

Die gelingende Alltagsbewältigung depressiv erkrankter Menschen



Zusammenarbeit von Professionellen der Sozialen Arbeit und depressiv erkrankter Menschen in stationären Einrichtungen

Christine Hofer

Bachelor-Arbeit der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

August 2017

Bachelor-Arbeit

Ausbildungsgang: Sozialpädagogik

TZ 2012-2017

Christine Hofer

Die gelingende Alltagsbewältigung depressiv erkrankter Menschen

Zusammenarbeit von Professionellen der Sozialen Arbeit und depressiv erkrankter Menschen in stationären Einrichtungen

Diese Bachelor-Arbeit wurde im August 2017 in 1 Exemplar eingereicht zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für Sozialpädagogik.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialpädagogisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher naheliegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2017

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

Die vorliegende Forschungsarbeit befasst sich mit der Frage, wie Fachpersonen der Sozialen Arbeit depressiv erkrankte Menschen im Übergang von einer stationären Einrichtung in eine selbständige Wohnform nachhaltig unterstützen, begleiten und befähigen können.

Die Autorin zeigt auf, was eine depressive Erkrankung für Betroffene in Bezug auf ihre Alltagsbewältigung bedeuten kann und welche Herausforderungen sich in der Zusammenarbeit mit Betroffenen zeigen können.

Für die Autorin stellt sich die Frage, inwieweit die individuellen Bedürfnisse berücksichtigt wurden, sich Betroffene unterstützt fühlten und wie sie auf diesen Übergang vorbereitet wurden. Das Forschungsergebnis wird aufzeigen, dass Betroffene wenig Unterstützung erhalten haben und sich die Soziale Arbeit vermehrt auf die Betreuung in der aktuellen Wohnform konzentriert hat. Ein gelungener Übergang basiert in der Forschungsarbeit auf den Schwerpunkten Selbsthilfe und sozialen Kontakten.

Der Abschluss der Arbeit bilden die Handlungsempfehlungen zuhanden von Professionellen der Sozialen Arbeit. Die Handlungsempfehlungen basieren auf den theoretischen Grundlagen und den empirisch erarbeiteten Erkenntnissen. Sie stellen die täglichen Begegnungen mit depressiv erkrankten Menschen in den Fokus.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	I
Inhaltsverzeichnis.....	II
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	IV
Vorwort	1
1 Einleitung.....	2
1.1 Ausgangslage für depressiv erkrankte Personen	2
1.2 Die Soziale Arbeit	3
1.3 Berufsrelevanz.....	4
1.4 Fragestellung und Ziel der Arbeit	4
1.5 Adressatinnen und Adressaten	5
1.6 Aufbau der Arbeit.....	5
2 Depression und Alltagsbewältigung.....	7
2.1 Formen affektiver Störungen	7
2.2 Depression.....	7
2.2.1 Symptome einer Depression	8
2.2.2 Klassifikation der Depression nach ICD-10 und DSM-5.....	9
2.2.3 Entstehung einer Depression	10
2.2.4 Verlauf einer Depression.....	12
2.2.5 Statistiken in der Schweiz.....	13
2.2.6 Psychische Gesundheit - psychische Krankheit	14
2.2.7 Konzept der Salutogenese.....	14
2.3 Behandlungsformen in einem interprofessionellen Team.....	16
2.4 Alltagsbewältigung	16
3 Die Soziale Arbeit in stationären Einrichtungen und die Alltagsbewältigung.....	18
3.1 Die Soziale Arbeit und ihre Handlungsfelder	18
3.1.1 Ethische Prinzipien	18
3.1.2 Das Betreuungsteam der Sozialen Arbeit.....	18

3.1.3	Stationäre Einrichtungen.....	19
3.1.4	Konzepte und Methoden	20
3.1.5	Die Alltagsbewältigung in stationären Einrichtungen	22
4	Methodisches Vorgehen	24
4.1	Fragestellung	24
4.2	Wissenslücke	24
4.3	Methodenwahl.....	24
4.4	Stichprobe	26
4.5	Datenerhebung	27
4.5.1	Durchführung der Leitfadeninterviews	27
4.5.2	Datenaufbereitung	28
4.5.3	Datenauswertung.....	28
5	Forschungsergebnisse und Diskussion	30
5.1	Teilnehmende Interviewpersonen	30
5.2	Ergebnisse und Diskussion	31
6	Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlung für die Soziale Arbeit	43
6.1	Schlussfolgerungen.....	43
6.2	Handlungsempfehlungen zuhanden der Sozialen Arbeit.....	44
7	Literatur- und Quellenverzeichnis	48
Anhang A	51

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1:	Übersicht affektive Störungen	11
Abbildung 2:	Biopsychosoziales Modell	15
Abbildung 3:	Zirkuläres Depressionsmodell	16
Abbildung 4:	Depressionsspirale	17
Abbildung 5:	Depressivität in der Schweiz	17
Abbildung 6:	Gesundheits-Krankheits-Kontinuum	18
Abbildung 7:	Der Kohärenzsinn	19
Abbildung 8:	Strukturierungshilfe der Beratung	24
Abbildung 9:	Sechsstufiges Auswertungsverfahren	32
Tabelle 1:	Gegenüberstellung ICD-10 und DSM-5	14
Tabelle 2:	Tatsächliche Stichprobe	31

Vorwort

Motivation

Die psychische Erkrankung Depression wird aktuell von Gesellschaft, Politik, Wirtschaft und in den Medien thematisiert. Gründe dafür sind einerseits hohe sozioökonomische Folgekosten und andererseits das Leiden der Betroffenen und ihren Angehörigen. Für die Autorin sind es persönlichen Erfahrungen im familiären Umfeld, die sie seit ihrer Kindheit und bis heute begleiten. Die grosse Herausforderung für Betroffene und deren Angehörigen hat sie immer wieder aufs Neue beschäftigt. Trotz der Thematik auf den verschiedenen Ebenen ist die Stigmatisierung von Seiten der Gesellschaft wie auch von Betroffenen nach wie vor vorhanden. Die auch heute noch offene Frage nach der Ursache für eine Erkrankung und wie Betroffene lernen sie zu akzeptieren, darüber zu sprechen und mit ihr ein gelingendes Leben mit einer möglichst hohen Lebensqualität zu führen, nahm sie zum Anlass, ihre Bachelorarbeit diesem Thema zu widmen. Mit ihrer Arbeit will sie Erfahrungen von Betroffenen abbilden und daraus eine Handlungsempfehlung zuhanden der Sozialen Arbeit ableiten.

Dank

Ihr persönlicher Dank geht an alle Interviewpartnerinnen und Interviewpartner, die ihr Einblick in ihre persönlichen Erfahrungen ermöglichten. Für den Zugang zu Betroffenen haben sie verschiedene Institutionen unterstützt, denen sie dafür sehr dankbar ist. Weiter bedankt sie sich bei Anita Glatt, welche sie in der Forschungswerkstatt des Bachelorkolloquiums und der Erstellung der Disposition unterstützt hat. Ein weiterer Dank geht an Elke Brusa, Dozentin an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, und Christine Böhler, Leiterin des Sozialdienstes der Luzerner Psychiatrie, für die Fachpoolgespräche und die wertvollen Inputs aus der Theorie und Praxis. Esther Damas, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, dankt sie für die Prüfung der fachlichen Aussagen zum Krankheitsbild und Patrick Hofer fürs Korrekturlesen. Ein grosser Dank geht auch an ihre Familie und ihr Umfeld, welche sie während dem ganzen Arbeitsprozess unterstützt und begleitet haben.

1 Einleitung

Mit der Einleitung wird die Ausgangslage von depressiv erkrankten Personen aufgezeigt. Sie führt später im selben Kapitel zur Fragestellung über. Im Weiteren wird der Begriff der Sozialen Arbeit, die Relevanz dieser Arbeit für professionell Tätige erläutert und die Adressatinnen und Adressaten dieser Arbeit vorgestellt. Zum Schluss dieses Kapitels wird auf den Aufbau der Bachelorarbeit eingegangen.

1.1 Ausgangslage für depressiv erkrankte Personen

Aus der Studie von Wittchen und Jacobi (2011) geht hervor, dass in den EU-Staaten sowie in Schweiz, Island und Norwegen pro Jahr mehr als ein Drittel der Bevölkerung an einer psychischen Störung erkrankt (zit. in Daniela Schuler, Alexandre Tuch, Nathalie Buscher & Paul Camenzind, 2016, S. 11). Psychische Störungen und Krankheiten zeigen sich bei Betroffenen unterschiedlich im individuellen Leidensdruck und der Funktionsstörung. Unterschiede sind zu erkennen in Bezug auf die Art und Weise wie Gefühle erlebt und geäußert werden, wie gedacht, gelernt und geurteilt wird, wie sich ihr Verhalten und wie sich ihr körperliches Erleben und Empfinden zeigen. Symptome einer psychischen Erkrankung haben für Betroffene Einfluss auf das Fühlen, Denken, Erleben, Wahrnehmen sowie das Handeln (Marianne Bosshard, Ursula Ebert & Horst Lazarus, 2010, S. 24).

Eine psychische Störung hat selten Auswirkung auf nur einen Lebensbereich. Häufig ist beispielsweise die Arbeitsfähigkeit betroffen, was sich auf die Leistungsfähigkeit und die krankheitsbedingte Abwesenheit auswirken kann. Im Weiteren können die sozialen Aktivitäten beeinträchtigt sein. Betroffenen fällt es schwer, bestehende Kontakte zu pflegen oder neue Beziehungen aufzubauen. Ihre soziale Integration wird dadurch eingeschränkt oder existiert nicht mehr (Astrid Mattig, 2016, S. 10 - 11). Eine psychische Krankheit ist im Weiteren auch die Hauptursache für Suizide. Erkrankte leiden zusätzlich oft unter schweren körperlichen Krankheiten, was sich negativ auf die Lebensqualität auswirken und ihre Lebenserwartung verringern kann. Neben dem Leiden für Direktbetroffene bedeutet eine psychische Erkrankung auch eine starke Belastung für Angehörige (Schuler et al., 2016, S. 13).

Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind mehr als 300 Millionen Menschen weltweit an einer Depression erkrankt. Dies bedeutet eine Zunahme von 18% zwischen dem Jahr 2005 und 2015 (Weltgesundheitsorganisation, ohne Datum). Wie später in dieser Arbeit aufgezeigt wird, leiden fast 30% der Schweizerinnen und Schweizer an depressiven Symptomen (Schuler et al., 2016, S. 26 – 27). Wie aus diesen Daten zu entnehmen ist, kommt eine depressive Erkrankung häufig vor und liegt auch im Fokus dieser Arbeit. In den weiteren Ausführungen in dieser Arbeit wird die Autorin die Begriffe Krankheit und Störung gleichbedeutend verwenden.

Das Leben von Jung und Alt ist geprägt durch vielfältige Übergänge. Bereits in der frühesten Kindheit bis hin ins hohe Alter durchlaufen wir unterschiedlichste Lebens- und Entwicklungsphasen. Sie bringen Veränderungen in Bezug auf die Lebenswelten, Lebensorte, Lebenskonstellationen und Lebensumstände im privaten, beruflichen und öffentlichen Kontext mit sich. Mit ihnen verändern sich auch die Rollen, Funktionen und Aufgaben, die Kapazitäten und Möglichkeiten, Bedürfnisse und Ansprüche sowie persönliche Beziehungen und Bindungen. Viele dieser Übergänge haben einen normativen Charakter, das heisst, viele von uns sind damit konfrontiert und wir können in bestimmten Lebensphasen und Lebensaltern mit grösster Wahrscheinlichkeit mit ihnen rechnen. Auch statistisch und zeitlich nicht-normative Übergänge können unsere Lebensphase durchkreuzen und Gewohntes und Gewesenes unmittelbar beenden – wie zum Beispiel eine depressive Erkrankung (Frank Nestmann & Kathy Weinhold, 2012, S. 52 - 53).

Die vorliegende Arbeit wird sich mit einem nicht-normativen Übergang nach Nestmann und Weinhold beschäftigen. Nach einem stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik oder in einer betreuten Wohnform wechseln depressiv erkrankte Personen oft in ihre eigene Wohnung. Dieser Übergang konfrontiert Betroffene mit neuen Situationen, Anforderungen und Lebenslagen. Einerseits stellen sich ihnen grosse Herausforderungen, andererseits bieten sich ihnen auch neue Entwicklungschancen (S. 53).

1.2 Die Soziale Arbeit

Der Begriff Soziale Arbeit wird heute mehrdeutig verwendet. Die Autorin hält sich in den weiteren Ausführungen an die Definition von Maximilian Buchka (2003), welcher ihn als gemeinsamen Ordnungsbegriff für die Fachbereiche Sozialarbeit und Sozialpädagogik verwendet (S. 172).

Aufgrund einer depressiven Erkrankung stehen Betroffenen verschiedene Hilfsangebote zur Verfügung. Dies können einerseits niederschwellige Angebote für die Abklärung und Beratung sein, andererseits können dies psychiatrische und psychotherapeutische ambulante oder stationäre Versorgungsangebote sein. Die vorliegende Arbeit wird sich mit den beiden stationären Angeboten eines Klinikaufenthaltes und einer betreuten Wohnform beschäftigen. In beiden Angeboten werden Betroffene durch ein interprofessionelles Team aus der Psychiatrie, der Psychologie, der psychiatrischen Pflege und der Sozialen Arbeit betreut. Gemeinsam wird eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation angestrebt, die Förderung der sozialen Integration gefördert und Beratung in diversen Lebensbereichen angeboten. Da es sich bei beiden Angeboten um eine vorübergehende Behandlungs- und Betreuungsform handelt, wird der Schritt zurück in die selbständige Wohnform in den meisten Fällen thematisiert und vorbereitet. In den weiteren Ausführungen dieser Arbeit liegt der Fokus auf der Profession der Sozial Arbeit.

Mit der Forschungsfrage

Wie können depressiv erkrankte Menschen in stationären Einrichtungen in der Alltagsbewältigung auf den Übergang in eine selbständige Wohnform durch die Soziale Arbeit nachhaltig unterstützt, begleitet und befähigt werden?

wird analysiert, wie es der Sozialen Arbeit gelingen kann, Menschen mit einer depressiven Erkrankung auf eine selbständige Wohnform vorzubereiten.

1.3 Berufsrelevanz

Wie später in dieser Arbeit erläutert wird, sind kritische Lebensereignisse wie Verlusterlebnisse, finanzielle Schwierigkeiten und unterschiedliche Belastungssituationen für die Entstehung einer psychischen Störung ausschlaggebend (Astrid Mattig, 2016, S. 12). Laut Schuler et al. (2016) kann eine depressive Erkrankung für Betroffene verschiedenste Auswirkungen haben. Neben einem erheblichen Leiden, einer deutlichen Behinderung im Alltag, in der Beziehungsfähigkeit und der beruflichen Integration, ist eine Erkrankung auch mit hohen sozioökonomischen Kosten verbunden (S. 12 – 14). Im Weiteren kann die Stigmatisierung von Betroffenen eine Chronifizierung der Erkrankung begünstigen und die Heilungschance vermindern (Chantale Bürli, Fabienne Amstad, Margreet Duetz Schmucki & Daniela Schibli, 2015, S. 18).

Laut dem Berufskodex der Sozialen Arbeit haben Professionelle die Verpflichtung und das Ziel, den Zugang zu und Teilhabe an gesellschaftlichen Ressourcen zu erschliessen, die soziale Integration zu gewährleisten und Betroffene zu begleiten, zu betreuen und zu schützen um ihre Entwicklung zu fördern, zu sichern oder zu stabilisieren. In ihrer täglichen Arbeit sind die Prinzipien der Menschenrechte fundamental (AvenirSocial, 2010, S. 6 - 8). Daraus ergibt sich für die Soziale Arbeit die Aufforderung, sich der Problemlage von depressiv erkrankten Menschen anzunehmen und sich, gestützt auf den Berufskodex und die Menschenrechte, für sie einzusetzen.

1.4 Fragestellung und Ziel der Arbeit

Die beschriebene Ausgangslage führt zu den folgenden vier Fragestellungen, die in dieser Arbeit behandelt werden:

1. *Mit welchen seelischen und körperlichen Symptomen sind depressiv erkrankte Personen konfrontiert?*
2. *Welche Symptome beeinflussen die Alltagsbewältigung von depressiv erkrankten Personen?*
3. *Wie beschreibt die Soziale Arbeit ihr Handlungsfeld in stationären Einrichtungen?*

4. Welche Faktoren beeinflussen die Alltagsbewältigung von depressiv erkrankten Personen in einer selbständigen Wohnform?

Mit der vorliegenden Forschungsarbeit wird der Übergang von einer stationären Institution in eine selbständige Wohnform von depressiv erkrankten Personen beleuchtet. Die Autorin bezweckt mit ihrer Forschungsarbeit die Bedürfnisse von Betroffenen abzubilden und daraus Handlungsempfehlungen zuhanden der Sozialen Arbeit abzuleiten.

1.5 Adressatinnen und Adressaten

Die vorliegende Arbeit richtet sich an alle Professionellen der Sozialen Arbeit, welche depressiv erkrankte Personen in stationären Institutionen betreuen. Weiter kann die Arbeit auch für das interprofessionelle Team in diesen Einrichtungen und für das Nachversorgungssystem von ambulanten und niederschweligen Angeboten von Interesse sein.

