

Einleitung

»Wie kann ich dem Angehörigen am besten helfen, wenn ich mich selbst halt hilflos fühle? [...] Dass man dann nicht weiß irgendwie was zu tun ist, und dann steht man im Regen und hat dann tierische Schuldgefühle«. Dieses Zitat einer Angehörigen veranschaulicht, warum wir uns entschlossen haben dieses Buch zu schreiben. Während wir inzwischen viel über depressive Störungen wissen und es sowohl spezifische medikamentöse als auch psychotherapeutische Behandlungsansätze gibt, sind die Auswirkungen auf das soziale Umfeld häufig wenig im Bewusstsein. Dabei sind (auch) bei depressiven Störungen die direkten Angehörigen diejenigen, welche die Erkrankung neben den Betroffenen selbst am unmittelbarsten erleben. Vom Beginn der Symptomatik an begleiten sie häufig die erkrankte Person, erleben wie sich ihr Gefühlsleben verändert, erleben mit, wie sie sich zu immer weniger Aktivitäten motivieren kann und sich zunehmend von ihrem sozialen Umfeld zurückzieht. Oftmals sind Angehörige durch diese Entwicklung selbst betroffen, indem gemeinsame Aktivitäten wegfallen und soziale Aktivitäten zurückfahren. Auch müssen Angehörige damit zureckkommen, dass für sie selbst eine zentrale Bezugsperson ausfällt bzw. sich ihr Verhalten ganz grundlegend verändert hat. So kann gerade der Wechsel von einer sehr aktiven, zuverlässigen und kontaktfreudigen Person zu einer Person, die sich nur schwer motivieren kann, einfache Alltagsaufgaben anzugehen, schwer nachvollziehbar sein. Wird die Veränderung nicht mit einer depressiven Entwicklung in Zusammenhang gebracht, kann es schnell zur Zuschreibung negativer Charaktereigenschaften kommen. Hierdurch können Spannungen in der Beziehung auftreten, welche sich negativ auf den Erkrankungsverlauf auswirken können. Das Erkennen der Veränderung auf Seiten der erkrankten Person und die Initiierung einer entsprechenden Behandlung stellen einen ersten sehr wichtigen Schritt dar. Häufig spielen Angehörige hierbei eine entscheidende Rolle, beraten die erkrankte Person bei der Einordnung der Symptome und bei der Entscheidung aufgrund der Symptome eine professionelle Behandlung aufzusuchen. Während der Behandlung besprechen und bewerten sie die Empfehlungen von medizinischen, psychotherapeutischen oder anderen Fachkräften und müssen diese häufig mittragen, damit sie in der Praxis dann auch umgesetzt werden. Für viele Angehörige stellt sich die Frage »Was kann ich tun?« bzw. »Was sollte ich vermeiden?«, um zu unterstützen. Nach Abklingen der Symptome sind es häufig die Angehörigen, die als erste eine erneute depressive Entwicklung bemerken. Obwohl die Angehörigen so unmittelbar von der depressiven Störung mitbetroffen sind und eine so entscheidende Rolle für den Verlauf spielen, bleiben sie bei der Behandlung zumeist außen vor. Während einer stationären Behandlung hat es sich inzwischen als

Standard etabliert, zumindest ein Angehörigengespräch durchzuführen, in dem das Behandlungsteam eine Fremdanamnese erheben kann und Angehörige über die Diagnose und die Behandlung informiert werden. In der ambulanten Behandlung stellt der Einbezug von Angehörigen noch eine Ausnahme dar. Tiefergehende Angebote werden durch das Versorgungssystem nicht angeboten, vielmehr sind Angehörige darauf angewiesen, sich selbst mittels Büchern oder über das Internet zu informieren. Hier finden sich Informationen von sehr unterschiedlicher Qualität. Die Auswahl und Bewertung der Informationen stellt hohe Anforderungen an die Medienkompetenz von Angehörigen. Informationen, die auf individuelle Angehörigen passen, und darüber wie mit diesen konkret umgegangen werden sollte, sind noch einmal deutlich schwieriger zu finden. Mit diesem Manual wollen wir helfen, diese Lücke zu schließen. Das Manual enthält alle Materialien, um eine kurze, interaktive Psychoedukationsgruppe zum Einbezug von Angehörigen durchführen zu können. Es richtet sich an Menschen in Gesundheitsberufen. Da sich die Angehörigenarbeit nicht direkt an Menschen mit einer psychischen Erkrankung richtet, ist das Manual nicht als Behandlung, sondern als Beitrag zur Prävention einer depressiven Entwicklung auf Seiten von Angehörigen (Sekundärprävention) und als Maßnahme zur Verbesserung des Krankheitsverlaufs bei Personen mit depressiven Störungen (Tertiärprävention) zu verstehen.

