen der Depression seines Gegenübers anders erlebt und wahrnimmt. Ich denke hier zum Beispiel an den jungen Mann, welcher schon seit der

¹¹⁵ BODENMANN, Guy. *Stress und Coping bei Paaren*. 2000. S.55.

Kindheit mit Depressionen in Berührung kommt. Dieser empfindet wahrscheinlich anders, als eine Frau, die nach 25 Ehejahren bemerkt, dass sich ihr Mann verändert hat. Ich kann mir vorstellen, dass sich ein unverheirateter junger Mann weniger verpflichtet fühlt. Zudem könnte er wahrscheinlich leichter aus der Beziehung gehen, als die seit vielen Jahren verheirateten Ehefrauen. Es ist möglich, dass diese Punkte zu dem offenen und eher unbeschwerteren Umgang des jungen Mannes beitragen.

Ebenso unterschiedlich wie das Empfinden der Auswirkungen sind auch die Strategien der Partner. Das Wichtigste ist, dass Jeder mit seinen eigenen Strategien zufrieden ist und so mit der Erkrankung des Partners zu Recht kommt.

Die 2.Hypothese: *Partner von Menschen, die von Depressionen betroffen sind, suchen sich aufgrund der Tabuisierung der Thematik kaum professionelle Hilfe zur Bewältigung der Auswirkungen, die eine Depression auf ihre Lebenswelt hat*, konnte in Bezug auf die Aussagen der Interviewpartner und für den Rahmen dieser Arbeit nicht eindeutig verifiziert werden. Zu dieser Hypothese ist zu sagen, dass das wenige Nutzen der professionellen Hilfe nicht hauptsächlich mit der Tabuisierung der Thematik zusammenhängt. Es hat sich zwar in den Interviews gezeigt, dass die Gesprächspartner die Depression noch immer als gesellschaftliches Tabuthema empfinden, dies hält sie jedoch nicht unbedingt vom Aufsuchen professioneller Unterstützung ab. Es ist eher die Tatsache, dass nicht unbedingt das Bedürfnis nach weiteren professioneller Unterstützung besteht, was sie davon abhält. So nutzen sie zwar das Angebot, die Therapie des Partners zu besuchen, jedoch nimmt niemand ein Angebot explizit für Partner und Angehörige in Anspruch. Meines Erachtens könnte dies auch damit zusammenhängen, dass viele bestehende Angebote den Betroffenen nicht bekannt sind.

Ich möchte nochmals darauf hinweisen, dass eine Forschung mit drei Interviews nie aussagekräftig ist. Um eine breitere Meinungsansicht darzulegen, wurden für diese Bachelor Arbeit unterschiedliche Interviewpartner gewählt. Dies erlaubt zwar keinen eindeutigen Vergleich, zeigt jedoch die unterschiedlichen Meinungen und Ansichten der Personen auf. Diese sind sicher geprägt von der individuellen Lebenssituation. Hinzu kommt, dass die Schwierigkeit Interviewpartner zu finden, keine weiteren Möglichkeiten offen liess.

6. Schlussfolgerungen

6.1 Grenzen der Forschung und weiterführende Fragestellungen

Wie schon mehrmals erwähnt, sind die Ergebnisse meiner Forschung nicht repräsentativ für eine Mehrheit von Personen. Es handelt sich dabei um die Aussagen und Meinungen dreier Personen, welche den Mut fanden, offen über ihre Lebenssituation zu sprechen.

Alle drei Gesprächspartner leben in unterschiedlichen Situationen, welche ihre Wahrnehmung und somit ihr Erleben der Auswirkungen beeinflussen. Das bedeutet für die Forschung, dass die Ergebnisse nicht klar miteinander verglichen werden können. Es wird also nur ein kleiner Ausschnitt der Wirklichkeit aufgezeigt.

Es hat sich gezeigt, dass eine grosse Schwierigkeit der professionellen Hilfe für Angehörige darin besteht, dass ihr Angebot eher unbekannt ist. Aufgrund dessen wäre es für einen anderen Rahmen spannend herauszufinden, welches Angebot sich Partner von depressiven Menschen wünschen und wie dieses gegebenenfalls realisiert werden könnte.

Weiter wäre es interessant, das Untersuchungsfeld zu erweitern und beispielsweise die Sicht von Kindern depressiver Eltern kennenzulernen. Dabei könnte erforscht werden, ob und inwiefern die Entwicklung der Kinder von der Depression des Elternteils beeinflusst wird.

Zudem stellt sich für mich die Frage, warum Depressionen immer noch ein gesellschaftliches Tabuthema darstellen, obwohl sie weit verbreitet sind und auch das Wissen darüber sehr gross ist.

Schliesslich wäre es spannend der Frage nachzugehen, warum die Psychopharmakotherapie immer noch die am weitesten verbreitete Therapieform ist, obwohl es heute sehr viele alternative Therapiemöglichkeiten gibt. Dazu zählt beispielsweise die kognitive Verhaltenstherapie.

Grundsätzlich bietet die Thematik eine fast unendliche Menge an interessantem Material, welches in einem anderen Projekt erforscht werden könnte. Das Eingrenzen und die bewusste Entscheidung für einen kleinen Teil eines riesigen Themas stellte für mich eine grosse Herausforderung dar.

6.2 Handlungsvorschläge für die Praxis der Sozialen Arbeit

- Angehörigenarbeit ist ein wichtiger Bestandteil der Arbeit als Sozialarbeitende. Es gilt auch deren Anliegen und Erwartungen ernst zu nehmen. Da die Arbeit mit Angehörigen während unserer Ausbildung kaum ein Thema ist, empfehle ich **Weiterbildungen** in diesem Bereich, sowie in der Systemischen Arbeit.
- Depressionen sind immer noch ein Tabuthema, vor allem in ländlichen Gegenden. Damit Betroffene und ihre Angehörigen den Mut finden, sich professionelle Unterstützung zu suchen, muss seitens der Psychiatriezentren und der Institutionen für Menschen mit psychischen Störungen mehr **Aufklärungsarbeit** geleistet werden. Denn auch die Interviewpartner haben mehrmals vermittelt: Wissen schafft Verständnis.
- Die bereits bestehende Angehörigengruppe des PZO, welche nach Angaben der Expertin und Psychotherapeutin Christine Sidler zu wenig genutzt wird, sollte ihre Arbeit der **Öffentlichkeit für alle zugänglich präsentieren**. Meiner Meinung nach entsprechen die Aussagen der drei Interviewpartnerinnen und -partner, dass sie keine Unterstützungsangebote explizit für Angehörige kennen, dem Durchschnitt der Bevölkerung. Dies gilt es zu ändern und die Angebote für Angehörige offen darzulegen.

6.3 Persönliche Stellungnahme zur Forschungsfrage

Bewältigungsstrategien bei Depressionen in einer Partnerschaft – Welche Bewältigungsstrategien wendet der nicht depressive Partner an, um die Auswirkungen der Depression seines Partners zu bewältigen?

Die Forschungsfrage meiner Bachelor Arbeit hat sich während der Projektphase in Gesprächen mit meinem Begleitdozenten und den Modulverantwortlichen herauskristallisiert.

Im theoretischen Teil meiner Bachelor Arbeit konnte ich mich mit den drei Schlüsselbegriffen meiner Fragestellung intensiv auseinandersetzen.

Weiter konnte ich die Bewältigungsstrategien von Partnern depressiver Menschen kennenlernen. So konnte ich erfahren, wie sie die Auswirkungen der Depression erleben und was sie unternehmen, um gesund zu bleiben.

Zusammenfassend sind die Wahrung der eigenen Interessen (Sport, Gespräche) und die bewusste Zeit für sich selbst und die eigenen Bedürfnisse unabdingbar, damit der nicht depressive Partner gesund bleibt. Nur ein gesunder Partner hat die nötige Kraft und Ausdauer, um seinen depressiven Partner adäquat zu unterstützen. Ich möchte nochmals auf die besondere Bedeutung des Wissens über die Depression hinweisen. Sowohl Experten als auch die Interviewpartner, raten Betroffenen sich gründlich über die Depression zu informieren. Nur wer sich auskennt, ist in der Lage Verständnis aufzubringen und den Partner dadurch zu unterstützen.

