

Jeannette Bischkopf

Depression aus Angehörigenperspektive – Wie Partnerinnen und Partner die Krankheit erleben



Jeannette Bischkopf

Diplom-Psychologin, Dr. phil., wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Freien Universität Berlin und Lehrbeauftragte an der Fachhochschule Magdeburg-Stendal, psychotherapeutische Weiterbildungen bei Anna Auckenthaler (klientenzentrierter Ansatz), Eugene Gendlin (Focusing), Fe Reichelt (Tanztherapie) und Leslie Greenberg (emotionsfokussierter Ansatz)

Anschrift der Autorin:

Dr. Jeannette Bischkopf
Freie Universität Berlin
Fachbereich Erziehungswissenschaft
und Psychologie
Arbeitsbereich Klinische Psychologie
und Psychotherapie
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin
Tel.: 030 838-54672
Fax: 030 838-54945

Zusammenfassung

Ausgehend von Ergebnissen der Belastungs-Bewältigungs-Forschung wird in diesem Beitrag vor allem darauf eingegangen, wie Angehörige depressiver Klienten die Depression wahrnehmen und interpretieren und welche subjektiven Belastungen sie erleben. Die vorherrschenden quantitativen Forschungsstrategien erfassen jedoch die Bedeutungen nur unzulänglich, die den Handlungen und Bewältigungsstrategien der Angehörigen zugrunde liegen. Mithilfe qualitativer Ansätze können die Auswirkungen einer Depression auf die Familienangehörigen prozessorientiert betrachtet werden. Forschungsergebnisse aus beiden Ansätzen bezüglich subjektiver Belastungen werden referiert, Schlussfolgerungen für eine gegenstandsangemessenere Forschung gezogen und mit dem Wissenschaftsverständnis von Carl Rogers in Beziehung gebracht.

Abstract

In this article an overview is given on the situation of families of depressed clients as it is experienced by them. Special reference is made to concepts and research findings in the framework of studies on caregiver-burdens. The current paper focuses on how relatives view and interpret depression symptoms and what subjective burdens they experience. However, the prevailing quantitative research strategies within caregiver-burdens research only poorly capture the subjective meanings that lie behind the relatives' coping and action strategies. Using qualitative research, a process-oriented view of the impact of depression on the family can be adopted. Empirical findings using both of these approaches are given, discussed in light of appropriate research strategies and compared to Carl Rogers' understanding of a "science of the person".

Key words: depression, spouse, burden, qualitative

Einleitung

Die Depression eines Angehörigen stellt nicht nur ein kritisches Lebensereignis (Filipp, 1995) für den Betroffenen selbst, sondern auch für seine Familie dar. Das Leben mit einem Menschen in Krisen und psychischen Ausnahme-situationen kann als besonderer Erfahrungsbereich angesehen werden. Betrachtet man die Situation der Angehörigen depressiver Klienten sind folgende Fragen interessant: Was bedeutet es für die Familien, wenn ein Familienmitglied depressiv ist? Wie ordnen sie das von ihnen Erlebte ein? Was hilft

ihnen dabei? Wo finden sie Informationen, Unterstützung und Hilfe? Welchen Einfluss hat die Depression 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? Welche Rolle spielt das professionelle Hilfesystem für die Angehörigen?

Das Konzept „Caregiver-Burden“ in der Angehörigenforschung

Seit Mitte der 50er 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, diese Bezeichnung setzte sich jedoch bis heute nicht durch. Das mag an der Operationalisierung und Ausgestaltung des Konzeptes „burden“ liegen, wie es Anfang der 60er Jahre in die wissenschaftliche Landschaft eingeführt 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. Dies wurde zumeist mit einfachen Rating-Skalen erfasst, was der Komplexität der Situation und den Ambivalenzen und Widersprüchen, die Angehörige erleben, nicht gerecht werden konnte.

Soziologische Aspekte von Belastung sind bisher weitgehend ausgeblendet worden. Belastung, Bewältigung und Stress wurden vorwiegend als indivi-

duumzentrierte 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“ (Faltermaier, 1988, S. 57).

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. Da auch in diesem Modell die Bewertungen im Mittelpunkt stehen, soll im Folgenden vorrangig auf die Erkenntnisse zu subjektiven Belastungen und Bewertungsprozessen eingegangen werden.