Im vorliegenden Manual werden in Teil B zunächst Hintergründe zu depressiven Störungen skizziert, insbesondere zur diagnostischen Klassifikation (Kap. 1.1), zur Epidemiologie (Kap. 1.2) sowie zur Versorgung von Personen mit depressiven Störungen (Kap. 1.3). Hierauf aufbauend werden Angehörige in den Blick genommen (Kap. 2) und deren potenzielle Belastungen (Kap. 2.1) sowie Verknüpfungen von Angehörigenbelastungen zum Krankheitsverlauf bei an depressiven Störungen erkrankten Personen im Kontext des Expressed-Emotion-Konzeptes fokussiert (Kap. 2.2), um anschließend für die Angehörigenpsychoedukation relevante Informationsbedarfe von Angehörigen aufzugreifen (Kap. 2.3). Anknüpfend wird Psychoedukation definiert (Kap. 3.1), die Evidenzlage (Kap. 3.2) sowie die Relevanz der Angehörigenpsychoedukation bei Personen mit depressiven Störungen herausgearbeitet (Kap. 3.3) und über eine Zusammenfassung der bisherigen Ausarbeitungen die Notwendigkeit zur Entwicklung eines neuen Konzeptes zur Angehörigenpsychoedukation bei depressiven Störungen begründet (Kap. 4). Hierauf aufbauend wird die Entwicklung des vorliegenden Konzeptes zur Angehörigenpsychoedukation vorgestellt (Kap. 4). Teil C bildet schließlich das Durchführungsmanual selbst, wofür zunächst notwendige Rahmenbedingungen dargelegt (Kap. 5) sowie Handreichungen zum Gebrauch des Manuals (Kap. 6) gegeben werden. In den folgenden Kapiteln 7 bis 10 wird der Ablauf der einzelnen Gruppensitzungen detailliert dargelegt. Abgeschlossen wird dieses Manual mit einem Ausblick.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg und Freude bei der wichtigen Arbeit mit Angehörigen von an depressiven Störungen erkrankten Menschen.

Priv.-Doz. Dr. phil. Lars Hözel
Dipl.-Psych., Psychologischer
Psychotherapeut

Prof. Dr. phil. Fabian Frank
M.A. Soziale Arbeit, Dipl. Sozialpäd. (FH)

Danksagung

Das Manual basiert auf einer Reihe von Studien, die wir an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg durchgeführt haben. Wir danken dem ehemaligen Ärztlichen Direktor Herrn Prof. Dr. med. Mathias Berger und seiner Nachfolgerin Frau Prof. Dr. Dr. med. Katharina Domschke für die Unterstützung unserer Arbeiten zur Angehörigenpsychoedukation. Die dem vorliegenden Manual zugrundeliegenden Forschungsergebnisse wurden in Kooperation mit Frau Prof. Dr. med. Eva Maria Bitzer, Fachrichtung Public Health & Health Education an der Pädagogischen Hochschule Freiburg, gewonnen. Für ihre kollegiale Unterstützung und die inhaltlich bereichernden Diskussionen danken wir ihr sehr herzlich. Für inhaltliche Impulse zur Gestaltung einzelner Gruppensitzungen und zugehöriger Materialien oder zur Gestaltung des Manuals zur Angehörigenpsychoedukation bei Depression bedanken wir uns zudem bei Frau Juliette Dockweiler, Frau Louisa Frank, Frau Maria Schwegler und Frau Marga Kaiser. Für redaktionelle Unterstützung bedanken wir uns bei Frau Anna-Lena Kühn und Frau Anna Weber sowie den Angehörigen die bereit waren mit uns über ihre Informationsbedürfnisse und Unterstützungswünsche zu sprechen. Der Else Kröner-Fresenius-Stiftung danken wir für die Förderung einer mit diesem Projekt verbundenen interventionellen Studie zur Erforschung der Effekte von Angehörigenarbeit auf den Verlauf depressiver Erkrankungen.