6.4 Persönliche Stellungnahme zu den Zielen der Forschung

Als Abschluss meiner Bachelor Arbeit möchte ich überprüfen ob ich die formulierten Ziele für die BA erreichen konnte.

Die folgenden Feldziele konnte ich durch die Gespräche mit den Interviewpartnern und der intensiven Auseinandersetzung mit deren Aussagen klar erfüllen.

- Aufzeigen von Bewältigungsstrategien, die nicht betroffene Partner anwenden, um die Auswirkungen einer Depression auf die Partnerschaft zu bewältigen.
- Die Perspektive von Partnerinnen und Partner depressiver Personen kennenlernen.

Die Theorieziele erreichte ich durch stetiges Erarbeiten von aktueller Literatur, sowie durch das Experteninterview mit der Psychotherapeutin Christine Sidler.

- Aktuellen theoretischen Hintergrund zum Thema Depressionen erarbeiten.
- Definition der Schlüsselbegriffe Partnerschaft – Depression – Bewältigungsstrategie
- Aufzeigen von möglichen Hilfestellungen für Partner und Angehörige von depressiven Menschen

Auch die Praxisziele konnten in der vorliegenden Bachelor Arbeit erreicht werden.

- Darlegen von Handlungsvorschlägen für die Praxis der Sozialen Arbeit, um die Unterstützung von Partnerinnen und Partner depressiver Menschen zu gestalten.
- Das Tabuthema Depressionen thematisieren und so der Stigmatisierung entgegenwirken.

6.5 Persönliches Fazit

Ich habe mich im letzten halben Jahr intensiv mit der vorliegenden Thematik auseinandergesetzt. Dadurch begegnete ich interessanten Menschen in ähnlichen Lebenssituationen. Es war sehr spannend für mich, herauszufinden, wie unterschiedlich diese Personen mit den Depressionen ihres Partners umgehen. Es hat sich gezeigt, dass das Wahrnehmen und Empfinden der Auswirkungen stark mit den vorhandenen Strategien zusammenhängt. Zudem offenbarte sich während der Interviews, dass jeder Partner einen anderen Umgang mit seiner Lebenssituation hat. Dies hängt sicher mit der Erfahrung, sowie der individuellen Persönlichkeit jedes Einzelnen zusammen. Zentral ist, dass jeder seine eigenen Bedürfnisse erkennt und Strategien bewusst anwendet, um diesen eigenen Bedürfnissen gerecht zu werden.

Während des Arbeitsprozesses konnte ich in die Welt der Partner von depressiven Menschen eintauchen und dabei fiel mir auf, dass Partner ihre Bedürfnisse oft in den Hintergrund stellen. Beispielsweise erzählte eine Gesprächspartnerin öfters vom Erleben ihres Partners, obwohl ich sie explizit nach ihrem eigenen Erleben gefragt habe. Ich habe den Eindruck, dass diese Frau gar nicht gewohnt war, dass sich für einmal alles um sie dreht. Erstaunlicherweise war dies jene Frau, welche schon im Vorgespräch erwähnte, dass sie es sehr schätze, dass meine Arbeit an die Partnerinnen und Partner gerichtet sei und nicht die depressiven Personen thematisiert werden.

Überraschend für mich war, dass die Mehrzahl der Partner meiner Interviewteilnehmer nicht dem Durchschnitt der Studie nach Ferrari et al.¹¹⁶ entsprechen. Diese Studie legt nämlich dar, dass Menschen im Alter von 20-24 Jahren am häufigsten depressiv sind. Weiter zeigt die Studie auf, dass Frauen doppelt so häufig von Depressionen betroffen sind wie Männer. Im Rahmen meiner Interviews habe ich Gespräche geführt mit zwei Frauen, deren Männer etwa 60 Jahre alt und depressiv sind. Nur die Partnerin des jungen Mannes entspricht dem Durchschnitt der Studie nach Ferrari.

Als besonders spannend erachte ich die Lebenssituation des jungen Mannes. Diese unterscheidet sich in einigen Punkten von denen der beiden Frauen. Zum einen lebte er seit seiner Kindheit mit einem depressiven Familienmitglied und zum anderen wusste er schon vor der Beziehung zu seiner Freundin von deren Depression. Er konnte sich also bewusst für eine Beziehung mit dieser Frau und den damit verbundenen Auswirkungen entscheiden. Dies sind wahrscheinlich nur einige Gründe, warum dieser junge Mann einen so anderen, lockeren und unbeschwerteren Umgang mit der Depression seiner Freundin pflegt. Diese Vermutung wird gestützt von der Theorie. So bestätigen unter anderem auch Gmür und Kessler¹¹⁷ die Wichtigkeit vom Wissen über die Depression.

Während der Arbeit an meiner Bachelor Arbeit hat sich gezeigt, dass Depressionen immer noch ein Tabuthema sind. Trotzdem konnte ich in den Interviews eine positive Grundstimmung wahrnehmen. Alle drei Paare geben ihr Bestes, um die Depression und deren Auswirkungen bestmöglich zu bewältigen. Ich kann mir vorstellen, dass der Wille und der Mut der Partner es möglich machen, diese Positivität aufrechtzuerhalten. Ich bin sehr beeindruckt von den Personen, welche ich auf diesem Weg getroffen habe.

¹¹⁶ FERRARI, Alize J. et. al. Vgl. Plosmedicine. 05.11.2013.

¹¹⁷ GMÜR, Pascale. KESSLER, Helga. *Wege aus der Depression*. 2005. S. 171 -175.

7.Literaturverzeichnis

7.1 Literarische Quellen

BODENMANN, GUY. *Depression und Partnerschaft. Hintergründe und Hilfen*. Bern: Hans Huber, Hogrefe, 2009.

BODENMANN, Guy. *Stress und Coping bei Paaren*. Göttingen: Hogrefe, 2000.

BODENMANN, Guy. *Verhaltenstherapie mit Paaren*. Bern: Hans Huber, 2004.

BORST, Ulrike. *Wenn die Liebe überschattet wird. Leben mit einem depressiven Partner*. Ostfildern: Patmos, 2011.

BUIJSSEN, Huub. *Depression. Helfen und sich nicht verlieren. Ein Ratgeber für Freunde und Familie*. Weinheim, Basel: Beltz, 2011.

COMER, Ronald J. *Klinische Psychologie*. 6.Auflage. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag, 2008.

DAHM-MORY, Claudia. „Basiswissen Kommunikation. Kommunikationstechniken im Umgang mit Betroffenen.“ In: *Mit psychisch Kranken leben*. BApK e.V. (Hrsg.) Bonn: Balance Buch + Medien Verlag, 2008. S. 157-188.

EPSTEIN ROSEN, Laura. AMADOR, Xavier F. *Wenn der Mensch den du liebst, depressiv ist. Wie man Angehörigen und Freunden hilft*. 9.Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch, 2011.

FLICK, Uwe. *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. 5.Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch, 2012.

GMÜR, Pascale. KESSLER, Helga. *Wege aus der Depression. So finden Betroffene und ihre Angehörigen Hilfe*. 2. Auflage. Zürich: Jean Frey, 2005.

HAUTZINGER, Martin. *Depression*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, 1998.

HES.SO, Wallis. *Wegleitung für die Erstellung, Präsentation und Evaluation der BT für den Erhalt des Bachelor of Arts HES.SO in Sozialer Arbeit*. 11.12.2009. Siders, 14.02.2012.

HUININK, Johannes. KONIETZKA, Dirk. *Familiensoziologie – eine Einführung*. Frankfurt am Main: Campus, 2007.

KESSLER, Helga. HELL, Daniel. *Wege aus der Depression. Burn-out, Lebenskrise, Stress. Hilfe für Betroffene und Angehörige*. 3.Auflage. Springer Schweiz, 2011.

LAMNEK, Siegfried. *Qualitative Sozialforschung*. 5.Auflage. Weinheim, Basel: Beltz, 2010.

MATTIG, Astrid. *Modul G7. Psychische Störungen. Einführung ins Modul G7*. 22.02.2012.

