

Jeannette
Bischkopf

Angehörigenberatung bei Depression

PERSONZENTRIERT



 reinhardt

 reinhardt

Personzentrierte Beratung & Therapie; Band 3



Herausgegeben von der Gesellschaft für
wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V., Köln

Jeannette Bischkopf

Angehörigenberatung bei Depression

Ernst Reinhardt Verlag München Basel

Jeannette Bischoff, Dipl.-Psych., Dr. phil., wissenschaftliche Mitarbeiterin im Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie der Freien Universität Berlin und Lehrbeauftragte im Studiengang Rehabilitationspsychologie der Fachhochschule Magdeburg-Stendal; Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Depression, Gesprächspsychotherapie, Veränderungsprozesse in der Psychotherapie; praktische Tätigkeit in der Akutpsychiatrie

Covergestaltung unter Verwendung eines Werkes von Lioba Hartmann, München

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

ISBN 3-497-01759-0

ISSN 1860-5486

© 2005 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in Germany

Reihenkonzeption Umschlag: Oliver Linke, Augsburg

Satz: KompetenzCenter, Mönchengladbach

Druck und Bindung: Friedrich Pustet, Regensburg

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639 München

Net: www.reinhardt-verlag.de Mail: info@reinhardt-verlag.de

Inhalt

Vorwort	7
1 Eine kurze Einführung in das Krankheitsbild Depression ...	9
1.1 Die klinische Definition von Depression: Probleme der Diagnostik	9
1.2 Das klinische Bild einer Depression: Symptome und Verlauf	13
1.3 Wie häufig sind Depressionen und wer erkrankt wann? – Epidemiologie und Risikofaktoren	17
1.4 Ursachen und Behandlung von Depression	20
1.5 Schlussfolgerungen für die Angehörigenberatung	23
2 Wie Angehörige die Krankheit Depression wahrnehmen	25
2.1 Depression als Partnerschaftskrise	26
2.2 Depression als Ausdruck von Stress	27
2.3 Depression als Lebenskrise	28
2.4 Depression als Krankheit oder Krankheitsfolge	29
2.5 Schlussfolgerungen für die Angehörigenberatung	31
3 Wie die Partnerschaft die Depression beeinflusst	35
3.1 Beziehungsqualität, Beziehungsstabilität und Interaktion	35
3.2 Wenn auch Angehörige psychisch krank sind	42
3.3 Schlussfolgerungen für die Angehörigenberatung	43
4 Wie die Depression die Partnerschaft beeinflusst	45
4.1 Auswirkungen von Depression auf das Familienleben	45

4.2	Auswirkungen auf die partnerschaftliche Beziehung	53
4.3	Schlussfolgerungen für die Angehörigenberatung	58
5	Welche Auswirkungen die Depression auf die Angehörigen hat	60
5.1	Exkurs: Das Konzept „Caregiver-Burden“ in der Angehörigenforschung	61
5.2	Was Angehörige als Belastung erleben	63
5.3	Wie Angehörige die Situation erleben – Einblicke in ein Gefühlschaos	66
5.4	Auswirkungen auf die Gesundheit der Angehörigen	69
5.5	Belastungen bei Depression im Vergleich zu anderen psychiatrischen Krankheiten	72
5.6	Was Familienangehörige zu ihrer Entlastung tun	73
5.7	Schlussfolgerungen für die Angehörigenberatung	75
6	Wie Angehörige mit der Depression umgehen	78
6.1	Schritte auf dem Weg zu einem hilfreichen Umgang mit Depressionen in der Familie	78
6.2	Krankheitsbewältigung aus Partnerperspektive	82
6.3	Was einen hilfreichen Umgang mit Depression schwierig macht	86
6.4	Schlussfolgerungen für die Angehörigenberatung	89
7	Was man in helfenden Berufen für Angehörige tun kann: Zusammenfassung und Ausblick	91
7.1	Paartherapie und Paarberatung	91
7.2	Psychoedukation und Selbsthilfe für Angehörige depressiver Patienten	93
7.3	Themen von Entlastungsangeboten	95
	Literatur	99
	Sachregister	110

Vorwort

*Ich denke, wir müssen viel und aufmerksam
zuhören, dann werden wir allmählich immer
vorsichtiger antworten und immer besser.*

Rainer Maria Rilke

Die Auswirkungen von Depressionen auf den familiären und partnerschaftlichen Alltag sind gravierend. Studien zufolge ist das Familienleben in den Familien mit einem depressiven Angehörigen stärker beeinträchtigt als in Familien von Patienten, die an Alkoholabhängigkeit, Schizophrenie, bipolaren Störungen, Angststörungen oder Anpassungsstörungen leiden. Depression hat nach Ansicht sowohl der Patienten als auch ihrer Partner einen stärkeren Einfluss auf das eheliche Zusammenleben als z.B. Rheuma oder eine Herzerkrankung (Bischkopf et al. 2002; Bouras et al. 1986; Crowther 1985; Miller et al. 1986). Wenig bekannt ist jedoch, wie der Alltag von den Beteiligten gemeinsam gestaltet wird und welche Unterstützung die Familien benötigen.