Danke! Priv.-Doz. Dr. phil. Lars Hölzel und Prof. Dr. phil. Fabian Frank

A Hintergrund

1 Depressive Störungen

1.1 Klassifikation

Depressive Störungen werden in der zehnten Fassung der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Kapitel V (F) den psychischen und Verhaltensstörungen zugeordnet und hier unter die Gruppe der *affektiven Störungen* (F30 - F39) subsumiert (Dilling et al., 2011). Diese zeichnen sich durch Veränderungen von Affektivität und Stimmung sowie des Antriebes aus. Affektive Störungen umfassen manische Episoden (F30), bipolare affektive Störungen (F31), depressive Episoden (F32), rezidivierende depressive Störungen (F33), anhaltende affektive Störungen (F34), andere affektive Störungen (F38) sowie nicht näher bezeichnete affektive Störungen (F39). Grundlegend lassen sich affektive Störungen in Störungen mit uni- und bipolarem Verlauf unterteilen. Während die Stimmung bei *unipolaren Störungen* typischerweise durch eine gedrückte Stimmung und einer verminderten Aktivität gekennzeichnet ist, treten bei *bipolaren Störungen* zusätzlich Phasen gehobener oder gereizter Stimmung und eines vermehrten Antriebs auf. Das vorliegende Manual bezieht sich ausschließlich auf unipolare depressive Störungen. Depressive Episoden, welche den Kern unipolarer depressiver Störung (F32/F33) darstellen, zeigen sich in folgenden Haupt- und Zusatzsymptomen (► Abb. 1.1).

Zur *Diagnostik einer depressiven Episode* (F32) müssen mindestens zwei der Hauptsymptome und insgesamt eine Gesamtzahl von mindestens vier Symptomen vorliegen. Bzgl. des Schweregrades werden leichte (F32.0), mittelgradige (F32.1) sowie schwere depressive Episoden ohne (F32.2) und schwere depressive Episoden mit psychotischen Symptomen (F32.3) unterschieden. Weiterhin kann das Vorliegen eines somatischen Syndroms bei leichten (F32.01) und mittelgradigen depressiven Episoden (F32.11) diagnostisch kodiert werden, wenn mindestens vier der zugehörigen Symptome vorliegen (► Abb. 1.1). Zudem zeigen sich oft *unspezifische Symptome*, wie bspw. Kraftlosigkeit und Erschöpfung oder Schmerzen und Magenbeschwerden (Demyttenaere et al., 2006; Vaccarino et al., 2008). Obwohl diese Symptome während einer Depression relativ häufig auftreten und mit Abklingen der Depression auch wieder verschwinden, werden sie bei der Diagnosestellung nicht berücksichtigt, da sie schlecht geeignet sind, eine depressive Erkrankung von anderen somatischen oder psychosomatischen Beschwerden abzugrenzen. Sich wiederholende depressive Episoden werden als rezidivierende depressive Störungen (F33) klassifiziert, wobei der Schweregrad der gegenwärtigen Episode sowie das Vorliegen eines somatischen Syndroms analog zum Algorithmus der einzelnen depressiven Episode (F32) festgestellt werden (► Abb. 1.1).

