

## 10 Diskussion

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

## 10.1 Depression aus Partnerperspektive – Implikationen für die Praxis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

### 10.3 Folgerungen für die Rolle der Partner in der Depressionsbehandlung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **10.4 Angebote für Partner zwischen Angehörigenberatung und Paartherapie**

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

## Die Einschätzung paartherapeutischer Angebote

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

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

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

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

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

### **Themen von Entlastungsangeboten und ihre mögliche Umsetzung**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

### **10.5 Kritische Bilanz der methodischen Umsetzung der Untersuchung**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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