

SUBJEKTIVE GENESETHEORIEN BEI DEPRESSION

Eine empirische Erhebung der subjektiven Genesetheorien
von ehemals an Depression erkrankten Personen

Elisabeth Kutmon

Masterlehrgang „Master of Science – MSc (Counseling)“

Betreuer: Univ.Doz. Mag. Dr. Gerhard Benetka
ARGE Bildungsmanagement Wien

2008

Lindrain 11

6068 Mils

Abstract

- Ziel dieser Untersuchung war es, neue Impulse für den Weg aus der schweren Beeinträchtigung der Lebensqualität bei Depression zu finden.
- Es wurden narrativ-fokussierte Interviews (Aufzeichnungen auf Tonband) durchgeführt.
- Auf Grund der Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse fanden sich folgende neun Kategorien von subjektiven Genesefaktoren: *Persönliche Stärken, Professionelle Hilfe, Materielle Sicherheit, Körperbewusstsein, Glaube und Spiritualität, Natur, Soziales Netz, Glück und „Wunder“ und Veränderungen.*

Abstract

- The focus of this study lay on the discovery of new impulses that may help people overcome the severe impairments in their quality of life caused by the depression.
- With this purpose, narrative-focussed interviews were conducted (tape-recordings).
- As a result of the qualitative content analysis, nine categories of subjective recovery factors were found: *Personal strengths, professional help, financial security, body awareness, faith and spirituality, nature, social network, luck and "wonder", changes.*

Inhaltsverzeichnis

Abstract	2
1 Einleitung	5
2 Gesundheit und Krankheit als Kontinuum	8
2.1 Etymologie Gesundheit	8
2.2 Kurzer geschichtlicher Abriss der Gesundheitsforschung	9
2.3 Gesundheit: Definitionen und Konzepte	11
2.3.1 Subjektive Gesundheitskonzepte und –definitionen	11
2.3.2 Offizielle Gesundheitskonzepte und –definitionen	12
2.3.3 Definitionen psychischer Gesundheit	14
2.4 Antonovsky's Modell der Salutogenese	15
2.5 Die Krankheit Depression	17
2.5.1 Diagnose Depression	17
2.5.2 Differenzialdiagnose	20
2.5.3 Depression und Suizidalität	21
2.5.4 Neue diagnostische Schlüsselberichte	21
2.5.5 Epidemiologie	22
2.5.6 Wissenschaftlich abgesicherte Depressionstherapien	24
2.5.7 Neue Versorgungsmodelle	35
3 Präzisierung der Leitenden Fragestellung	38
4 Empirische Untersuchung	39
4.1 Anwerbung und Auswahl der TeilnehmerInnen der Studie	39
4.2 Beschreibung der Stichprobe	40
4.3 Methode der Datenerhebung	41
4.4 Instrumente zur Datenerhebung	41
4.5 Durchführung der Befragung	42
4.6 Probleme die in Zusammenhang mit den Interviews auftraten	43
4.7 Methode der Datenanalyse	43
4.8. Qualitative Inhaltsanalyse: Erste und Zweite Reduktion	44

5	Diskussion der Ergebnisse und Ausblick	59
5.1	Diskussion der 9 Kategorien	59
5.1.1	Kategorie Persönliche Stärken	59
5.1.2	Kategorie Professionelle Hilfe.	60
5.1.3	Kategorie Materielle Sicherheit.	62
5.1.4	Kategorie Körperbewusstsein.	63
5.1.5	Kategorie Glaube und Spiritualität	63
5.1.6	Kategorie Natur	64
5.1.7	Kategorie Soziales Netz	65
5.1.8	Kategorie Glück und „Wunder“.	67
5.1.9	Kategorie Veränderungen	69
5.2	Diskussion der Untersuchungsergebnisse im Bezug zur Theorie	70
5.2.1	Bezug zu den Begriffen Krankheit und Gesundheit	70
5.2.2	Bezug zu Antonovsky’s Modell der Salutogenese	70
5.2.3	Bezug zu Kenntnissen über die Epidemiologie der Depression .	71
5.3	Kritische Anmerkungen zur vorliegenden Arbeit	72
5.3.1	Anmerkungen zum theoretischen Teil	72
5.3.2	Geringe Stichprobengröße	73
5.3.3	Definierung von Gesundheit im Vorfeld dieser Untersuchung – Kritik	73
5.3.4	Probleme in Zusammenhang mit dem Interviewablauf	73
5.4	Ausblick	74
5.4.1	Vier Elemente einer subjektiven Genesetheorie.	74
5.4.2	Die nachträgliche Bewertung der vier Elemente	76
5.4.3	Wechselwirkungen zwischen den Elementen	77
5.4.4	Ausblick auf weitere Forschungsfragen	77
5.5	Beenden möchte ich	78
	Literaturliste	79
	Anhang	84
	Eidesstattliche Erklärung	85

Subjektive Genesetheorien bei Depression

Analyse der Berichte von Betroffenen über ihren Weg von der Depression zu psychischer Gesundheit

1 EINLEITUNG

Depressive Störungen nehmen nach Prognosen der Weltgesundheitsorganisation WHO weltweit zu, was neben dem Leidensdruck für die betroffenen Menschen auch eine große wirtschaftliche Herausforderung für die Gesellschaft bedeutet. Bis zum Jahr 2020 werden Depressionen laut Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation WHO nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen „die zweithäufigste Ursache für vorzeitige Arbeitsunfähigkeit sein. Bei 15- bis 44-Jährigen ist sie das heute schon“. (Fischer, G., 2007).

Eine von der WHO in Auftrag gegebene Studie kommt zum Schluss, dass in den entwickelten Ländern Depressionen weit vor allen körperlichen und psychischen Volkskrankheiten liegen. Berücksichtigt wurde in dieser Studie ein Indikator, der sowohl die Erkrankungsjahre pro Bevölkerung als auch die Schwere der Beeinträchtigung mit einbezieht. (Murray, Cj, Lopez, AD., 1997).

Eine vollständige Remission wird laut Klesse, C., et al (2007) nur bei einem Drittel der Betroffenen erreicht. Als Grund dafür wird die nicht adäquate Versorgung erkrankter Patienten, sodass häufig eine rezidivierende oder eine chronische Form der Depression entwickelt wird.

Vor allem der Tatbestand, dass doch für eine große Anzahl von Menschen eine Genesung nicht möglich ist, ist Motivation für die vorliegende Arbeit. Sie möchte Betroffene selbst zu Wort kommen lassen, um in Erfahrung zu bringen, was dazu beigetragen hat, dass sie sich heute durchschnittlich gesund und besser zu fühlen.

In bislang vorliegenden wissenschaftlichen Patientenuntersuchungen zum Thema Depression geht es ausschließlich um subjektive Erfahrungen mit der *Krankheit* Depression, ihre Ursachen, ihren Verlauf, ihren Einfluss auf das Leben im engeren und weiteren Sinn. Diese Untersuchungen haben für die vorliegende Arbeit keine Relevanz, da es hier um subjektive *Genesetheorien* also vor allem um Gesundheit und Gesundwerden geht.

Es existieren aber Untersuchungen zu subjektiven Theorien und Konzepten zum Thema *Gesundheit im Allgemeinen*. Ein Überblick über diese Arbeiten wird Teil des theoretischen Teils sein, um zu definieren, wann ein Mensch als gesund bezeichnet wird. Die Ergebnisse aus den Interviews werden in Bezug zu diesen Modellen gesetzt, um zu erkennen, ob die Wege, die geheilte Patienten in der Zeit ihrer Genesung beschritten haben und Grundlage der subjektiven Genesetheorien sind, in einem erkennbaren Zusammenhang zu den existierenden subjektiven Gesundheitskonzepten sind.

Als wissenschaftliche Arbeit zum Thema psychische Gesundheit ist es unumgänglich, auch das Konzept von Antonovsky's Salutogenese vorzustellen, ist es doch das erste und bislang einzige, das sich in einer komplexen und geschlossenen Weise deutlich von allen anderen Forschungsmodellen, vor allem der biomedizinischen Konzeption abhebt und sich „in überzeugender Konsequenz am ‚Ziel‘ Gesundheit“ orientiert, „ohne es zu idealisieren“. (Faltermaier, 1994, S. 54).

Die Arbeit enthält auch einen kurzen historischen Abriss über Modelle und Theorien zu Krankheit und Gesundheit und zur Rolle des Patienten, um den gegenwärtigen Wandel zu dokumentieren und die Involvierung von Patienten in eine wissenschaftliche Untersuchung zum Thema Genesetheorien zu rechtfertigen.

Da Depressionen aber sehr wohl einen schwereren und schweren Krankheitsverlauf haben können, wäre es unverzeihlich, auf Entwicklungen der medizinischen Forschung zu verzichten, die sich sehr wohl mit der Krankheit an sich zu tun haben. Dazu zählen sowohl Psychotherapeutische als auch Pharmakologische Forschungserkenntnisse.