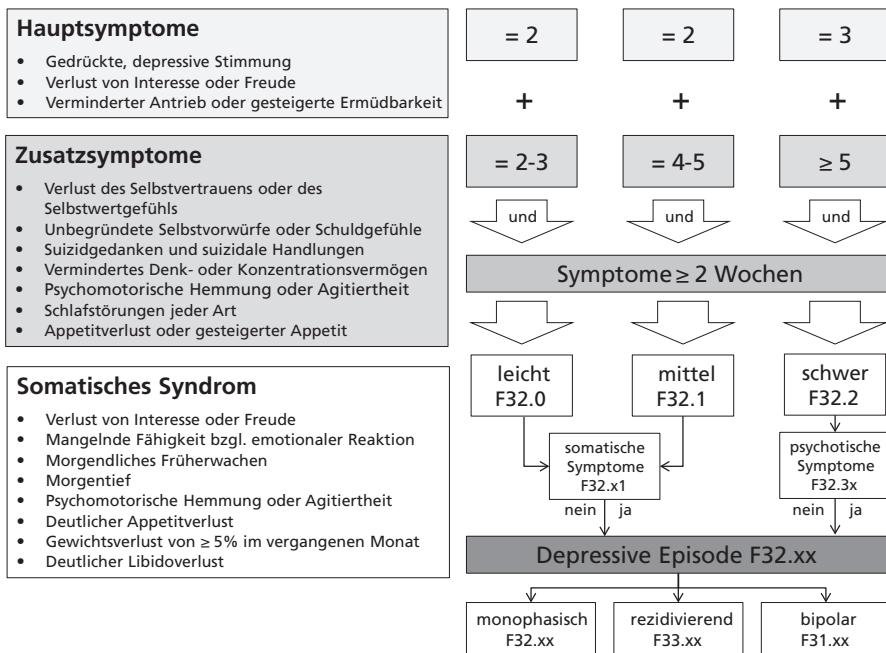


Abb. 1.1: Symptome sowie Diagnose depressiver Störungen entsprechend ICD-10 Kriterien nach Dilling et al. (2011) in Anlehnung an Härter et al. (2007)

1.2 Epidemiologie

Depressive Störungen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen und die *Jahresprävalenz* in der bundesdeutschen Bevölkerung zwischen 18 und 79 Jahren wird auf 8,2 % geschätzt, wobei Frauen (11,3 %) im Vergleich zu Männern (5,1 %) sowie Personen aus der jüngsten (18 bis 34 Jahre: 11,7 %) im Vergleich zur ältesten Altersgruppe (65 bis 79 Jahre: 5,9 %) jeweils etwa doppelt so häufig betroffen sind (Jacobi et al., 2015). Zudem liegt eine depressive Symptomatik häufiger bei Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status vor (Busch et al., 2013). Depressive Störungen sind mit einer hohen *Wiedererkrankungswahrscheinlichkeit* verbunden, wobei bei mindestens 50 % der Betroffenen nach der Ersterkrankung im Lebensverlauf wenigstens eine weitere Episode zu verzeichnen ist. Nach zwei Episoden erhöht sich die Wiedererkrankungswahrscheinlichkeit auf 70 % und nach einer dritten gar auf 90 % (DGPPN et al., 2015). Somit gilt die Anzahl früherer Episoden als wichtiger Prädiktor für das Rückfallrisiko, wobei dieses mit der Länge symptomfreier Intervalle abnimmt (DGPPN et al., 2015). Mindestens 20 % der von depressiven Störungen betroffenen Personen entwickeln chronische Verläufe (Gilmer et al., 2005),

wobei bspw. ein niedriges Ersterkrankungsalter, affektive Störungen in der Familiengeschichte, Komorbiditäten wie Angst- oder Persönlichkeitsstörungen, aber auch eine geringe soziale Integration und geringe soziale Unterstützung oder negative soziale Interaktionen Risikofaktoren für eine Chronifizierung darstellen (Hölzel et al., 2011a). Zudem weisen ca. 60 % aller im Einjahreszeitraum an einer depressiven Störung erkrankten Personen zumindest eine weitere *komorbide psychische Störung* auf (Jacobi et al., 2004), vor allem Angst- und Panikstörungen sowie Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitssstörungen (DGPPN et al., 2015). Auf Betroffenenebene gehen depressive Störungen mit *beträchtlichen Einschränkungen* von subjektiver Gesundheit und psychosozialer Leistungsfähigkeit sowie subjektiver Lebensqualität einher (Rapaport et al., 2005; Wittchen et al., 2010) und führen – auch im Vergleich zu chronischen Erkrankungen wie bspw. Diabetes – zu einem verschlechterten allgemeinen Gesundheitszustand (Moussavi et al., 2007). Für industrialisierte Länder stellen depressive Störungen eine der Krankheiten mit der höchsten Krankheitslast dar (Vos et al., 2012). Störungen beeinträchtigen das soziale Funktionsniveau und die soziale Rollenerfüllung, wobei psychosoziale Einschränkungen die initiale depressive Episode häufig überdauern (Hirschfeld et al., 2000). Darüber hinaus sind depressive Störungen aufgrund von Unfällen oder körperlichen (Begleit-)Erkrankungen, aber auch Suiziden, mit einer *erhöhten Sterblichkeit* verbunden (Wittchen et al., 2010). So ist die Suizidmortalität im Rahmen depressiver Episoden im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um mehr als das Zwanzigfache erhöht (Harris & Barraclough, 1998) und in Abhängigkeit vom Schweregrad der depressiven Störung und dem Behandlungsstatus wird eine Lebenszeitsuizidmortalität von bis zu 14,4 % geschätzt (Wolfersdorf, 2008).