Empirische Ergebnisse zu subjektiven Belastungen von Angehörigen

Ausgehend vom Konzept der subjektiven Belastungen interessierte vor allem, wie die Angehörigen die Situation kognitiv-emotional bewerten und erfahren. Gefühle des Verlustes, der Schuld und der Trauer, die sie im Zu-

sammenhang mit der Depression des Partners erlebten, gaben ca. die Hälfte der Befragten an (Fadden et al., 1987). Diese emotionalen Reaktionen waren in dieser Untersuchung 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 den häufigsten subjektiven Reaktionen auf die veränderte Situation. Sie spiegeln einerseits die unter Umständen parallel bestehenden Kommunikations- und Partnerschaftsstörungen wider. Andererseits fühlen sich viele Partner so überfordert, dass sie die Situation am liebsten verlassen würden. In der Untersuchung von Fadden et al. (1987) gaben dies ca. die Hälfte der Befragten an, wobei auch hier Frauen deutlich subjektiv belasteter waren als Männer. Trennungphantasien sind demnach vorrangig als Fluchtversuch aus einer ausweglos erlebten Situation zu sehen. Gleichzeitig sind sie mit Schuldgefühlen und mit Ärger dem Kranken gegenüber sowie mit Angstgefühlen verbunden, den kranken Angehörigen allein zu lassen.

Werden die Aussagen von Partnern depressiver Patientinnen mit denen von Partnern von Patientinnen mit Alkoholproblemen verglichen, so beschreiben sich erstere als resignierter bezüglich ihrer familiären Situation. Sie hatten weniger Hoffnung auf eine positive Veränderung als die Partner von Patientinnen mit Alkoholproblemen (Lutz, Appelt & Cohen, 1980). Angehörige, vor allem Partner depressiver Patientinnen empfinden demnach häufig Gefühle der Hoffnungslosigkeit, Resignation und Demoralisierung. Dies kann dazu führen, dass die Angehörigen ihrerseits depressiv reagieren. Das ist besonders dann der Fall, wenn die Hoffnungslosigkeit über einen längeren Zeitraum besteht und mit Gefühlen der eigenen Unzulänglichkeit darüber, dass man

dem kranken Partner nicht helfen kann, verbunden ist. Gefühle der Schuld bzw. des gleichzeitig bestehenden Ärgers über den depressiven Partner und die ausweglos erscheinende Situation sind häufig bei Partnern depressiver Klienten. Diese enge Verwobenheit von Ärger, Schuld und Trauer kann sich z.B. in Klagen und Reizbarkeit äußern (Greenberg & Johnson, 1988).

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.

Über subjektive Belastungen wurde neben der systematischen Betrachtung aus der Forschungsperspektive in der Ratgeberliteratur, in Selbstberichten und in klinischen Fallstudien berichtet (Golant & Golant, 1996; Rosen & Amador, 1998; Woggon, 2002). Das Spektrum emotionaler Reaktionen von Angehörigen depressiver Klienten, v.a. von ihren Partnern lässt sich folgendermaßen skizzieren:

„When someone you love is depressed...

- ... you feel lost, afraid, confused.
- ... you long for the person who was.
- ... you don't recognize who he or she has become.
- ... you feel shut out.
- ... you feel angry and frustrated.
- ... you feel drained.
- ... you are desperate for a way to connect.
- ... you feel guilty and alone.
- ... you will do anything to help.“

(Golant & Golant, 1996, p. 3)

Oft jedoch wenden sich die Angehörigen ihren eigenen Wünschen und

Reaktionen nicht zu und stellen ihre Bedürfnisse zurück. Diese Erfahrung spiegelt sich in der Beschreibung von Rosen und Amador (1999), die in einer paartherapeutischen Praxis mit Paaren mit einem depressiven Angehörigen arbeiten.

„Als wir ihn fragten, wie die Depression seiner Frau ihn beeinträchtigt, zögerte er einen Augenblick und sagte dann: ‚Ich denke nur insofern, als ich mir Sorgen über ihren Zustand mache.‘ Aber als er aufgefordert wurde, genauer über seine Reaktionen auf ihre Depression nachzudenken, gestand er sich schließlich ein, daß er sich einsam fühlte und Angst hatte“ (Rosen & Amador, 1999, S. 14).