Wenn ein Mensch sich einmal nahe am Krankheitspol befindet, kann es, wie die Theorie und auch Ergebnisse der vorliegenden empirischen Untersuchung zeigen, überlebensnotwendig sein, auf solche Maßnahmen der traditionellen, an der Krankheit orientierten Medizin, zurück zu greifen. Aus diesem Grund wird auch der aktuelle Stand der Forschung zu expliziter Depressionsbehandlung Thema dieser Arbeit sein.

Für diese Arbeit ergibt sich nun folgender Aufbau:

Im theoretischen Teil wird zunächst der Gesundheitsbegriff an sich etymologisch und geschichtlich beleuchtet. Weiters werden sowohl wissenschaftliche als auch subjektive Definitionen und Konzepte vorgestellt. Weiters wird das Konzept von Antonovsky's Salutogenese vorgestellt.

In einem weiteren Kapitel geht es schließlich um die aktuell gültige Klassifizierung der Volkskrankheit Depression laut ICD-10, sowie aktuelle Forschungsergebnisse wissenschaftlich fundierter Konzepte der Depressionsbehandlung aus psychotherapeutischer, psychiatrischer und psychosozialer Sicht.

Der empirische Teil dieser Arbeit beschreibt die Befragung von ehemals an Depression erkrankten Personen nach ihren subjektiven Genesetheorien, also danach, was ihrer Meinung nach dazu beigetragen hat, dass sie sich heute gesund fühlen.

Da mir bislang keine wissenschaftlichen Arbeiten zu subjektiven Genesetheorien zugänglich waren, werden die gewonnenen Kategorien mit den wissenschaftlichen Konzepten zur Gesundheitsförderung und zur Depressionsbehandlung in Beziehung gebracht und dieser Bezug diskutiert.

Abschließend wird ein Ausblick auf die Sinnhaftigkeit weiterer Untersuchungen zu subjektiven Genesetheorien erläutert.

2 GESUNDHEIT UND KRANKHEIT ALS KONTINUUM

Wie wir später noch sehen werden (vgl. Kapitel 2.3), wird Gesundheit spätestens seit Antonovsky nicht mehr als etwas Statisches definiert. Antonovsky lehnt die Dichotomie gesund versus krank ab. „Wir sind alle sterblich. Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch von Leben in uns ist, in einem gewissen Ausmaß gesund“ (Antonovsky, 1997, S. 23). Folge dessen findet im Konzept der Salutogene Gesundheit auf einem Kontinuum statt. Antonovsky nimmt an, dass Menschen im Laufe ihres Lebens aufgrund unterschiedlicher Einflussfaktoren zeitweilig mehr zum Gesundheitspol und dann wieder mehr zum Krankheitspol tendieren. Die Aufgabe der Ärzte sei es für eine Zuwendung der Personen in Richtung des Gesundheitspols zu sorgen. Doch dabei geht es nicht darum Risikofaktoren festzumachen, sondern darum, gesundheitsfördernde Faktoren zu bestimmen. (Antonovsky, 1997)

2.1 ETYMOLOGIE GESUNDHEIT

Bei der Suche nach der ursprünglichen Bedeutung des Wortes „gesund“ trifft man in der Etymologie auf das indogermanische Wort für "geschwind, stark, mächtig".

Schon die Brüder Grimm wussten, dass es die *Gesundheit* auch im Plural gibt. "Der Mensch habe zweierlei *Gesundheiten* zu versorgen", zitieren sie in ihrem Wörterbuch, "die *Gesundheit* des Leibes und der Seelen." (Grimm, J. & Grimm, W., 1971). Ludwig Börner irrte also, als er meinte: "Es gibt tausend Krankheiten, aber nur eine *Gesundheit*."

Interessant auch das Gegensatzpaar im Englischen: disease und ease. – Krankheit bzw. Leichtigkeit und Sorglosigkeit. Außerdem gibt es im Englischen noch den Begriff „illness“, der die sozialen Aspekte einer Krankheit hervorhebt. Uexhuell & Wesiak (1991) betonen, dass die Unterscheidung zwischen disease und illness nur dialektisch verstanden werden darf, da physiologische und soziale Faktoren einer Krankheit immer gemeinsam auftreten.

Somit haben wir nun dreierlei „Gesundheiten“, bzw. besser ausgedrückt, Aspekte von Gesundheit: die des Leibes, die der Seele und die unseres soziologischen Eingebundenseins. Dieses Erkennen führt uns zur in unserem Raum am meisten anerkannten Definition für Gesundheit:

2.2 KURZER GESCHICHTLICHER ABRISS DER GESUNDHEITSFORSCHUNG

Schon immer war Gesundheit ein Thema, mit dem sich die Menschen befassten. Älteste Belege stammen von 2600 vor Christus aus China. Dort galt eine Entfremdung von der natürlichen Ordnung des Universums und es ging darum wieder die Balance des Menschen herzustellen. Damals genossen jene chinesischen Ärzte an Ansehen, die wenige Patienten hatten. Ihre Aufgabe bestand darin, Menschen gesund zu erhalten, indem sie deren Lebensstil kontrollierten.

Auch in Griechenland ging es um das Herstellen von Balance: Gesundheit galt als Leistung, die sich ergibt, wenn der Mensch in Harmonie mit sich selbst und der Umwelt steht. (Jacobs, 2000).

Die Entdeckungen in der Medizin als Naturwissenschaft veränderten nun den Blickwinkel auf Gesundheit radikal. Vernunftorientiertes Denken prägte die Wissenschaft und der Mensch wurde mit einer Maschine verglichen. Sein Organismus wurde vollständig von seiner natürlichen und sozialen Umwelt isoliert erforscht, Krankheit als eine messbare Fehlfunktion von biologischen Mechanismen betrachtet. (Bruch, 2002). Die Entdeckung von Erregern als Krankheitsursache öffnete zwar ganz neue und wertvolle Perspektiven der Medizin, doch verdrängte sie mehr und mehr „...die Lebenskunst der Gesundheit - und die Art und Weise, wie man sie lehren kann“. (Jacobs, 2000, S. 53).

Die Vitalisten, die als Gegenbewegung zu den Maschinisten Lebenskraft oder psychischer Energie als ausschlaggebendes Kennzeichen zwischen Belebtem und

Unbelebten betonten, konnten die vom maschinistischen Denken geprägten Mediziner nicht überzeugen. (Uexküll und Wesiack 1991)

Zu Beginn des letzten Jahrhunderts begann in den USA durch die Gründung der „Mental Health“ bzw. „Mental Hygiene“ Bewegung ein Umdenken in Bezug auf die Gesundheit. Das ursprüngliche Ziel war die Verbesserung der Situation und medizinisch-psychiatrischen Versorgung psychisch Kranker in psychiatrischen Anstalten. Man versuchte Ursachen für psychische Störungen und deren Vermeidung zu finden. Vor allem Psychoanalyse und die humanistische Psychologie trieben entsprechende Forschungsarbeiten in den USA voran.

Es dauerte bis in die 80er Jahre des 20. Jahrhunderts bis auch im deutschsprachigen Raum im Rahmen der zweiten Jahrestagung der International Association for Health Psychology in Trier das Thema „Gesundheit“ explizit an Bedeutung gewann. Im vergangenen Vierteljahrhundert entwickelte sich die interdisziplinäre Gesundheitsforschung stark und die Verwebung unterschiedlicher Wissenschaftsbereiche lässt neue Versorgungsmodelle entstehen, die immer mehr auch eine ganzheitliche Sichtweise des Menschen und erkennen lassen. (Goepfel, 1997).

Wenn man die historische Entwicklung von Gesundheitsbegriff und Medizin sowie den gegenwärtigen Stand von Forschung und institutionalisierten Entwicklungen wie z.B. auch im Versicherungswesen betrachtet, so kann man durchaus beachtliche Veränderungen feststellen, die durchaus auf eine Symbiose alten Wissens und jüngerer Forschungsergebnisse zum Wohle der Volksgesundheit und des Individuums hoffen lassen. Die größte Herausforderung dürfte sowohl die Finanzierung weiterer auch langfristiger Forschung, als auch die Umsetzung globaler interdisziplinärer Modelle sein. Dies betrifft besonders auch die Forschungsarbeit in Zusammenhang mit schweren und chronischen psychischen Genesungsprozessen.

2.3 GESUNDHEIT: DEFINITIONEN UND KONZEPTE

2.3.1 Subjektive Gesundheitskonzepte und -definitionen

Subjektive Alltagsvorstellungen über Gesundheit sind inzwischen in zahlreichen wissenschaftlichen Untersuchungen erforscht worden. Sie beschreiben persönliche Konzepte und Definitionen.

Exemplarisch möchte ich eine Befragung von Gerhard Huck (2004), pflegerische Stationsleitung einer offenen psychiatrischen Station am Klinikum am Weissenhof in Weinsberg, vorstellen. Huck beschäftigt sich intensiv mit dem salutogenetischen Gesundheitsmodell in der psychiatrischen Pflege. Im Rahmen eines Gruppengesprächs zum Thema Gesundheit/Krankheit nannten Patienten ohne einschlägige Vorinformationen folgende Merkmale von Gesundheit:

- positive Einstellung gegenüber dem Leben,
- Probleme meistern können,
- Zufriedenheit,
- Wohlbefinden,
- sein Leben bejahen können,
- organische Gesundheit.