1.3 Versorgung

Die Versorgung von Personen mit depressiven Störungen erfolgt zumeist ambulant und wird vornehmlich von Hausärztinnen und Hausärzten getragen. *Zentrale Akteurinnen bzw. Akteure* der ambulanten Versorgung sind neben Hausärztinnen und -ärzten insbesondere Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde sowie für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie und Psychoanalyse, Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, aber auch weitere Leistungserbringerinnen und -erbringer psychosozialer Therapien wie bspw. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sind insbesondere in der gemeindepsychiatrischen Versorgung von Personen mit schweren oder chronischen depressiven Störungen zur Erbringung von Leistungen zur Teilhabe entsprechend des Bundesfreiwilligengesetzes (BTHG) eingebunden oder in (Erst-) Beratungsstellen zur Vermittlung weiterführender Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen sowie zentral in Kliniksozialdiensten zur Initiierung von Anschlusshilfen nach (akut-) stationären Klinikaufenthalten. Der stationäre

Versorgungssektor umfasst die Subsysteme psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosomatisch-psychotherapeutische Krankenhausversorgung sowie die vornehmlich psychosomatisch ausgerichteten Rehabilitationskliniken. In folgenden Fällen ist nach der »S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie unipolare Depression« eine *akutstationäre Behandlung* für Personen mit depressiven Störungen angezeigt:

- akute Suizidalität oder Fremdgefährdung mit eingeschränkter oder fehlender Absprachefähigkeit,
- deutliche psychotische Symptome,
- schwerwiegende psychosoziale Faktoren wie bspw. depressionsbedingte Isolation oder den Therapieerfolg behindernde äußere Lebensumstände,
- Chronifizierungsgefahr sowie
- nicht hinreichende ambulante Behandlungs- bzw. Therapiemöglichkeiten (DGPPN et al., 2015).

Die akutstationäre Depressionsversorgung umfasst eine ärztliche, psychologische und pflegerische Betreuung, Einzel- und Gruppenpsychotherapien, psychopharmakologische sowie biologische Therapieverfahren wie bspw. Elektrokonvulsive Therapie (EKT), auch als Elektrokrampftherapie bezeichnet. Weiterhin kommen im akutstationären Setting Angebote wie bspw. Psychoedukation für Betroffene und Angehörige, soziales Kompetenztraining, Entspannungsgruppen, Ergotherapie und künstlerische Therapien sowie soziotherapeutische Maßnahmen zum Tragen (Wolfersdorf et al., 2007; DGPPN et al., 2015). Im Jahr 2013 wurden in Deutschland ca. 260.000 stationäre Behandlungsfälle aufgrund monophasischer oder rezidivierender unipolarer depressiver Störungen verzeichnet (Statistisches Bundesamt, 2015). Die auch im internationalen Vergleich beträchtliche Anzahl stationärer Behandlungsfälle (Hölzel et al., 2011b) ist neben dem in Deutschland vergleichsweise starken Ausbau des stationären Sektors auch der hohen Wiedererkrankungswahrscheinlichkeit depressiver Störungen geschuldet (s. o.). Insofern stellt die *Rückfallprophylaxe* in der »S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie unipolare Depression« ein zentrales Behandlungsziel dar (DGPPN et al., 2015). Allerdings sind Rückfälle und *Rehospitalisierungen* in der Praxis ein häufiges Problem, obwohl sich für die stationäre Versorgung von Personen mit depressiven Störungen in Deutschland hohe Prä-Post-Effekte zeigen (Härter et al., 2004) und eine medikamentöse und/oder psychotherapeutische Erhaltungstherapie sowie soziotherapeutische Maßnahmen die Rückfallwahrscheinlichkeit senken können. So kommt es bei rezidivierenden depressiven Störungen (F33) bei 34 % und bei depressiven Episoden (F32) bei 24 % der betroffenen Personen im ersten Jahr nach stationärer Entlassung zu einer Rehospitalisierung (Bitzer et al., 2011). Werden hierbei kürzere Entlassungen, wie sie erfahrungsgemäß aufgrund verlängerter Feiertagswochenenden oder verlängerten Belastungserprobungen vorkommen und auch Verlegungen zwischen verschiedenen Krankenhäusern rausgerechnet, bleibt es trotzdem noch bei rund 21 % Rehospitalisierungen innerhalb eines Jahres (Wiegand et al., 2020). Es wird deutlich, dass ergänzende Maßnahmen benötigt werden, um die Wahrscheinlichkeit von Rückfällen und Rehospitalisierungen weiter zu senken.