MAYRING, Philipp. *Qualitative Inhaltsanalyse*. 9.Auflage. Weinheim, Basel: Beltz, 2007.

SCHIEPEK, Günther. *Die Grundlagen der Systemischen Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht, 1999.

SEIFERT, Jutta. „Die Angehörigengruppe. Ein wirksames Mittel gegen das Gefühl, nichts tun zu können.“ In: *Mit psychisch Kranken leben*. BApK e.V. (Hrsg.) Bonn: Balance Buch + Medien Verlag, 2008. S.203-209.

STEINERT, Erika. THIELE, Gisela. *Sozialarbeitsforschung für Studium und Praxis*. Köln: Fortis, 2000.

VEREIN NETZWERK FÜR ANGEHÖRIGENARBEIT PSYCHIATRIE (NAP). *Informationen für Angehörige von Menschen mit einer psychischen Erkrankung*. 2013.

WEISSMAN, Myrna M. MARKOWITZ, John C. KLERMAN, Gerald L. *Interpersonelle Psychotherapie. Ein Handlungsleitfaden*. Göttingen: Hogrefe: 2009.

WITTMANN, Karl. SCHIBERBERGER, Rudolf. *Der Mensch in Umwelt, Familie und Gesellschaft*. 8. Auflage. Wien: Facultas, 2010.

WOLFERSDORF, Manfred. *Depressionen verstehen und bewältigen*. 4.Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer, 2011.

7.2 elektronische Quellen

avenirsocial. Berufskodex der Sozialen Arbeit Schweiz. [online]. 2010. http://www.avenirsocial.ch/cm_data/Do_Berufskodex_Web_D_gesch.pdf (18.12.13)

BUNDESAMT FÜR STATISTIK. *Übersicht chronische Krankheiten*. [online]. Neuchâtel: 2007, 22.08.2011. URL: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/01/key/02.html> (08.08.2012)

DIMDI. *Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. [online]. Version 2012. 23.09.2011. URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2012/block-f30-f39.htm> (10.08.2012)

FERRARI, Alize J. et. al. „Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010.“ [online]. 05.11.2013. URL: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001547> (18.11.2013)

7.3 Interview

SIDLER, Christine. Interview mit WALKER, Jacqueline. Depressionen in einer Partnerschaft. PZO Brig. (21.10.13)

7.4 Abbildungen

Titelbild: sich Halt geben

URL: <http://images.zeit.de/lebensart/partnerschaft/2011-04/partnerschaftteaser/partnerschaft-teaser-540x304.jpg> (21.12.13)

8. Anhang

- Anhang A** Interviewleitfaden für die Expertin
- Anhang B** Informationsbrief für Interviewpartner
- Anhang C** Interviewleitfaden für die Interviewpartner
- Anhang D** Auswertungstabelle

Anhang A

Interviewleitfaden für die Expertin

Einleitung

1. Dank für die Bereitschaft für ein Interview und die Zeit dafür
2. Vorstellen meiner Person und des schulischen Hintergrundes
3. Vorstellen der Thematik meiner Bachelor Arbeit
4. Beschreiben der eigenen Motivation
5. Zeitraum für Interview festlegen
6. Einwilligung für die elektronische Aufnahme des Gespräches

Beginn des Interviews

- Wie kamen Sie dazu, im Psychiatrie Zentrum Oberwallis zu arbeiten?
- Was gehört zu Ihren Tätigkeiten?
- Wie kam es zu der Angehörigengruppe im PZO?
- Wie sieht das Konzept der Angehörigengruppe aus?
- Wie ist die Resonanz der Angehörigen von psychisch kranken Menschen?
- Welche Personen kommen zu den Treffen? Partner? Kinder?
- Wie läuft ein Treffen ab?
- Was sind Ihre Aufgaben während eines Treffens?
- Welche Themen werden diskutiert?
- Welche Voraussetzungen müssen für ein Treffen mit Angehörigen erfüllt sein? Was muss beachtet werden? (seitens der Fachpersonen)
- Welche Schwierigkeiten gibt es während den Treffen mit den Angehörigen?
- Welche speziellen Methoden und Techniken wenden Sie in der Arbeit mit Angehörigen an?
- Wie sehen Sie die Rolle von Sozialarbeitenden im Bezug auf die Thematik?
- Welches sind weitere Angebote für Angehörige von depressiven Menschen?
- Wie arbeiten Sie im Allgemeinen mit Partnern von depressiven Menschen?
- Was ist für Angehörige von depressiven Menschen von besonderer Bedeutung?
- Welche Ressourcen sind wichtig, für einen Umgang mit einem depressiven Partner?
- Welche Ratschläge geben Sie Angehörigen mit?
- Mit welchen Haltungen sollten Fachpersonen Angehörigen von depressiven Menschen gegenüber treten?

Abschluss des Interviews

- Fragen und Ergänzungen
- Dank und Einverständnis zum Kontakt für Rückfragen

Anhang B

Interviewpartnerinnen und –partner gesucht

Werte Partnerinnen und Partner von Menschen mit Depressionen

Ich habe vor wenigen Monaten meine Ausbildung zur Sozialpädagogin an der Fachhochschule in Siders abgeschlossen. Zurzeit arbeite ich als Gruppenleiterin mit beeinträchtigten Menschen.

Gleichzeitig schreibe ich meine Bachelor Arbeit zum Thema **Bewältigungsstrategien bei Depressionen in einer Partnerschaft.**

Ein Ziel meiner Bachelor Arbeit ist es, Bewältigungsstrategien, die der nicht depressive Partner anwendet, um die Auswirkungen einer Depression auf die Partnerschaft zu bewältigen, aufzuzeigen.

Dazu habe ich mich in erster Linie intensiv mit diverser Fachliteratur auseinandergesetzt und einen theoretischen Teil meiner Bachelor Arbeit erstellt.

Der zweite Teil besteht aus einer wissenschaftlichen Untersuchung. Diese ergibt sich aus Interviews mit Partnerinnen und Partnern von depressiven Personen, welche gemeinsam in einem Haushalt wohnen. Schliesslich werden, die auf Tonträgern aufgenommenen Interviews schematisch ausgewertet und analysiert. Die Ergebnisse werden schriftlich festgehalten und sind grundlegender Bestandteil meiner Bachelor Arbeit.

Ein Interview dauert in etwa eine Stunde und wird akustisch festgehalten. Nach Abschluss der Bachelor Arbeit werden sämtliche Aufnahmen gelöscht. Ich garantiere, dass Ihr Name vertraulich behandelt und nur für die Auswertung relevante Informationen verarbeitet werden. Des Weiteren unterstehe ich der Schweigepflicht und werde selbstverständlich alle Informationen, welche Ihre Person betreffen, nur für die Auswertung meiner Bachelor Arbeit verwenden.

Sie dürfen entscheiden, wo Sie dieses Interview durchführen möchten. Wenn Sie die Entscheidung mir überlassen möchten, werde ich einen angenehmen Rahmen dazu finden.

Selbstverständlich stehe ich Ihnen für jegliche Fragen oder Bedenken zur Verfügung. Sie können Sie sich jederzeit an mich wenden.

Wenn Sie sich bereit erklären, mit mir ein Interview durchzuführen, erwarte ich gerne einen Anruf oder eine Mail von Ihnen.

Ich würde mich sehr freuen und verbleibe mit freundlichen Grüssen

Jacqueline Walker

Anhang C

Interviewleitfaden für Interviewpartnerinnen und -partner

Einleitung

7. Dank für die Bereitschaft für ein Interview und die Zeit dafür
8. Vorstellen meiner Person und des schulischen Hintergrundes
9. Vorstellen der Thematik meiner Bachelor Arbeit
10. Beschreiben der eigenen Motivation
11. Zeitraum für Interview festlegen
12. Einwilligung für die elektronische Aufnahme des Gespräches
13. Falls gewünscht, ist eine Pause oder ein Abbruch des Gespräches jederzeit möglich.