Die Schwierigkeiten, sich seinem eigenen Erleben zuzuwenden, können schwerlich in Fragebögen und vorgegebenen Konzepten erfaßt werden. Um die verschiedenen Reaktionen und Bedeutungen zu verstehen, die Angehörige ihrer Situation, ihrem Erleben, der Depression usw. geben, ist es notwendig, offenere Formen und eine Vielfalt von Perspektiven zu nutzen.

Empirische Ergebnisse zu Bewältigungsprozessen

Über den Umgang der Partner mit der veränderten Lebenssituation ist relativ wenig bekannt. In der Untersuchung von Fadden et al. (1987) dominierte unter den befragten Partnern depressiver Patienten ein problemorientierter, kognitiver Copingstil. Das bedeutet, die Partner versuchen vor allem, Informationen über die Krankheit zu bekommen und die Situation zu kontrollieren. Die Depression des Angehörigen wird häufig als Kontrollverlust erlebt, sie ist oft unerwartet und scheint schwer beeinflussbar. Zudem erschweren einige typische Symptome wie Stimmungsschwankungen und Reizbarkeit die Vorhersagbarkeit von Verhalten und Ereignissen. Partner müssen Termine absagen, weil der depressive Partner sich nicht wohl fühlt. Oder: Der depressive Partner lehnt Dinge ab, die er zuvor mochte bzw. wirkt wesensverändert. Die Angehörigen

können seine Reaktionen nicht mehr verstehen, weil sie aus dem Muster des Gewohnten herausfallen. Häufig suchen sie daher alternative Erklärungen, bevor überhaupt die Diagnose einer Depression in Erwägung gezogen werden kann bzw. durch Ärzte, Psychologen oder Freunde ins System eingebracht wird (Wittmund, Bischkopf & Angermeyer, 2001). Zieht sich beispielsweise der depressive Partner zurück, wird einsilbig und schweigsam, dann befürchten viele Angehörige zunächst eher eine Beziehungskrise als eine Krankheit. Erst wenn sich die Anzeichen für eine „Krankheit“ verdichten, z.B. durch eine externe Diagnose, werden zuvor schwer verständliche Verhaltensweisen als „depressiv“ eingeordnet.

Bewältigungsprozesse sind beeinflusst davon, wie Partner die Krankheit und ihre Beziehung zum Erkrankten einschätzen. Für die Partner bipolarer Patienten erleichterte die zeitliche Begrenztheit der einzelnen Phasen die Bewältigung im Vergleich zu Partnern unipolar depressiver Patienten (Fadden et al., 1987). Diese nahmen den Krankheitsprozess überwiegend schleichend und chronifiziert wahr, d.h. der depressive Patient kehrte in ihren Augen zumeist nicht zum erlebten Ausgangsniveau zurück. Dies kann man in Zusammenhang zur Demoralisierung und Hoffnungslosigkeit bringen, die die Partner der depressiven Patienten häufig erleben.

In der Studie von Spangenberg & Theron (1999) wurde der Zusammenhang zwischen Bewältigungsstrategie und seelischer Gesundheit der Partner sowie deren Ehezufriedenheit untersucht. Zeigten Partner depressiver Patienten Vermeidungsverhalten, so erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit, dass sie selbst mit Angst und Depression reagierten und ihre Ehequalität als gering einstufen. Dysfunktionale Bewältigungsstrategien der Partner depressiver Patienten hatten einen negativen Einfluss auf die Kommunikation mit ihrem erkrankten Angehörigen (Bodenmann, Perez & Gottman, 1996) und korrelierten negativ mit der Ehestabilität (Bodenmann & China, 1999).

Tabelle 1: Stage models of family response to mental illness

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

Das Bewältigungsverhalten der Partner ist unabhängig von Veränderungen in der depressiven Symptomatik des erkrankten Angehörigen (Krantz & Moos, 1987). Partner depressiver Patienten nutzen ihre im Umgang mit der Depression entwickelte Bewältigungsstrategie auch dann weiter, wenn sich das Symptombild des depressiven Angehörigen bessert. Das bedeutet, dass Partner unter Umständen auch dann noch Vermeidungsverhalten oder dysfunktionale Kommunikationsformen zeigen, wenn die Depression des Angehörigen klinisch betrachtet vorüber ist. So waren die Werte für Stress, Coping und Depression in einer Vergleichsuntersuchung bei Partnern depressiver Patienten 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). 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 1 zusammengefasst.