1.6 Aufbau der Arbeit

Die Bachelorarbeit ist in sechs Kapitel gegliedert. Nachdem sich das erste Kapitel mit der Ausgangslage für Betroffene, der Sozialen Arbeit als Profession, der Berufsrelevanz, der Fragestellung und dem Ziel der Arbeit sowie der Adressatinnen und Adressaten widmet, wendet die Autorin im zweiten Kapitel den Blick auf die psychische Erkrankung Depression und die Alltagsbewältigung von Betroffenen. Einerseits geht die Autorin auf die Formen affektiver Störungen ein, zeigt die Klassifikation der Depression in den beiden Diagnosemanuals ICD-10 und DSM-V, geht auf verschiedene Symptome und auf den Verlauf einer Erkrankung ein. Mit der Statistik von depressiven Erkrankungen in der Schweiz, dem Konzept der Salutogenese, dem biopsychosozialen Gesundheitsmodell und dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell werden im Kapitel mögliche Behandlungsformen beschrieben und mit der Definition der Alltagsbewältigung wird das Kapitel abgeschlossen. Das dritte Kapitel widmet sich der Sozialen Arbeit mit ihren ethischen Prinzipien, dem Betreuungsteam in stationären Einrichtungen, den Konzepten und Methoden sowie dem Verständnis der Alltagsbewältigung in den stationären Einrichtungen. Das Vorgehen für die qualitative Erhebung wird im Kapitel vier vorgestellt. Die Erhebung nimmt auf die Forschungsfrage

Wie können depressiv erkrankte Menschen in stationären Einrichtungen in der Alltagsbewältigung auf den Übergang in eine selbständige Wohnform durch die Soziale Arbeit nachhaltig unterstützt, begleitet und befähigt werden?

Bezug. Die Ergebnisse und die Diskussion darüber werden im Kapitel fünf abgebildet. Die Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen zuhanden der Soziale Arbeit im Kapitel sechs bilden den Schluss der Arbeit.

2 Depression und Alltagsbewältigung

Im nachfolgenden Kapitel wird die Depression mit den unterschiedlichen Symptomen beschrieben. Weiter wird mit verschiedenen Modellen auf mögliche Entstehungs- und Verlaufserklärungen eingegangen und mit einer Grafik die depressive Erkrankungssituation in der Schweiz abgebildet. Der Schluss des Kapitels bildet das Spannungsfeld zwischen psychischer Gesundheit und psychischer Krankheit, möglicher Behandlungsformen und mögliche Beeinträchtigung der Alltagsbewältigung von betroffenen Personen.

2.1 Formen affektiver Störungen

Die Depression gehört in die Gruppe der affektiven Störungen. Die Hauptsymptome von affektiven Störungen liegen in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität entweder zur Depression, begleitet mit oder ohne Angst, oder zu gehobener Stimmung hin. Dieser Stimmungswechsel wird oftmals von einem Wechsel des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Die meisten anderen Symptome beruhen auf diesem Zusammenhang oder lassen sich damit leicht erklären. Ein wiederholtes Auftreten dieser Störungen ist möglich. Oft gehen belastende Ereignisse oder Situationen dem Beginn einer Episode voraus (Horst Dilling, Werner Mombour & Martin H. Schmidt, 2015, S. 159).

Die nachfolgende Darstellung bildet die Unterteilung der affektiven Störungen ab:

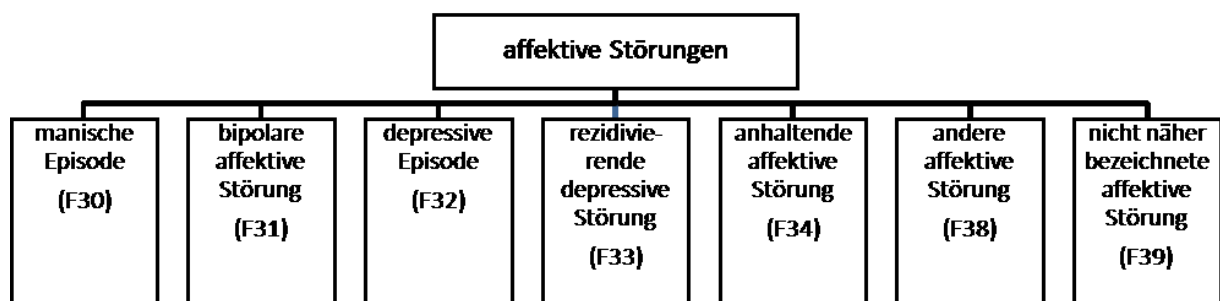


Abbildung 1: Übersicht affektive Störungen (eigene Darstellung auf der Basis von Dilling et al., 2015, S.159-186)

Bei allen weiteren Verwendungen der Begriffe Depression, depressive Erkrankung oder depressive Störung bezieht sich die Autorin auf die Kategorien depressive Episode (F32), rezidivierende depressive Störung (F33) und die anhaltende affektive Störung (F34).

2.2 Depression

Der Begriff Depression ist nach Daniel Hell (2012) vom lateinischen Wort «deprimere» abgeleitet und wird mit niederdrücken oder niederschlagen übersetzt. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts wurde er in die deutsche Psychiatrie eingeführt, ist aber keineswegs eine neue Erscheinung. In alten Schriften werden Beschreibungen erwähnt, die sich mit der heutigen Depression charakterisieren lassen. Infolge

Antriebsmangel oder Antriebshemmung sind Betroffene häufig in ihrer Autonomie eingeschränkt. Selbst eine leichte depressive Episode wirkt sich in der heutigen Zeit, wo Flexibilität und Vernetzung verlangt werden, hinderlich auf die Alltagsbewältigung aus. Die Depression kann mit dem Verlust der Lebenskraft umschrieben werden und wird mit einer bedrückten Grundstimmung sowie Interessen- und Antriebsverlust geäußert (S. 6).

Nach Dilling et al. (2015) kann der Verlauf einer depressiven Störung als einzelne oder wiederkehrende Episode stattfinden, wobei eine depressive Episode mindestens zwei Wochen andauern sollte. Depressive Episoden treten leicht, mittelgradig oder schwer auf. Für eine medizinische Diagnose müssen mindestens zwei der Hauptsymptome und mindestens eins der Zusatzsymptome gemäß Absatz 2.2.1 erkennbar sein. Der Schweregrad wird nach der Gewichtung der Haupt- und Zusatzsymptome vorgenommen. Eine leichte Episode weist zwei Haupt- und ein Zusatzsymptom, eine mittelgradige Episode zwei Haupt- und mindestens drei Zusatzsymptome und eine schwere Episode alle drei Haupt- und mindestens fünf Zusatzsymptome auf (S. 169 - 174).

2.2.1 Symptome einer Depression

Nach Dilling et al. (2015) leiden Betroffene gewöhnlich unter den Hauptsymptomen wie gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Verminderung des Antriebs und erhöhte Ermüdbarkeit. Neben den Hauptsymptomen können häufig Zusatzsymptome wie verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken, Selbstverletzung oder Suizidhandlungen, Schlafstörungen und verminderter Appetit beobachtet werden (S. 169 - 170).

Ralf F. Trauber und Carola Nisch (2011) unterteilen die Symptome einer Depression auf vier Ebenen: die emotionale, die physiologisch-vegetative, die kognitive und die verhaltensorientierte Ebene. Obwohl das Störungsbild einheitlich als Depression bezeichnet wird, kann die Erkrankung in den unterschiedlichsten Symptomkonstellationen auftreten und dadurch sehr unterschiedliche Auswirkungen für Betroffene aufweisen.

- Die emotionale Ebene wird mit der Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, emotionaler Labilität, Reizbarkeit, Unzufriedenheit bis hin zur Feindseligkeit, Schuldgefühlen, Ängstlichkeit, Angst vor dem Versagen, Schüchternheit, Angst die sich bis zur Panikattacke steigern kann, Anhedonie und Einsamkeit beschrieben.
- Die physiologisch-vegetative Ebene bezieht sich auf die Störung der Vitalgefühle, auf Antriebslosigkeit und Antriebshemmung, auf innere Unruhe, welche sich bis zu Panikattacken steigern kann, auf Schlafstörungen, Alpträume, Libidoverlust oder Veränderung von Appetit,

auf allgemeine vegetative Beschwerden wie Magenschmerzen, Durchfall, Übelkeit sowie Schmerzen und Verspannungen.

- Auf der kognitiven Ebene zeigen sich die Symptome in Form von Grübeln, negativen Verzerrungen, Selbstkritik, pessimistischen Zukunftserwartungen, Misserfolgsorientierung, vermindertem Selbstvertrauen, Mutlosigkeit sowie Hoffnungs- und Sinnlosigkeit, Konzentration- und Aufmerksamkeitsproblemen, Entscheidungsunfähigkeit, Vermeidung von Übernahme von Verantwortung, Wahnvorstellungen oder Halluzinationen, hypochondrische Befürchtungen (Angst, an einer unheilbaren Krankheit zu erkranken) bis hin zu suizidalen Gedanken.
- Auf der Verhaltensebene können Reduktionen von Aktivitäten, sozialer Rückzug, Zunahme von Abhängigkeit von anderen, zusammengesunkene Körperhaltung, eingeschränkte Gestik und Mimik, Suizidankündigung, Vorbereitung und Versuch bis schlimmstenfalls zum vollendeten Suizid beobachtet werden (S.34 - 40).

Die beiden Definitionen zeigen, dass sich eine depressive Erkrankung sehr unterschiedlich und vielfältig zeigen kann und muss in der Zusammenarbeit mit Betroffenen stets individuell beachtet werden.

2.2.2 Klassifikation der Depression nach ICD-10 und DSM-5

Mit dem International Classification of Diseases (ICD) hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) einheitliche Diagnosekriterien und Bezeichnungen für Krankheiten geschaffen. Nach Thomas Köhler (2012) ist das Kapitel über psychische Störungen bei einflussreichen amerikanischen Psychiatern auf Widerstand gestossen und so hat die American Psychiatric Association ein eigenes Manual, das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), veröffentlicht. Während sich heute in den europäischen Psychiatrien weitgehend das ICD mit der aktuellsten Version 10 durchgesetzt hat, bevorzugen amerikanische Psychologenkreise das DSM in der neusten Version V. Die beiden diagnostisch-klassifikatorischen Systeme haben sich in ihrer Entwicklung angenähert und die einzelnen Störungen entsprechen sich heute weitgehend in Bezug auf die Bezeichnung und Gruppierung. Von der Definition her lassen sich auch die Störungsbilder miteinander vergleichen, Unterschiede sind lediglich in der Namensgebung und in detaillierterer Kategorisierung erkennbar (S. 16 – 17).

Astrid Mattig (2016) erwähnt, dass in beiden Manuals der Begriff Störung anstelle von Krankheit verwendet wird, da psychische Störungen, entgegen den somatischen Erkrankungen, nicht auf klare Ursachen zurückzuführen sind. Dies erlaubt den Störungsbegriff offener zu verwenden und mit Symptomen zu beschreiben. Die Ursachen und die Entstehung (wie zum Beispiel Trennung, Verlust der Arbeit) werden bei beiden Klassifizierungsmodellen nicht berücksichtigt (S. 11).

Die nachfolgende Tabelle zeigt eine Gegenüberstellung der Klassifizierung nach ICD-10 und DSM-5.

	ICD-10		DSM-5
F32	Depressive Episode	296.2x	Major Depression, einzelne Episode
F32.1	Leichte depressive Episode	296.21	Leicht
F32.2	Mittelgradige depressive Episode	296.22	Mittelschwer
F32.3	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	296.23	Schwer ohne psychotische Merkmale
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	296.24	Mit psychotischen Merkmalen
		296.25	In teilweiser Remission
		296.26	Vollremittiert
F32.8	Sonstige depressive Episoden	296.20	Nicht näher bezeichnet
F32.9	Depressive Episode, nnb	311	Andere näher bezeichnete oder nicht näher bezeichnete depressive Störung
F33	Rezidivierende depressive Störung	296.3	Major Depression, rezidivierend
F33.0	Leichte Episode	296.31	Leicht
F33.1	Mittelgradige Episode	296.32	Mittelschwer
F33.2	Schwere Episode ohne psychotische Symptome	296.33	Schwer ohne psychotische Merkmale
F33.3	Schwere Episode mit psychotischen Symptomen	296.34	Mit psychotischen Merkmalen
F33.4	Remittiert	296.35	Vollremittiert
F33.8	Sonstige rezidivierende depressive Störung	296.30	Nicht näher bezeichnet
F33.9	Rezidivierende depressive Störung, nnb	311	Andere näher bezeichnete oder nicht näher bezeichnete depressive Störung
F34	Anhaltende affektive Störung		
F34.0	Zyklothymia	301.13	Zyklothyme Störung
F34.1	Dysthymia	300.4	Anhaltende depressive Störung (Dysthymia)
F34.8	Sonstige anhaltende affektive Störung		
F34.9	Anhaltende affektive Störung, nnb		

Tabelle 1: Gegenüberstellung ICD-10 und DMS-5 (leicht modifiziert nach Doerk, 2016)

2.2.3 Entstehung einer Depression

Bei der Frage nach der Entstehung einer Depression müssen sämtlichen Einflussfaktoren Beachtung geschenkt werden. Das Biopsychosoziale Modell, welches nach Georg L. Engel (1977) als ganzheitliches Gesundheitsmodell verstanden wird, eignet sich für die Erklärung besonders, da es den Menschen als körperlich-seelisches Wesen in seiner ökosozialen Lebenswelt betrachtet. Das Modell beinhaltet die biologischen, die psychologischen und die sozialen (wie auch spirituellen) Faktoren. Damit die Gesundheit entstehen oder erhalten werden kann, müssen alle Faktoren zusammenwirken. Ist dieses Zusammenwirken gestört, wird von einer Krankheit gesprochen (zit. in Meier Magistretti, 2015, S. 28).



Abbildung 2: Biopsychosoziales Modell (eigene Darstellung auf der Basis von Meier Magistretti, 2015, S. 27-28)

Aus der Sicht des Biopsychosozialen Modells wird von einer multifaktoriellen Verursachung der psychischen Erkrankung ausgegangen.

Zubin und Spring (1977) gehen in ihrer Erklärung mit dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell noch einen Schritt weiter. Sie zeigen auf, dass neben den Faktoren aus dem Biopsychosozialen Modell weitere Faktoren wie Belastungen und Stress eine Störung auslösen können. Für den Verlauf einer Erkrankung sind die individuellen Schutz- und Risikofaktoren entscheidend, ob sich eine Störung chronifiziert oder ob die Symptome abklingen. Diese Faktoren werden auch als auslösende, beziehungsweise aufrechterhaltende Faktoren bezeichnet (zit. in Mattig, 2016, S. 11).

Ein drittes Erklärungsmodell kommt von Daniel Hell (2015). Mit seinem zirkulären Depressionsmodell erklärt er, wie es von einer anfänglichen ersten depressiven Episode, meist ausgelöst durch belastende Erfahrungen, zu einem anhaltenden Distress und zu leichten oder stärkeren biologischen Reaktionen kommen kann. Eine biologische Veränderung wird oft in der Hirnaktivität, des Stirnhirns und des sogenannten limbischen Systems und einem Anstieg des Stresshormons Cortisol beobachtet. Im Weiteren kann eine Verlangsamung oder Hemmung der Psychomotorik und des vegetativen Nervensystems dazukommen. Der Körper erscheint in einer Ruhestellung, seine Aktivität ist gehemmt. Für Betroffene sind diese Veränderungen oft sehr belastend und enttäuschend, was sich wiederum negativ auf den Distress auswirken kann (S. 100 - 104).

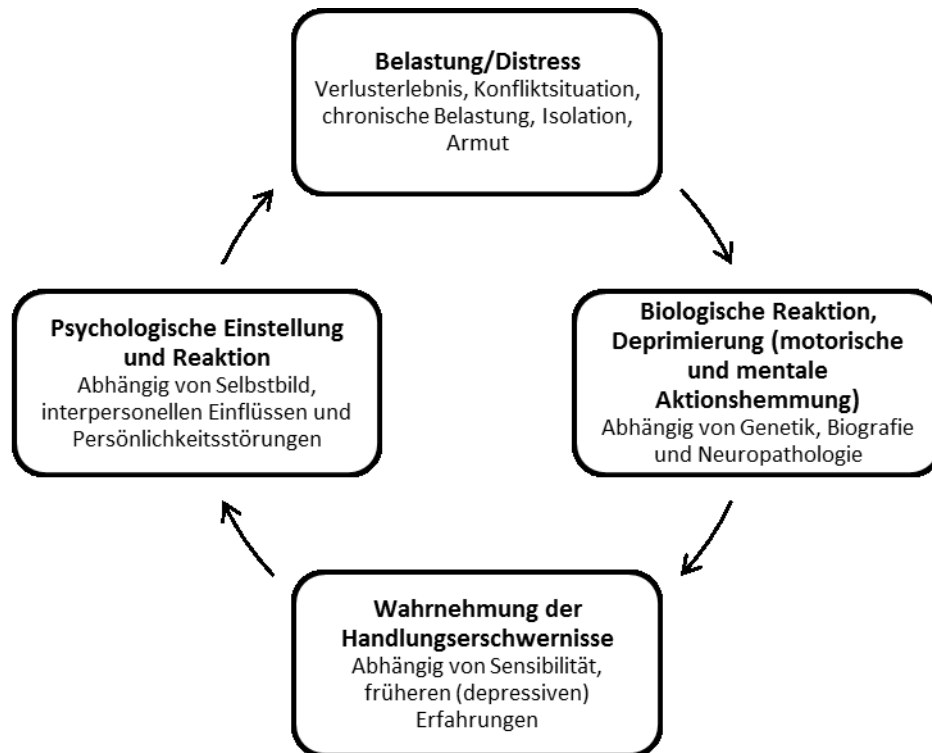


Abbildung 3: Zirkuläres Depressionsmodell (eigene Darstellung auf der Basis von Hell, 2015, S. 101)

Hell spricht bei diesem Modell auch von einem Teufelskreis: eine anfängliche Deprimiertheit schaukelt sie sich in eine Depression hoch. Begünstigt wird dieser Kreislauf durch soziale, biologische wie auch psychologische Faktoren, die sich gegenseitig verstärken. Es gilt zu beachten, dass bei einem kleinen Anteil von Betroffenen lediglich körperliche Störungen beobachtet werden können (S. 102-103).