Huck stellt diese Aussagen Wolman's Gesundheitsdefinition gegenüber. Wolman definiert Gesundheit als einen „Zustand, gekennzeichnet durch relativ gute Anpassung, Gefühle des Wohlbefindens und die Verwirklichung der eigenen Potenziale und Fähigkeiten“. (Huck, 2004, S. 11). Huck kommt zum Schluss, dass Laiendefinitionen über Gesundheit wissenschaftlichen Definitionen sehr nahe kommen.

Eine interessante Arbeit lieferte 1994 Faltermaier. Er recherchierte in verschiedenen wissenschaftlichen Forschungsprojekten und fasste die vielen sehr differenzierten Laiendefinitionen von Gesundheit, die er fand in vier Typen zusammen. Diese schließen einander nicht aus. Für eine Person können also auch zwei und mehrere Definitionen zutreffen.

Die vier Typen von Laiendefinitionen laut Faltermaier:

1. Gesundheit ist ein „Vakuum“ und bedeutet Abwesenheit von Krankheit (ca. 13% der Befragten).
2. Gesundheit ist eine angeborene oder erworbene Energie oder Widerstandskraft, die variabel ist (ca. 28% der Befragten)
3. Gesundheit ist körperliches und Seelisches Wohlbefinden, sowie Ausgeglichenheit und Lebensfreude (ca. 40%)
4. Gesundheit ist die funktionale Leistungsfähigkeit (Arbeitsfähigkeit) (ca. 30%).

Laut Faltermaier (1994) definieren Angehörige der unteren sozialen Schichten Gesundheit häufiger als Abwesenheit von Krankheit und als funktionale Leistungsfähigkeit. Frauen und Menschen mittleren Alters verstehen unter Gesundheit am häufigsten Ausgeglichenheit und Wohlbefinden und Männer sowie alte Menschen bevorzugen Gesundheit als Leistungsfähigkeit. (Faltermaier, 1994)

Weiterwissenschaftliche und offizielle Definitionen werden im folgenden Kapitel (2.3.2) exemplarisch vorgestellt. Wie man sehen wird – es gibt selbst in der Wissenschaft keine allgemein verbindliche Definition für Gesundheit, sondern nur Rahmenbedingungen für Gesundheit. Diese kommen aus der Psychologie, der Pädagogik, der Soziologie, der Theologie und der Medizin.

2.3.2 Offizielle Gesundheitskonzepte und -definitionen

Die Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vom 22. Juli 1946 definiert Gesundheit ist als einen „...Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht...“ als „...bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen“.

Positiv an dieser Definition ist, dass sie sich ganzheitlich auf den Menschen in seinen körperlichen, geistig-seelischen und sozialen Aspekten bezieht und dass sie das subjektive Befinden des Menschen in den Mittelpunkt stellt. Kritisch betrachten muss man die Tatsache, dass Gesundheit in dieser Definition als etwas Statisches und

praktisch Unerreichbares, Idealisiertes beschrieben wird. Hinter dieser Definition verbirgt sich ein Fortschrittsglaube, in dem menschliches Leiden als besiegbare gilt. Leiden und Lebenskrisen gehören aber zum menschlichen Leben, sie bringen Anfälligkeiten für Erkrankungen, aber sie bringen auch unverzichtbare Anstöße für persönliche Entwicklung und den Erhalt der Gesundheit. Aufgrund der zunehmenden Kritik an dieser statischen Definition verabschiedeten Experten der WHO 1986 bei der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa eine Charta, in der es heißt:

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß [sic], allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, daß [sic] sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünder Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin. (WHO, Ottawa Charter zur Gesundheitsförderung, Web. 2008)

Auffallende Unterschiede sind, dass nun Gesundheit als Prozess und nicht mehr als Zustand verstanden wird, und dass Gesundheit wesentlich komplexer beschrieben wird. Zu den drei Dimensionen physiologisches, mentales und soziales Wohlbefinden, kommen nun auch noch soziale, biologische und persönliche Faktoren für ein selbst bestimmtes Leben dazu.

Der Psychrembel (1998), beschreibt in einer zweiten Definition Gesundheit im engeren Sinn als „das subjektive Empfinden des Fehlens körperl., geistiger und seel. Störungen od. Veränderungen bzw. einen Zustand, in dem Erkrankungen und pathologische Veränderungen nicht nachgewiesen werden können“. (S.571)

In einer dritten Definition wird im Psychrembel schließlich Gesundheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinn als der Zustand definiert, ...“aus dem Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit resultiert“. (Psychrembel,1998, S.571).

Oeser, E. (2008) stellt fest, dass die meisten Definitionen von Gesundheit den Begriff der „Leistungsfähigkeit“ implizieren, auch wenn er nicht immer explizit genannt wird. Mit dem Begriff „Leistungsfähigkeit“ ist weniger die berufliche Arbeitsfähigkeit gemeint, als jene Fähigkeiten, die für das Alltagsleben wichtig sind, wie Selbstvertrauen, Widerstandsfähigkeit, Anpassungsfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit und Bindungsfähigkeit“. Ganz allgemein ist damit der angemessene Umgang mit Alltags-Herausforderungen gemeint.

2.3.3 Definition psychische Gesundheit

Analog zur Gesundheits-Definition gibt es auch keine allgemein gültige Definition für Psychische Gesundheit. Auch hier entscheiden Rahmenbedingungen wie unterschiedliche Auffassungen je nach Kultur, Land und Religion eines Menschen, interindividuelle Unterschiede, wie Geschlecht, Berufsgruppe, Alter, Erziehungsstil, den jemand erfahren hat, darüber, ob sich jemand psychisch gesund fühlt oder nicht. Psychische Gesundheit ist etwas individuell Wahrgenommenes und nicht objektiv Nachvollziehbares.

Diese Arbeit bezieht sich auf die Darstellung der wissenschaftlichen Definition für psychische Gesundheit, die dem Messinstrument Skalen Psychischer Gesundheit (SPG) zugrunde liegt. Diese Definition ist, neben anderen Kriterien, die im empirischen Teil noch explizit beschrieben werden, ausschlaggebend für die Auswahl der InterviewpartnerInnen. Diese Definition geht davon aus, dass die psychische Gesundheit von Personen sich dadurch zeigt, in ausreichendem Maße folgende Persönlichkeitsmerkmale zu besitzen: Autonomie, Willensstärke, Lebensbejahung, Natürlichkeit, Selbstreflexion, Soziale Integration und Sinnfindung.

S. Tönnies, Co-Autorin der SPG, bringt als umfassende Beschreibung psychischer Gesundheit folgendes Zitat:

Eine Person ist dann psychisch gesund, wenn sie in der Lage ist, das eigene Leben für sich selbst befriedigend und sozial verantwortlich und autonom zu gestalten, Belastungen zu bewältigen und - soweit es die somatischen und ökologischen Bedingungen zulassen - psychisches Wohlbefinden zu erleben. (Stephan, A., 1983, zitiert nach Tönnies, S., 1996, S. 14)

2.4 ANTONOVSKY'S MODELL DER SALUTOGENESE

Im Salutogenese-Modell nach Antonovsky ist Gesundheit kein Zustand, sondern wird als Prozess gesehen.

Eine wesentliche Rolle in diesem Konzept spielen psychosoziale und physikalisch-biochemische Stressoren, die auch in Krankheitsmodellen eine zentrale Rolle als Risikofaktoren für Krankheiten spielen.

Antonovsky (1997) schreibt über die Bedeutung des Stressors in traditionellen Krankheitsmodellen: „Der Stressor, der Zerstörer der Homöostase, wird nach wie vor als unausweichliches Pech angesehen“. (S. 27). Antonovsky wehrt sich dagegen, dass Stressoren immer schädliche Auswirkungen haben. Wenn es gelingt, durch die zunächst nicht zu bewältigenden Herausforderungen, den Körper, und wohl auch Geist und Seele zu mobilisieren, können ganz neue Wege beschritten werden. Eine große Rolle spielt dabei laut Antonovsky auch die soziale Umwelt, wenn er schreibt, dass „ein hohes Ausmaß an Stressoren bei gleichzeitigem hohem Ausmaß an sozialer Unterstützung gesundheitsfördernd ist“. (Antonovsky, 1997, S. 26).

Zentraler als das Stressmodell ist im Modell der Salutogenese das „coping“-Konzept, also das Konzept, das beschreibt, wie jemand schwierige Lebenssituationen bewältigt.

Im Wesentlichen geht es doch darum, auf die Stressoren adäquat zu reagieren.

Antonovsky betont, dass der Erfolg von Bewältigungsversuchen davon bestimmt wird, auf welche Ressourcen die Person zurückgreifen kann. Er entwickelte zunächst die „Generalisierten Widerstandsressourcen“ (GRR) und versteht darunter „jedes Merkmal

einer Person, Gruppe oder Umwelt, das eine wirksame Spannungsbewältigung erleichtern kann.“ (Antonovsky, 1981 in Faltermaier, 1994, S. 51).