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. In Phase eins versuchen die Angehörigen die Krankheit zu erkennen. Sie informieren sich, um die Depression zu verstehen. Diese Lernphase ist begleitet vom Hoffen auf Besserung der Symptome und der Zuversicht, eine erfolgreiche Anpassung an die veränderte Lebenssituation zu bewältigen.

Im zweiten Schritt revidieren die Angehörigen ihre häufig überhöhten Hoffnungen und Erwartungen, da sie eigene Grenzen im Umgang mit der Situation, aber auch Grenzen der Behandlung erfahren. So 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 dritten Schritt versuchen die Angehörigen, die Eigenverantwortung des Patienten zu sehen, ihre eigene Verantwortung und die Grenzen dieser Verantwortung anzuerkennen. Diese Phase ist meist von Ambivalenz und Spannungen gekennzeichnet, da die Grenzen der Verantwortung mit dem Patienten ausgehandelt werden müssen.

In der vierten Phase bilanzieren die Angehörigen die Auswirkungen der Veränderungen auf die eigene Lebensgestaltung und unterziehen ihr Leben ggf. einer Neuordnung. Die Frage ist, wie sie mit der Situation hilfreich umgehen können, ohne die Grenzen der eigenen Belastbarkeit zu überschreiten und die eigenen Lebensziele zu verleugnen.

Kern dieser Analyse von Karp & Watts-Roy (1999) war folglich die Auseinandersetzung mit Verantwortung und die Definition von Grenzen. Wie erfolgreich diese Auseinandersetzung gelöst wird, bestimmt letztlich, wie Angehörige die Situation kognitiv-emotional verarbeiten und in den konkreten Alltagssituationen, aber auch im Hinblick auf ihren Lebensplan handeln.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Im Rahmen der Belastungs-Bewältigungs-Forschung wurden vielfältige Probleme beschrieben, die aus der Depression eines Familienmitgliedes für die Familie entstehen können. Die Orientierung auf „Belastung“ und „Bewältigung“ hat jedoch zu einer eingengten Betrachtung der tatsächlichen Lebensrealität der Betroffenen geführt, was sich vor allem in der verkürzten Beschreibung des subjektiven Erlebens der Angehörigen zeigt. Auffallend ist, dass die Sinndimensionen weitgehend vernachlässigt werden, d.h. die Bedeutungen und Wirklichkeitskonstruktionen der Akteure selbst. Wenig bekannt ist weiterhin darüber, was die Depression für die Angehörigen bedeutet und wie sie die Krankheit erleben. Hierfür müsste zu-

nächst auch besser verstanden werden, was Angehörige als depressiv wahrnehmen und bezeichnen (vgl. Wittmund, Bischoff, Angermeyer, 2001).

Zurecht wird immer wieder die Theorie-Praxis-Kluft beklagt, die sich in einem – wenn auch empirisch begründeten – engen Fokus der meisten referierten Untersuchungen zeigt. Um die Lebensrealität der Betroffenen besser verstehen zu können, müsste man ihnen zunächst zuhören und offen sein für ihre Lebens- und Alltagsgeschichten (vgl. Bischoff, Wittmund, Angermeyer, 2002). Wie diese Ansätze zeigen, gehen die Ergebnisse über ein schematisches Denken in „Belastungen“ hinaus; vielmehr schließen sie Entscheidungsprozesse, Trauerprozesse, Anpassungsprozesse und Aushandlungsprozesse ein. Solche Prozesse können auf die jeweiligen krankheits- und paarspezifischen Situationen angewendet werden und individuell ausgeformt sein. Selbst wenn man nur die Lage und Perspektive der Angehörigen betrachtet, ergibt sich bereits ein komplexes und häufig widersprüchliches und ambivalentes Geschehen. Da die Perspektive der Angehörigen so oft vernachlässigt wird und sie sich selbst auch oft in die zweite Reihe platzieren, scheint es dringend erforderlich, ihnen eine Stimme zu geben bzw. dieser Gehör zu verschaffen.