2.2.4 Verlauf einer Depression

Mit den nachfolgenden Abbildungen wird der Verlauf einer Depression aufgezeigt. Bei der depressiven Spirale wird der Zusammenhang aus der Reduzierung von positiven Aktivitäten aufgrund der negativen Stimmungslage aufgezeigt. Bei der positiven Spirale wird der umgekehrte Weg, mit dem Aufraffen zu einer ehemals angenehmen Tätigkeit bis hin zur Normalisierung der Stimmung und dem Wiedererlangen von Kraft und Lebensfreude, abgebildet.

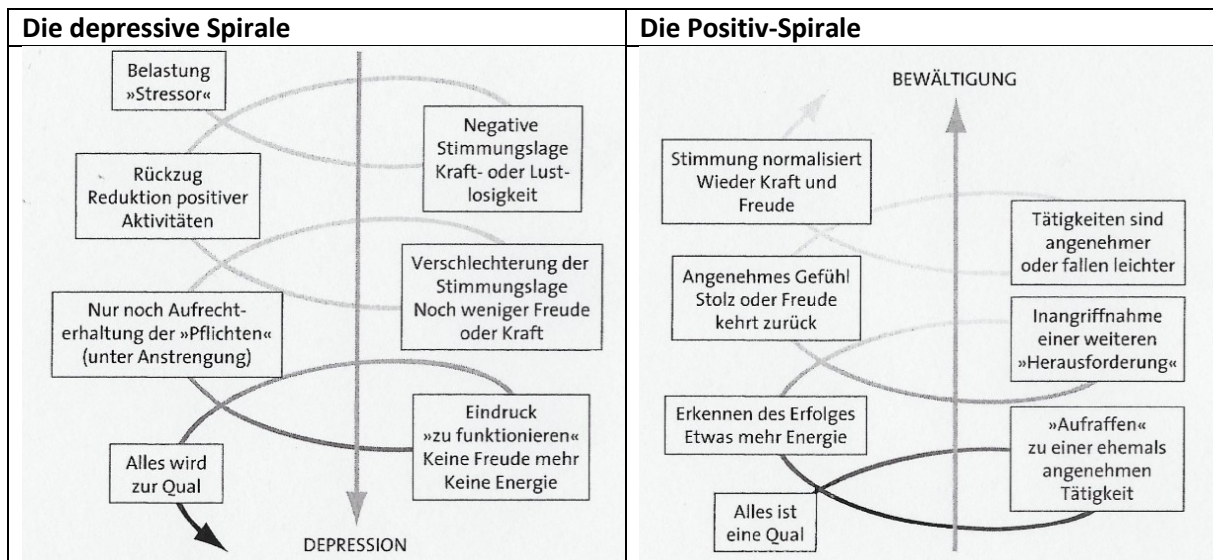


Abbildung 4: Depressionsspirale (Ralf F., Tauber & Carola, Nisch, 2012, S.91)

2.2.5 Statistiken in der Schweiz

Laut Schuler et al. (2016) sprechen fast 30% aller Schweizerinnen und Schweizer von depressiven Symptomen. Eine leichte Depressivität¹ kommt bei den Frauen häufiger vor, eine mittlere bis schwere Störung werden von Frauen und Männern etwa gleich oft erwähnt (S. 27).

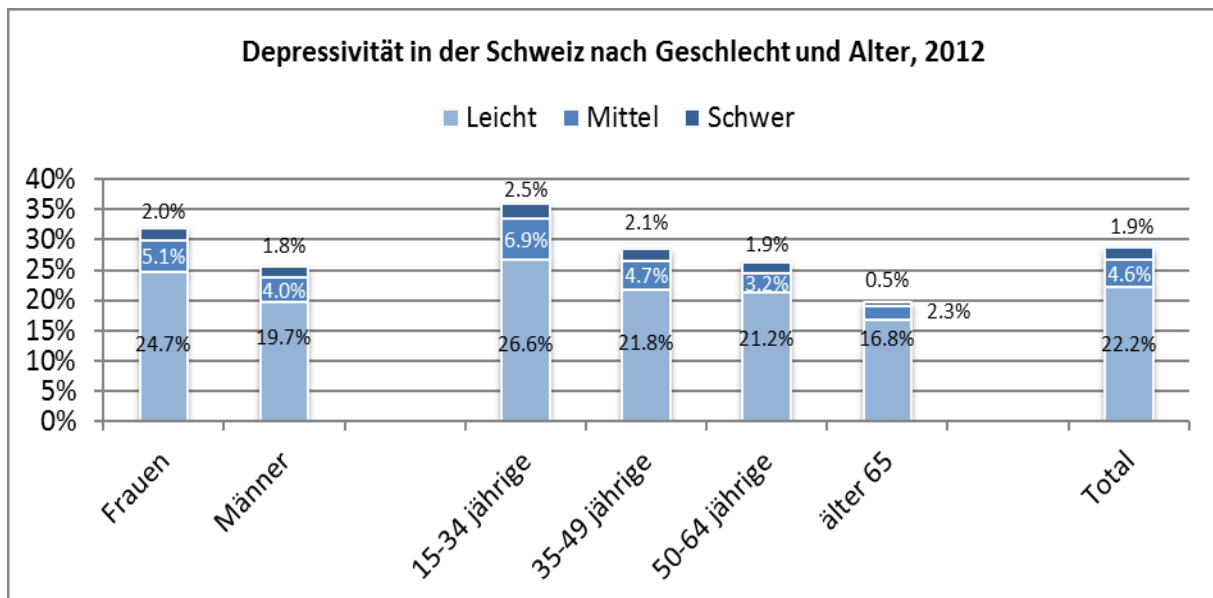


Abbildung 5: Depressivität in der Schweiz (eigene Darstellung auf der Basis von Schuler et al., 2016, S. 27)

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist überzeugt, dass Depressionen oder affektive Störungen bis zum Jahr 2020 zu den zweithäufigsten Volkskrankheiten zählen werden. Über 50% der schweren Depressionen werden in Europa nicht behandelt. Gründe sind nach wie vor das Gefühl von Scham und

¹ Depressivität wird in diesem Abschnitt aufgrund von selbstberichteten Indikatoren depressiver Verstimmung verwendet. Eine medizinische Diagnose war für die Erhebung nicht zwingend.

der persönlichen Unzulänglichkeit. Ein Leiden für Betroffene wie auch für Angehörige resultiert aus diesem Verhalten. Betroffene leiden auch an ihrem Arbeitsplatz, können ihre volle Leistungsfähigkeit nicht mehr erbringen oder werden für längere Zeiträume krankgeschrieben (Weltgesundheitsorganisation, ohne Datum).

2.2.6 Psychische Gesundheit - psychische Krankheit

Der Begriff Gesundheit findet in der Wissenschaft keine einheitliche Definition und wird deshalb mit unterschiedlichen Konzepten und Begriffen erklärt. Nachfolgend werden zwei Definitionen vom Spannungsfeld psychischer Gesundheit und psychischer Krankheit abgebildet.

Nach Schuler et al. (2016) wird unter psychischer Gesundheit persönliches Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit, Beziehungsfähigkeit und Selbstbewusstsein verstanden. Mit diesen Fähigkeiten sind normale Lebensbelastungen zu bewältigen, einer beruflichen Tätigkeit nachgegangen und einen Beitrag an die Gemeinschaft geleistet werden. Psychische Störungen dagegen beeinträchtigen die Funktionsfähigkeit, das Erleben und Verhalten von betroffenen Personen. Ihr Alltag wird durch die Störung in allen Lebensbereichen beeinflusst und mindert ihre Lebensqualität. Für Angehörige ist die Erkrankung belastend und kann bei Betroffenen bis hin zum Suizid führen (S. 5).

Für Sabrina Effinghausen (2014) ist unter psychischer Gesundheit ein angenehmes, nicht aber selbstverständliches, Gleichgewichtsstadium von Risiko- und Schutzfaktoren zu verstehen. Ein Gleichgewicht, welches zu jedem Zeitpunkt immer wieder aufs Neue hergestellt werden muss. Im Bereich der psychischen Gesundheit – psychischer Krankheit gibt es keine klaren Grenzen zwischen «noch gesund» und «schon krank». Ab wann eine psychische Beeinträchtigung vorliegt, hängt von verschiedenen Faktoren wie zum Beispiel dem Alter, Geschlecht, der kulturellen Umgebung und dem vorhandenen Gesundheitssystem ab (S. 51 – 53).

2.2.7 Konzept der Salutogenese

Mit der salutogenetischen Orientierung appelliert der Soziologe Aaron Antonovsky (1997) sich von einer Klassifizierung von Menschen als gesund oder krank zu distanzieren. Es gilt zu verhindern, sich ausschliesslich auf die Ätiologie einer bestimmten Krankheit zu fokussieren, sondern vielmehr die Gesamtheit eines Menschen zu berücksichtigen und diesen auf einem multidimensionalen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum zu betrachten (S. 29).



Abbildung 6: Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (eigene Darstellung auf der Basis von Antonovsky, 1997, S.29)

Weder Gesundheit noch Krankheit ist ein statischer Zustand. Jeder Mensch ist damit konfrontiert, dass er sich mit seinen Stressoren, mit seinen an sich gestellten Anforderungen, auseinandersetzt (S. 26). Nach Sabrina Effinghausen (2014) können sich Betroffene in Richtung Gesundheit verschieben, sofern chronisch erkrankte Personen über gesunde Anteile verfügen (S. 51).

Nach Aaron Antonovsky (1997) hat der Kohärenzsinn einen grossen Einfluss auf die Gesundheit. Die folgenden drei Komponenten liegen diesem Sinn zu Grunde:

- Die Verstehbarkeit: die Fähigkeit eine Situation zu verstehen, eine Handlung zu erfassen, den Sinn eines Ereignisses zu verstehen und erklären zu können
- Die Handhabbarkeit: mit den geeigneten Ressourcen eine Problemsituation lösen zu können
- Die Sinnhaftigkeit: das individuelle Empfinden über den Sinn des eigenen Lebens (S. 33-36)

Antonovsky beschreibt den Kohärenzsinn (Sense of Coherence) als globale Orientierung. Die Definition ist geprägt durch den Ausdruck, in welchem Ausmass ein durchdringendes, andauerndes und trotzdem ein dynamisches Gefühl des Vertrauens vorhanden ist. Das Vertrauen umfasst die Bereiche an Anforderungen aus der inneren und äusseren Umgebung, an vorhandene Ressourcen um diese Anforderungen erfüllen zu können und dass sich diese Herausforderungen, die notwendigen Investitionen und Engagements, auch lohnen (S. 36).

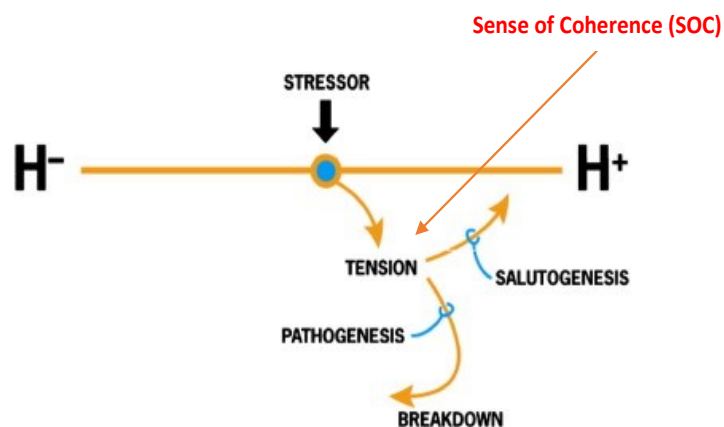


Abbildung 7: Der Kohärenzsinn (leicht modifiziert nach Meier Magistretti, 2015, S. 18)

Im Leben jedes Menschen gibt es Stressoren, welche Antonovsky (1997) als äussere Anforderungen an den Organismus definiert, die das Gleichgewicht stören. Die Stressoren lösen einen Spannungszustand aus, welcher bewältigt werden kann oder nicht. Für eine erfolgreiche Bewältigung tragen die generalisierten Widerstandsressourcen bei. Diese umfassen sowohl individuelle wie auch soziale und kulturelle Faktoren. Die generalisierten Widerstandsressourcen haben zwei Funktionen: einerseits prägen sie die Lebenserfahrungen und die Möglichkeit für Menschen prägende und kohärente

Lebenserfahrungen zu machen und andererseits sind sie unterstützend bei der Bewältigung von Spannungszuständen (S. 43 – 46).

Sabrina Effinghausen (2014) ist überzeugt, dass bei einer psychischen Erkrankung der Kohärenzsinn oft nur schwach ausgebildet ist, was teilweise mit dem Krankheitsverlauf erklärt werden kann. Folglich sinkt die Fähigkeit von Handhabbarkeit und Verstehbarkeit und kann sich negativ auf die Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens auswirken. Für sie ist es eminent wichtig, dass die Potentiale und Fähigkeiten Betroffener sowie deren Bewältigungsmöglichkeiten analysiert werden um im Sinne der Salutogenese, der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit und der Bedeutsamkeit, individuelle Interventionen zu verfolgen (S. 70 - 71).

Das salutogenetische Verständnis basiert auf einer ganzheitlichen und wirklichkeitsnahen Betrachtung des eigenen Lebens. Es leitet zu einem ressourcenorientierten Arbeiten an und wird im Kapitel drei weiter ausgeführt.

2.3 Behandlungsformen in einem interprofessionellen Team

In stationären Einrichtungen werden depressiv erkrankte Menschen von einem interprofessionellen Team betreut. Während von Seiten Psychologie, Psychotherapie und psychiatrischer Pflege neben den medikamentösen Behandlungen auch unterschiedliche Psychotherapieansätze wie zum Beispiel kognitive Verhaltenstherapie, psychodynamische Therapie oder Gesprächstherapie auf die individuellen Bedürfnisse der betroffenen Person verordnet werden (Martin E., Keck, ohne Datum, S. 34), übernimmt die Soziale Arbeit die Lösung sozialer Probleme. Professionelle der Sozialen Arbeit nehmen dabei eine eigenständige Sicht auf die sozialen Verhältnisse ein und verfolgen die Lösung sozialer Probleme. Die interprofessionelle Zusammenarbeit verfolgt ein gemeinsames Ziel, welches sich an den individuellen Bedürfnissen der depressiv erkrankten Person orientiert.

2.4 Alltagsbewältigung

Wie im Abschnitt 2.2.1 Symptome einer Depression erwähnt, leiden Betroffene unter gedrückter Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Verminderung des Antriebs und erhöhter Ermüdbarkeit. Daniel Hell (2015) erklärt, dass eine gedrückte Stimmung Betroffene mutlos machen und sie in ein Stimmungstief drücken kann. Für ihn kann die Beeinträchtigung bis zu einer völligen Lahmlegung führen und Betroffene erscheinen für andere Menschen abgekapselt und schwer erreichbar. Den Kern einer depressiven Episode beschreibt er als «*kummervollen Innehalten*» und ist überzeugt, dass auch weitere Symptome das Bild von Aktivitätsverlust und Kummernis verstärken, Symptome, welche sich negativ auf den Energiehaushalt auswirken und die Handlungsbereitschaft und Aktionsfähigkeit

beeinflussen. Für ihn hängen die psychomotorische Hemmung, die Verlangsamung im Denken und Handeln, stark mit der Depressionstiefe zusammen (S. 15 - 33).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Betroffene dazu neigen, langsamer und weniger produktiv zu sein. Sie befinden sich in einem Unvermögen zu reagieren und zu handeln. Sie haben Entscheidungsprobleme und fühlen sich unsicher. Ihr Stimmungstief wirkt sich auf die Familie, die Gemeinschaft oder auch auf gemeinsame Aktivitäten aus. Die Einschränkungen können bis zur Selbstvernachlässigung führen. Für die Alltagsbewältigung stellen sich für Betroffene somit grosse Herausforderungen.

3 Die Soziale Arbeit in stationären Einrichtungen und die Alltagsbewältigung

Das nachfolgende Kapitel beschreibt die Soziale Arbeit in stationären Einrichtungen. Mit dem Berufskodex von AvenirSocial (2010) wird die tägliche Arbeit mit depressiv erkrankten Menschen verpflichtet und Ziele daraus abgeleitet. Nachfolgend wird das Betreuungsteam der Sozialen Arbeit in den stationären Einrichtungen beschrieben und mögliche Konzepte und Methoden aufgeführt. Der Schluss dieses Kapitels widmet sich dem Verständnis von Alltagsbewältigung in stationären Einrichtungen aus der Sicht der Sozialen Arbeit.