Anliegen des Buches ist es, einen Überblick über die Lebenssituation der Familien von depressiven Klienten zu geben. Im Mittelpunkt werden dabei diejenigen stehen, die diesen Alltag am häufigsten mit den depressiven Klienten gemeinsam gestalten – ihre Ehe- und Lebenspartner. Wie nehmen Partner von depressiven Klienten die Krankheit wahr und welchen Einfluss hat die Depression auf ihre Lebens- und Beziehungsgestaltung? Was sind hilfreiche Formen des Umgangs und wie können sie erkannt und unterstützt werden?

Das Buch bietet eine Einführung in die Sichtweise, das Erleben, die Bedürfnisse und die Bewältigungsstrategien der Angehörigen von depressiven Klienten und darauf aufbauende Anregungen für die Angehörigenberatung. Es basiert größtenteils auf Ergebnissen der Angehörigen- und Paarforschung und auf meinen eigenen Erfahrungen in der klinischen Praxis.

Ich habe das Buch in sieben Kapitel gegliedert. Es zeigt, was eine Depression kennzeichnet, wie Angehörige sie wahrnehmen, welche spezifischen Risiken Partner von depressiven Patienten haben, welche Belastungen Angehörige erleben und wie sie mit ihnen umgehen. Schließlich endet jedes Kapitel mit Schlussfolgerungen für die Angehörigenberatung. Hier werden Reflexionsfragen für Beraterinnen und Berater formuliert, die so

ihre Wahrnehmung schulen und ihre Sensibilität für bestimmte Themen fördern können. Im letzten Kapitel wird eine Übersicht über vorhandene Angebote für Angehörige gegeben und dabei kurz auf die Paartherapie und Paarberatung eingegangen. Hinweise zum Weiterlesen und eine Reihe von Beispielen aus veröffentlichten Erfahrungsberichten können direkt in die Beratungsarbeit einfließen. Ich hoffe, dass Menschen in helfenden Berufen eine Vielzahl von Anregungen für einen verstehenden Umgang mit den Angehörigen depressiver Klienten finden werden.

Obwohl es zu viele Menschen sind, die mein Interesse an dem Thema „Angehörige und Depression“ in den letzten Jahren begleitet haben, möchte ich doch den Versuch unternehmen, wenigstens einige von Ihnen zu nennen. Ganz besonders danke ich Prof. Dr. Matthias Angermeyer und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Projekts „Gesundheitliche und ökonomische Belastungen von Familien mit psychisch kranken Angehörigen“ an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig, mit denen ich von 1998 bis 2002 zusammengearbeitet habe. Frau Prof. Dr. Anna Auckenthaler von der Freien Universität Berlin danke ich von Herzen, dass sie mein Interesse an der Gesprächspsychotherapie geweckt und seither meine wissenschaftlichen Arbeiten begleitet hat. Leslie Greenberg, Yvonne Bohr und David Rennie, Professoren an der York University in Toronto (Kanada) und James Maddux, Professor an der George Mason University in Washington, D. C. (USA) danke ich für viele anregende Gespräche und das wohlwollende Interesse an meinen Projekten und die Ermutigungen. Frau Sylvia Rasch-Owald von der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) und der Lektorin des Ernst Reinhardt Verlages, Frau Landersdorfer, danke ich herzlich für alle Hinweise zum Schreiben. Schließlich möchte ich allen danken, von denen ich lernen konnte und die durch ihr Wissen, ihre Erfahrungen, ihre Neugier, ihre Anteilnahme oder ihr Interesse zur Entstehung dieses Buches beigetragen haben: Dr. Christian Stiglmayr, Dr. Astrid Sonntag, Dipl.-Psych. Sabine Wolff, Prof. Dr. Mark Helle, alle Studierenden und Klienten/-innen, mit denen ich gearbeitet habe, meine Familie und meine Freunde.

Berlin, Januar 2005

Jeannette Bischkopf

Eine kurze Einführung in das Krankheitsbild Depression

Wenn die Angehörigen depressiver Patienten mehr über die Krankheit wissen wollen, werden sie u.a. folgende Fragen interessieren: Wie wird das, was sie erleben, im klinischen Kontext eingeordnet? Woher kommt die Krankheit? Wie kann sie behandelt werden? Ist sie heilbar? Wird sie wieder auftreten? Wie lange wird sie dauern? Kann sie sich verschlimmern? Wird der Partner oder die Partnerin wieder arbeitsfähig sein? Wo finden wir Unterstützung? Wie können wir vorbeugen?