Erst in einem zweiten Schritt ist es sinnvoll, das Erleben und Verhalten der Angehörigen und jenes der Erkrankten aufeinander zu beziehen und ihre Wechselseitigkeit zu erforschen. Konzepte wie „Dyadisches Coping“ (Bodenmann, 1999) könnten dann hilfreich für ein umfassenderes Verständnis der Bewältigungsformen in der Familie sein. In der Bewältigungsforschung sind jedoch weiterhin die Möglichkeiten und Ressourcen zu wenig beachtet, die von den Betroffenen selbst genutzt werden, ohne diese vorschnell zu kategorisieren.

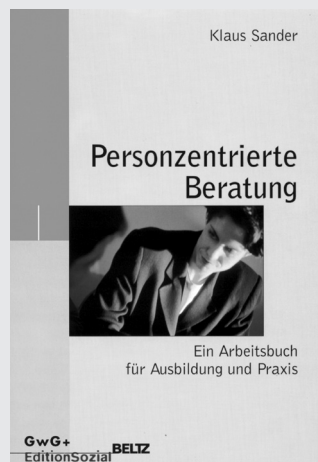
Eine offene und interessierte Herangehensweise sowohl in der Forschung als auch in der Praxis sind Voraussetzung, um besser verstehen zu können, was die Depression eines Familienmitgliedes für die Angehörigen bedeutet.

Solch eine „science of the person“ (Rogers, 1964) würde Lebenswelten und deren Konstruktion zum Gegenstand haben, nämlich „... a naturalistic, empathic, sensitive observation of the world of inner meanings as they exist in the individual. The whole range and scope of the human situation as it exists in each individual is thus opened for consideration“ (Rogers, 1964, S. 130). Dies könnte zu einem weitaus komplexeren Verständnis von Depression führen und zu Ergebnissen mit „ökologischer Validität“ bzw. Lebensnähe. Erst wenn man sich der Lebenswelt der Angehörigen zuwendet, kann man ihnen Unterstützung tatsächlich „personzentriert“ bzw. „nutzerorientiert“ anbieten.

Literatur

- Badger, T. A. (1996). Family members' experiences living with members with depression. *Western Journal of Nursing Research*, 18, 149–171.
- Bischoff, J., Wittmund, B. & Angermeyer, M. C. (2002). Alltag mit der Depression des Partners. *Psychotherapeut*, 42, 11–15.
- Bodenmann, G. & China, A. (1999). Der Einfluss von Stress, individueller Belastungsbewältigung und dyadischem Coping auf die Partnerschaftsstabilität: Eine 4-Jahres-Längsschnittstudie. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 28, 130–139.
- Bodenmann, G., Perrez, M. & Gottman, J. M. (1996). Die Bedeutung des intrapsychischen Copings für die dyadische Interaktion unter Streß. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 25, 1–13.
- Coyne, J. C. & Gottlieb, B. H. (1996). The mis-measure of coping by checklist. *Journal of Personality*, 64, 959–991.
- Fadden, G., Bebbington, P. & Kuipers, L. (1987). Caring and its burdens. A study of the spouses of depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 151, 660–667.
- Faltermeier, T. (1988). Notwendigkeit einer sozialwissenschaftlichen Belastungskonzeption. In L. Brüderl (Hrsg.). *Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung* (S. 46–62). Weinheim: Juventa.
- Filipp, S.-H. (Hrsg.). (1995). *Kritische Lebensereignisse*. Weinheim: Beltz, PVU.
- Golant, M. & Golant, S. (1996). *What to do when someone you love is depressed. A practical, compassionate, and helpful guide*. New York: Henry Holt.
- Greenberg, L. S. & Johnson, S. M. (1988). *Emotionally Focused Therapy for Couples*. New York, London: Guilford Press.
- Gubman, G. D. & Tessler, R. C. (1987). The impact of mental illness on families. *Journal of*