3.1 Die Soziale Arbeit und ihre Handlungsfelder

Jede gesundheitliche Beeinträchtigung hat eine Auswirkung auf den Alltag, beziehungsweise auf die Lebenswelt von Betroffenen. Nach Hans Thiersch (2015) ist es die Aufgabe der Sozialen Arbeit, sich auf die Stimme ihrer Adressatinnen und Adressaten einzulassen. Widersprüchlichkeit, Erfahrungen der Alltagsbewältigung, Routinen, Verlässlichkeit und den Stolz über die Bewältigung ihres Alltages müssen von Professionellen genauso verstanden werden wie unterdrückte Wünsche und Hoffnungen, Verwerfungen, Erzählungen von Leid, Unglück und Unverständnis. Die Soziale Arbeit hört von Betroffenen, was in ihrer Alltagsbewältigung geleistet werden kann und wo sich individuelle Schwierigkeiten ihrer Lebensverhältnisse zeigen. Es ist der Auftrag von Professionellen, Betroffene zu einem gelingenderen Leben zu motivieren, zu bestärken und zu ermöglichen (S. 123).

3.1.1 Ethische Prinzipien

Der Berufskodex von AvenirSocial (2010) ist ein Instrument für die Begründung ethischer Interventionen in der täglichen Arbeit von Professionellen aus der Sozialen Arbeit. Darin werden ethische Richtlinien für ein moralisches Handeln im beruflichen Alltag aufgezeigt (S. 4).

Für die Autorin relevante Verpflichtungen aus dem Berufskodex in der Zusammenarbeit mit depressiv beeinträchtigten Menschen sind dies der Grundsatz der Selbstbestimmung, die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Ermächtigung für die Mitwirkung in der Gestaltung der Sozialstruktur durch die individuelle Entwicklung von Stärken und Wahrung ihrer Rechte (S. 8 – 9).

3.1.2 Das Betreuungsteam der Sozialen Arbeit

Wie bereits früher in der Arbeit erwähnt, werden Betroffene in stationären Einrichtungen in ihrer Alltagsbewältigung von verschiedenen Professionsgruppen betreut. Während in Kliniken ein interprofessionelles Team für die Betreuung zuständig ist, sind es in betreuten Wohnformen grösstenteils Mitarbeitende aus der Sozialen Arbeit. Der Grund dafür liegt nach Sabrina Effinghausen

(2014) in der ganzheitlichen Wahrnehmung und Unterstützung von Betroffenen mit dem Ziel zu grösstmöglicher Autonomie durch Hilfe zur Selbsthilfe im Alltag und in der individuellen Lebenswelt (S. 73). Die beiden Betreuungsformen werden in dieser Arbeit gleichbehandelt.

Die Betreuung von Betroffenen wird von einem ganzen Team gewährleistet. Diese Situation stellt die Bedingung, dass die Alltagsbewältigung für Erkrankte nicht davon abhängig sein darf, welche Person aus dem Team für deren Betreuung zuständig ist. Grosses Potential bietet diese Gegebenheit indem einzelne Betreuungspersonen nur eine Teilbetrachtung des Betroffenen wahrnehmen. Die berufliche Erfahrung von der Betreuungsperson hat Einfluss auf die Beurteilung der jeweiligen Begegnung mit einer depressiv erkrankten Person. Aus dieser Gegebenheit kommen im Betreuungsalltag verschiedene Erlebnisse, Einschätzungen, Eindrücke, mögliche Arbeitsansätze und Fachwissen zusammen. Diese umfangreichen Erkenntnisse müssen an Teambesprechungen einfließen und gemeinsam im Team Entscheidungen für weitere Handlungen und eine gemeinsame Haltung getroffen werden. Dieser Austausch bietet für das ganze Team eine transparente Handlungsweise und für Betroffene eine professionelle Betreuung sowie ein Profit von verschiedenen Lebenserfahrungen und Fachwissen der jeweiligen Betreuungsperson. Für Betroffene kann diese Situation aber auch eine grosse Herausforderung darstellen. Für eine gelingende Zusammenarbeit wird zu jeder Betreuungsperson eine vertrauensvolle Beziehung vorausgesetzt und zusätzlich sind sich Betroffene über einen Austausch innerhalb des Betreuungsteams bewusst.

3.1.3 Stationäre Einrichtungen

Für depressiv erkrankte Menschen stehen neben den Therapiemöglichkeiten im Gesundheitswesen Unterstützungsmöglichkeiten im Bereich der Sozialen Arbeit zur Verfügung. Mit Blick auf das Aktionsprogramm psychische Gesundheit im Kantons Luzern können Angebote ambulant, teilstationär oder stationär in Anspruch genommen werden. Im Kantonsgebiet steht das folgende Versorgungsangebot zur Verfügung:

- Akutpsychiatrie (Luzerner Psychiatrie)
- Rehabilitationspsychiatrie (Luzerner Psychiatrie)
- Begleitetes Wohnangebot der Luzerner Psychiatrie, von traversa Netzwerk für Menschen mit einer psychischen Erkrankung und dem Verein Jobdach (Judith Trageser, Juliane Fliedner, Thomas von Stokar & Bernadette Würsch, 2011, S. 55 -57).

Nach LUSTAT (2017) standen im Jahr 2014 in der Luzerner Psychiatrie 255 Betten zur Verfügung, welche von 2'437 Patientinnen und Patienten belegt wurden. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 35,9 Tage (S. 279 – 280). Ein Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik wird in einer akuten Situation von Betroffenen freiwillig oder in Form einer fürsorgerischen Unterbringung gewählt. Eine

fürsorgerische Unterbringung ist gemäss Art. 426. Abs. 1 und 2 ZGB anzuordnen, wenn die psychisch erkrankte Person schutzbedürftig ist und die Behandlung oder Betreuung nicht anders erfolgen kann. Bei einer fürsorglichen Unterbringung sind auch die Belastungen und der Schutz von Angehörigen und Dritten zu berücksichtigen.

Beim betreuten Wohnangebot, welches die (soziale) Rehabilitation und die soziale Reintegration verfolgt, geht es um das alltägliche Leben, um die gesundheitliche Stabilisierung, eine grösstmögliche Selbstbestimmung und Lebensqualität (Judith Trageser, Juliane Flieder, Thomas von Stokar & Bernadette Würsch, 2011, S. 57). Das Angebot des betreuten Wohnens wird oft als Anschlusslösung an einen Akut- oder Rehabilitationsaufenthalt gewählt, sofern eine selbständige Wohnform für depressiv erkrankte Personen aus gesundheitlichen Gründen noch nicht möglich ist.

3.1.4 Konzepte und Methoden

Die nachfolgende Grafik nach Ester Weber (2016) orientiert über die Beratungsfelder der Sozialen Arbeit.

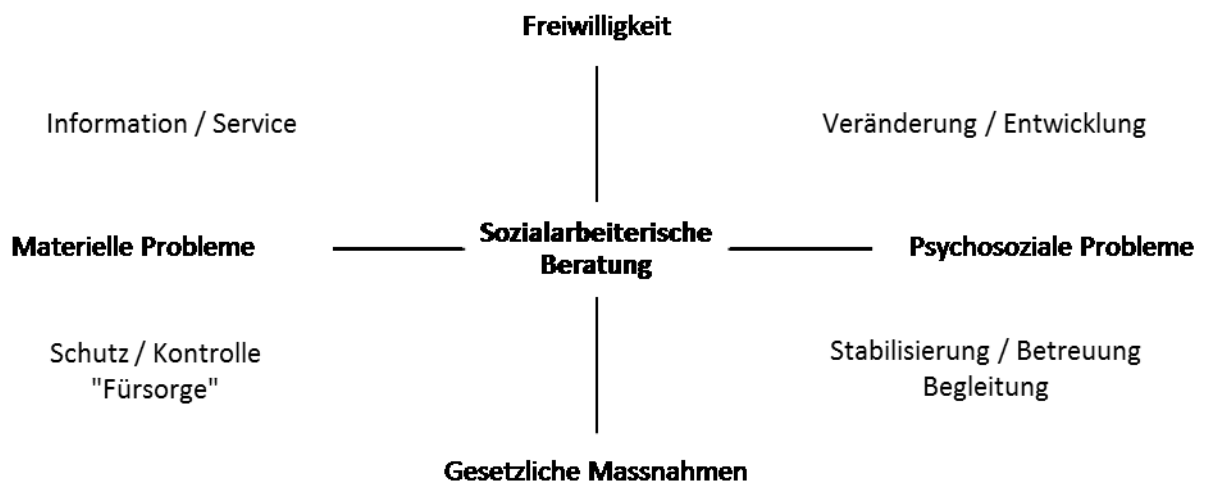


Abbildung 8: Strukturierungshilfe der Beratung in der Sozialen Arbeit (leicht modifiziert nach Weber, 2016, S. 12)

In der Praxis existieren verschiedene Konzepte und Methoden. Die Auswahl ist abhängig von den institutionellen Vorgaben, den Erfahrungen der Professionellen und ihrem Vertrauen in einzelne Methoden. Für die Autorin ist wichtig, dass Betroffene mit einer nachhaltigen Methode betreut werden. Die nachfolgende Aufstellung bildet eine Auswahl der ihr wichtigen Methoden ab.

Beraterische Aufgaben der Sozialen Arbeit

Jede professionelle Handlung findet in einem bestimmten Kontext und unter Berücksichtigung verschiedener Interventionen statt. Aus diesem Grund ist die Beratung der Sozialen Arbeit stets

doppelt verortet. Einerseits im Wissen um das soziale Problem im spezifischen Arbeitsfeld und andererseits im Verfahrenswissen.

Die Soziale Arbeit in stationären Einrichtungen fördert die gesellschaftliche, familiäre und berufliche Integration und leistet Beratung in allen Lebensbereichen. Betroffene erhalten Hilfe im Hinblick auf die Zeit nach dem stationären Aufenthalt, zum Beispiel im Hinblick auf eine selbständige Wohnform. Für die Soziale Arbeit steht bei der Zusammenarbeit mit depressiv erkrankten Personen die Stärkung der individuellen Ressourcen, die Hilfe zur Selbsthilfe sowie die Unterstützung Angehöriger im Vordergrund (Esther Weber, 2016, S. 10 – 11).

Beziehungsgestaltung

Angela Mahnkopf (2015) ist überzeugt, dass neben den Grundhaltungen von Empathie und Wertschätzung eine Haltung von Hoffnung, Sicherheit und die Anregung zur Aktivität in der Arbeit mit Depressionserkrankten wichtig ist. Bei der Einfühlung in die innere Welt der Betroffenen sollten Professionelle der Sozialen Arbeit sich nicht vom Pessimismus Erkrankter entmutigen lassen, sondern das professionelle Wissen über die Symptome und die Beeinflussung der Depression anwenden. Die Hoffnung bedeutet nach Mahnkopf Betroffenen zu vermitteln, dass sie wieder gesund werden können oder dass sich ihr Gesundheitszustand zumindest verbessern wird. Es geht dabei um eine authentische Überzeugung von Seiten der betreuenden Person. Eine authentische Professionalität und Kompetenz vermittelt depressiv erkrankten Menschen nicht nur Hoffnung, sondern verschafft ihnen auch eine Sicherheit (S. 45 – 48).

Recovery-Ansatz

Der Recovery-Ansatz ist ein Konzept aus der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen und verfolgt die Entwicklung aus der Beschränkung der Patientenrolle hin zu einem selbstbestimmten und sinnerfüllten Leben. Recovery ist ein Prozess, in dessen Verlauf Betroffene erfahren, wie mit anhaltenden Symptomen und Vulnerabilitäten gelebt werden kann – und zwar gut. Der Ansatz verfolgt eine Erweiterung von einer krankheitsorientierten Behandlung zu einer integrativen Perspektive von psychischer Gesundheit und Krankheit und beinhaltet die Einstellung für eine mögliche Gesundung. (Michaela Amering & Margit Schmolke, 2007, S. 11 – 13). Für Michaela Amering und Margrit Schmolke bedeutet die Hoffnung, das eigene Selbstwertgefühl - auch unabhängig der Erkrankung - zu finden, sich die Selbstachtung und das Selbstwertgefühl zu bewahren und sich nicht nur über die Patientinnen- oder Patientenrolle zu definieren (S. 21).

Das Recovery-Konzept basiert auf einem personenzentrierten Ansatz. Die Betreuung psychisch erkrankten Personen ist ein individueller Prozess, welcher sich an deren Bedürfnissen, an den persönlichen Werten und Zielen orientiert (S. 20 - 21).

Resilienz

Unter Resilienz wird die Widerstandskraft, Elastizität, Wiedergewinnung der ursprünglichen Stabilität nach einer Belastung verstanden. Dies bedingt, dass sich Betroffene mit ihrer Erkrankung auseinandersetzen, den IST-Zustand akzeptieren und die eigenen Ressourcen für eine Stabilisierung einsetzen. Resilienz im Kontext von Recovery bezieht sich auf die Fähigkeit mit der Erkrankung leben lernen zu können. Wichtige Komponenten für die Resilienzförderung sind Achtsamkeit, zielgerichtetes Handeln, Mut, die Fähigkeit mit dem Unerwarteten umzugehen und trotz Schwierigkeiten weiterzugehen (Michaela Amering & Margit Schmolke, 2007, S. 110 – 113).

Empowerment

Empowerment und Resilienz sind eng miteinander verknüpft. Je resilienter sich Betroffene fühlen, desto eher können sie sich selbst helfen. Nach Andreas Knuf und Ulrich Seibert (2001) ist es die Aufgabe von Empowerment Bedingungen für die Ermöglichung der Einflussnahme von Betroffenen zu schaffen und dafür zu sorgen, dass sie nicht in den Zustand der Demoralisierung geraten. Ohne das Gefühl, im eigenen Leben etwas bewirken zu können, ist das Vertrauen in die eigenen Kräfte und Möglichkeiten nicht vorhanden. Als wichtigste Voraussetzung für ein gelingendes Empowerment müssen die Ressourcen anstelle der Defizite in den Vordergrund gestellt und gefördert werden (S. 32 – 34).

3.1.5 Die Alltagsbewältigung in stationären Einrichtungen

Hans Thiersch (1986) beschreibt den Alltag mit seiner Vielfältigkeit von Problemen und Aufgaben. Der Alltag stellt Menschen vor die Bewältigung der an sie gestellten Aufgaben. Spricht Thiersch vom Alltag, so sind die Kompetenzen jedes Menschen in seinem Alltag gemeint. Für ihn ist der Alltag ambivalent. Einerseits werden Menschen mit dem unverbildeten Offenen konfrontiert, was sie unmittelbar fordert, andererseits bringt der Alltag auch das Banale, das Routinierte mit sich. Der Alltag entspricht der gegebenen Wirklichkeit, die verstanden werden muss (S. 12 - 14).

Als Synonym zur Lebensweltorientierung verwendet Hans Thiersch (2015) auch den Begriff gelingender Alltag. Unter Lebenswelt ist der private Aspekt, die Lebensumstände einzelner zu verstehen. Diese bilden die Ausgangslage für eine Hilfe zur Selbsthilfe, mit dem Ziel eines freien und selbstbestimmten Lebens – eines gelingenden Alltags. Betroffene sind selbst Expertinnen und Experten

und definieren, welche Aufgaben sie zum Zeitpunkt der Hilfeannahme ungenügend ausführen und so den gelingenden Alltag verhindern (S. 350 – 352).

Wie bereits vorgängig in dieser Arbeit erwähnt, wirkt sich eine psychische Erkrankung auf den Alltag Betroffener aus. Durch die Beeinträchtigung werden die emotionale, kognitive, interpersonale, körperliche und die Verhaltensebenen in verschiedenen Lebensbereichen tangiert. Nach der eingangs erwähnten Auffassung von Hans Thiersch hat sich die lebensweltorientierte Soziale Arbeit auf die Lebenswelt der individuellen Person zu fokussieren. Sie hat dort zu agieren, wo depressiv erkrankte Menschen in ihrer alltäglichen Bewältigungsaufgabe auf Unterstützung, Begleitung und Befähigung angewiesen sind.

4 Methodisches Vorgehen

Zu Beginn der Erläuterungen zum methodischen Vorgehen wird die Fragestellung nochmals aufgegriffen und daraus die Wissenslücke abgeleitet. Es wird auf die Methodenwahl, die Stichprobe und die Datenerhebung eingegangen und das Generieren des empirischen Wissens aufgezeigt.

4.1 Fragestellung

Die Zielsetzung dieser Arbeit ist, die Zusammenarbeit von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in stationären Einrichtungen und depressiv erkrankte Menschen zu analysieren. Der Fokus liegt in der Alltagsbewältigung Betroffener und die Forschungsfrage

Wie können depressiv erkrankte Menschen in stationären Einrichtungen in der Alltagsbewältigung auf den Übergang in eine selbständige Wohnform durch die Soziale Arbeit nachhaltig unterstützt, begleitet und befähigt werden?

liegt der ganzen Erhebung zu Grunde.

Die Ausführungen im theoretischen Teil dieser Arbeit zeigen auf, wie unterschiedlich sich eine depressive Erkrankung bei Betroffenen auswirken kann und welche anspruchsvolle Lebenssituation sie zu bewältigen haben. Die Soziale Arbeit in stationären Einrichtungen ist dabei gefordert, sich dieser Situation anzunehmen um die Lebensqualität Betroffener zu erhalten oder zu verbessern.

4.2 Wissenslücke

Nach den Rechercheergebnissen im theoretischen Teil dieser Arbeit fehlt das Wissen über die tatsächliche Zusammenarbeit von Professionellen mit Erkrankten in stationären Einrichtungen. Es fehlt das Wissen über die Auswirkungen und die Nachhaltigkeit in der Alltagsbewältigung Betroffener. Es ist von Interesse, mit welcher Haltung Professionelle agieren und welche Methoden zur Anwendung kommen. Mit einer Erhebung werden diese individuellen Daten erhoben, das heisst, es werden die Erfahrungen aller interviewten Personen zusammengetragen, einander gegenübergestellt und diskutiert.