Beginn des Interviews

In diesem Gespräch möchte ich erfahren, wie Ihr Alltag als Partner/ Partnerin eines depressiven Menschen aussieht. Ich möchte mit Ihnen über Ihre Erfahrungen und Erlebnisse in Zusammenhang mit der Erkrankung Ihres Gegenübers sprechen. Kernpunkt dabei sind Strategien, die Sie anwenden, um mit der Erkrankung Ihres Partners/ Ihrer Partnerin besser umgehen zu können.

Themengebiete, die besprochen werden:

Alltag

- Wie kommen Sie in Kontakt mit Depressionen?
- Wie haben Sie gemerkt, dass etwas mit Ihrem Partner/ Ihrer Partnerin nicht stimmt?
- Wie geht es Ihrem Partner/ Ihrer Partnerin im Moment?
- Wie erleben Sie die Depression ihres Partners/ ihrer Partnerin?
- Wie zeigt sich die Depression im Alltag?
- Wie gestaltet sich ihr gemeinsamer Alltag mit der Depression?
- Wer und was hat Ihnen bisher am meisten geholfen?

Belastungen

- Welche Auswirkungen der Depression erkennen Sie? Für Sie persönlich/ Paarbeziehung?
- Wie erleben Sie den Umgang ihres Umfeldes mit der Depression Ihres Partners/ Ihrer Partnerin? (Tabuthema?)
- Welche Gefühle löst die Depression Ihres Partner/ Ihrer Partnerin in Ihnen aus?
- Wie haben sich diese Gefühle im Laufe der Zeit verändert?

Strategien

- Besuchen Sie gemeinsam mit Ihrem Partner/ Ihrer Partnerin die Therapie? Warum? Warum nicht?
- Welche Strategien wenden Sie bewusst an, um die Depression Ihres Partners/ Ihrer Partnerin zu bewältigen? (Hobbies? Sport?)
- Haben Sie sich diese Strategien bewusst überlegt? Evtl. mit professioneller Hilfe?
- Gibt es auch Strategien, welche Sie unbewusst anwenden oder angewandt haben? (bsp. Rückzug)

Kennt Ihr Partner/ Ihre Partnerin die von Ihnen angewandten Strategien?
Gibt es auch Bewältigungsstrategien, welche Sie als Paar anwenden? Wenn ja, welche?
Sind Sie zufrieden mit Ihren Strategien oder haben Sie das Bedürfnis nach weiteren?
Was würden Sie Leuten raten, die in einer ähnlichen Situation sind?

Professionelle Hilfe für Angehörige

Welche Unterstützungsangebote für Angehörige von depressiven Menschen kennen Sie?
Nehmen Sie an einer Angehörigengruppe teil? Warum? Warum nicht?
Welche Erwartungen haben/ hätten Sie an eine Angehörigengruppe?
Werden Angehörige von depressiven Menschen Ihrer Meinung nach genügend unterstützt? Was müsste optimiert werden?

Abschluss des Interviews

- Möchten Sie noch etwas ergänzen?
- Haben Sie noch Fragen?
- Die Bachelor Arbeit wird nach der Verteidigung in der Bibliothek der HES.SO Siders ausleihbar sein.
- Dank

Hypothese 1: Partnern, die über Copingstrategien verfügen, gelingt es, die Auswirkungen der Depression des Partners zu bewältigen.		
Kategorie / Indikatoren	Code / Zeilennummer	Interviewausschnitt
Copingstrategien		
Indikatoren: Freizeit / Hobbies	A / 159	Mein Wandern . Weil ich bin teilweise jedes Wochenende weg. Oder fast jedes Wochenende. Und im Sommer bin ich auch mehrere Tag weg. So kann ich meine Batterien aufladen .
	A / 172	Es ist manchmal schwierig. Und handkehrum muss ich sagen, dank meiner Wandertätigkeit , bin ich viel beschäftigt und das gibt mir einfach einen Ausgleich und dann ist das für mich nicht so schlimm .
	A / 311	Ich mache auch noch viel Sport . Ich gehe 2-3 Mal in der Woche ins Hallenbad . Ich gehe schwimmen und mache Aqua-Jogging . Und das bringt mir auch einiges.
	A / 318	So das ich bewusst Zeit für mich nehme. So dass ich einfach meine Batterien laden kann.
	A / 399	... Irgendwie schauen, dass man ein Hobby hat. Denn ich finde, dass es sehr wichtig ist, dass der (nicht depressive) Partner auch einmal etwas für sich machen kann . Ansonsten geht der Partner kaputt.
	B / 215	Jetzt müsste ich mich ausruhen und erholen .

	B / 284	Jetzt kommt mir noch in den Sinn, dass ich während all dieser Zeit im Chor sang . Und das war eigentlich der einzige Moment, wenn wir zwei Stunden intensiv geübt haben, wo ich nicht immer die Depression in meinen Gedanken hatte . Das war ein wahnsinnig guter Ausgleich für mich, da konnte ich mich gut erholen .
	B / 351	Wichtig ist auch, das man lernt, etwas zu haben, was einem selber Freude bereitet . Ja nicht sich selbst total verleugnen und nur noch für den Partner da sein . Man hat selber immer noch ein eigenes Leben .
	C / 164	Ich habe schon bevor ich mit meiner Partnerin zusammen gekommen bin viel Wert auf eine gute Work-Life-Balance gelegt. Aufgrund meiner Arbeit, die rein geistige Ansprüche stellt. Ich habe schon früher geschaut, dass ich einen guten Ausgleich habe, dass ich etwas Sportliches und etwas Kulturelles unternehme . Entspannen und in die Natur gehen gehört auch dazu. Ich würde sagen, dass sich da nicht sehr viel geändert hat seit ich mit meiner Partnerin zusammen bin . Für mich ist ein guter Ausgleich schon immer wichtig. Vielleicht kann man sagen, dass sich das gesteigert hat , dass ich ein wenig mehr gemacht habe, seit ich mir ihr zusammen bin.
Freunde / soz. Netz / Gespräche	A / 231	Doch, das gibt es schon. (Gespräche in der Familie)
	A / 435	Ich muss sagen, dass immer wenn ich Probleme hatte, ging ich zu meinem Sohn. Mit ihm habe ich eigentlich oft gesprochen .
	A / 437	Weil wir eigentlich schon fanden, dass wir das in der Familie bereden können.

	B / 80	In dieser Phase hat er nur seine Kinder und seine Geschwister und Eltern vertragen. Die waren für uns auch eine wahnsinnig grosse Hilfe .
	B / 111	Und ich habe eine Schwester , die zwar etwas entfernt wohnt, aber die hat mich viel angerufen und mir auch von der Bibel Worte gesagt und hat zu mir gesagt, dass ich nicht loslassen soll, es komme sicher wieder besser .
	B / 207	Und in der ersten Depression wohnte unsere Tochter noch zu Hause und sie hat mich oft frisiert, damit es mir gut tut und wir haben, als mein Mann in der Klinik war, gemeinsam Mittagessen. Das war eine grosse Stütze .
	B / 218	Gerade war ich einige Tage mit Freundinnen unterwegs und darüber habe ich mich sehr gefreut. Zeit für mich .
	B / 279	Und die Menschen, reden, das Umfeld, rausgehen . Die Strategie einfach gehen zu können und abzugeben. Es ist für mich wie wenn jemand mit mir meine Last tragen würde . Das ist dasselbe, wenn ich mit meiner Schwester oder einer Freundin rede, das ist auch ein abgeben. Sobald man darüber spricht, kann man abgeben. Man übergibt zwar dem Anderen etwas, aber für mich selber wirkt es befreiend .
	C / 49	Ich rede eigentlich fast nie mit jemandem , wenn dann mit Kollegen und ein wenig mit meinen Eltern .
	C / 91	Aber wenn man jemanden besser kennt, wird es schon manchmal thematisiert .