Diese und ähnliche Fragen werden in der klinischen Praxis von Angehörigen gestellt und es ist zu vermuten und zu hoffen, dass sie darauf Antworten erhalten, die dem heutigen Wissensstand zu diesem Thema entsprechen. Wenn Partner sich über das Krankheitsbild ihres depressiven Angehörigen informieren wollen, finden sie häufig eine Vielzahl von unterschiedlichen Begriffen, Theorien und Therapiemöglichkeiten. Das Kapitel zeigt die wichtigsten Erkenntnisse zur Häufigkeit, zu Symptomen und zum Verlauf von Depressionen auf und dient der ersten Orientierung.

1.1 Die klinische Definition von Depression: Probleme der Diagnostik

Vor ca. 15 Jahren wurde eine neue Depressionsdefinition in die klinische Praxis eingeführt. In der früheren ICD-9 war eine endogene von einer neurotischen und reaktiven Depression unterschieden worden. Vielen Praktikern sind diese Begriffe noch sehr geläufig und oftmals denken sie noch in diesen Kategorien. Neurotische und reaktive Depressionen wurden – vereinfacht ausgedrückt – eher lebensgeschichtlich und situativ, endogene Depressionen hingegen eher biologisch erklärt. Folglich hat man versucht, neurotische und reaktive Depressionen eher psychotherapeutisch und endogene Depressionen eher pharmakologisch zu behandeln. Diese Trennung ließ sich aber aus mehreren Gründen nicht aufrechterhalten. Es gibt viele Mischformen und letztlich spielen bei allen psychischen Problemen sowohl biologische als auch lebensgeschichtliche und situative Faktoren eine Rolle. Entscheidend für ein Abrücken von der „neurotisch-reaktiv-endogen“-Klassifikation war auch die Erkenntnis, dass man beide Depres-

sionsformen sowohl mit Medikamenten als auch mit Psychotherapie beeinflussen kann und am besten mit einer Kombination von beidem (Hautzinger 1998). Wenn aber jede Depression sowohl lebensgeschichtliche als auch biologische Ursachen hat und sowohl psychotherapeutisch als auch medikamentös behandelt wird, dann wird eine Trennung in diese Formen hinfällig. Leider halten an ihr immer noch traditionsbewusste Praktiker fest. Wir konnten bei der Untersuchung von Ratgebern für Patienten und Angehörige feststellen, dass die „alten“ Begriffe auch in den neuesten Auflagen immer noch verwendet werden (Mattuschka 2004).

Die heutige aktuelle Depressionsdiagnostik orientiert sich an dem, was sichtbar ist, nicht an möglichen Ursachen. Man sieht sich quasi an, was über dem Erdboden gedeiht – ohne Rücksicht auf das Wurzelwerk. Diese sichtbaren Merkmale beziehen sich auf:

- den Verlauf der Depression (Episode, rezidivierend und anhaltend),
- auf Schweregrade (leicht, mittel, schwer) und
- auf das Vorliegen zusätzlicher Unterscheidungskriterien (psychotische, somatische Symptome).

Von einer depressiven Episode spricht man, wenn Symptome über mindestens zwei Wochen jeden Tag die meiste Zeit über bestanden. Von rezidivierenden Verläufen spricht man, wenn sich solche Episoden wiederholen und zwischen ihnen ein gesunder Zeitraum von mindestens sechs Monaten liegt. Wenn kein „gesunder Zeitraum“ auszumachen ist, dann handelt es sich um eine anhaltende Störung. Hierbei unterscheidet man eine chronische Herabgestimmtheit über mindestens zwei Jahre, die nie das Ausmaß einer depressiven Episode erreicht (Dysthymia), und chronische Stimmungsschwankungen (Zyklothymia). Die Schweregrade einer depressiven Episode werden anhand der Anzahl der vorliegenden Symptome bestimmt, wobei der Grundsatz „je mehr desto schwerer“ gilt. Man unterscheidet die drei Schweregrade leicht, mittel und schwer, jedoch wird diese Einteilung kritisch diskutiert (Judd/Akiskal 2000). Man geht heute eher von einem Schweregradkontinuum aus, d. h. Patienten unterscheiden sich hinsichtlich ihrer „Verweildauer“ in den unterschiedlichen Schweregraden. Weiterhin wird geschaut, ob somatische Symptome (früher: Melancholie) oder eine psychotische Symptomatik (früher: wahnhafte Depression) vorliegen. Bei der neuen Definition wurde auch das Denken in abgrenzbaren Krankheiten aufgegeben. Vielmehr spricht man nun von Störungen, was einen fließenden Übergang zwischen gesundem und „krankem“ Erleben und Verhalten deutlich macht. Man spricht von affektiven Störungen, die es unipolar (nur depressive oder nur manische Episoden) und bipolar (Wechsel zwischen depressiven und manischen Episoden) gibt. In diesem Buch geht es vor allem um die häufiger vorkommenden depressiven Episoden. Wir