Solche Widerstandsressourcen sind beispielsweise:

- eine präventive Gesundheitsorientierung (zB Vermeiden von Stressoren, Aufsuchen von Vorsorgeuntersuchungen)
- materielle Widerstandsressourcen (zB Geld)
- kognitive und emotionale Widerstandsressourcen (zB Wissen, Ich-Identität)
- effektive Bewältigungsstile (zB Rationalität, Flexibilität)
- interpersonale GRRs (zB soziale Unterstützung)
- makrosoziokulturelle GRRs (zB Verbundenheit mit stabilen Kulturen, religiösen Glaubenssystemen) (Faltermaier, 1994)

In weiterer Folge entwickelte Antonovsky als Kern der Salutogenese das SOC („sense of coherence“), am häufigsten übersetzt mit „Kohärenzgefühl“. Dieses zentrale Konzept integriert alle Widerstandsressourcen.

Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß [sic]

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen. (Antonovsky, 1997, S. 36).

Das Kohärenzgefühl ist eine Grundhaltung, die sich nach Antonovsky aus drei Komponenten zusammensetzt:

1. Verstehbarkeit (sense of comprehensibility) bezeichnet das Ausmaß, Reize und Alltagssituationen als Sinn machend zu erleben und kognitiv klar zu verstehen.
2. Handhabbarkeit (sense of manageability) bezeichnet das Ausmaß, die Anforderungen als bewältigbar zu erleben.

3. Sinnhaftigkeit, bzw. Bedeutsamkeit (sense of meaningfulness) bezeichnet das Ausmaß, die Auseinandersetzung mit den aktuellen Anforderungen des Lebens als lohnenswert und sonnvoll zu erleben. (Faltermaier, 1994).

Antonovsky's Hypothese ist, dass Menschen mit einem hohen Kohärenzgefühl Herausforderungen und Probleme klarer erkennen und ihre Emotionen daher fokussierter sind. Da sie die belastenden Situationen auch als sinnvoll und verständlich erleben, sind sie auch motivierter, aktiv zu werden und Bewältigungsmechanismen in Gang zu bringen. Das Bewältigungshandeln ist laut Antonovsky sowohl von der konkreten Belastungssituation als auch von den zur Verfügung stehenden Ressourcen abhängig. (Faltermaier, 1994 & Antonovsky, 1997).

2.5 DIE KRANKHEIT DEPRESSION

2.5.1 Diagnose Depression

Unipolare Depressionen gehören neben manischen und bipolaren Störungen zu den Affektiven Störungen. Sie können einmalig (depressive Episode) bzw. rezidivierend oder chronisch auftreten.

2.5.1.1 Depressive Episode und depressive rezidivierende Störung

Man unterscheidet leichte, mittlere und schwere Depressionen, wobei diese Einteilung in unterschiedlichen Klassifikationssystemen leicht variiert. In Österreich erfolgt die Klassifizierung von Krankheiten nach dem ICD-10.

2.5.1.1.1 Symptomatik depressiver Episoden

Symptomatik depressiver Episoden nach ICD-10

Hauptsymptome (nach ICD-10)

- Depressive Stimmung (ungleich Trauer)
- Interessenverlust, Freudlosigkeit
- Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit

Zusatzsymptome (nach ICD-10)

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Gefühl von Schuld/Wertlosigkeit
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken oder -handlungen
- Schlafstörungen
- verminderter Appetit

2.5.1.1.2 Diagnostik depressiver Störungen nach ICD-10

Von einer *Depressiven Episode* spricht man bei Auftreten der Symptome über mindestens 2 Wochen.

- Leichte Depression: 2 Hauptsymptome + 2 Zusatzsymptome
- Mittelgradige Depression: 2 Hauptsymptome + 3-4 Zusatzsymptome
- Schwere Depression: 3 Hauptsymptome + 4 und mehr Zusatzsymptome

Tritt in der Anamnese neben einer aktuellen depressiven Episode wenigstens eine weitere depressive Episode auf, so diagnostiziert man eine *rezidivierend depressive Störung*. Zwischen der aktuellen und der früheren Episode muss mindestens eine symptomfreie Zeit von zwei Monaten bestehen.

2.5.1.2 Depression mit somatischen Symptome

Depressive Symptome die eine spezielle klinische Bedeutung haben werden als somatische Symptome bezeichnet. Dazu zählen Interessensverlust, fehlende emotionale Reagibilität, Früherwachen, Morgentief, psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, deutlicher Appetit- und Gewicht, sowie Libidoverlust.

eine Depression mit somatischen Symptomen diagnostiziert man ab Vorhandensein von vier somatischen Symptomen.

2.5.1.3 Psychotische Depressionen

Wenn begleitende Wahnvorstellungen und Halluzinationen vorliegen, die meist in Zusammenhang mit Schuld, Sünde, Verarmung und Strafe und seltener auch mit Angst verfolgt zu werden, auftreten, spricht man von psychotischen Depressionen.

2.5.1.4 Dysthymien und Zykllothymien

Chronisch über mindestens zwei Jahre auftretende depressive Störungen, deren Symptomatik nicht alle Kriterien einer depressiven Episode erfüllt und die nicht – wie rezidivierende depressive Störungen – durch längere Phasen von Symptomfreiheit geprägt sind, bezeichnet man als Dysthymien.

Von Zykllothymien spricht man bei andauernder Instabilität der Stimmung mit zahlreichen Intervallen von Depression und leicht gehobener Stimmung, die aber nicht ausreichend schwer und anhaltend sind, um als bipolare affektive Störung diagnostiziert zu werden.

2.5.1.5 Larvierte Depression

Von einer larvierten Depression spricht man, „wenn der Patient die affektive Komponente der Depression wie die Bedrücktheit nicht wahrnimmt“ (Schöpf, J., 2006, S.5).

2.5.2 Differenzialdiagnose

Für eine Differenzialdiagnose ist durch sorgfältige ärztliche und labormedizinische Untersuchung abzuklären, dass das Vorliegen von Niedergeschlagenheit, Erschöpfung, Traurigkeit, Selbstzweifel, Resignation und einzelner depressiver Symptome nicht durch eine körperliche oder neurologische Erkrankung und/oder Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit bedingt ist. In diesen Fällen treten depressive Symptome häufig auf, man sollte deshalb aber nicht gleich von einer Depression ausgehen.

2.5.2.1 Trauer

Darunter versteht man eine psychische Reaktion auf einen schweren Verlust, die nur dann als Störung mit Krankheitswert gilt, wenn die Trauerreaktion mehr als sechs Monate unverändert anhält oder Suizidalität oder psychotische Störungen auftreten.

2.5.2.2 Anpassungsstörungen

Darunter versteht man subjektive Leidenszustände und affektive Beeinträchtigungen, die nach einer einschneidenden und belastenden Lebensveränderung und nach schweren körperlichen Krankheiten auftreten. Anpassungsstörungen beginnen innerhalb eines Monats nach dem belastenden Ereignis und dauern von wenigen Wochen (kurzfristige Störung) bis maximal zwei Jahren (langfristige Störung) an.

2.5.2.3 Komorbidität

Depressionen treten häufig im Vorfeld, während oder in Folge zu allen psychischen Störungen auf und sind in diesen Fällen auch zu diagnostizieren und zu behandeln.

„Depressionen weisen eine besonders hohe Rate an Komorbidität auf“, (Jong-Meyer, R., de, 2007, S. 21).

Untersuchungen zeigten Zusammenhänge zwischen schwächerer Immunantwort, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs- v.a. Brustkrebserkrankungen. (Fischer, G., 2007).

2.5.3 Depression und Suizidalität

10 bis 15% der Patienten, die unter einer Depression leiden, begehen Selbstmord, mehr als zwei Drittel davon Männer. Die Zahl der Selbstmordversuche ist jedoch bei Frauen etwa dreimal so hoch als bei Männern. Auch bei Suizidalität spielt ein anerkannter sozioökonomischer Status eine bedeutende präventive Rolle. (Fischer, G., 2007).

Als ausgewählte Risikofaktoren für Suizidalität beschreibt Jong-Meyer, R., de, (2007):

- Frühere Suizidversuche und Suizidalität in der Familie
- Männliches Geschlecht
- Höheres Alter
- Gefühle der Hilf- und Hoffnungslosigkeit
- Impulsivität
- Chronische Erkrankung mit wenig Aussicht auf Heilung
- Mangelnde soziale Bindungen, Einsamkeit
- Substanzmissbrauch
- Konzentrationsschwäche
- Schlafstörungen
- Angst, Panikattacken, Erregtheit

2.5.4 Neue diagnostische Schlüsselbereiche

Renate de Jong-Meyer et al (2007) verweisen in ihrer Evidenzbasierten Leitlinie zur Psychotherapie Affektiver Störungen auf die zahlreichen gesicherten Diagnose-Empfehlungen (vgl. DGPPN, 2000), und auf die reliablen und objektiven zur Verfügung stehenden Messinstrumente wie Interviews, Tests, Skalen und Fragebögen. (Hautzinger & Meyer, 2002; Loewe, Spitzer, Zipfel & Herzog, 2002; Hautzinger & Bailer, 1993). Renate de Jong-Meyer et al empfehlen die Anwendung dieser Instrumente in der Primärversorgung beim Hausarzt und in Beratungsstellen, „um bei erhöhten Werten eine fachliche Abklärung zu veranlassen“. (2007, S. 24).