4.3 Methodenwahl

Für die Beantwortung der Forschungsfrage hat sich die Autorin für eine qualitative Erhebungsmethode entschieden. Mit dieser Erhebung wird neues Wissen über die Zusammenarbeit, die Beziehungsgestaltung und die professionelle Tätigkeit der Sozialen Arbeit in Erfahrung gebracht. Bei dieser Erhebungsmethode können nach Horst Otto Meyer (2004) verbale Daten mittels Leitfadenterview gewonnen werden. Sie eignet sich besonders für die Datenerhebung konkreter

Aussagen in Bezug auf eine Wissenslücke. Der Interviewleitfaden wird mit offen formulierten Fragen ausgearbeitet. Wird der Leitfaden während dem Interview konsequent verwendet, ergibt sich eine Struktur und die erhobenen Daten können besser verglichen werden. Der Leitfaden dient zur Orientierung und die Reihenfolge der Fragen muss nicht strikt nach dem Leitfaden erfolgen. Das Interview sollte möglichst offen gestaltet und die interviewte Person zum Erzählen ermuntert werden (S. 36 – 37).

Für das Leitfadeninterview wurde eine besondere Form, das problemzentrierte Interview nach Andreas Witzel (2000), gewählt. Das problemzentrierte Interview ist eine empirische Untersuchung aus der Akteurperspektive. In der vorliegenden Arbeit wird von der Perspektive von depressiv erkrankten Menschen in stationären Einrichtungen ausgegangen. Dabei steht die individuelle Alltagsbewältigung als bestimmte Problematik im Vordergrund. Die Erhebungsform verfolgt das Ziel einer möglichst unvoreingenommenen Erfassung individueller Handlungen, Wahrnehmungen und Verarbeitungen (S. 1).

Die vorliegende Arbeit untersucht die Erfahrungen depressiv erkrankter Menschen mit ihren individuellen Krankheitssymptomen und die professionelle Hilfe der Sozialen Arbeit. Aus diesem Grund wurde der Leitfaden mit dem Vorwissen aus dem Theorieteil dieser Arbeit erstellt. Andreas Witzel erklärt, dass das Vorwissen in der Erhebungsphase als heuristisch-analytischer Rahmen für die Frageideen dienen soll. Bei einem problemzentrierten Interview kann der Erkenntnisgewinn in der Erhebungs- wie auch in der Auswertungsphase in einer Kombination von induktivem wie auch deduktivem Vorgehen gewählt werden (S. 1). Aus diesem Grund wurde der Leitfaden wie folgt gegliedert:

1. Vorformulierte Einleitungsfrage mit Zentrierung auf das untersuchte Problem (Forschungsfrage)
2. Sondierungsfragen zur sukzessiven Offenlegung der subjektiven Problemsicht nach dem Prinzip der Offenheit oder Induktion
3. Ad-hoc-Fragen mit Bezug auf den Leitfaden, sofern die interviewte Person gewisse Themen nicht erwähnt

Der Aspekt der Deduktion, das neue Wissen aus vorherigen Interviews oder im Interview selbst erworbenes Wissen, wird bei spezifischen Sondierungsfragen oder einer Verständigungsfrage während dem Interview eingebracht (S. 3 - 4).

Bei der Gestaltung des Leitfadens wurde darauf geachtet, dass auf allfällige Folgefragen oder neue Themen jederzeit eingegangen werden kann. Nach der vorformulierten Einleitungsfrage wurden die

Sondierungs- und Ad-hoc-Fragen den folgenden Themenfeldern zugeordnet: Wohnform, Tagesstruktur, Zusammenarbeit mit Betreuungsperson, Gesundheit und soziales Umfeld (Anhang A). Um unverständliche oder zu komplexe Frageformulierungen zu vermeiden, hat die Autorin mit einer depressiv erkrankten Person aus ihrem Umfeld ein Probeinterview durchgeführt.

4.4 Stichprobe

Nach Horst Otto Mayer (2004) ist es in vielen empirischen Untersuchungen nicht möglich, alle Elemente einer Grundgesamtheit zu erheben. Für die vorliegende Arbeit wären unter dem Begriff der Grundgesamtheit alle depressiv erkrankten Menschen, die aktuell in einer stationären Einrichtung betreut werden, zu verstehen. Da der Umfang einer solchen Befragung den Rahmen dieser Arbeit übersteigen würde, wird auf die Erhebung einer sogenannten Stichprobe zurückgegriffen. Bei der Stichprobenbildung einer qualitativen Forschung ist die Relevanz zum Thema der untersuchten Subjekte zu berücksichtigen (S. 37 – 38).

Bezugnehmend auf die Forschungsfrage ergeben sich die folgenden Kriterien für die Stichprobenbildung:

- Die interviewte Person ist an einer Depression erkrankt
- Die interviewte Person wird oder wurde bis vor kurzer Zeit in einer stationären Einrichtung betreut
- Die interviewte Person ist auf die Unterstützung in Bezug auf ihre Alltagsbewältigung angewiesen oder war bis vor kurzer Zeit darauf angewiesen

Uwe Flick (1999) erläutert die Festlegung der Stichprobe wie folgt: Wird eine Stichprobe vor Beginn der Erhebung aufgrund bestimmter Merkmale festgelegt, so spricht man von einer Vorab-Festlegung. Wird eine Stichprobe während der Untersuchung laufend durch neue Erkenntnisse aktualisiert, respektive ergänzt, wird von einem theoretischen Sampling gesprochen (zit. in Meyer, 2004, S. 38). In der vorliegenden Forschungsarbeit wird die Vorab-Festlegung angewendet, da der Rahmen einer Bachelorarbeit und die zeitlichen Ressourcen ein theoretisches Sampling nicht zulassen würden. Mayer erläutert im Weiteren, dass die Kriterien für die Stichprobenbildung vor der Durchführung der Erhebung festgelegt werden müssen. Zudem ist zu beachten, dass die ausgewählte Stichprobe sich nicht zu sehr von der Grundgesamtheit unterscheidet (S. 38 – 40).

Nachdem die Kriterien für die Stichprobe festgelegt wurden, kontaktierte die Autorin stationäre und ambulante Institutionen im Raume Luzern um den Zugang zu depressiv erkrankten Menschen zu erhalten. Bei der Recherche nach möglichen Institutionen bediente sich die Autorin dem Aktionsprogramm psychische Gesundheit von Trageser et al. (2011, S. 53) und der Internetrecherche.

Der Rücklauf verlief erfolgreich, bei vier Interessierten musste ein Interviewtermin aus zeitlichen Gründen sogar abgesagt werden. Der Autorin wurden mögliche Kontakte aus einer betreuten und einer selbständigen Wohnform vermittelt. Erschwerter stellte sich der Zugang zu Betroffenen heraus, welche aktuell in einer Klinik sind. Dies lässt sich mit der gesundheitlichen Situation und der kurzen Aufenthaltsdauer erklären. Für die Erhebung stellte sich der fehlende Zugang als vertretbar heraus, da die Autorin Interviewpartnerinnen und Interviewpartner finden konnte, welche erst kürzlich aus der Klinik ausgetreten sind und somit den Aufenthalt sehr gut reflektieren konnten. Weiter konnte die Autorin für die Befragung zwei Peers gewinnen. Peers sind psychisch erkrankte Personen, welche heute in Therapiesettings tätig sind und dazu eine Peer-Ausbildung absolviert haben. Sie sind selber Betroffene, die sich schon länger auf dem Gesundungsweg befinden, und daher eine grosse Erfahrung mit ihrer Erkrankung und dem Versorgungsnetz mit sich bringen. Mit dem Einbezug dieser beiden Interviews verschafft sich die Autorin einen umfangreichen Blick auf die ganze Thematik.

Durch den Feldzugang hat sich die folgende tatsächliche Stichprobe ergeben:

Alter	Aktuelle Wohnform					
	Klinik		Betreutes Wohnen		Selbständige Wohnform	
	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich
20 – 30jährig			1		1	
30 – 50jährig			1			1
Älter als 50jährig				1		3
Peers					1	1

Tabelle 2: Tatsächliche Stichprobe (eigene Darstellung)

4.5 Datenerhebung

Wie bereits im Kapitel 4.3 erwähnt, wurde für die vorliegende Forschung das problemzentrierte Interview nach Witzel (2000, S. 2) gewählt und die Erhebung erfolgte mit einem Leitfadeninterview.

4.5.1 Durchführung der Leitfadeninterviews

In einem ersten Schritt wurde mit den vermittelten Interviewpartnerinnen und Interviewpartner telefonisch Kontakt aufgenommen um ihr Interesse und die Erhebungskriterien zu prüfen. Anschliessend wurde ein Interviewtermin in einem Zeitfenster von drei Wochen gesucht und die Örtlichkeiten festgelegt.

Zu Beginn des Gesprächs hat sich die Interviewerin kurz vorgestellt und das Ziel der Bachelorarbeit dargelegt. Ihr war es wichtig, von Anfang an eine einladende und vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre zu schaffen. In zweiten Schritt wurde die interviewte Person auf die Anonymisierung der Daten hingewiesen und um Erlaubnis für die Audioaufnahme gebeten. Die Aufnahme diente zur Nachvollziehbarkeit der Gespräche und gewährte eine genaue Erfassung und Auswertung der Daten.

Die Aufnahmen wurden nach Auswertung gelöscht. Der Ablauf des Interviews erfolgte nach dem Leitfaden, wobei die Reihenfolge nicht zwingend eingehalten wurde. Der Leitfaden diente der Orientierung um keine wesentlichen Aspekte zu vergessen.

Nach dem Gespräch wurden die Tonträgeraufnahmen durch Postskripte ergänzt. Sie geben Aufschluss über den Gesprächsinhalt, zur Gesprächssituation, zur Atmosphäre und über die von der interviewten Person gesetzten Schwerpunkte. Sie können zur Reflektion des Gesprächs sowie für die Anlehnung an die theoretische Stichprobe verwendet werden (Andreas Witzel, 2000, S. 3).

4.5.2 Datenaufbereitung

Sämtliche Interviews wurden mittels Computerprogramm vollständig und in der gesprochenen Sprache wörtlich transkribiert. Bei der Aufbereitung wurden auf Pausen, Stimmlagen und sonstigen parasprachlichen Elemente nach Meyer (2004) verzichtet und es wurde dem Inhalt des Gesprächs Beachtung geschenkt (S. 46).

4.5.3 Datenauswertung

Für die Auswertung der Daten wurde das sechsstufige Auswertungsverfahren nach Claus Mühlefeld, Paul Windolf, Norbert Lampert und Heidi Krüger (1981) verwendet. Dieses Verfahren eignet sich besonders für offene Interviews und wenn der Schwerpunkt der Auswertung auf den Kommunikationsinhalten, dem rein Gesagten, liegt (1981, S. 336 – 337).

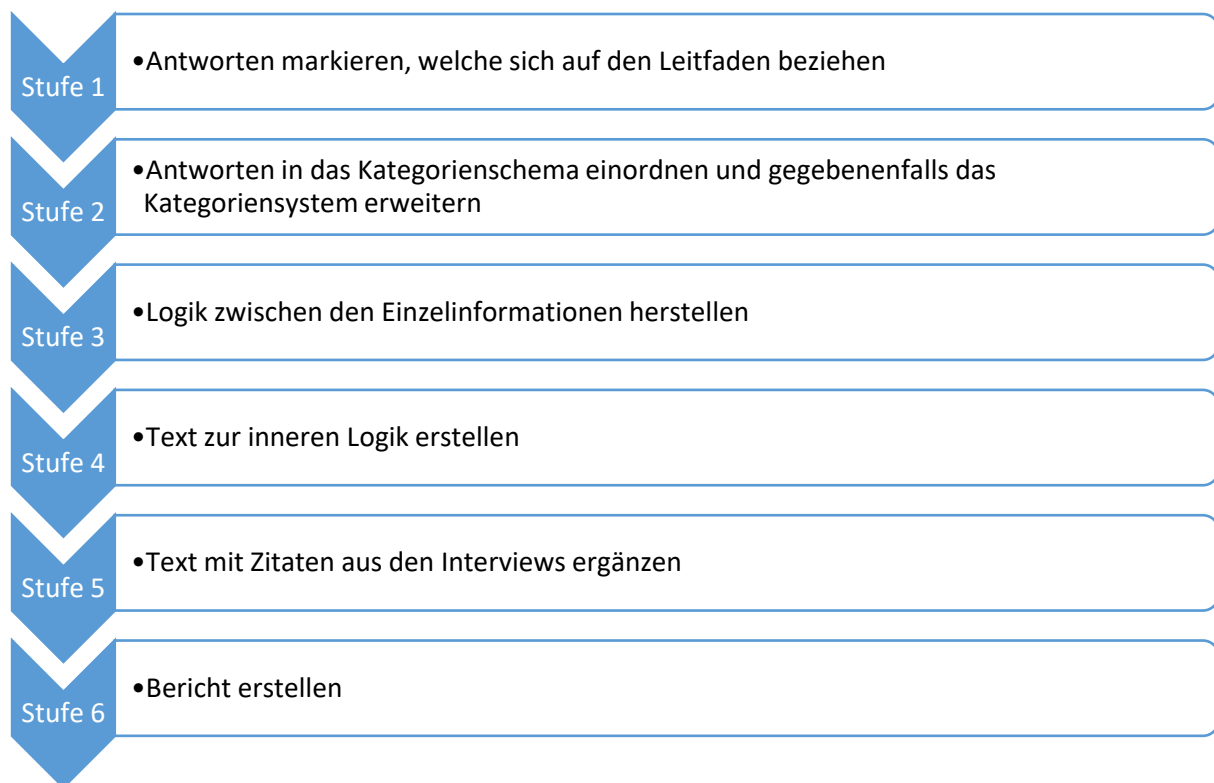


Abbildung 9: Sechsstufiges Auswertungsverfahren nach Mühlefeld et al. (1981), (eigene Darstellung)

Als Grundlage für die Datenauswertung dienten die Transkripte der Interviews. In Anlehnung an das sechsstufige Auswertungsverfahren wurde in einem ersten Schritt die Textstellen markiert, welche den Fragen aus dem Leitfaden zugeordnet werden konnten. Im zweiten Schritt wurden die markierten Stellen dem Kategorienschema aus dem Leitfaden zugeordnet. Während diesem Arbeitsschritt wurde das Kategorienschema laufend durch neue Kategorien ergänzt, welche sich aus den einzelnen Erhebungen ergaben. Der dritte Arbeitsschritt galt der Erstellung einer inneren Logik. Die Antworten in den einzelnen Kategorien wurden einander gegenübergestellt um Aussagen zur gleichen Thematik herauszuarbeiten. Mit dieser Gegenüberstellung suchte die Autorin nach einer allgemein gültigen Sichtweise unter den interviewten Personen. Kommt es zu widersprüchlichen Aussagen, werden diese nach Empfehlung von Mühlefeld et al. (1981) nicht vernachlässigt, sondern sie werden in den Ausführungen besonders erwähnt (S. 337). Im vierten Schritt wurde diese Logik zu einem Text zusammengefasst und im fünften Arbeitsschritt wurde der Text mit Zitaten aus den Interviews ergänzt. In der sechsten Stufe werden abschliessend die Auswertungstexte zu einem Bericht zusammengefasst. Dieser Bericht wird im nächsten Kapitel abgebildet.

5 Forschungsergebnisse und Diskussion

In der vorliegenden qualitativen Forschung wurde eine retrospektive Sichtweise der depressiv erkrankten Menschen nach einem Übergang von einer stationären Einrichtung in eine begleitete Wohnform untersucht. Die Ergebnisse aus der Datenerhebung werden in diesem Kapitel dargestellt.

In einem ersten Schritt werden die interviewten Personen kurz beschrieben. In einem weiteren Schritt werden die einzelnen Kategorien aufgelistet und mit einzelnen Zitaten aus den Interviews ergänzt. Die einzelnen, durch die Datenauswertung laufend angepassten, Kategorien werden jeweils anschliessend an die Zitate mit einer Diskussion abgeschlossen.

5.1 Teilnehmende Interviewpersonen

Die tatsächliche Stichprobe wurde bereits im Kapitel vier abgebildet. Für eine bessere Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse und Zusammenhänge aus den Interviews werden die interviewten Personen kurz vorgestellt. Zum Schutz der Teilnehmenden werden die Daten anonymisiert.