2 **Angehörige**

2.1 **Belastungen**

Psychische Störungen können zu Belastungen der Angehörigen führen (Jungbauer et al., 2001). Angehörigenbelastung wird über das von Hoenig und Hamilton (1966) beschriebene Konzept des »caregiver burden« definiert und operationalisiert. In Abgrenzung zum Distress – welcher die allgemeine Stressbelastung unter Berücksichtigung der weiteren Lebensumstände beschreibt – fokussiert »caregiver burden« auf Belastungen, welche in direktem Zusammenhang mit der psychischen Störung und der Anwesenheit der erkrankten Person entstehen (Fischer et al., 2004). Dabei werden objektive und subjektive Belastungen der Angehörigen unterschieden. Als *objektive Belastungen* werden beobachtbare negative Auswirkungen der Erkrankung bezeichnet, wie bspw. zeitlicher Betreuungsaufwand oder Einschränkungen der gemeinsamen Beziehungsgestaltung und Alltagsbewältigung sowie hiermit verbundene Rollenveränderungen und -konflikte. *Subjektive Belastungen* hingegen bezeichnen das Ausmaß, in welchem die objektiven Belastungen tatsächlich als beeinträchtigend wahrgenommen werden und beziehen sich weiterhin auf Gefühle wie bspw. Schuld und Scham oder Zukunftsängste. In Ermangelung eines weiterführenden einheitlichen Rahmenkonzeptes ist die Systematisierung der Belastungen Angehöriger allerdings erschwert. Eine additive und nicht störungsspezifische Auflistung zentraler Belastungsbereiche bei Angehörigen von Personen mit psychischen Störungen ist der auf den Arbeiten von Schmid et al. (2003; 2005; 2007) basierenden nachfolgenden Tabelle 1 zu entnehmen, wobei vornehmlich auf Belastungen auf individueller Ebene sowie der Gesamtamilie fokussiert wird.

Bei Angehörigen von Personen mit depressiven Störungen zeigt sich das *Belastungserleben* zunächst als *mit dem aktuellen Krankheitsstatus* verbunden. Vor allem in akuten depressiven Episoden bestehen Belastungen durch das Miterleben der Symptomatik bzw. von krankheitsbezogenen Verhaltensweisen und der depressiven Stimmung (Scazuca et al., 2002). Zudem werden interpersonelle Aspekte wie krankheitsbedingte Einschränkungen der gemeinsamen Alltagsbewältigung als Belastung erlebt (Wijngaarden et al., 2004). Hierbei stellen die Betreuung der erkrankten Person sowie hieraus resultierende Einschränkungen des Privatlebens, der Freizeitgestaltung und eigener sozialer Kontakte zentrale Belastungsfaktoren dar (Angermeyer et al., 1997). Bei Partnerinnen und Partnern zeigen sich weiterhin Belastungen bspw. aufgrund der Neudeinition von Rollen in der Partnerschaft sowie Beeinträchtigungen der partnerschaftlichen Kommunikation und der familiären

Tab. 2.1: Belastungsbereiche bei Angehörigen von Personen mit psychischen Störungen nach Schmid et al. (2003; 2005; 2007)

Belastungsbereiche	Beispiele
Zeitlicher Betreuungsaufwand	Inner- und außerfamiliäre Betreuung
Finanzielle Belastungen	Berentungen, Arbeitsunfähigkeit, Medikamente
Berufliche Nachteile	Reduktion der Arbeitszeit, zusätzlicher Druck
Gesundheitliche Belastungen	Schlaflosigkeit, Mattigkeit, Unruhe, Reizbarkeit
Einschränkung der Freizeitgestaltung	Bedenken, die erkrankte Person allein zu lassen
Vernachlässigung sozialer Beziehungen	Kontaktreduktion durch Zeitmangel oder Scham
Diskriminierung, Ablehnung, Stigma	Schuldzuweisungen, Diffamierungen
Informationsdefizite	Ursachen, Symptomatik, Rückfallverhütung
Nicht ernst genommen werden	Nicht als Mit-Leidende berücksichtigt werden
Mangel an institutioneller Unterstützung	Wenige Angebote, Unkenntnis über Angebote
Wohnortferne stationäre Behandlung	Wenig Besuche, kein Kontakt zu Behandelnden
Emotionale Belastungen	Hilflosigkeit, Schuldgefühle, Zukunftsängste
Schwierigkeiten im Umgang	Reaktion auf Symptomatik, Konfliktsituationen