An dieser Stelle soll noch kurz auf die Empfehlung einer zusätzlichen funktionalen Diagnostik eingehen. Dabei geht es vor allem um eine aktuelle Verhaltensbeobachtung, die in die Therapieplanung miteinbezogen werden soll. Diese Verhaltensbeobachtung soll in folgenden fünf Problembereichen erfolgen:

- Analyse alltägliche Handlungsabläufe, der Tages- und Wochenstruktur, Belastungen, Entlastungen, Ressourcen...
- Analyse problematischer Situationen
- Motivationsanalyse
- Analyse bisheriger Selbstmanagementversuche
- Analyse der sozialen, familiären und partnerschaftlichen, der kulturellen und physikalischen Rahmenbedingungen und einer möglichen Funktionalität des depressiven Verhaltens.

Werden diese Analysen sorgfältig durchgeführt, so können die daraus sichtbar gewordenen Schlüsselprobleme in eine Belastungshierarchie gebracht werden und Basis für das Festlegen von Therapiezielen und eine effiziente Therapieplanung herangezogen werden.

2.5.5 Epidemiologie

2.5.5.1 Alter

Über das „Typische Depressions-Alter“ ist – wie folgende zwei Beispiele zeigen - die Wissenschaft sich nicht einig. So meint C. Ernst, dass der der Altersgipfel früher zwischen 30 und 40 Lebensjahren lag, während er heute zwischen 18 und 25 Lebensjahren zu finden ist. Grundsätzlich – so C. Erns – treten Depressionen in jedem Alter auf, auch bei Kindern und Jugendlichen. Vor allem ältere Menschen, die in Heimen und anderen Institutionen leben, sind mit einer Prävalenz von 15% bis 25% besonders betroffen. (Ernst, C.,1997)

Dagegen meine Bauer & Berghoefler (1997), dass das typische Alter für Depression zwischen 25 und 44 Jahren liege. Auch sie sagen, dass die Wahrscheinlichkeit an einer Depression zu erkranken mit zunehmendem steigt.

2.5.5.2 Geschlecht

Nahezu alle aktuellen nationalen und internationalen Untersuchungen zeigen, dass Frauen ein doppelt so hohes Erkrankungsrisiko tragen als Männer, auch müssen Frauen mit einem höheren Rückfallrisiko rechnen. Ca. 17 bis 25 % – je nach Untersuchung – der Bevölkerung müssen damit rechnen, einmal in ihrem Leben an einer Depression zu erkranken. (Fischer, G., 2007)

Depressionen zeigen sich bei Männern und Frauen häufig unterschiedlich. So schreibt Fischer, G., 2007, auf Seite 3: „Männern fällt es schwerer, Stimmungen und Empfindungen zu äußern. Sie gelten als unmännlich und werden daher häufig verschwiegen.“ Anders als Frauen, die sich gehen lassen, unter Antriebsschwäche leiden, sich sozial zurückziehen und ins Grübeln verfallen, treten „die Stimmungsstörungen bei Männern dann mit „geringer Stresstoleranz, impulsivem, aggressivem und „unausstehlichem“ Verhalten“ (Fischer, G., 2007, S. 3) zutage.

Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich auch in der bevorzugten Therapie. So lassen sich Männer lieber Medikamente verschreiben, als Frauen, während Frauen Psychotherapien und Naturheilmittel eher annehmen als Männer. (Fischer, G., 2007)

2.5.5.3 Sozioökonomische Faktoren

Sozioökonomische Faktoren beeinflussen das Depressionsrisiko. So erkranken getrennt lebende und geschiedene Paare und Menschen ohne vertraute Person häufiger an einer Depression, wobei es hier geschlechtsspezifische Auffälligkeiten gibt. Untersuchungen zeigten, dass die Ehe bei Männern und Frauen unterschiedliche Auswirkungen auf die das Depressionsrisiko hat. So besitzt sie für Männer „eher eine stabilisierende Wirkung“, während „sie viele Frauen durch Doppel- und Mehrfachbelastungen wie

Berufstätigkeit, Kinderbetreuung usw.“ destabilisiert. (Fischer, G., 2007, S. 6).
Geschiedene Männer leiden häufiger an Depressionen, als geschiedene Frauen.

Positive Sozialbeziehungen, höhere Bildung und zufrieden stellende Berufstätigkeit wirken präventiv. Ebenso erkranken Menschen, deren Wohn- und Lebensraum sich in eher ländlich-kleinstädtischer Umgebung befindet, seltener an einer Depression. (Jong-Meyer, R., de, 2007)

2.5.6 wissenschaftlich abgesicherte Depressionstherapien

2.5.6.1. Überblick über aktuelle Behandlungsempfehlungen

Es stehen heute viele gut untersuchte psychotherapeutische und medikamentöse Therapiealternativen zur Verfügung. Häufig bedarf es jedoch eines weiteren Netzwerkes vor allem an psychosozialen Rahmenbedingungen um einen bleibenden Therapieerfolg zu erzielen. (Klesse, C., Bermejo, I. & Haerter, M., 2007).

In der Mehrzahl der Fälle ist die Depressionsbehandlung nicht schwierig. (Schöpf, J., 2006). In seltenen Fällen kann sie jedoch eine große Herausforderung für die Spezialisten sein. Schöpf (2006) begründet diesen Umstand damit, dass es manchmal unmöglich ist, festzustellen, ob die Depression psychische, genetische oder biologische Ursachen hat. Die Depression kann auch durch eine Wechselwirkung dieser Ursachen entstehen, was Diagnose und Therapieplan nicht erleichtert. Daneben spielen immer auch soziale Faktoren eine Rolle.

Grundsätzlich hängt Depression mit dem Verlust der Fähigkeit Freude zu empfinden zusammen. Über die genauen genetischen und biologischen Ursachen kann die Wissenschaft trotz großer Bemühungen noch nicht sehr viel aussagen. Tatsache ist, dass es sie gibt, und dass sie mit Psychopharmaka und anderen biologischen Methoden im Allgemeinen gut behandelbar sind. (Heuer, H., 2006, Schöpf, J., 2006, Klesse, C., Bermejo, I. & Maerter, M., 2007, Schramm, E., 2007).

Welche Methoden für die Behandlung letztendlich in Frage kommen, hängt von der Schwere der Depression ab.

Bei leichteren Depressionen erzielt man mit niederschweligen Behandlungsmethoden wie Psychoedukation durch Lebens- und Sozialberater oder Psychotherapeuten, durch psychotherapeutische Kurzzeittherapie und ebenfalls kurzen Bibliotherapien gute Erfolge. (Schöpf, J., 2006, Jong-Meyer, R., de, 2007)

Bei leichten und mittelschweren Depressionen kann eine spezifische Psychotherapie die Methode der ersten Wahl sein, vor allem bei signifikanten psychosozialen Belastungen, interpersonalen Schwierigkeiten, pathologischen Trauerreaktionen, komorbiden Persönlichkeitsstörungen oder Rollenwechsel. (Berner, M., 2004). Grundsätzlich zeigen der Einsatz von Psychopharmaka und Psychotherapie bei leichten und mittelschweren Depressionen eine vergleichbare Effektivität. (Schramm, E., 2007)

Schwere Depressionen verlaufen relativ unabhängig von äußeren Einflüssen. Daher dürften vor allem biologische Faktoren ausschlaggebend sein und somit nutzt man in der Behandlung der schweren Depression vor allem Angebote der Pharmakotherapie und andere biologische Therapiemethoden. Nach Zustandsverbesserung hat sich begleitend zur medikamentösen Behandlung bei schweren und mittelschweren Depressionen eine spezifische Psychotherapie als wirksam erwiesen. (Schöpf, J. 2006, Schramm, E., 2007, Klesse, C., Bermejo, I. & Haerter, M., 2007, Jong-Meyer, R., de, (2007). Frieling, H. et al erwähnen in ihrem Artikel, dass auch durch Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie und interpersonelle Therapie) „eine Reihe neurobiologischer Veränderungen“ verursacht werden, wobei die exakten Mechanismen noch nicht erforscht seien. (Frieling, H., 2007, S. 642).

Bei Patienten die unter einer chronischen Depression leiden, erweist sich die medikamentöse Therapie gegenüber Psychotherapie im Allgemeinen als wirksamer. Eine Ausnahme bildet das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP), das eigens für die Behandlung chronischer Depressionen aus der Kognitiven Verhaltenstherapie entwickelt wurde. Die Kombination einer medikamentösen Therapie

und der psychotherapeutischen Methode CBASP, (vgl. Kapitel 2.5.5.4.3) erhöht die Effektivität signifikant gegenüber einer Monotherapie. (Schramm, E. 2007).

