

1 Einleitung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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