

4 Depression aus Angehörigenperspektive

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

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

4.1 Das Konzept „Caregiver-Burden“ in der Angehörigenforschung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2 „Caregiver-Burden“ bei Partnern depressiver Patienten

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

4.2.1 Objektive Belastungen

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

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

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

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

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

4.2.2 Subjektive Belastungen

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

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

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

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

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

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

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

4.2.3 Auswirkungen auf die Gesundheit der Angehörigen

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

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

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

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

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

4.3 Belastungen bei Depression im Vergleich zu anderen psychiatrischen Krankheiten

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

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

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

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

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

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

4.4 Studien zum Bewältigungsverhalten von Partnern depressiver Patienten

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

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

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

Tab.2 Stage models of family response to mental illness

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

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

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

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

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

4.5 Zusammenfassung und Folgerungen für die Untersuchung

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

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

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

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

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