Ebenso empfiehlt sich eine kombinierte Behandlung bei Patienten, die eine schlechte Compliance zeigen oder auf eine rein psychotherapeutische oder rein medikamentöse Behandlung nur eine partielle Remission zeigen. (Berner, M., 2004, Jong-Meyer, R., de, 2007, Schramm, E., 2007).

Sinnvoll ist eine Erhaltungstherapie mit Pharmako- und/oder Psychotherapie mindestens bis sechs Monate nach Abklingen der Akutsymptome, weiters wenn in der Vorgeschichte des Erkrankten bereits zwei oder mehrere depressive Episoden aufgetreten sind, schwere Suizidhandlungen in der Vorgeschichte erfolgten, oder der Patient über Anzeichen einer Verschlechterung seines Zustandes berichtet, die aber noch nicht die volle Symptomatik einer depressiven Episode erreicht haben. (Schöpf, J., 2006, Jong-Meyer, R., de, 2007)

Einen nicht zu unterschätzenden Faktor jeder Behandlung, man könnte es vielleicht sogar weiter fassen und sagen, jeder Auseinandersetzung mit depressiven Patienten, ist die *Motivation*. Den Patienten zu motivieren, sich für eine Psychotherapie zu öffnen, seine Medikamente zuverlässig einzunehmen, seine Krankheit als wesentlichen Lebensabschnitt zu akzeptieren und bewusst und immer wieder neu zu begegnen, ist ein wesentlicher Grundbaustein einer erfolgreichen Depressionsbehandlung, unabhängig von Wahl der Therapie.

2.5.6.2 Wirklatenz von Psychotherapie im Vergleich zu Psychopharmakatherapie

Psychotherapie hat häufig eine relativ lange Wirklatenz verglichen mit einer medikamentösen Behandlung, vor allem in der Akutbehandlung. Eine Analyse von Thase, Greenhouse & Frank (2005) zeigen, dass die Wirklatenz bei wöchentlicher Interpersoneller Psychotherapie bei ungefähr 12 Wochen liegt. In vergleichbaren Fällen dauerte die medikamentöse Behandlung bis zur Wirksamkeit 4-6 Wochen. Allerdings zeigte sich in einer Reihe von umfassenden, kontrollierten Studien, dass im

Allgemein ist die Effektivität der Psychotherapie als Erhaltungstherapie höher, als eine rein medikamentöse Therapie. (Schramm, E., 2007). So zeigte eine Meta-Analyse von Gloaguen, Cottraux, Cucherat & Blackburn (1998), dass die Rückfallrate nach Beendigung der Kognitiven Akuttherapie bei 30% lag, nach Beendigung der medikamentösen Therapie bei 60% lag. In einer aktuellen Studie von Hollon und Mitarbeiter (2005) zeigte sich, dass das Absetzen einer Kognitiven Therapie erstaunlicherweise zur ebenso vielen Rückfällen führte wie bei Weiterführen einer medikamentösen Therapie. Wurde die Pharmakotherapie ebenfalls abgesetzt zeigte sich, dass in diesem Fall signifikant mehr Rückfälle zu verzeichnen waren, als bei den mit Kognitiver Therapie behandelte Patienten.

2.5.6.3 Maßnahmen bei leichten depressiven Episoden

- Selbst- und Laienhilfe: Es existieren zahlreiche Selbsthilfebücher, Bücher mit Berichten von Betroffenen, Informationsbroschüren sowie Internetinformationsseiten und -foren.
- Diagnostik, Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle
- Lebensberatung, stützende Gespräche, Psychoedukation, Clinical Management
- Kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Bibliothherapie: Exemplarisch seien zwei durch Studien in ihrer Wirksamkeit erwiesene Selbsthilfeprogramme erwähnt: Jong-Meyer (2007) führt das im deutschen Sprachraum erhältliche Programm „Fühl dich gut“ (Burns, 2006). Dieses erwies sich in einer Vergleichsstudie, die in Allgemeinpraxen mit Wartegruppen durchgeführt wurde, als wirksam. Eine aktualisierte Metaanalyse von Lewinsohn's variiertem Selbsthilfemanual „Depression bewältigen“ (Kühner, C., 2003) bestätigt die Wirksamkeit dieses Manuals.
- Auch Kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppenprogramme erwiesen sich als wirksam bei leichten Depressionen. (Jong-Meyer, R., de, 2007).

2.5.6.4 Psychotherapien mit Wirksamkeitsnachweis

Ein Wirksamkeitsnachweis in der Akutbehandlung von leichten und mittelschweren Depression wurde laut den für diese Arbeit zugänglichen Forschungsergebnissen für die Interpersonelle Therapie (IPT) und die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) im Einzelsetting, sowie für kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppen- und Paartherapie erbracht. (Berner, M., 2004, Schramm, E. 2006, Jong-Meyer, R., 2007, Schramm, E.).

Die *Interpersonelle Therapie* geht davon aus, dass interpersonelle Störungen psychische Störungen auslösen bzw. durch sie entstehen können. Laut Hilbert A. bezeichnet der Begriff interpersonell „... im Gegensatz zu den weiter gefassten Begriffen 'sozial' oder 'psychosozial', zwischenmenschliche Interaktionsmuster und Kommunikationsverhalten“. (2006). Eine Lösung der interpersonellen, aktuell störungsrelevanten Probleme muss aus diesen Überlegungen konsequenterweise zu einer Verbesserung der Symptomatik führen.

Die IPT wurde in den achtziger Jahren von Klermann, Weissman und Kollegen zur Behandlung unipolarer Depressionen als ambulante Kurzzeittherapie von 16 bis 20 Sitzungen konzipiert. Der interpersonelle Ansatz geht zurück auf den Psychiater Adolf Mexer und den Neo-Freudianer Harry Stack Sullivan. Sie ist eine schulübergreifende Methode und vereint bewährte psychotherapeutische Techniken und Strategien aus der Kognitiven Behavioralen Therapie und psychodynamischen Ansätzen. Es liegen heute auch Formate für Einzel-, Paar- und Gruppentherapie andere affektive und nicht-affektive Störungen vor. (Hilber, A., 2006 & Klerman et al, 1984).

Die *Kognitive Verhaltenstherapie* sieht die Ursache von Störungen bzw deren Aufrechterhalten in erster Linie in einem dysfunktionalen Denken. Sie zielt somit darauf ab, „den Patienten zu unterstützen, ungünstige Informationsverarbeitungsstile und daraus resultierende Bewertungen zu erkennen und deren Gültigkeit zu überprüfen“. (Heuer, H., 2006, S.338). Dabei geht es in den meisten Fällen um aktuelle belastende Probleme und Situationen und an zumeist bewusst zugängliche Denkprozesse. Es werden zwar Vergangenheitsaspekte berücksichtigt, der Veränderungsfokus liegt aber in der Gegenwart. Ziel der KVT ist auch, dass der Patient Techniken lernt, um zukünftig

mit ähnlichen Problemen alleine umgehen zu können. Im Gegensatz zur reinen Verhaltenstherapie ist in der KVT die Berücksichtigung von und Auseinandersetzung mit inneren Bildern, Wahrnehmungen, Gedanken und Einstellungen von zentraler Bedeutung. (Hautzinger, 2003).

Als Begründer der Kognitiven Therapie gilt Aaron T. Beck. Er führte in den Sechzigerjahren im Gegensatz zur damals herrschenden Meinung der psychodynamischen Vertreter Depressionen auf dysfunktionale Informationsverarbeitungsprozesse- und Denkweisen zurück und zeigte, dass ein Depressiver festgefahren ist in seiner negativen Sicht der eigenen Person, der Umwelt und der Perspektiven.

Die KVT entwickelte seit den sechziger Jahren zahlreiche Elemente und Strategien zum Umgang mit Krisen, dem Aufbau positiver Aktivitäten und Kognitionen, der Verbesserung sozialer Fertigkeiten und zur selbständigen Bewältigung von zukünftigen Lebenskrisen. (Hautzinger, 2003, Heuer, H., 2006 & Kriz, J., 2007 & Jong-Meyer, R., de, 2007).

Spezielle für die Behandlung chronischer Depression wurde das *Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy* (CBASP) von James McCullough entwickelt. Diese Form der Psychotherapie ist als wirksam erwiesen, die Kombination von Psychopharmaka und CBSAP-Therapie führt zu signifikant besseren Ergebnissen als die Anwendung von nur medikamentöser Behandlung bzw. nur CBSAP-Therapie. CBSAP vereinigt kognitive, verhaltenstherapeutische, interpersonelle und psychodynamische Strategien. Piagets Entwicklungstheorie bildet den theoretischen Verständnishintergrund für die behindernden Denkmuster. McCullough zeigte, dass chronisch Depressive ebenso wie Kinder sich in einer präoperatorischen Phase befinden. Beide Gruppen zeigen

1. globales und prälogisches Denken
 2. zeigen Denkprozesse, die kaum durch die Denkweise und Logik ihrer Gesprächspartner beeinflusst werden,
 3. sind pervasiv ich-zentriert in ihren Sichtweisen von sich selbst und anderen,
 4. zeigen überwiegend monologisierende verbale Kommunikation,
 5. zeigen Unfähigkeit zu authentischer interpersoneller Empathie,
 6. haben unter Stress wenig affektive Kontrolle.
- (Schramm, E., Caspar, F., Berger, M., 2006, S. 359).