Alltag	A / 206	Solange ich berufstätig bin, kann ich mich mit dem abfinden .
	A / 442	Und da ich eben berufstätig bin , kann ich mich auch auf der Arbeit mit anderen austauschen .
	B / 70	Und ich ging dann manchmal einfach raus . Weil ich muss unter Leute, das gehört zu meinen Strategien . Und manchmal ging ich dann einfach . Sogar zum Zeitungenlesen in ein Restaurant und ein Kaffee trinken .
	B / 103	Geholfen hat mir das Umfeld, aber vor allem meine tiefe Beziehung zu Gott .
	B / 109	Oft habe ich in den Psalmen etwas gelesen und das war mir eine grosse Hilfe und Unterstützung .
	B / 127	Der Glaube war mir eine riesen Hilfe , eine riesen Kraft , welche ich nicht missen möchte.
	B / 272	Einfach die Strategie, dass ich das einfach mal abgeben kann . Mir kam oft vor, dass ein Rucksack oft voll ist und diesen Rucksack tragen wir immer weiter und er wird immer schwerer und wenn man ihn mal abgeben kann, kann ich mich ausruhen. Und diesen Rucksack abgeben, ist für mich ein Bild, wie an Gott abgeben . Weil er sagt, gebt mir eure Lasten .
	B / 350	Aber einfach zu sagen, dass das ein Weg ist, welcher zu meinem Leben gehört .

	C / 40	Ich bin da relativ eiskalt und muss sagen, dass man da eine gewisse Distanz aufbauen muss. Eine Schutzwand aufbauen, dass man das nicht an sich ran lässt.
	C / 233	Ich selber bin eher der Fröhliche und lasse es nicht so sehr an mich ran, aus Selbstschutz .
Partnerschaft	A / 236	Ja, das habe ich schon öfters getan . Ich habe das mehrmals gesagt : „Weisst du, man spricht immer nur über diejenigen, die depressiv sind, aber über die Angehörigen, die Ehefrau redet man eigentlich weniger . Dann sagt er, dass er das wisse. Aber das ist ja für mich in dem Sinne auch keine Hilfe.
	A / 252	Er lässt mich machen . Ich kann gehen. Das tut gut .
	A / 369	Hauptsächlich im Sommer gehen wir gemeinsam auf unser Segelboot im See .
	A / 377	(...mal wieder eine positive Erfahrung gemeinsam machen.) Ja genau .
	A / 486	Ich habe das (Trennung) mehr als einmal gesagt . Ich habe zu meinem Mann gesagt, dass ich jetzt aufgebe . Das war schon damals beim Psychiater, ich wollte die Flinte ins Korn werden . Und irgendwie ging es trotzdem immer weiter.
	B / 217	Ich freue mich wahnsinnig, dass wir bald Ferien haben und wir dann in unser Ferienhaus fahren, da kann ich abschalten .
	B / 324	Im letzten Winter, als es ihm auch nicht so gut ging, gingen wir Ski fahren , einfach auch ein bisschen rausgehen . Er fährt sehr gerne Ski und ich auch. Und das ist etwas das wir gerne machen. Und dann gehen wir auch ein wenig spazieren .

	<p>B / 340</p> <p>B / 389</p> <p>C / 176</p>	<p>Es ist für eine Ehe belastend und es gab auch schon Situationen, in denen ich dachte, dass ich jetzt denn nicht mehr kann, aber eine Trennung kam für mich nie in Frage, aufzugeben kam für mich nie in Frage. Aber das so etwas dazu führen kann, dass eine Partnerschaft kaputt geht, das ist verständlich. Aber man muss den Weg in der Erkrankung bewusst zusammen gehen wollen. Denn man sagt ja zu einem Partner, wenn man ihn heiratet, in guten wie in schlechten Tagen.</p> <p>Als es meinem Mann schlecht ging und wir gingen in die Ferien konnte ich vergessen, dass wir ein halber Jahr eine sehr schwierige Zeit hatten. Ich kann gut abschalten und in der guten Phase wieder vollauftanken.</p> <p>Selbstverständlich, entweder gehen wir zusammen ins Wellness oder machen einen Kulturausflug oder ein Sightseeingtrip in eine Stadt. Wir lassen es uns gut gehen. Ich würde sagen, dass das „Normale“ ist, was man in einer Beziehung so macht. Ich denke, dass machen wir nicht, weil meine Partnerin depressiv ist. Es ist nicht so, dass die Depression permanent im Raum ist und dass man jetzt etwas extra erzwingen muss.</p>
Gesundheit und Therapie Partner (Psychopharmaka)	<p>A / 475</p> <p>A / 393</p> <p>B / 35</p> <p>B / 37</p>	<p>Wenn es ihm gut geht, geht es mir sicher auch gut. Wenn es ihm schlecht gut, muss ich halt viel schlucken.</p> <p>Und ich finde externe Hilfe annehmen ist sehr wichtig. Und auch wenn es Medikamente gibt, dass man die nehmen muss, dass ist sehr wichtig.</p> <p>Und da kam uns schon Hilfe entgegen, aber vor allem medikamentöse Hilfe.</p> <p>Aber vielleicht ist es auch zu schwer, mit jemandem der tief in einer</p>

	C / 141	<p>Depression ist über Ursachen und Entstehung zu sprechen. Und dann haben die Medikamente ihn aufgebaut und nach fünf bis sechs Wochen ging es ihm relativ gut...</p> <p>...aber freue mich schon, dass sich Jemand mehr oder weniger fremdes, dem Partner annimmt und zu helfen versucht. Denn natürlich bildet sich nach einer gewissen Zeit auch eine Beziehung zwischen Patient und Psychologen.</p>
Erfahrung und Information	<p>A / 45</p> <p>A / 46</p> <p>B / 34</p> <p>C / 19</p> <p>C / 57</p> <p>C / 122</p>	<p>Ich habe es (Depressionen) nicht gekannt, aber ich habe mal ein Buch gelesen über Depression.</p> <p>Also ich muss so sagen, am Arbeitsplatz hatten wir eine Frau, die depressiv war. Und ich habe dort ein wenig gesehen, wie Sie ist. Einfach auch die ganzen Absenzen und so. Daher hatte ich schon ein wenig Erfahrung.</p> <p>Wir haben sofort professionelle Hilfe in Anspruch genommen.</p> <p>Nein (es war kein Problem, dass meine Freundin depressiv ist), ich kenne das schon von meinem Vater, der auch depressiv ist.</p> <p>Definitiv! Wenn man das jetzt so als Nobody ohne Erfahrung erlebt, könnte das eine echte Challenge werden, wenn nicht sogar ein Problem.</p> <p>Man wird halt aus Erfahrung klug. Da ein Familienmitglied von mir schon lange Depressionen hat, habe ich gelernt, damit umzugehen. Ich denke dadurch habe ich auch keine Grundangst im Sinne von etwas Fremden erleben und nicht wissen wie damit umgehen. Ja, ich glaube, dass ich schon längere Zeit diesen offenen Umgang mit dem Thema Depressionen habe.</p>

	C / 202	Wenn man Depressionen nicht kennt, weil man nicht wie ich damit aufgewachsen ist, weil die Eltern oder Geschwister depressiv sind, extrem informieren . Einlesen im Internet, zum Verständnis schaffen und den Horizont erweitern .
Gespräche mit professionellen Helfern	A / 302 A / 389 B / 258 C / 204	(Haben Ihnen diese Gespräche geholfen?) Ja sicher, sicher . Vor allem externe Hilfe annehmen . Aber in der akuten Phase ist es enorm wichtig für die Partnerschaft , dass der Partner mitgeht und auch aus seiner Sicht erzählt. Ein Psychiater sagte auch zu meinem Mann, dass er auch in euphorischen Momenten auf mich hören soll, da meine Wahrnehmung auch wahr ist und probieren Sie auf sie zu hören. Das war eine wichtige Stütze für mich . Vielleicht selber zu einem Therapeuten gehen, um sich erklären zu lassen was eine Depression ist. Einfach zum Verständnis schaffen.
Kommunikation / Hilfen	A / 342	Also was mir sehr viel bringt, wenn ich wandern gehe, komme ich mit Personen ins Gespräch und das muss nicht über Depressionen sein, sondern gerne auch ein banales Thema. Das bringt mir viel. Weil mit meinem Mann kann ich nicht immer sprechen. Und ich möchte nicht immer nur über Depressionen reden . Und wenn er wieder mal nur jammert, kann ich ihm ja nicht immer sagen, du Armer. Da bin ich froh, wenn ich einfach rausgehen kann und mit Leuten reden , egal über was für Themen. Einfach das ich einmal über ein anderes Thema sprechen kann.