Atmosphäre oder aber auch aufgrund von Zukunftsängsten bzgl. der gemeinsamen Lebensplanung (Bischkopf et al., 2002). Demgegenüber schätzen Angehörige eigene Entlastungsmöglichkeiten als unzureichend ein und wünschen sich Unterstützung durch professionelle Helfer (Angermeyer et al., 2000; Spießl et al., 2004). Als *Belastungsfolge* weisen Angehörige von Personen mit depressiven Störungen eine – mit der subjektiven Belastung und der wahrgenommenen Einschränkung der Familienfunktionalität statistisch korrelierende – eingeschränkte subjektive *Lebensqualität* auf (Heru et al., 2004). Zudem werden *gesundheitliche Einschränkungen* als Belastungsfolge von Angehörigen berichtet und vor allem Partnerinnen weisen ein erhöhtes Risiko auf, selbst an einer depressiven Störung zu erkranken (Wittmund et al., 2002). Weiterhin bestehen Hinweise auf Zusammenhänge zwischen Belastungsgrad von Angehörigen und dem weiteren Krankheitsverlauf bei Personen mit schweren psychischen Störungen und insofern auch Personen mit depressiven Störungen (Perlick et al., 2001; Perlick et al., 2004) sowie zwischen Angehörigenbelastung und Expressed-Emotion (► Kap. 2.2; Möller-Leimkühler 2005). So wird deutlich, dass Maßnahmen benötigt werden, welche Belastungen von Angehörigen von Personen mit depressiven Störungen zur Prävention negativer Belastungsfolgen aufgreifen.

2.2 Expressed-Emotion

Als Expressed-Emotion (EE) werden dysfunktionale familiäre Haltungs- und Interaktionsmuster bezeichnet, welche als Ausdruck eines erhöhten Belastungsgrades bzw. als Reaktion auf die Erkrankung bei Angehörigen aktiviert werden können (Raune et al., 2004; Scazufca & Kuipers, 1996) und mit ungünstigen Krankheitsverläufen bei Personen mit schweren psychischen Störungen assoziiert sind (Hooley, 2007). Zentrale Annahme ist, dass negative Haltungen und Einstellungen von Angehörigen und hieraus folgende Interaktionsformen gegenüber der erkrankten Person für diese eine kontinuierliche Quelle des Distress darstellen und deren Vulnerabilität und somit die Rückfallwahrscheinlichkeit erhöhen. Im Rahmen des EE-Konzeptes wird auf die Elemente *Kritik* (criticism), *Feindseligkeit* (hostility) sowie *emotionales Überengagement* (emotional overinvolvement), aber auch auf *Herzllichkeit* (warmth) von Angehörigen gegenüber der erkrankten Person fokussiert (Hooley, 1985). Dabei wird bezüglich des EE-Status zwischen der Klassifizierung des Familienklimas als High-EE und Low-EE unterschieden. Bereits in den 1970er Jahren stellte sich High-EE in Studien von Brown et al. (1972) zunächst bei Personen mit Schizophrenie als sehr guter Rückfallprädiktor heraus. Zahlreiche Replikationsstudien konnten die Ergebnisse bestätigen und ergaben bei Personen mit Schizophrenie neun Monate nach stationärer Entlassung eine mittlere Rückfallwahrscheinlichkeit von 48 % in High-EE-Familien und 21 % in Low-EE-Familien (Kavanagh, 1992). Schon 1976 wurde auch der Einfluss von EE auf den Krankheitsverlauf bei depressiven Störungen untersucht, wobei sich signifikante Unterschiede zwischen *High-EE-Familien* mit einer *Rückfallquote* von 67 % innerhalb von neun Monaten nach stationärer Entlassung im Gegensatz zu 22 % bei *Low-EE-Familien* zeigten (Vaughn & Leff, 1976), ein Ergebnis, welches auch in weiteren Studien bestätigt werden konnte (Butzlaff & Hooley, 1998). In der weiteren EE-Forschung wurde vornehmlich auf die Elemente *emotionales Überengagement* (emotional overinvolvement) und *Kritik* (criticism) fokussiert, da sich diese insbesondere bzgl. Schizophrenien als zentral für die Prädiktion von Rückfällen erwiesen (Hooley & Parker, 2006). In einer jüngeren Studie untersuchten Kronmüller et al. (2008) den Zusammenhang zwischen High-EE und der Rückfallwahrscheinlichkeit bei Personen mit depressiven Störungen innerhalb eines Zehnjahreszeitraums nach stationärer Entlassung, wobei keine rückfallprädiktive Wirkung nachgewiesen werden konnte. Evidenz für High-EE als Langzeitprädiktor für Rückfälle liegt für depressive Störungen also nicht vor. Studien, in welchen High-EE bei depressiven Störungen als rückfallprädiktiv identifiziert werden konnten, bezogen sich zumeist auf einen Zeitraum von neun bis zwölf Monaten nach stationärer Entlassung. Nach der aktuellen »S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie unipolare Depression« gilt diese Zeitperiode als essenziell, um positive Ergebnisse der Depressionsbehandlung zu stabilisieren und Rückfällen sowie Rezidiven vorzubeugen. Insofern sollte EE im Rahmen der Versorgung in dieser Phase Berücksichtigung finden, um einen Beitrag zu verbesserten Krankheitsverläufen zu leisten. In diesem Kontext erweist sich auch die Beachtung von *Attributionen der Angehörigen* bzgl. Krankheitsentstehung und -repräsentation als relevant, nachdem High-EE im Sinne von *Kritik* (criticism) mit auf die erkrankte Person bezogenen Attributionen – bspw. Interpretation des verminderten Antriebes als individuelle