Teilnehmerin 1 (T1):	Weiblich, 62jährig (deutsche Muttersprache)
	Aktuelle berufliche Tätigkeit: Arbeitsintegration
	Untersuchter Übergang: Klinik – selbständige Wohnform
Teilnehmerin 2 (T2):	Weiblich, 63jährig
	Aktuelle berufliche Tätigkeit: geschützter Arbeitsplatz
	Untersuchter Übergang: betreute – selbständige Wohnform
Teilnehmer 3 (T3):	Männlich, 26jährig
	Aktuelle berufliche Tätigkeit: angestellt
	Untersuchter Übergang: Klinik – selbständige Wohnform
Teilnehmerin 4 (T4):	Weiblich, 46jährig
	Aktuelle berufliche Tätigkeit: keine
	Untersuchter Übergang: Klinik – selbständige Wohnform

Teilnehmerin 5 (T5):	Weiblich, 52jährig
	Aktuelle berufliche Tätigkeit: geschützter Arbeitsplatz
	Untersuchter Übergang: Klinik – selbständige Wohnform
Teilnehmer 6 (T6):	Männlich, 26jährig
	Aktuelle berufliche Tätigkeit: Arbeitsintegration
	Untersuchter Übergang: Klinik – selbständige Wohnform
Teilnehmerin 7 (T7):	Weiblich, 66jährig
	Aktuelle berufliche Tätigkeit: keine
	Untersuchter Übergang: betreute – selbständige Wohnform
Teilnehmer 8 (T8):	Männlich, 42jährig
	Aktuelle berufliche Tätigkeit: keine
	Untersuchter Übergang: Klinik – selbständige Wohnform
Teilnehmerin 9 (T9):	Weiblich, 40jährig
	Aktuelle berufliche Tätigkeit: Peer
Teilnehmer 10 (T10):	Männlich, 32jährig
	Aktuelle berufliche Tätigkeit: Peer

5.2 Ergebnisse und Diskussion

In der Einleitung jeder einzelner Kategorie wird diese kurz beschrieben, mit einzelnen Zitaten aus den Interviews ergänzt und anschliessend diskutiert. Die Kategorien haben sich im Laufe der Auswertung leicht verändert (Tagesstruktur wurde in berufliche Tätigkeit und Freizeitbeschäftigung aufgeteilt) und neue Kategorien (Therapie und Klinik, Selbsthilfe) sind dazugekommen. Diese neuen Kategorien haben sich durch die vielen Äusserungen während den Interviews ergeben. Für die Autorin führten diese Aussagen zu neuen Erkenntnissen, auf welche in dieser Arbeit später eingegangen wird.

Ergebnisse aus dem Themenbereich Wohnform

Bei der Frage nach der aktuellen Wohnform und ob die Wohnform ihren aktuellen Bedürfnissen entspricht, haben sich alle Teilnehmenden zufrieden geäußert. Ihnen scheint es wichtig zu sein, dass sie weiterhin ein selbstbestimmtes Leben führen können, bei Bedarf aber jederzeit auf Unterstützung in ihrer alltäglichen Lebensführung, bei gesundheitlichen Schwierigkeiten sowie auf psychosoziale Hilfe zählen können. Diese Sicherheit lässt sie zur Ruhe kommen und nimmt ihnen unnötigen Druck.

T2: *«Jetzt gniess ech am meischte, dass ech mech wohl fühle i dere Wohnig. Wenn ech hei chome, isch smer wohl. Ech cha läse dren, cha schlofe dren, ech fühle mech do wohl.»*

T5: *«Ech fühle mech wohl do, jetzt han ech au en Balkon. Das schätz ech sehr ond de Setzplatz ond Pergola hende osse ond do onde Kochi. Det hend mer au no en Setzplatz. Ond de cha mer go Ferseh luege. Ond wenn mer sech muess zrogg zie, isch das au keis Problem.»*

T8: *«Do het mer so gwössi Ufgabe. För das, dass es doch werklech chli isch, chammer do zemlech uf dLüt i go, vor ond no gö. Mer cha im Hus hälfe, me cha oswärts go. Ech danke, jo im Moment isch das werklech s'Rechtige för mech.»*

T8: *«Jo das esch's Ziel, ganz nederschwellig. E chli Rueh is Läbe zbrenge, e chli Tagesstruktur, e chli luege wie ond ob au osserhalb vo do no machbar isch vo de Wohnform. Mer cha sech Zyt lo ohni Drock.»*

Diskussion

Für die befragten Personen ist es wichtig, dass sie sich in ihrer aktuellen Wohnform wohl fühlen. Sie können sich frei bewegen, sie geniessen die Autonomie und führen ein selbstbestimmtes Leben. Der individuelle Bedarf an Begleitung und Unterstützung ist gewährleistet. Der Druck von der selbständigen Alltagsbewältigung fällt dadurch weg. Sie können jederzeit auf die Betreuungspersonen zugehen, haben aber auch die Möglichkeit sich zurückzuziehen.

Die geeignete Wohnform hat grossen Einfluss auf die Genesung. Betroffene kommen wieder zur Ruhe und sie können sich ihren individuellen Bedürfnissen widmen. Sie haben genügend Zeit und Raum sich mit ihrer Krankheit auseinanderzusetzen und sich allfälligen Krisen anzunehmen.

Eine längerfristige Wohnform gewährt Betroffenen eine Stabilität und Sicherheit. Bei einem Institutionswechsel fehlt diese Stabilität. Neue Rahmenbedingungen, Strukturen und Anforderungen müssen bewältigt werden. Auch eine Konstanz in der Betreuung und Begleitung ist in diesem Übergang nicht gewährleistet.

In Bezug auf die Alltagsbewältigung hat die Wohnform weiter Einfluss auf die Fertigkeit von Alltagstätigkeiten wie zum Beispiel kochen, reinigen und administrative Arbeiten erledigen. In den Institutionen wird einerseits die Mitarbeit in der Küche und im Garten gefordert, andererseits bieten Angebote von Ateliers die Möglichkeit, individuelle Fertigkeiten zu fördern oder neu zu gewinnen.

Ergebnisse aus dem Themenbereich Tagesstruktur (berufliche Tätigkeit)

Die ursprüngliche Kategorie Tagesstruktur wurde während der Auswertung in die Kategorien berufliche Tätigkeit und Freizeitbeschäftigung unterteilt.

Von den Befragten gehen aktuell nicht alle einer beruflichen Tätigkeit nach. Gründe dafür sind ihre Erkrankung, fehlende Angebote für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder die Erreichung des Pensionsalters. Das Fehlen einer geeigneten Arbeitsstelle ist für einen Grossteil der Betroffenen kein Problem. Ihnen scheint es viel wichtiger zu sein, dass sie eine Tagesstruktur haben und dass sie sich Zeit lassen können. Für alle Befragten ist in diesem Themenbereich der Aspekt von Wertschätzung, das Gefühl von «gebraucht werden», «für etwas nützlich sein» und soziale Kontakte sehr wichtig.

T3: *«Aso mängisch heds kei Senn gmacht. Won ech nüd zStand brocht ha ond de senkt denn de Sälbstwärt.»*

T5: *«Ond de het das be mer wie en Schub gö, en positive Schub. Jetzt chan ech weder öpis go mache. Mer wird weder brucht, mer het en Beschäftigung. Das isch äbe scho s'A ond s'O, dass mer use got, weder onder anderi Lüt. Net nor emmer do im Hus isch, dass mer use got öpis got go mache, mer isch abglänkt.»*

T6: *«Jo vel, das get mer scho vel. Aso Wertschätzig, isch en Ufgab. Ech cha ech weiss au ned, es isch scho wechtig för mech. D'Wertschätzig, neui Lüt, en anderi Omgebit. E chli vo de Gedanke wegcho, öpis mache. Es got mer besser set dem ech schaffe.»*

T8: *«De Job det isch för de Moment eifach ned gange. Zerscht halbtags ond denn no weniger. Aber es isch so vel Drock, so vel im Chopf. Ech ha mech gar ned richtig chönne konzetriere. Jo denn ha nech de Job könned ond ha dänkt, dass ech scho schnell öpis werde fende.»*

Während diese vier Zitate die eingangs erwähnten Aussagen bekräftigen, scheint eine interviewte Person eine berufliche Tätigkeit zu vermissen.

T4: *«Ech bi gäre im Service gseh. Das vermesse ech jetzt scho.»*

Aus welchen Gründen die interviewte Person nicht wieder im Gastgewerbe tätig ist, ist aus den erhobenen Daten nicht ersichtlich.

Diskussion

Eine berufliche Tätigkeit hat einen grossen Einfluss auf die Tagesstruktur von Betroffenen. Sie sind ausserhalb ihrer Institution/Wohnung und können sich von ihrer Erkrankung ablenken. Eine berufliche Tätigkeit bringt aber auch Verpflichtungen mit sich, was sich wiederum bei depressiv erkrankten Menschen in Form von Druck und Anforderungen an ihre Konzentrationsfähigkeit zeigen kann. In diesem Bereich sind Betroffene auf ein verständnisvolles Umfeld angewiesen. Erlaubt es die gesundheitliche Situation nicht, im ersten Arbeitsmarkt tätig zu sein, bieten geschützte Arbeitsplätze eine gute Alternative.

Die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit wirkt sich positiv auf die Selbstwirksamkeit und den Selbstwert aus. An diesen Eigenschaften fehlt es depressiv erkrankten Menschen oft. In der Ausübung wird eine sinnvolle Beschäftigung in einem sozialen Umfeld gesehen, was wiederum zu Kontakten, zu neuen Bekanntschaften führen kann. Ein wichtiger Aspekt der Arbeit ist zudem die Wertschätzung.

Für Betroffene hat diese Kategorie viele wertvolle Aspekte, die sich positiv auf die Gesundung von Betroffenen auswirken kann.

Ergebnisse aus dem Themenbereich Tagesstruktur (Freizeitbeschäftigung)

Die ursprüngliche Kategorie Tagesstruktur wurde während der Auswertung in die Kategorien berufliche Tätigkeit und Freizeitbeschäftigung unterteilt.

Neben der beruflichen Tätigkeit hat der Themenbereich Freizeitbeschäftigung einen wichtigen Stellenwert in der Gestaltung der Tagesstruktur. Die Autorin wollte in diesem Bereich in Erfahrung bringen, wie Betroffene ihre Freizeit gestalten und ob eine Veränderung des Freizeitverhaltens stattgefunden hat. Mit den empirischen Daten kann aufgezeigt werden, ob durch die Krankheit ein verändertes Freizeitverhalten oder auch neue Interessen und Fähigkeiten aufgedeckt werden können.

T1: *«Dann hab ich dann auf eigenen Wunsch noch drehkeln gelernt.»*

T1: *«Kreative Sachen mache ich jetzt gerne, also alles zu was ich vorher keine Zeit hatte. Ich gehe jetzt auch mit meinem Mann schnitzen, Bowling spielen.»*

T2: *«Sletscht Mol han ech en Felm gluegt vom Falco. Denn han ech afo google ond fascht jede Tag fend ech öpis über ehn. Das enteressiert mech. Ond ech erfahre emmer weder öpis Nöis über ehn.»*

T3: «Ech ha met Karate agfange, 2x pro Woche ond ha mer au es neus Mountainbike gkauft. Ech merke au, das tuet guet. Es hed aber ned emmer de gwönschti Effekt.»

T5: «Ond äbe, ech laufe au no gärn ond bewege mech gärn.»

T7: «Ech go gärn go lädele, sehr gärn.»

T7: «Met Musig blibt mer jong. Ech lose all Tag Musik am Fernseh. Jede morge los ech.»

Diskussion

Die Aussagen zeigen, dass Betroffene von verschiedenen Freizeittätigkeiten sprechen, die sie Dank der Erkrankung neu gefunden haben. Mit der Erkrankung sind frühere Tätigkeiten aktuell nicht mehr möglich, doch lassen sich – auch mit einer depressiven Erkrankung – neue Interessen finden. Mit der Erkrankung veränderte sich die Tagesstruktur und Betroffenen steht mehr Zeit für Freizeitaktivitäten zur Verfügung. Tätigkeiten, zu welchen sie früher nie Zeit hatten, lassen sich verwirklichen und verhelfen zu neuen Kontakten, in einem neuen Umfeld.

Lebensfreude erleben ist mit einer depressiven Erkrankung eine grosse Herausforderung. Oft fehlt im Alltag der Antrieb oder das Interesse. Gelingt es Betroffenen, neue Aktivitäten aufzunehmen, steigert sich ihr Selbstwert und ihr Selbstvertrauen.

Diese Kategorie zeigt wichtige Aspekte für die Unterstützung im Genesungsverlauf: Lebensfreude, soziale Kontakte, Selbstwirksamkeit und Selbstvertrauen.

Ergebnisse aus dem Themenbereich Gesundheit

Im Kapitel Depression wurde das Krankheitsbild analysiert und das vielfältige Erscheinungsbild aufgezeigt. In diesem Themenbereich wollte die Autorin in Erfahrung bringen, wie sich die depressive Krankheit bei den interviewten Personen zeigt, mit welchen Symptomen sie in ihrem Alltag konfrontiert werden und wie sie mit der Krankheit umgehen.

T3: «Ech ha so erlält, dass Depressione ond Vertroue grondsätzlech es Problem darstellt.»

T3: «Mis ganze Läbe lang han ech das Gefühl, latend mis ganze Läbe. Was ech Postraumatische Belaschtigstörig ond do drus isch de Depression entstande, zemlech lang akut isch es zerka set emene Jahr met Flashbacks richtig penetrant worde. Das isch öber Alpträum, Schlofproblem, ha mech nömmen chönne konzentriere.»

T5: «Es isch emmer das, denn ha nech gar kei Interessene meh gha ond es wifers Frogezeiche was wot ech jetzt no? Das Läbe isch jetzt glauffe, verbi. Nei jetzt isch, ergendeinisch magsch eifach nömme. Jo die letschi isch jo emmer meh de Gedanke im Henderchopf, de Gedanke ech go weder i See ufe.»

T6: «Det isch es vorallem om – jo ech ha rächti Stemmigsschwankige gha i dere Zyt ond em ond e grosse Selbsthass eigentlech. Alles wo ech gmacht ha isch falsch gseh. Das isch es grosses Thema gseh, de enneri Kritiker onder Kontrolle zha. Du machsch nor Fähler, Scheisse, du bisch domm. So die ergendwie i Greff zbecho, ned zernscht näh, ned so nöch a mech änne zlo. Positivi Sache zbecho. Jo positive Gedanke ergendwie zbecho.»

T6: «Depression het so 2 – 3 Woche. Ech weiss au ned wie lang das duret. Mängisch so noch 2 Woche chomi Angscht öber, Angscht öber es hört nömme uf. Das isch schlemm, das isch Scheisse.»

T7: «I de Depression ha nech kei Musig glost. Det han ech, forchtbar gseh, wo ech i dere Wohnig gseh be allei. Ech ha mängisch bis drü Schloftablette gno ond ha ned chönne schlofe. Ond det han ech scho meh Bier gno, mängisch, ha nech öpe 6 Dose ond die 3 Schloftablette. Met de Zit han ech au gseid, das got nömme e so. Ond de han ech i Klinik mösse.»

Diskussion

Den Aussagen ist deutlich zu entnehmen, mit welchem Leidensdruck Betroffene zu kämpfen haben. Auch die unterschiedlichen Krankheitsbilder kommen zum Vorschein. Alle vier Symptomebenen aus dem Theorieteil nach Trauber und Nisch (2011) sind deutlich erkennbar:

Auf der emotionalen Ebene sind Stimmungsschwankungen, Angst und Vertrauensverlust als häufige Symptome genannt worden. Auf der physiologisch-vegetativen Ebene wurden vorwiegend Schlafprobleme, innere Unruhe bis hin zu Panikattacken erwähnt. Die kognitive Ebene zeigt sich bei den Befragten in Form von Selbsthass, Halluzinationen und Konzentrationsstörungen und auf der Verhaltensebene sind fehlendes Interesse, Suchtproblematik, Suizidgedanken bis hin zum versuchtem Suizid erwähnt worden.

Neben den verschiedenen Symptomen ist die Akzeptanz bei allen Interviewten erwähnt worden. Erst mit der Annahme, mit der Akzeptanz der Erkrankung ist es ihnen gelungen, sich auf den Genesungsprozess einzulassen. Das Akzeptieren war eine Voraussetzung um sich auf die therapeutische und medikamentöse Behandlung einzulassen. Der Prozess dauerte oft Jahre und war eine schmerzliche Erfahrung mit vielen Hochs und Tiefs. Erst mit der Akzeptanz wurde eine Stabilisierung der Erkrankung möglich und Betroffene konnten sich auf den Genesungsweg begeben.

In diesem Prozess hat die Auseinandersetzung mit der Erkrankung, die Psychoedukation und eine konstante und vertrauensvolle Begleitung eine wichtige Rolle gespielt.

Ergebnisse aus dem Themenbereich Therapie und Klinik

Der Themenbereich Therapie und Klinik wurde während der Auswertung ergänzt.

Dieser Themenbereich beleuchtet die erworbenen Fähigkeiten in Bezug auf den Umgang mit der depressiven Erkrankung. Weiter ist von Interesse, wie es Betroffenen heute gelingt ihren Alltag zu bewältigen und ob die Interventionen in der Therapie oder in der Klinik dazu nachhaltig beigetragen haben.