In vier Stufen geht es in der CBSAP-Therapie um das Erkennen der Konsequenzen eigenen Verhaltens, das Entwickeln der Fähigkeit authentisch Empathie empfinden zu können und Erlernen sozialer Problembewältigungsstrategien. So sollen depressive Symptome verbessert werden, indem sowohl frühere Traumata aufgearbeitet werden, als auch dysfunktionales Beziehungsverhalten korrigiert werden. (Arnow, 2003, Schramm E., 2006 & Schramm, E., 2007)

2.5.6.5 Interessante Forschungsergebnisse zu anderen psychotherapeutischen Ansätzen

Für *Gesprächspsychotherapie* liegen keine Wirksamkeitsstudien vor. In vereinzelt kontrollierten KVT Studien wurde die klientenzentrierte Psychotherapie als Kontrollbedingung eingesetzt und erwies sich hier den spezifischen Therapien (KVT, Verhaltenstherapie VT, IPT und Pharmakotherapie) sogar als unterlegen. (Heuer, H., 2006, Schramm, E., 2006, Kriz, 2007 & Jong-Meyer, R., 2007).

Jüngere Studien sprechen bei leichten und mittleren Depressionen der *Psychodynamischen Kurzzeittherapie und Fokalthherapie* ähnliche Effektivität wie der KVT zu. (Schramm, E., 2007 & Jong-Meyer, R., de, 2007). Es ist zu erwarten, dass sich der Stellenwert der Psychodynamischen Kurzzeittherapie und der Fokalthherapie in den nächsten Jahren sehr ändern wird und schon bald Wirksamkeitsstudien vorliegen werden. So widmen H. Heuer und Kollegen in der Einleitung ihres Lehrbuches zur Psychotherapie einen deutlich hervorgehobenen Kasten dieser Entwicklung in der Wirksamkeitsforschung von Psychodynamischer Kurzzeittherapie. Sie erklären darin auch ihre Vermutung, dass sich Ansatz und Theorie dieser Therapieformen verändern werden. (Heuer, H. et al, 2006).

Tatsache ist, dass gegenwärtig noch keine abgeschlossenen Studien vorliegen, die die Wirksamkeit dieser Therapieformen bestätigen.

Auch für *Psychodynamische Langzeittherapien* fehlen bislang Wirksamkeitsstudien. Schoepf, J. (2006) meint, dass aus heutiger Sicht eine psychoanalytische Therapie zur Behandlung einer leichten oder mittelschweren Depression gerechtfertigt ist, wenn „...ein unbewusster Konflikt im Einzelfall plausibel formuliert werden kann. Solche

Konflikte stellen eine chronische Belastung dar und können einen Circulus Vitiosus mit depressiver Symptomatik in Gang setzen“. (Schoepf, J., 2006, S. 8-9)

Seit Juni 2007 startete nach vierjährigen Vorstudien das Sigmund-Freud-Institut Frankfurt und die Universität Kassel in Zusammenarbeit mit zahlreichen Universitäten und Institutionen mit der Hauptstudie einer großen *Vergleichsuntersuchung zwischen der Wirksamkeit von Psychoanalytischen und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Langzeittherapien* bei chronischer Depression. (Leuzinger-Bohleber, M., Beutel, M., Stuhr, U. et al., 2007-2010). Das Ergebnis darf mit Spannung erwartet werden, könnte es doch spürbare Veränderungen in die Wirksamkeitsempfehlungen von Psychotherapien in der Depressionsbehandlung bringen.

2.5.6.6 Medikamentöse Depressionsbehandlung

Obwohl die pharmakologische Forschung in den letzten 40 Jahren große Fortschritte gebracht hat, ist wenig über den Wirkmechanismus der Antidepressiva bekannt. Tatsache ist, dass alle derzeit verwendeten Substanzen auf das Zentralnervensystem wirken und biochemisch die serotoninerge oder die noradrenerge Übertragung im Gehirn verstärken. (Berner, M., 2004; Schramm, E., Caspar, F. & Berger, M. 2006; Spiessl, H., Huebner-Liebermann, B. & Hajak, G., 2006).

Antidepressiva wirken immer „gegen das depressive Gesamtsyndrom und nicht gegen Einzelsymptome der Depression“. (Schoepf, 2006, S. 14). Häufig dauert es zwei und drei Wochen, bis der Patient eine Verbesserung wahrnehmen kann. Diese Zeit gilt es zu überdauern, erschwerend kommt hinzu, dass zu Behandlungsbeginn durch das Auftreten von Nebenwirkungen vorübergehend eine Zustandsverschlechterung erfolgen kann und Patienten das Medikament eigenmächtig absetzen. Allerdings sind die neuen Antidepressiva wesentlich verträglicher. Welcher Patient auf welche Antidepressiva anspricht ist sehr schwer vorherzusagen. Die medikamentöse Therapie sollte – vor allem bei mittelschweren, schweren und chronischen Depressionen – am besten durch einen Psychiater erfolgen, da Hausärzte häufig nicht ausreichend qualifiziert ausgebildet sind.

Die medikamentöse Behandlung beginnt meist niedrig dosiert. Bei schwerer Belastung durch die Depression werden kurzfristig Tranquilizer oder Hypnotika empfohlen, die auch Nebenwirkungen der Antidepressiva wie Unruhe und Angst bekämpfen. Bei guter Verträglichkeit kann schon am zweiten Tag die Dosis erhöht werden. Wenn noch keine deutliche Zustandsverbesserung erreicht wurde können in den folgenden sieben Tagen weitere Dosissteigerungen indiziert sein. Wichtig ist eine engmaschige Betreuung zu Beginn der Depressionsbehandlung, vor allem bei schweren Depressionen. Der Arzt sollte immer telefonisch erreichbar sein, zwei Tage nach Behandlungsbeginn sollte eine telefonische Kontaktaufnahme, nach einer Woche eine Konsultation erfolgen. Damit kann auch ein frühzeitiges Absetzen des Medikaments aus oben genannten Gründen verhindert werden. (Schoepf, J., 2006)

2.5.6.7 Zur Kombination von medikamentöser und psychotherapeutischer Therapie

Die Wissenschaftler sind sich über das Ausmaß der Effektivität der Kombination von Pharmazie und Psychotherapie nicht einig. Es liegen zahlreiche Untersuchungen vor. Hier seien die aktuellsten und aussagekräftigsten erwähnt.

R. de Jong-Meyer et al (2007) kommt nach Vergleichen zahlreicher Studien zum Ergebnis, dass die gleichzeitige Psycho- und Pharmakotherapie bei leichten und mittelschweren Depressionen akut die Effektivität im Vergleich zur alleinigen psychotherapeutischen- bzw. medikamentösen Therapie nicht erhöht, dass die Kombination aber längerfristig zu einer Verbesserung der Symptome führt. Vor allem erhöht sich bei Kombination mit KVT oder IPT die Compliance signifikant und es brechen signifikant weniger Patienten die Therapie ab. Dies gilt sowohl für leichte, mittelschwere und schwere Depressionen.

In schweren depressiven Episoden J. Schoepf (2006) nennt Pharmakotherapie, ergänzt durch eine allgemeine Psychotherapie bei leichten und mittelschweren Depressionen, als ähnlich wirksam, wie eine Spezifische Psychotherapie alleine.

E. Schramm (2007) kommt zum Schluss, dass erst bei schweren und chronischen Depressionen „... ein ausgeprägter additiver Effekt der Kombination aus Psycho- und Pharmakotherapie...“ nachgewiesen werden konnte.

Einigkeit besteht bei den Wissenschaftlern darüber, dass bei schweren Depressionen eine spezifische Pharmakotherapie unverzichtbar ist, eine zusätzliche spezifische Psychotherapie (IPT, KVT) wird von allen als wirksam empfohlen. (Berner, M., 2004, Schoepf, J., 2006, Spiessl, H., 2006, Jong-Meyer, R., de, 2007)

2.5.6.8 Biologische Therapien in der Depressionsbehandlung

Falls die medikamentöse und psychotherapeutische Therapie keine befriedigende Besserung bewirken, gilt die *elektrokonvulsive Therapie EKT* im Großteil der aktuellen wissenschaftlichen Literatur als Methode der Wahl in der Akutbehandlung.

In der Öffentlichkeit hat die Elektrokrampftherapie jedoch häufig keinen guten Ruf. Dazu hat die oft reißerische Darstellung des Themas in den Medien oder in Filmen wie "Einer flog über's Kuckucksnest" beigetragen, in denen die EKT verzerrt dargestellt wird. Viele Depressive, die eine elektrokonvulsive Therapie erlebt haben, sind über die gute und schonende Wirkung dieser Therapie überrascht. (Hoffmann-Richter U., Alder B. & Finzen, A., 1998).