	A / 382	Einfach viel miteinander sprechen . Viel miteinander reden. Wir haben immer sehr viel miteinander gesprochen. Ansonsten geht die Partnerschaft kaputt.
	A / 454	Nein, ich spreche eher über Alltagsthemen . Über meinen Mann spreche ich eigentlich nicht.
	B / 170	Ich habe dann einfach gelernt, entfernteren Personen nicht mehr alles zu sagen.
	B / 295	Weil ich nicht immer nur über das Thema sprechen wollte, ich bin ich und ich bin nicht nur präsent durch meinen Mann. Ich bin selber auch da. Und nicht (Name) wie geht es denn deinem Mann. Nicht, dass ich als Person zu kurz gekommen wäre. Aber einfach ein anderes Thema, ich habe auch Kinder. Einfach einmal Alltagsthemen und nicht nur Krankheit.
	C / 91	Aber wenn man jemanden besser kennt, wird es schon manchmal thematisiert
Angemessenheit der Strategien		
Positiv bewertete Äusserungen in Bezug auf die Strategien	A / 173	... das gibt mir einfach einen Ausgleich und dann ist das für mich nicht so schlimm .
	A / 252	Er lässt mich machen . Ich kann gehen. Das tut gut .
	A / 362	Er sagt, dass ich jedes Mal wenn ich vom Wandern zurückkomme, sei ich total aufgestellt und fröhlich . Und er weiss, dass ich das einfach brauche .

	<p>B / 117</p> <p>B / 287</p> <p>C / 185</p>	<p>Mir hat das einfach gut getan. Ich brauche sicher einmal ein Moment der Ruhe, aber immer Menschen um mich. Ich lebe mit Menschen. Und wenn ich nur mal kurz mit einer Freundin einen Kaffee trinken war.</p> <p>Das (Singen) war ein wahnsinnig guter Ausgleich für mich, da konnte ich mich gut erholen.</p> <p>Man hat sich diese Strategien zurecht gelegt und weil man diese ja selber überlegt hat, geht man davon aus, dass man das Richtige macht. Ob es denn wirklich die richtigen Strategien waren, das weiss man dann erst im Nachhinein, nach x Jahren. Ich würde sagen, ich persönlich beurteile meine Strategien jetzt als die Richtigen. Aber wenn man das jetzt von aussen objektiv betrachtet, kann das komplett anders sein. Ich bin soweit offen, dass wenn mir Jemand von aussen sagen würde „hey du verrennst dich da in etwas, probier doch mal den Weg x, y oder z.“ Dann kann ich das offen annehmen und prüfe es dann auch auf Vor- und Nachteile.</p>
Negativ bewertete Äusserungen in Bezug auf die Strategien	<p>A / 185</p> <p>A / 238</p> <p>B / 36</p> <p>C / 149</p>	<p>... habe ich die Motivation nicht, um abends noch weg zu gehen.</p> <p>Aber das (mit Partner über Gefühle sprechen) ist ja für mich in dem Sinne auch keine Hilfe.</p> <p>Schon auch Gespräche, aber für mich waren diese oft nicht tief genug.</p> <p>Nein, ich würde sagen, dass es (gemeinsamer Therapiebesuch) für mich nicht hilfreich war.</p>

Auswirkungen		
Auswirkungen auf persönlicher Ebene	A / 119	Das ist manchmal extrem schwierig!
	A / 194	Von daher ist, das für mich keine grosse Umstellung.
	A / 204	Für mich ist das nicht so schlimm. Ich sage mir einfach, wenn ich einmal nicht mehr arbeite und dann möchte ich eben schon gerne, dass er auch manchmal früher aufsteht und wir mal wieder etwas unternehmen. Solange ich berufstätig bin, kann ich mich mit dem abfinden.
	A / 267	ich nehme das locker. Ich sage mir, das bringt ja nichts. Für mich birngt's nichts, wenn ich mir Sorgen mache. Ich muss mein Leben leben.
	A / 274	Also dann hatte ich manchmal schon Angst. Ich hatte Angst, was mich zu Hause erwartet , wenn ich nach Hause komme. Manchmal habe ich gedacht, ich weiss nicht, ob er noch lebt. Was erwartet mich... Ich hatte viele Male Angst. Und dann musste ich mir sagen, dass das nichts bringt. So mache ich mich auch kaputt. Und heute nehme ich es einfach irgendwie lockerer, weil ich weiss, es bringt ja nichts, sonst verschliesse ich mich auch.
	B / 40	Aber das war für mich halt strenger. Das Auf und Ab der letzten Jahre hat mich unglaublich erschöpft.
	B / 53	Für mich als Frau ist es einfach ein Auf und Ab. Ein Wechselgefühl von „ich halte das jetzt dann nicht mehr aus“ bis zu „doch es geht“.
B / 132	Ich bin dünnhäutig geworden.	

	B / 138	Und dann bekam ich eine Angst , obwohl ich das Vertrauen zu Gott habe, dass er mir hilft, bin ich kein Übermensch . Jetzt geht es ihm gut, aber kaum schläft mein Mann zum Beispiel mehr, klingeln bei mir schon die Alarmglocken und ich habe Angst, dass es wieder beginnt . Ich bin ängstlich geworden , manchmal sogar zu ängstlich.
	B / 176	...liefen mir die Tränen.
	B / 177	...dass ich sensibler geworden bin, feiner, dünnhäutiger,...
	B / 221	... habe ich oft geweint , weil ich gemerkt habe, dass ich auch einen Weg gegangen und eigentlich genauso betroffen bin .
	C / 50	Ich sage mal so, so wies jetzt ist, ist es für mich keine Belastung , da ich das auch vorher gewusst habe. Ich habe mich schon vor unserer Beziehung damit auseinandergesetzt und auch pro und contra abgewogen.
	C / 76	In 99% der Situationen ist das für mich relativ locker. Ich habe mir da die „Dampfwalzenmethode“ angeeignet.
Auswirkungen auf partnerschaftlicher Ebene	A / 180	sehr wenig miteinander unternehmen.
	B / 51	Die Depression gehört jetzt einfach zu unserem Leben .
	B / 60	Er sieht fast nicht mehr um sich, dass da auch noch eine Frau ist die leidet . Er sagte schon oft, dass ich es auch schwer habe und er sehr froh sei, dass er mich habe.

	B / 86	Ich war einfach immer wieder stossende Antriebsfeder .
	B / 143	Ich als Partnerin bin eine Gehilfin...
	B / 145	In der depressiven Phase muss ich sehr stark sein , wenn mein Mann sich an mir anlehnt. Ich bin zwar laut, als wäre ich dominant. Ich wirke dominant, weil ich laut bin. Aber eigentlich ist mein Mann in unserer Partnerschaft der dominante. Aber während der depressiven Phasen, musste ich eine andere Rolle übernehmen: führen, schauen, leiten, das Geld, Zahlungen machen. Sonst übernahm er die Initiative. Ich bekam einfach eine andere Rolle .
	C / 81	Das man einfach das was man miteinander abgemacht hat, wirklich macht und nicht darüber diskutiert . Definiert ist definiert. Weil ich denke, dass wenn ich nachgebe, fördere ich nur was nicht gut ist. So sinkt man eher noch tiefer rein.
	C / 179	Es ist nicht so, dass die Depression permanent im Raum ist und dass man jetzt etwas extra erzwingen muss.

Hypothese 2: Partner von Menschen, die von Depressionen betroffen sind, suchen sich aufgrund der Tabuisierung der Thematik kaum professionelle Hilfe zur Bewältigung der Auswirkungen, die eine Depression auf ihre Lebenswelt hat.