- Family Issues, 8, 226–245.
- Hoening, J. & Hamilton, M. W. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *International Journal of Social Psychiatry*, 12, 165–176.
- Jungbauer, J., Bischkopf, J. & Angermeyer, M. C. (2001). Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker: Entwicklungslinien, Konzepte und Ergebnisse der Forschung. *Psychiatrische Praxis*, 28, 105–114.
- Karp, D. A. & Watts-Roy, D. (1999). Bearing responsibility: how caregivers to the mentally ill assess their obligations. *Health*, 3, 469–491.
- Krantz, S. E. & Moos, R. H. (1987). Functioning and life context among spouses of remitted and nonremitted depressed patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (3), 353–360.
- Lazarus, R. S. (1985). The psychology of stress and coping. *Issues in Mental Health Nursing*, 7, 399–418.
- Lazarus, R. S. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, 55, 665–673.
- Lutz, M., Appelt, H. & Cohen, R. (1980). Belastungsfaktoren in den Familien alkoholkranker und depressiver Frauen aus der Sicht der Ehemänner. *Social Psychiatry*, 15, 137–144.
- Mitchell, R. E., Cronkite, R. C. & Moos, R. H. (1983). Stress, coping, and depression among married couples. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 433–448.
- Möller-Leimkühler, A. M. (1999). Sozialer Status und Geschlecht. *Nervenarzt*, 70, 970–980.
- Raymond, M. E., Slaby, A. E. & Lieb, J. (1975). Familial response to mental illness. *Social Casework*, 492–498.
- Rogers, C. R. (1964). Toward a Science of the Person. In T. W. Wann (Ed.), *Behaviorism and Phenomenology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rosen, L. E. & Amador, X. F. (1999). Wenn der Mensch, den du liebst, depressiv ist. 2. Aufl. Bern, München, Wien: Scherz-Verlag.
- Spangenberg, J. J. & Theron, J. C. (1999). Stress and coping strategies in spouses of depressed patients. *Journal of Psychology*, 133, 253–262.
- Targum, S. D., Dibble, E. D., Davenport, Y. B. & Gershon, E. S. (1981). The Family Attitudes Questionnaire. Patients' and spouses' views of bipolar illness. *Archives of General Psychiatry*, 38, 562–568.
- Wittmund, B., Bischkopf, J. & Angermeyer, M. C. (2001). Wie nehmen Lebenspartner depressiver Patienten die Krankheit wahr und welche Informationen brauchen sie? *Das Gesundheitswesen*, 63, 536–541.
- Woggon, B. (2002). „Ich kann nicht wollen“ – Berichte depressiver Patienten. Bern: Huber.
- Yarrow, M. R., Clausen, J. A. & Robbins, P. R. (1955). The Social Meaning of Mental Illness. *Journal of Social Issues*, 11, 40–41.



Klaus Sander Personzentrierte Beratung

Ein Arbeitsbuch für
Ausbildung und Praxis

Berater und Beraterinnen, die sich tagtäglich mit Menschen in belastenden Lebenssituationen beschäftigen, sollten einen wirksamen Ansatz für ihre Beratungsarbeit kennen und anwenden. Die auf Carl Rogers zurückgehende personzentrierte Beratung stellt ein Vorgehenskonzept dar, in dem besonders Haltungen wie empathisches Verstehen, Wertschätzung und Anteilnahme eine große Rolle spielen.

Ausgehend von einem Ausbildungsprojekt und vielen kasuistisch aufbereiteten Fallbeispielen erfährt der Leser und die Leserin die spezifische Bedeutung dieses Ansatzes. In zahlreichen Übungsangeboten werden produktive und unproduktive Beratungs- und Beziehungsverläufe gegenübergestellt und diskutiert. Dadurch ergeben sich für Berater und Beraterinnen in der Ausbildung und in der Praxis eine Fundgrube von Anregungen, Hinweisen und Anleitungen für eine effektive Beratungsarbeit.

„Sanders Darstellung ist gut lesbar, alltagsnah und auch erfrischend untherapeutisch. Nach der Theorie werden Protokolle von Beratungsprozessen zu den unterschiedlichen Lebensthemen vorgestellt und diskutiert. ... Gerade diese realitätsbezogene Darstellung kann die Lernenden zum Weitermachen ermutigen, auch wenn sich anfänglich Schwierigkeiten auftun.“ *Nando Belardi*

1999, 256 Seiten, broschiert, 19,90 €
ISBN 3-926842-25-3

Der Autor

Klaus Sander, Jg. 1940, Prof. Dr. phil., Diplompsychologe, ist Professor für Klinische Psychologie und Beratungspsychologie am Fachbereich Sozialpädagogik der Fachhochschule Düsseldorf.