Faulheit – bzw. im Sinne von emotionalem Überengagement (emotional overinvolvement) mit auf Umfeldfaktoren bezogenen Attributionen – bspw. ausschließliche Einordnung der Krankheitsentstehung in berufsbezogene oder anderweite gesellschaftliche Belastungskontexte – verbunden ist (Hesse & Klingberg, 2014).

2.3 Informationsbedarf

Krankheitsassoziierte Phänomene und hieraus resultierende Veränderungen von Alltags- und Lebenszusammenhängen werden von Angehörigen als erklärbungsbedürftig wahrgenommen, was in einem Bedarf an Störungs- und Verursachungsmodellen resultiert (Wittmund et al., 2001). Insofern sind offene und verständliche Aufklärung sowie der Wunsch nach Unterstützung in Bezug auf den Umgang mit der Erkrankung bzw. der erkrankten Person zentrale Erwartungen von Angehörigen an psychiatrische Institutionen (Spießl et al., 2003; Spießl et al., 2004). Der *Informations- und Unterstützungsbedarf Angehöriger* bezieht sich vornehmlich auf folgende Bereiche:

- *krankheitsbezogene Aspekte*: bspw. Symptomatik und Frühwarnzeichen sowie deren Abgrenzung zu Alltagsverhalten, Verlauf und Prognose, Ursachen;
- *behandlungsbezogene Aspekte*: bspw. medikamentöse Behandlung und Nebenwirkungen, versorgungsspezifische Aspekte bzgl. Behandlung und Betreuung;
- *umgangsbezogene Aspekte*: bspw. interaktionelle Fertigkeiten bzgl. des Umgangs im Alltag und bei Krisen, Problemlösekompetenzen, eigene Entlastung.

Basierend auf diesem Informations- und Unterstützungsbedarf sowie auf den vorangehend dargestellten Zusammenhängen zwischen Angehörigenbelastung, EE und Krankheitsverlauf der erkrankten Personen wird immer wieder auf die Bedeutung von Angehörigen für den Erkrankungs- und Behandlungsverlauf hingewiesen. Wichtige Faktoren hierbei dürften darüber hinaus auch die Rolle von Angehörigen als Informations- und Unterstützungsträger im Versorgungsgeschehen (Wolff, 2012) sowie deren Einbezug in behandlungs- und versorgungsrelevante Entscheidungen durch die erkrankten Personen (Loos et al., 2013) darstellen. Allerdings fühlen sich Angehörige bzgl. ihres Informations- und Unterstützungsbedarfs im Versorgungsgeschehen vernachlässigt und bemängeln einen zu geringen Einbezug bzw. eine zu geringe Beachtung durch in der Versorgung Tätige (Spießl et al., 2003; Spießl et al., 2004).