Kategorie / Indikatoren	Code / Zeilennummer	Interviewausschnitt
Tabuisierung		
Umgang des Umfeldes mit der Depression <ul style="list-style-type: none"> • Familie • Freunde • Arbeitskollegen • Bekannte 	A / 212 A / 222 A / 390 A / 435 B / 81 B / 114 B / 162	<p>Also ich würde sagen, das ist eher ein Tabuthema. Weil viele Leute das nicht verstehen.</p> <p>Ja, ja. (zwischen dem Mann) ...und unserem Sohn.</p> <p>Bei uns ist das schon noch ein Tabuthema, dass man sagen muss, ich gehe zum Psychiater. Teilweise im Ausland ist das wie ein Besuch bei einem Hausarzt und bei uns ist es noch immer ein Tabuthema.</p> <p>Ich muss sagen, dass immer wenn ich Probleme hatte, ging ich zu meinem Sohn. Mit ihm habe ich eigentlich oft gesprochen.</p> <p>Das Umfeld, man hat ein riesen Glück wenn das stimmt. Wenn das Umfeld einen trägt und keine Vorwürfe macht „Du bist doch ein starker Mann, 57-jährig“. Das braucht man nicht. Unser ganzes Umfeld kam uns mit einem riesen Verständnis entgegen.</p> <p>Auch die Eltern vom Mann haben nie Vorwürfe gemacht, obwohl Sie selber darunter gelitten haben.</p> <p>Bei der ersten Depression, als er nicht mehr arbeiten konnte, kam uns sehr viel Verständnis entgegen.</p>

	B / 166	Als er das zweite Mal die Arbeit beenden musste, klang es schon nach weniger Verständnis : „geht es ihm denn noch nicht besser ? Jetzt weiss er doch dank Strategien des Arztes, wie er mit dem Problem umgehen kann.“
	B / 184	...man ist ein wenig gebrandmarkt .
	B / 186	In einer sozialen Institution, in welcher wir arbeiten, kam uns sehr viel Wohlwollen entgegen .
	B / 189	Der Beruf meines Mannes bringt sehr viel Verständnis mit sich. Von daher kann ich nicht sagen, dass es ein Tabuthema ist. Aber in der Gesellschaft ist es sicher ein Tabuthema .
	B / 191	Mein Bruder hingegen kann nicht so gut Verständnis aufbringen, wahrscheinlich weil er es nie erlebt hat. Jemand der immer kann, hat fast kein Verständnis dafür, dass jemand einmal nicht kann .
	C / 88	(Tabuthema?) Nein, für mich gar nicht. Ich rede da offen darüber . Das Umfeld weiss grösstenteils über die Erkrankung meiner Freundin Bescheid .
	C / 93	Das Personen sich halt oft unsicher sind, wie soll ich jetzt dieser Frau mit Depressionen begegnen . Dadurch können komische Situationen entstehen. Aber weil ich weiss, dass das passieren kann, da es schon öfters passiert ist, spreche ich es einfach von Anfang an an.
	C / 104	Es ist so, dass dann oft komische Blicke und Reaktionen kommen, wenn man darüber spricht und dann muss man halt einfach sofort das

		Gespräch suchen und aufklären. Dann ist das Thema nachher erledigt. Dann ist auch das Verständnis da, und man hat in dem Sinne den Personen die Augen geöffnet.
Unterstützung des Umfeldes <ul style="list-style-type: none"> • Gespräche • Ablenkung • Respekt • Ernstnehmen 	A / 217 A / 231 A / 342 A / 448 A / 454 B / 80	<p>Ja, die (Menschen für Gespräche) gibt es. Aber die sind eher selten.</p> <p>Doch, das gibt es schon. (Gespräche in der Familie)</p> <p>Also was mir sehr viel bringt, wenn ich wandern gehe, komme ich mit Personen ins Gespräch und das muss nicht über Depressionen sein, sondern gerne auch ein banales Thema. Das bringt mir viel. Weil mit meinem Mann kann ich nicht immer sprechen. Und ich möchte nicht immer nur über Depressionen reden. Und wenn er wieder mal nur jammert, kann ich ihm ja nicht immer sagen, du Armer. Da bin ich froh, wenn ich einfach rausgehen kann und mit Leuten reden, egal über was für Themen. Einfach das ich einmal über ein anderes Thema sprechen kann.</p> <p>Bei mir ist das (Bedürfnis nach Angehörigengruppe) nicht vorhanden. Einfach weil ich noch genügend Leute um mich um habe.</p> <p>Nein, ich spreche eher über Alltagsthemen. Über meinen Mann spreche ich eigentlich nicht.</p> <p>In dieser Phase hat er nur seine Kinder und seine Geschwister und Eltern vertragen. Die waren für uns auch eine wahnsinnig grosse Hilfe.</p>

	B / 115	Und vor allem auch die Geschwister. Sein Bruder hat sich viel gekümmert und mit meinem Mann etwas unternommen . Als er in seiner ersten Depressionen nicht rausgehen wollte, kam sein Bruder und ging mit ihm laufen.
	B / 207	Und in der ersten Depression wohnte unsere Tochter noch zu Hause und sie hat mich oft frisiert, damit es mir gut tut und wir haben, als mein Mann in der Klinik war, gemeinsam Mittaggeessen. Das war eine grosse Stütze .
	B / 218	Gerade war ich einige Tage mit Freundinnen unterwegs und darüber habe ich mich sehr gefreut. Zeit für mich .
	B / 279	Und die Menschen, reden, das Umfeld, rausgehen . Die Strategie einfach gehen zu können und abzugeben. Es ist für mich wie wenn jemand mit mir meine Last tragen würde . Das ist dasselbe, wenn ich mit meiner Schwester oder einer Freundin rede, das ist auch ein abgeben. Sobald man darüber spricht, kann man abgeben. Man übergibt zwar dem Anderen etwas, aber für mich selber wirkt es befreiend .
	C / 88	Ich rede da offen darüber . Das Umfeld weiss grösstenteils über die Erkrankung meiner Freundin Bescheid.
Professionelle Unterstützung		
Bekannte Unterstützungsangebote	A / 389	Vor allem externe Hilfe annehmen .
	A / 408	Was ich weiss, dass es Gruppentherapien gibt. Ich war zwar nie da .

	B / 366	Keine. Also es gäbe ganz sicher eine Selbsthilfegruppe.
	C / 221	Keines! Das Einzige was mir in den Sinn kommt, in die Therapie mitgehen und begleiten. Ansonsten ist mir alles völlig unbekannt. Keine Ahnung.
Gemeinsame Therapiebesuche	A / 284	Also am Anfang, als er so schlimm „zwäg“ war, hat der Psychiater öfters Therapien gemacht für mich und meinen Mann zusammen.
	A / 297	Ah, das (gemeinsame Therapiebesuche) war nicht schlecht. Ich würde sagen, das war recht gut. Es gab zwar am Anfang einige Auseinandersetzungen. Aber es war gut.
	B / 34	Wir haben sofort professionelle Hilfe in Anspruch genommen.
	B / 35	Und da kam uns schon Hilfe entgegen, aber vor allem medikamentöse Hilfe. Schon auch Gespräche, aber für mich waren diese oft nicht tief genug.
	B / 228	Paartherapie nicht. Aber ich war oft bei Therapien dabei. Vor allem in Phasen in denen es schlecht geht, wollte mein Mann oft, dass ich mitkomme und das hat der Psychotherapeut so respektiert. Ein anderer Psychotherapeut hat aber zu mir gesagt, dass ich nicht unbedingt mitkommen brauche.
	B / 234	Und was löst diese Angst aus, daran möchte ich gemeinsam arbeiten.
	B / 235	Aber wenn es meinem Mann schlecht geht, bin ich sehr froh, dass ich mitgehen kann, um aufzuzeigen, wie er wirkt. Während schlechten Phasen ist seine Wahrnehmung schlecht.