T1: *«Was mir am meisten geholfen hat, dass die Therapeuten das stehen lassen haben, was ich gesagt habe. Einfach so stehen lassen. Einfach aus der Therapie so Sachen angeboten wie kognitive Verhaltenstherapie oder Emotionstraining. Das ganze theoretische Zeug, nicht so als Zwang sondern als Information. Das ist mir im Lauf der Zeit auch gelungen.»*

T3: *«Das andere isch de Hauptpunkt wo mer gschaffet hend, die sogenannte Flashbacks wo i de Chendheit passiert isch. Au met de Muetter zäme hemmer das ufgschaffet. Die Situation send mer konkret döre gange. Us de hötige Perspektive wie das abglaufe isch, was passiert isch. Das hed mer scho ermöglicht, secher isch es markant besser worde, de Zämehang, de Ablauf han ech mösse verstoh. Bis jetzt send nor Brochstöck do gseh, fragmentiert ond so ond spuckt denn so im Chopf ome. Das muess mer zerscht verstoh.»*

T3: *«Mini zwöiti isch au en jongi Frau gseh, öpe 30gi. Wom Wäse isch sie sehr onderschedlech gseh. So proaktiv, isch eigendlech ned gäng min Streck glaufe. Ech wörd scho säge, sGrondproblem isch för en erfolgrichi Therapie sehr wechtig, sZwöschemönschleche. Glichzeitig isch es au es Problem. Do muess mer sech eifach ergendwie drof i lo. Ech ha mängisch sGfühl, es entstod praktisch es Onglichgwecht. SGegenüber verzellt jo nüd, isch aber einersiets au verständlech. En professionelli Haltig ned zverlühre ond dech e chli menschlecher si.»*

T5: *«Vom neue Psychiater han ech sogar Ritalin becho, wel ech so ne Zwaschpli bi. Ond jetzt hed er mer das Truxal gä. Da het sech so bewährt. Jetzt bi nech schön usgleche. Ond de het de Volltreffer gmacht. Ond jetzt han ech dä Psychiater. Er isch scho 72. Dä isch en coole ond au vom Menschleche her. Ech wot eifach ernscht gno wärde, egal vo wem.»*

T5: «Dä met de Ablösig vom Messbruch, das isch denn wechtig gseh, isch alles guet cho. Au dänkt schmotzig ond blockiert gseh ond noch dere Behandlig han ech au weder chönne bewege ond de Körper isch en Einheit. Total blockiert dor das Ganze ond das muess mer werklech goge aluge.»

T8: «Zerscht bin ech zLozärn, denn zwöi Woche dehei, eimol Lozärn, eimol Megge, dehei, eimol St Urban bis Endi Oktober, denn bis Metti Januar vom GIA betreut als Tagespatient ond denn glich weder stationär i de Klinik. On denn isch denn Spitex no gseh ond Klinik ond denn hend mer alles ufgleisst. Es macht werklech kei Senn. Jo denn hend dÄrzt gseit, leuget si es betreuts Wohnen a.»

Diskussion

Gelingt eine Akzeptanz der depressiven Erkrankung, bekunden Betroffene mit einem oder mehreren Klinikaufenthalten keine Mühe mehr. Ein Klinikaufenthalt erweist sich als Notwendigkeit für den persönlichen und den Schutz von Drittpersonen. Auf dem Gesundungsweg gehören Rückschläge dazu und klinische Aufenthalte werden als Unterstützung und als «Rettungsinsel» angenommen. Während Betroffene mit mehreren Klinikeintritten keine Mühe verzeichnen, stellt sich für die Soziale Arbeit die Frage, ob Patientinnen und Patienten beim Klinikaustritt gesundheitlich wie auch psychosozial genügend vorbereitet wurden. Ob längere Klinikaufenthalte die Erkrankung stabilisieren oder ob wiederholte Eintritte zum Genesungsverlauf gehören, konnte mit der Erhebung nicht abschliessend geklärt werden. Mit Blick auf die psychosoziale Unterstützung in Kliniken stellt sich zur Frage, ob die Soziale Arbeit im Kontext der interprofessionellen Zusammenarbeit genügend Durchsetzungskraft, sich für ihre Themenfelder einzusetzen, hat.

Von Betroffenen wird ein Klinikaufenthalt auch als Rückzugsort betrachtet um sich mit der eigenen Erkrankung auseinanderzusetzen. Mit verschiedenen Therapiemethoden und der Psychoedukation fühlen sie sich bei der Krankheitsbewältigung gut unterstützt. Für Betroffene ist auch wichtig, mögliche Ursachen für die Erkrankung kennen zu lernen und diese zu verstehen. Für eine erfolgreiche Therapie ist eine vertrauensvolle, empathische und akzeptierende Haltung des Betreuungsteams entscheidend. Der Beziehungsarbeit wird von Seiten der Betroffenen grosse Beachtung geschenkt und eine Konstanz in der Zusammenarbeit unterstützt diese massgeblich.

Ergebnisse aus dem Themenbereich Zusammenarbeit mit Betreuungsperson

Wie bereits vorgängig in dieser Arbeit erwähnt, werden depressiv erkrankte Menschen in stationären Einrichtungen durch Mitarbeitende aus Psychologie, Psychiatrie, psychiatrische Pflege und der Sozialen Arbeit betreut. Bei der Frage nach der Gestaltung der Zusammenarbeit und welche Profession die Bezugspersonenarbeit innehatte, zeigt sich, dass die Soziale Arbeit in der klinischen

Zusammenarbeit sehr wenig bis gar nie erwähnt wurde, während beim betreuten Wohnen mehrheitlich Mitarbeitende aus der Sozialen Arbeit tätig sind.

T3: *«Jo ech ha vor allem zwöi Bezugspersonen wo ech gha ha: Psychologin ond e Pfleger, zwöi Hauptpersonen.»*

T3: *«De Sozialdienst han ech nie in Aschproch gno. Han ech au ned brucht, zo dem chan ech wie nüd säge. Isch mer au nie vorgschellt worde oder empfohle worde.»*

T5: *«Doch met em Chef heds Kontakt gha vom Sozialdienst. Ond er hed denn au do äne begleitet cho de Herr vom Sozialdienscht. Aso sHus goge aluege ond berote oder er isch werklech guet aber ech bi eifach völlig blockiert gseh.»*

T6: *«Aso i de Klinik sälber han ech en Bezugsperson gha. Das isch en Fachfrau Pfleg gseh. Puh, alles mögliche hend mer besproche. Det isch es vorallem om – jo ech ha rächti Stemmigsschwankige gha i dere Zyt ond em ond e grosse Selbsthass eigentlech.»*

T7: *«Det han ech en ganz en nätti Bezugsperson gha. Das isch mini zwöiti Bezugsperson gseh. Mängisch wäg de Zemmerornig ond em so wies mer god ond so.»*

Diskussion

Im klinischen Kontext scheint der Sozialdienst, die Soziale Arbeit, in der Zusammenarbeit mit depressiv erkrankten Menschen wenig Gewichtung zu haben. Gründe dafür sind aus der empirischen Erhebung nicht hervorgegangen. Die Autorin geht davon aus, dass die gesundheitliche Verfassung Betroffener eine psychosoziale Unterstützung in einer akuten Situation nicht zulässt, dass von Seiten der Betreuung der Schwerpunkt auf medizinisch-therapeutische Behandlung gelegt wird, die Aufenthaltsdauer für eine ganzheitliche Betreuung zu kurz ist oder sich die Soziale Arbeit zu wenig für die Gewichtung der sozialen Verhältnisse und Bedingungen durchsetzen kann.

Im betreuten Wohnen ist die Teamkonstellation weniger heterogen. Die Soziale Arbeit hat sich in diesem Bereich etabliert. Bewohnerinnen und Bewohner werden in Themen wie Tagesstruktur, Alltagsfertigkeiten, Alltagsbewältigung und Umgang mit Krisen unterstützt und begleitet. Inwieweit es der Sozialen Arbeit gelingt, Betroffene in Bezug auf ihre Veränderung, Entwicklung und der Hilfe zur Selbsthilfe zu befähigen, kann aus der Erhebung nicht abgeleitet werden.

Ergebnisse aus dem Themenbereich soziales Umfeld

Wie im Theorieteil dieser Arbeit erwähnt, fällt es Betroffenen schwer, soziale Kontakte zu pflegen oder neue aufzubauen. In diesem Themenbereich wird die aktuelle Situation der interviewten Personen erfragt. Weiter thematisierte die Autorin die Stigmatisierung einer psychischen Erkrankung aus Sicht der Betroffenen und der Gesellschaft. Sie wollte in Erfahrung bringen, wie weit diese bei der Aufrechterhaltung oder beim Aufbau eine Rolle spielt.

T3: *«Das isch bis jetzt völlig onmöglech gseh. Wenn mer das ned sälber kennt, cha mer das ned fasse. Bi andere lösst das ergendwie Helflosigkeit, Onverständnis us. Das isch schwierig för beidi Site. De Ustusch met de andere au zwösse, dass mer ned isoliert isch met dem. Ech ha sociali Kontäkt, au met Betroffene, beides. Das isch au ned so liecht, ech cha höt guet dröbert rede.»*

T4: *«Zögle isch en Chrampf gseh wägem Chnü, aber ech ha es ganz guets Umfeld: mini Muetter, de Sepp, mi Brüeder, mini Chend ond es Kollegepäärli. Jo das han ech scho, es guets Umfeld.»*

T4: *«I de Selbsthelfegroppe send die soziale Kontäkt för mech wechtig. Ech bi äbe es Gselligs. Mer mach das Fröid ond ech wohne jo allei, ha kei Partner. Letschmol hend mer öber dStigmatisierig gred. Aber ech hät das nie erläbt, dass mer öper seid du bisch fuhl oder so.»*

T6: *«Ech ha Glöck gha. Es isch nie es Problem gseh. Aso klar, för mini Fameli isch es au ned eifach gseh. Sie hend au vel brüelet wege dem. Vel Fameliagschpröch, dSchweschter so brüelet het, das het mer scho mega weh do. Aber es isch nie en Vorwurf cho oder so. Sie send au de zue i de Lag gseh, oder sie hend welle meh dröbert erfahre bi de Gschpröch wie chönts sie mech onderstützte.»*

T8: *«Ond well ech werklech nömmе es grosses Netz, oder i de Zwöschezit isch es keis me.»*

T7: *«Nei ech ha kei Frönd, ke Fröndin nüd. Ech bi eigentlech uf mech allei gstellt.»*

Diskussion

Die Situation der sozialen Kontakte zeigt sich sehr unterschiedlich. Während Interviewte Unterstützung und Begleitung von Seiten der Familie und Freunden in Anspruch nehmen können, verfügen andere über gar keine Kontakte mehr. Sie begründen dies nicht mit einer Stigmatisierung der Gesellschaft oder von ihrer Seite, sondern suchen die Begründung in einer Hilfslosigkeit, einem Unverständnis oder einem Unwissen im Umfeld. Dieser Situation können sie in Selbsthilfegruppen entgegenwirken. In diesen Kreisen finden sie Betroffene mit eigenen Krankheitserfahrungen, sie können sich gegenseitig austauschen, sie fühlen sich nicht alleine mit ihrer Krankheit und können neue Kontakte aufbauen.

Für Betroffene ist es wichtig, dass ihr Umfeld über ihre Erkrankung informiert wird. Eine Psychoedukation würde es ihnen erlauben, das nötige Wissen für eine Begleitung und Unterstützung Betroffener gewährleisten zu können. Sie könnte einem Verlust entgegenwirken und die Akzeptanz von allen Seiten fördern.

Ergebnisse aus dem Themenbereich Selbsthilfe

Der Themenbereich Selbsthilfe ist erst bei der Auswertung der Daten entstanden.

Jede interviewte Person hat sich in einem Bereich selber Kompetenzen angeeignet um mit der eigenen Erkrankung besser umgehen zu können. Oft wurde sie dabei von ihrem Umfeld unterstützt oder konnte aufgrund ihrer eigenen Ressourcen Hilfsangebote erschliessen.

T1: *«Ein Kollege hat mir auch ein Buch gegeben über hochsensible Menschen. Und das hat mir auch sehr geholfen. In dem Buch steht auch, dass Sensibilität als negativ empfunden wird. Und das stimmt voll und ganz. Ich hab ja das ganze Leben versucht nicht sensibel zu sein. Ich hab dagegen gekämpft. Das ganze Leben hab ich gegen die Windmühlen gekämpft. Das hat schon mal geholfen, was das ist. Je mehr Reize man aufnimmt, je mehr Energie braucht diese zu verarbeiten. Im Prinzip muss ich sagen, alles vorsorgliche Vermeidung.»*

T1: *«Und halt das Akzeptieren. Der einzige der dir helfen kann bist du selber.»*

T3: *«Bi eusere Zitig isch das en chline Hewies gseh. Det han ech das gseh vom Trialog-Seminar. Ech ha det no rächt lang zögered aber ha dänkt, das schad mer secher ned. De Ustusch met Betroffene bringt mer jo secher vel. Es isch en gueti Groppe vo Betroffene, de Fachlüt ond Aghörige. Das ergänzt sech sehr sehr guet. So glichi Gedanke vo allne Parteie.»*

T5: *«Ech go äbe au gärn a Vorträg ond gone au gärn a Seminar, wo positiv för dech, was du sälber chasch biträge. Jetzt bin ech all Tag dra weder öpis zmache, au met pflanzleche Sache. Ond au spirituell ond met mine geischtige Helfer.»*

T6: *«Ech ha mech nie i öpis lo ine dränge. Met de IV hends lang gseit, ech set, ech set, nei echwot net ond plötzlech bin ech sälber han ech tuusig Gschpröch gmacht ond de heds plötzlech klick gmacht ond ech ha dänkt, dass es ned so schlemm isch. Z. B. ech go mech jetzt go amälde, mache e Voramäldig. Ech go a es Gschpröch. Ech go jetzt i Klinik. Alles Sache wo Zyt brucht hend.»*

T6: *«Nor scho de Schrett bis ech zor IV gange bi ond gseit ha: ech bruche Helf. Oder do i nes Wohnheim inne cho, i Psychi go. Das send alles Schrett gseh, das isch schwierig gseh ond het Überwendig brucht ond au Chraft aber au Muet, fend ech. Ech ha vel Onderstützig gha, aber abgno hets mer niemme.»*

Diskussion

Aus den Interviews ist ersichtlich, dass sich die interviewten Personen intensiv mit ihrer Krankheit und ihren Symptomen auseinandergesetzt haben. So waren Themen wie Krankheitsverarbeitung und Krankheitsbewältigung für sie wichtig und für die Interviewerin gleichzeitig von grossem Interesse. Es ist ihr aufgefallen, dass trotz dauerhafter krankheitsbedingter Einschränkungen ein gelingender Umgang mit der Erkrankung gefunden werden kann. Der Bezug zum salutogenesischen Konzept, dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum und dem Kohärenzsinn kann sehr gut nachvollzogen werden. Die interviewten Personen fühlen sich grösstenteils körperlich, nicht aber psychisch, gesund. Mit ihren individuellen Bewältigungsmethoden bewegen sie sich nun auch in eine mögliche Richtung psychischer Gesundheit. Sie suchen dazu Hilfe in Selbsthilfegruppen, Literatur, Internet und üben sich in Geduld, Überwindung und Kraft.

Grundvoraussetzung für ihre Coping-Strategie sind für die Interviewten die Akzeptanz und eine intensive Auseinandersetzung mit ihrer Krankheit. Unterstützend empfinden sie ein Umfeld, welches sie auf ihrem Gesundungsweg begleitet und nicht alleine lässt. Sie sind sich bewusst, dass jede Hilfeleistung, jede Unterstützung ihnen nicht abgenommen wird, sondern von ihnen selbst angenommen werden muss. Ihre eigene Selbstwirksamkeit ist dafür Grundvoraussetzung, denn ohne ihre Einwilligung, ohne ihre Bereitschaft können keine externen Ressourcen erschlossen werden.

6 Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlung für die Soziale Arbeit

Zu Beginn der vorliegenden Forschungsarbeit stand die folgende Frage:

Wie können depressiv erkrankte Menschen in stationären Einrichtungen in der Alltagsbewältigung auf den Übergang in eine selbständige Wohnform durch die Soziale Arbeit nachhaltig unterstützt, begleitet und befähigt werden?

Mit den Schlussfolgerungen werden die empirischen Daten zur Forschungsfrage zusammengefasst und daraus die Handlungsempfehlungen zuhanden der Sozialen Arbeit abgeleitet.

6.1 Schlussfolgerungen

Die Schlussfolgerungen nehmen Bezug auf die individuelle Retrospektive der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner.

Eine bedürfnisorientierte Wohnform hat grossen Einfluss auf die Genesung von depressiv erkrankten Menschen. Trotz ihrer Erkrankung ist es Betroffenen wichtig, ihre Autonomie für ein selbstbestimmtes Leben, auch in stationären Einrichtungen, aufrecht erhalten zu können.

Eine professionelle Betreuung im medizinisch-therapeutischen Bereich und psychosoziale Hilfe muss den individuellen Bedürfnissen entsprechen. Betroffene erwarten von ihrem Betreuungsteam eine vertrauensvolle, wertschätzende und empathische Zusammenarbeit. Menschen mit einer depressiven Krankheit sehnen sich nach einer stabilen Zusammenarbeit. Jeder Klinikeintritt, jeder Therapeutinnen- und Therapeutenwechsel bedeutet für sie ein Neuanfang in der Beziehungsarbeit. Ein neues Einlassen auf eine neue Person verlangt von Betroffenen viel Energie und Durchhaltewillen, was sich je nach Symptomen der Krankheit als grosse Herausforderung darstellen kann.

Einer beruflichen Tätigkeit wird ein hoher Stellenwert zugeschrieben. Sie hat einen grossen Einfluss auf die Tagesstruktur und lenkt Betroffene von ihrer Erkrankung ab. Darüber hinaus stiftet Arbeit Sinn und Identität, die eigenen Fähigkeiten können verwirklicht werden und Wertschätzung wird erfahren. Weiter wirkt sie sich positiv auf die Selbstwirksamkeit und den Selbstwert aus.

Mit einer aktiven Freizeitbeschäftigung kann die Lebensfreude unterstützt werden und gibt die Möglichkeit, soziale Kontakte zu knüpfen. Auch mit einer depressiven Erkrankung können neue Interessen gefunden und neue Fähigkeiten entdeckt werden, was sich positiv auf den Selbstwert und das Selbstvertrauen auswirkt.

Das Annehmen, das Akzeptieren der jetzigen Situation ist eine wichtige Voraussetzung für den Beginn des Neuen, für den Beginn zur Gesundung. Es gilt die eigenen Grenzen zu akzeptieren und auf der anderen Seite neue Möglichkeiten zu entdecken.