	B / 326 C / 130	Wir haben zwar mit dem Psychotherapeut gemeinsam Strategien überlegt , aber haben diese eigentlich nie ausgeführt . Bis jetzt bin ich ein einziges Mal dabei gewesen. Und der Regel besucht meine Partnerin die wöchentliche Therapie alleine. Es ist aber angebracht, dass ich wieder einmal mitgehe, vielleicht so alle 6 Monate. Bisher war ich nur einmal da.
Teilnahme Angehörigengruppe	A / 412 A / 421 A / 425 A / 436 A / 448 B / 366	Ich weiss es gar nicht, es hat mir eigentlich gar nie jemand gesagt , dass ich dorthin gehen könnte . Ich weiss eigentlich nicht, ich weiss auch keine Adresse oder so. Nein. Ich muss sagen, mir hat das nie jemand gesagt und ich habe mich auch nicht darum bemüht . Und ich hatte eigentlich gar nie das Bedürfnis mit anderen Menschen darüber zu sprechen . Weil wir eigentlich schon fanden, dass wir das in der Familie bereden können. Dieses Bedürfnis war bei mir eigentlich nie da . Bei mir ist das (Bedürfnis nach Angehörigengruppe) nicht vorhanden . Einfach weil ich noch genügend Leute um mich um habe. Wenn mir jemand raten würde eine solche Gruppe zu besuchen wäre mein erster Gedanke: Nein! Aber vielleicht ergibt sich das einmal, dass mir das auch gut tun würde. Denn ich bin überzeugt, dass das eine Hilfe sein könnte .

	B / 378	Und da war ja auch eine Angehörige, das war ein Austausch zwischen zwei Frauen, deren Mann depressiv ist. Aber es gibt sicher Institutionen. Vielleicht sollte man so etwas besuchen.
	B / 385	Ich habe bis jetzt nicht das Bedürfnis danach (Angehörigengruppe) gehabt. Nicht weil ich denke, ich schaffe es alleine, weil immer schaffe ich es ja auch nicht.
	C / 227	Also ich sage da sicher nicht kategorisch nein. So etwas kann man immer prüfen , da bin ich immer offen dafür. Da muss man dann halt nach vielleicht 3 Teilnahmen selber entscheiden, ist das was für mich oder nicht?
Erwartungen Angehörigengruppe	A / 430	Das kann ich Ihnen auch nicht sagen. Ich weiss es nicht.
	C / 230	Das kommt natürlich dann auch immer auf die Gruppenteilnehmer und die Gruppenleitung darauf an. Ich sage es jetzt sehr pointiert, aber wenn alles so sehr Schwarzmalter sind , die selber annähernd in einer Depression sind...
	C / 243	Natürlich gibt es Rahmenbedingungen , die stimmen müssten. Dazu gehören beispielsweise Ort und Zeitpunkt . Auch die grundsätzliche Umgebung muss stimmen.

Zufriedenheit mit Unterstützungsangebot	A / 297	Ah, das (gemeinsame Therapiebesuche) war nicht schlecht . Ich würde sagen, das war recht gut . Es gab zwar am Anfang einige Auseinandersetzungen. Aber es war gut .
	B / 36	Schon auch Gespräche , aber für mich waren diese oft nicht tief genug .
	B / 245	Aber ich bin nicht konstant in der Behandlung, aber mir hat der Psychotherapeut in vielen Situationen geholfen , wenn ich mitgegangen bin. Wenn es Situationen gab, mit denen ich nicht umgehen konnte, war ich immer offen und konnte Ratschläge annehmen, wie mein Mann und ich gemeinsam den Weg gehen könnten.
	B / 256	Die vielen Male, die ich mitgegangen bin, waren für mich wertvoll . Als ich aber immer mitgegangen bin, war es auch manchmal belastend für mich .
	B / 258	Aber in der akuten Phase ist es enorm wichtig für die Partnerschaft , dass der Partner mitgeht und auch aus seiner Sicht erzählt . Ein Psychiater sagte auch zu meinem Mann, dass er auch in euphorischen Momenten auf mich hören soll, da meine Wahrnehmung auch wahr ist und probieren Sie auf sie zu hören. Das war eine wichtige Stütze für mich .
	B / 358	Die Ursachen geht man meiner Meinung nach in der Psychotherapie zu wenig an . Aber vielleicht ist es für mich, die ansonsten seelisch gesund ist, einfach zu sagen, dass man das angehen sollte. Aber ich kann ja nicht einem Psychotherapeuten vorschreiben, wie er zu arbeiten hat.

	B / 397	(Genug Unterstützung?) Ich kann es Ihnen nicht sagen. Also von der Öffentlichkeit, dadurch dass er in einem sozialen Beruf arbeitet, glaube ich ja. Ob ich da mehr erwarte? Nein, ich erwarte nicht mehr.
	B / 406	In der akuten Phase hätte ich gerne engmaschigere Termine, und nicht nur alle 2-3 Wochen, aber die Therapeuten sind einfach überlastet.
	C / 136	Nichts Spannendes oder Spezielles. Ich persönlich halte nicht viel von Psychologen.
	C / 149	Nein, ich würde sagen, dass es (gemeinsamer Therapiebesuch) für mich nicht hilfreich war.
	C / 254	(Genug Unterstützung?) Nein! Ich bin der Auffassung, dass das nicht der Fall ist. Gut ich muss sagen, ich habe mich auch nicht darum gekümmert. Aber ich hab nie irgendetwas, weder von der Therapeutin meiner Partnerin, noch von meiner Partnerin selber gehört, dass es x, y oder z geben würde. Also von daher ist es vielleicht vom ganzen System einer Fehler, aus meiner Sicht, dass man nicht eine Broschüre oder einen Flyer abgibt: Für den Partner! Oder sogar den Patienten nach den Kontaktdaten des Partners fragt, weil der Patient selber sich möglicherweise schämt, Broschüren weiterzugeben. Ich weiss ja nicht, ob meine Partnerin mir etwas nicht abgegeben hat.
	C / 271	Ich glaube es fehlt auch an dieser intrinsischen Motivation eine solche Sitzung zu besuchen, auch wenn sie gratis ist. Und wenn man sie sogar noch bezahlen müssen...

Bewältigung

Zufriedenheit mit den Strategien	A / 173	... das gibt mir einfach einen Ausgleich und dann ist das für mich nicht so schlimm .
	A / 252	Er lässt mich machen . Ich kann gehen. Das tut gut .
	A / 362	Er sagt, dass ich jedes Mal wenn ich vom Wandern zurückkomme, sei ich total aufgestellt und fröhlich. Und er weiss, dass ich das einfach brauche.
	B / 117	Mir hat das einfach gut getan . Ich brauche sicher einmal ein Moment der Ruhe, aber immer Menschen um mich . Ich lebe mit Menschen. Und wenn ich nur mal kurz mit einer Freundin einen Kaffee trinken war.
	B / 287	Das (Singen) war ein wahnsinnig guter Ausgleich für mich, da konnte ich mich gut erholen .
	C / 149	Nein, ich würde sagen, dass es (gemeinsamer Therapiebesuch) für mich nicht hilfreich war .
	C / 185	Man hat sich diese Strategien zurecht gelegt und weil man diese ja selber überlegt hat, geht man davon aus, dass man das Richtige macht . Ob es denn wirklich die richtigen Strategien waren, das weiss man dann erst im Nachhinein, nach x Jahren. Ich würde sagen, ich persönlich beurteile meine Strategien jetzt als die Richtigen . Aber wenn man das jetzt von aussen objektiv betrachtet, kann das komplett anders sein. Ich bin soweit offen, dass wenn mir Jemand von aussen sagen würde „hey du verrennst dich da in etwas, probier doch mal den Weg x, y oder z.“ Dann

		kann ich das offen annehmen und prüfe es dann auch auf Vor- und Nachteile.
Offenheit für weitere Strategien	B / 366 C / 193	<p>Aber vielleicht ergibt sich das einmal, dass mir das auch gut tun würde. Denn ich bin überzeugt, dass das (Angehörigengruppe) eine Hilfe sein könnte.</p> <p>Aber ich denke man muss es einfach probieren, einen anderen Weg zu finden, ist halt schwierig. Im Berufsalltag heisst das, man wird betriebsblind. In jedem Prozess wird man irgendwann ein wenig blind. Für mich stimmt was ich mache, da es sich aus meiner Sicht bewährt hat. Aber der Mensch ist halt auch träge, faul und vergesslich und geht immer den Weg des geringsten Widerstandes.</p>

Legende der Codes:

A: Frau P., Partnerin

B: Frau L., Partnerin

C: Herr E., Partner