Die Aufrechterhaltung von sozialen Kontakten ist für Betroffene schwierig. Ihre Erkrankung nimmt sehr viel Raum ein, fordert sie. Sie sind nicht immer in der Lage die Kontakte zu pflegen. Ein soziales Netz kann aufrechterhalten werden, wenn das Umfeld über die Krankheit informiert wird und so das nötige Wissen für die Unterstützung Betroffener erhält. Erkrankte sind für die Psychoedukation auf die Unterstützung von ihrem Betreuungsteam angewiesen.

Hilfe zur Selbsthilfe ist ein Ziel der Sozialen Arbeit wie auch von den Betroffenen. Dies hat sich aus der Erhebung ergeben. Betroffene wollen ihre Erkrankung verstehen, ihre Entstehungsgründe kennen und den Umgang mit ihr entdecken. Gelingt es ihnen die Krankheit zu akzeptieren, so können sie sich auf den Genesungsweg begeben. Unterstützungsangebote in Selbsthilfegruppen, Zusammenarbeit mit Peer-Personen, Vorträge und Literatur sind wertvolle Quellen.

Die in der Forschungsarbeit interviewten Personen sind auf dem Genesungsweg bereits weit fortgeschritten. Sie alle haben ihre Krankheit akzeptiert und teilweise bereits Erfahrungen in der Selbsthilfe gemacht. Die Autorin sieht darin auch den Grund, dass sich die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner gerne und offen an der Forschungsarbeit beteiligt haben. Sie ist sich bewusst, dass bei einem anderen Stadium der depressiven Erkrankung die empirischen Daten wohl zu einem anderen Ergebnis geführt hätten.

6.2 Handlungsempfehlungen zuhanden der Sozialen Arbeit

Die nachfolgenden Handlungsempfehlungen ergeben sich aus dem Theorieteil dieser Arbeit und den erhobenen Einflussfaktoren für eine gelingende Alltagsbewältigung depressiv erkrankter Menschen.

Eine interprofessionelle Zusammenarbeit

Eine interprofessionelle Zusammenarbeit bietet grosses Potential in Bezug auf das unterschiedliche Professionswissen und die unterschiedlichen Erfahrungen eines Teams. Die Soziale Arbeit ist in diesem Rahmen dazu aufgefordert, sich nicht an der pharmakologischen Tendenz zu orientieren, sondern den psychosozialen Ansatz zu verfolgen. Der Fokus der Sozialen Arbeit soll auf dem Alltag und der Lebenswelt depressiv erkrankter Menschen liegen und deren eigene Perspektiven und soziale Kontexte berücksichtigen. Jede Person ist durch die Biografie, die eigenen Begabungen und durch die eigenen Fähigkeiten individuell und einzigartig. Die Lösung der individuellen sozialen Probleme ist oft

Voraussetzung für eine Heilung, da die Krankheit in vielen Fällen durch eine soziale Problematik ausgelöst wurde.

Damit eine fachliche Auseinandersetzung in einem interprofessionellen Team möglich ist, ist die Soziale Arbeit aufgefordert, sich vertieft mit der Thematik einer psychischen Erkrankung auseinanderzusetzen. Um ihre Rolle in einem interprofessionellen Team einnehmen zu können, ist dieses Wissen elementar und ermöglicht ihnen in der Zusammenarbeit das therapeutische und medizinische Vorgehen zu unterstützen und mitzutragen.

Recovery-orientierte Beziehungsgestaltung

In der täglichen Arbeit zeigt sich die recovery-orientierte Beziehungsgestaltung in einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit, mit Respekt und Empathie, in einer Atmosphäre von Hoffnung und Optimismus. Betroffene erwarten von professionell Tätigen mehr Menschlichkeit. Diesem Anspruch wird die professionelle Nähe gerecht, eine professionelle Haltung die menschliche Annäherung spürbar macht. Mit einer recovery-orientierten Haltung werden nicht nur die Selbstbestimmung und die Wahlfreiheit von Betroffenen unterstützt, sondern Professionelle der Sozialen Arbeit orientieren sich an deren individuellen Lebenszielen und Ressourcen.

Ressourcenorientierung

Bezugnehmend auf das Salutogenese-Modell ist der Nutzen vorhandener Ressourcen zum Erhalt der Gesundheit und des Wohlbefindens vom Kohärenzgefühl abhängig. Die drei Komponenten des Kohärenzgefühls sind Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit.

Ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl erlaubt eine flexible Reaktion auf Anforderungen. Der ressourcenorientierte Blick ermöglicht die Stärken bei der Krankheitsbewältigung einsetzen zu können. Der Fokus für einen gelingenderen Alltag muss auf gesundheitsrelevante Ressourcen liegen.

Empowerment

Das Konzept des Empowerments betont neben der Gesundheitsförderung auch die Fähigkeit zu einer selbstbestimmten, autonomen Lebensführung. Diese Erläuterung kann auch mit Selbstwirksamkeit, Selbstbefähigung, Autonomie und Selbstverfügung umschrieben werden. Das Konzept verfolgt die Zurückgewinnung von Einflussmöglichkeiten auf das eigene Leben. Prozesse zur Selbstwirksamkeit können mit Hilfe des Ansatzes angestoßen werden und Betroffene in Situationen der Benachteiligung, der Ausgrenzung, des Mangels und der Alltagsbewältigung ermächtigt werden, ihre Ressourcen zu einer selbstbestimmten Lebensführung einzusetzen. Empowerment bezieht sich einerseits auf die

individuelle Ebene, auf die Ebene der Betroffenen, aber auch auf die institutionelle Ebene. Für die Institutionen bedeutet das Konzept, ihr Klientel in den Behandlungsplan und die Zielvereinbarung mit einer ressourcenorientierten Haltung miteinzubeziehen. Der Blick der Sozialen Arbeit hat sich auf die Stärken und die eigenen Ressourcen Betroffener zu richten.

Hilfe zur Selbsthilfe

Die Soziale Arbeit ist aufgefordert, das Potential zur Selbsthilfe Betroffener zu aktivieren und ihnen Selbsthilfegruppen und die Unterstützung von Peers zu ermöglichen. Peers werden oft als Fachpersonen mit einem besonders hohen Mass an Mitgefühl wahrgenommen. Sie können den Perspektivenwechsel und die Rollenübernahme aus ihrer Erfahrung vornehmen und kennen die besonderen Herausforderungen der Erkrankung. Eine Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe ermöglicht es, auf Verständnis zu stossen, sich auszutauschen, soziale Strukturen zu bilden und zu versuchen, sich mit der Erkrankung auseinanderzusetzen und sie zu akzeptieren.

Soziale Kontakte

Angehörige können in diesem Bereich eine wichtige Stütze sein, denn Menschen mit einer depressiven Erkrankung sind auf ein unterstützendes und begleitendes Umfeld angewiesen. Damit Angehörige in einer belastenden Situation diese Anforderungen bewältigen können, sind sie auf das Wissen über die Erkrankung und das Versorgungswesen angewiesen. Die Soziale Arbeit hat Aufklärungsarbeit zu leisten.

Psychosoziale Beratung

Nach Esther Weber (2016) sind in der Beratung von Klientinnen und Klienten nicht nur die notwendigen materiellen Ressourcen zu erschliessen, sondern auch den immateriellen Ressourcen Beachtung zu schenken. Die immateriellen Ressourcen helfen dem Klientel belastende Lebenssituationen zu verstehen und diese zu bewältigen. Zudem liegt es in der Aufgabe der Sozialen Arbeit, die immateriellen Ressourcen zu erschliessen, da sie oftmals Auslöser persönlicher und sozialer Probleme sind (S. 10).

Tagesstruktur

Die Tagesstruktur Betroffener hat einen hohen Stellenwert. Die Aktivitäten sollen ihren Interessen und Fähigkeiten entsprechen um die Lebensfreude zu wecken und der Aktivität Sinn zu verleihen. Zufriedenstellende Erlebnisse während den Aktivitäten wirken sich positiv auf den Selbstwert und das Selbstvertrauen aus. Die Soziale Arbeit ist aufgefordert, Betroffene in der Gestaltung der Tagesstruktur

zu unterstützen. Dazu ist die Vernetzung innerhalb des sozialen Versorgungsangebotes zwingend und muss Betroffenen vorgestellt werden.

7 Literatur- und Quellenverzeichnis

Amering, Michaela, Schmolke, Margit (2006). *Hoffnung – Macht – Sinn. Recovery-Konzepte in der Psychiatrie. Managed Care (1)*. 20-22

Amering, Michaela, Schmolke, Margit (2007). *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit*. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Antonovsky, Aaron (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (Franke, Alexa, Übers.). Tübingen: dgvt Verlag. (engl. *Unraveling the Mystery of Health*, San Francisco, 1987).

AvenirSocial (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: AvenirSocial – Professionelle Soziale Arbeit Schweiz.

Buchka, Maximilian (2003). *Pädagogik. Grundlagen und sozialpädagogische Arbeitsfelder*. In Badry, Elisabeth, Buchka, Maximilian & Knapp, Rudolf (Hrsg.). München/Unterschleissheim: Wolters Kluwer Deutschland GmbH.

Bosshard, Marianne, Ebert, Ursula & Lazarus, Horst (2010). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch* (4. überarb. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.

Bürli, Chantale, Amstad, Fabienne, Duetz Schmucki, Margreet & Schibli, Daniela (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Handlungsfelder. Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).

Dilling, Horst, Mombour, Werner & Schmidt, Martin H. (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien* (10. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.

Doerk, Michael (2016). *Depression und Suizidalität*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.

Effinghausen, Sabrina (2014). *Diagnose psychisch krank – ein Leben ohne Zukunft?*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Hell, Daniel (2015). *Depression. Wissen, was stimmt*. Freiburg im Breisgau: Kreuz Verlag.

Hell, Daniel (2012). *Depression ist nicht Traurigkeit*. PRO MENTE SANA AKTUELL (2/12). 6

Keck, Martin E. (ohne Datum). *Depression. Wie entsteht sie? Wie wird sie behandelt? Was ist der*

Zusammenhang mit Stress?. Gefunden unter http://www.depression.ch/documents/cip_pathbrosch_depression_web_d.pdf

Knuf, Andreas & Seibert, Ulrich (2001). *Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit* (2. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag gmbH.

Köhler, Thomas (2012). *Psychische Störungen. Symptomatologie, Erklärungsansätze, Therapie* (2. überarb. und erw. Auflage). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

LUSTAT, Statistik Luzern (2017). *LUSTAT Jahrbuch des Kantons Luzern 2016*. Gefunden unter <http://www.lustat.ch>

Mahnkopf, Angela (2015). *Basiswissen: Umgang mit depressiven Patienten*. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.

Mattig, Astrid (2016). *Eine psychologische Sicht. SozialAktuell. Die Fachzeitschrift für Soziale Arbeit*, 12, 10-11

Meier Magistretti, Claudia (2015). *Gesundheitsförderung und Prävention. Grundlegende Konzepte und Begriffe*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.

Meier Magistretti, Claudia (2015). *Salutogenese, Ottawa-Charta und Menschenrechte in der Gesundheit*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.

Meyer, Horst Otto (2004). *Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung, Durchführung und Auswertung* (2. Aufl.). München: Oldenbourg.

Mühlefeld, Claus, Windolf, Paul, Lampert, Norbert & Krüher, Heidi (1981). *Auswertungsprobleme offener Interviews. Soziale Welt. Zeitschrift für sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis*, 32, 325-352.

Nestmann, Frank & Weinhold, Kathy (2012). Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung in Übergängen. In Gahleitner, Silke B. & Hahn, Gernot (Hrsg.). *Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten* (S. 52-53). Bonn: Psychiatrie Verlag GmbH.

Schuler, Daniela, Tuch, Alexandre, Buscher, Nathalie & Camenzind, Paul (2016). *OBSAN BERICHT 72. Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (SR 210).

- Thiersch, Hans (1986). *Die Erfahrung der Wirklichkeit. Perspektiven einer alltagsorientierten Sozialpädagogik*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Thiersch, Hans (2012). *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel* (8. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Thiersch, Hans (2015). *Soziale Arbeit und Lebensweltorientierung: Handlungskompetenz und Arbeitsfelder*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Trageser, Judith, Fliedner, Juliane, von Stokar, Thomas & Würsch, Bernadette (2011). *Aktionsprogramm psychische Gesundheit. Situationsanalyse und Evaluationskonzept*. Gefunden unter https://gesundheit.lu.ch/-/media/Gesundheit/Dokumente/GF/Psyche/situationsanalyse_und_evaluationskonzept_psychische_gesundheit_luzern_def_arial.pdf?la=de-CH
- Trauber, Ralf F. & Nisch, Carola (2011). *Depressive Störungen erfolgreich behandeln. Praxishandbuch zu kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Weber, Esther (2016). *Beratungsmethodik in der Sozialen Arbeit. Das Unterrichtskonzept der Beratungsmethodik an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit*. Luzern: interact Verlag.
- Weltgesundheitsorganisation (ohne Datum). *Weltgesundheitsorganisation. Mental health*. Gefunden unter <http://www.who.int>
- Weltgesundheitsorganisation (ohne Datum). *Weltgesundheitsorganisation. Regionalbüro für Europa*. Gefunden unter <http://www.euro.who.int>
- Witzel, Andreas (2000). *Das problemzentrierte Interview*. Gefunden unter <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/rt/printerFriendly/1132/2519>.
- Quelle Titelbild:
- Betroffene einer Depression, gefunden unter <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/bild-1111312-1047781.html>

Anhang A

Fragebogen für Leitfadeninterview / stationäre Institution

Name: _____

Vorname: _____

Alter: _____

Erlerner Beruf: _____

Familie: _____

Institution: _____

Diagnose: _____

Dauer des Aufenthaltes: _____

Einleitungsfrage:

Mit meiner Forschungsarbeit untersuche ich die Zusammenarbeit zwischen ihnen als Patientin/Patient oder als Bewohnerin/Bewohner und ihrer Betreuungsperson aus der Sozialen Arbeit in der stationären Einrichtung.

«Sie waren/sind seit ____ Monaten/Jahren in der erwähnten stationären Institution. Können sie mir erzählen, wie es zum Eintritt kam, wie ihr Alltag damals aussah und wie er heute aussieht und wie würden sie die Zusammenarbeit mit ihrer Betreuungsperson aus der Sozialen Arbeit in dieser Zeit beschreiben?»

Sondierungsfragen/Ad-hoc-Fragen:

- **Wohnform**

Was schätzen sie an ihrer aktuellen Wohnform?

Was gefällt ihnen weniger?

Entspricht sie ihren aktuellen Bedürfnissen?

Wünschen sie für sich in absehbarer Zukunft eine neue Wohnform?

- **Tagesstruktur**

Wenn sie an ihren ersten Tag in der Institution denken: was hat sich zu heute verändert?

Können sie mir ihren Alltag beschreiben? (Alltagstätigkeiten)

Was macht ihnen an ihrem Alltag am meisten Freude?

Was gefällt ihnen weniger?

Was ist ihnen anfangs schwerer gefallen, was ihnen heute leicht oder leichter fällt?

Was fällt ihnen auch heute noch schwer?

Was denken sie könnte der Grund dafür sein?

Haben sie Bedenken, dass ihnen eine Wohnform ausserhalb der Institution Schwierigkeiten bereiten könnte?

Wenn ja, welche?

- **Zusammenarbeit mit Betreuungsperson:**

Aus welchen Berufsgruppen stellt sich ihr Betreuungsteam zusammen?

Haben sie aus diesem Team eine Bezugsperson?

Können sie mir was zur Zusammenarbeit mit ihrer Bezugsperson erzählen?

Welche Themen besprechen sie mit ihrer Bezugsperson?

Wie werden die Themen bestimmt? Wer legt sie fest?

Gibt es Themen die sie besonders interessieren?

Gibt es auch Themen die sie weniger oder gar nicht interessieren, die für sie nicht von Bedeutung sind? Wenn ja, welche?

Können sie was zu ihrer Bezugsperson sagen?

Was schätzen sie an ihr am meisten?

Welche Eigenschaften eher weniger?

Wie oft treffen sie sich mit ihr zu einem gemeinsamen Gespräch?

- **Gesundheit:**

Wenn sie an ihre depressive Erkrankung denken: wo sehen sie für sich die grössten Schwierigkeiten?

Sehen sie in ihrer Erkrankung auch Vorteile für sie? Wenn ja, welche?

Haben sie durch die depressive Erkrankung neue Interessen gefunden?

Was denken sie, was oder wer hat sie in ihrem Genesungsprozess bis heute unterstützt?

Hat ihnen dabei die Zusammenarbeit mit ihrer Bezugsperson weitergeholfen? Wenn ja, wie?

Hat die Zusammenarbeit mit der Bezugsperson sie in irgendeinem Bereich gehindert?

Wie würden sie die Unterstützung durch die Institution beschreiben (förderlich/hinderlich)?

- **Soziales Umfeld:**

Haben sie auch Freunde/Freundinnen und Familienangehörige die sie in diesem Prozess unterstützt haben und oder aktuell unterstützen?

Pflegen sie ausserhalb der Institution soziale Kontakte?

Wie würden sie die sozialen Kontakte innerhalb der Institution beschreiben?

- **Zukunft:**

Was denken sie, wo stehen sie in 5, 10 vielleicht 15 Jahren?

Zum Schluss: haben sie einen Wunsch für ihre Zukunft?

Postscriptum

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....