Mit den heutigen Mitteln der Technik und Kenntnissen der Medizin hat die EKT kaum auf Dauer schädigende Nebenwirkungen aber hohe Effizienz. Sie wird empfohlen bei schwerer und wahnhafter Depression, sowie hoher funktioneller Beeinträchtigung und hoher Suizidalität. (Berner, M., 2004, Spiessl, H., 2005 & Schoepf, J., 2006).

Bei saisonaler Depression und akuter Verschlechterung der depressiven Symptomatik im Herbst und Winter bei chronischer Depression gilt *Lichttherapie* als Behandlung der Wahl ergänzend zur Psychopharmaka- oder Psychotherapie. (Berner, M., 2004, Schoepf, J., 2006).

Vor allem bei Therapieresistenz ist *Schlafentzug* ergänzend zur medikamentösen Behandlung eine Möglichkeit. Bei saisonaler Depression sind die Erfolgsaussichten

gering, während man bei Tagesperiodik mit Morgentief mit einem günstigen Einfluss rechnen kann. (Berner, M., 2004, Schoepf, J., 2006).

Bei der *Vagusnervstimulation (VNS)*, ursprünglich einem Verfahren zur Behandlung von Epilepsien, wurde in jüngeren, kontrollierten Studien eine erstaunlich gute Wirksamkeit auch bei Depressionen gezeigt. (Bauer, M., 2005, Schoepf, 2006).

Als eine weitere Behandlungsmethode finden sich in Fachzeitschriften und in der Literatur immer wieder Berichte über die *repetitive transkranielle Magnetstimulation (RTMS)* „...als nicht pharmakologisches, gut verträgliches und nicht-invasives Verfahren ...“. (Cordes, J., 2005, S.1, Pogarell O, 2006).

2.5.6.9 Pharmakologische und psychotherapeutische Rezidivprophylaxe

Wenn der Patient auf ein Antidepressivum gut angesprochen hat, „... sollte eine Erhaltungstherapie mit dem erfolgreichen Antidepressivum in unveränderter Dosierung für mindestens 6 Monate durchgeführt werden“. (Spiessl, H., 2005, S. 38). Da in dieser Zeit im Idealfall Symptomfreiheit besteht, der Patient aber tatsächlich noch an einer Depression erkrankt ist, ist eine eindringliche und wiederholte Aufklärung über die Notwendigkeit das Medikament trotz Beschwerdefreiheit weiter einzunehmen, sinnvoll.

Eine Rezidivprophylaxe, also eine mehrjährige oder unbefristete medikamentöse Langzeittherapie empfiehlt die WHO, wenn innerhalb von 5 Jahren 2 schwere Krankheitsphasen aufgetreten sind, es sich also um eine rezidivierende Depression handelt. (Spiessl, H., 2005, Schoepf, J., 2006).

Der Erfolg einer psychotherapeutischen Prophylaxe kann – ebenso wie in der akuten Depression – nur schwer vorhergesagt werden.

J. Schoepf schreibt, ein prophylaktischer Effekt sei am ehesten bei leichteren Depressionen zu erwarten, bei denen psychologische Konflikte spürbar erscheinen. (2006). In solchen Fällen geht es darum, dass Menschen erkennen und akzeptieren, dass sie nur ein begrenztes Maß an Stress in z.B. Beziehungen oder Arbeit tragen können

und die aus dieser Einsicht heraus Veränderungen in ihren Lebensalltag und in ihre Vorstellungen bringen.

Häufig jedoch kann Psychotherapie eine depressive Wiedererkrankung nicht verhindern, eher empfiehlt sich die Kombination mit einer medikamentösen Prophylaxe. (Berner, M., 2004, Schoepf, J., 2006, Boecker, H., 2006 & Schramm, E., 2007).

2.5.7 Ein Blick auf neue wirksame Versorgungsmodelle

Obwohl die Einführung dieser Modelle in Österreich erst in den Kinderschuhen steckt, sollen diese neuen Modelle in der Depressionsbehandlung einen Platz in dieser Arbeit haben. Sie scheinen ein neuer, in Deutschland schon recht erprobter Weg zu sein, auf dem Fachleute verschiedener Disziplinen und im Interesse von öffentlichen Institutionen miteinander kooperieren und „über den eigenen Tellerrand hinaus“ blickend forschen, handeln und arbeiten. Dies erscheint angesichts der raschen Verbreitung von depressiven Erkrankungen und des hohen Anteils somatisch und psychisch komorbider Patienten, sowie der Tatsache, dass noch viel Unklarheit bezüglich der Krankheitsursachen besteht, besonders wichtig und sinnvoll.

Ziel der neuen Versorgungsmodelle ist die Hinführung zu „rechtzeitigen, zielgerichteten und wissenschaftlich ausgerichteten therapeutischen Interventionen...“ (Klesse, C., 2007, S. 586), durch die Dauer und Schwere depressiver Störungen positiv beeinflusst werden sollen. Studien ergaben, dass u.a. eine Vernetzung von Haus- und Fachärzten, sowie von Psychotherapeuten und stationären Einrichtungen, sowie ein aktive Einbeziehung des Patienten in Entscheidungsfindungen und die Einführung von Case-Management-Strategien einen positiven Einfluss auf die Genesung des Patienten haben.

Das *Case-Management Versorgungsmodell (CM)* sei als erstes Beispiel dieser sich neu entwickelnden Versorgungsmodelle beschrieben: CM ist ein situationsgeleitetes, kontinuierliches Betreuungsangebot für Patienten mit schweren oder chronischen Erkrankungen. Erfasst werden sollen individuelle Patienten mit schwierigem Verlauf. Vorrangiges Ziel ist die Verhütung von Krankheitsverschlechterung, gegebenenfalls durch die Ausarbeitung einer koordinierten, langfristigen Behandlung auf verschiedenen

Versorgungsebenen. Es sollen besonders jene Patienten erfasst werden, die Regelleistungen von Sozialversicherungen rege nutzen, ohne davon ausreichend zu profitieren. CM ist Praxen übergreifend, interdisziplinär und meist auch Leistungssektoren übergreifend. Ansatz ist meist die Hausarztpraxis. (Gensichen, J.& Torge M., 2007)

In Deutschland und der Schweiz werden Verfahren des Case Managements seit Ende der 80er Jahre im Gesundheits- und Sozialwesen erfolgreich eingesetzt. Auch in Österreich gibt es Initiativen, die diesen innovativen Beratungsansatz in Österreich etablieren möchten, so z.B. PGA - ÖSTERREICH (Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit, 2007)

Mittelpunkt von CM steht der Mensch mit Mehrfachproblemlagen. Mit ihm sollen Wege gefunden werden, die seine Ressourcen aktivieren und zur Problembewältigung nutzbar machen. Dabei werden regionale, organisationsinterne und organisationsübergreifende Netzwerke miteinbezogen.

So können Kontinuität und Effektivität in einer koordinierten Versorgung erreicht werden. (Pötscher-Eidenberger, M., 2007).

CM besteht aus 5 Komponenten:

1. Identifikation: Patienten die einer CM-Behandlung bedürfen werden durch den Fallmanager (z.B. den Hausarzt) ausgewählt und erfasst
2. Assessment: Regelmäßige und umfassende Erhebung der individuellen Patientenbedürfnisse
3. Planung: Festlegen von Therapieziel und Behandlungsplan gemeinsam mit dem Patienten, unter Berücksichtigung von anerkannten Leitlinien, ergänzt durch Psychoedukation, Förderung von Alltagskompetenzen und Beratung von Angehörigen.
4. Koordination: Interdisziplinäre Umsetzung des Behandlungsplanes
5. Monitoring: Überprüfung der Therapieergebnisse und gegebenenfalls Modifizierung des Behandlungsplanes gemeinsam mit dem Patienten.

CM hat sich in Studien als wirksam erwiesen, allerdings sind die Behandlungskosten im Vergleich zu Kontrollgruppen erhöht. (Klesse, C., 2007 & Pötscher-Eidenberger, M., (2007).

Disease-Management-Programme (DMP) sind ein populationsbezogener, multidisziplinärer und Sektoren übergreifender Ansatz der Versorgung und Betreuung von chronisch kranken Patienten. DMP ist ein von gesetzlichen Krankenkassen auferlegtes strukturiertes Behandlungsprogramm. Die für DMP geeigneten Krankheiten erfordern einen langen Behandlungszeitraum, weisen eine hohe Prävalenz auf und erfordern eine komplexe und kostenintensive Behandlung. Eben aus diesen Gründen besteht ein großes gesellschaftliches Interesse an der Entwicklung solcher Programme. In Österreich wurden im Rahmen eines Innovationsprojektes des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom Institut für Medizinische Systemtechnik und Gesundheitsmanagement Voraussetzungen und Komponenten für Disease Management in Österreich erarbeitet. Während in Deutschland und anderen europäischen Ländern bereits DMP für Patienten, die an chronischen Depressionen leiden bereits existieren und zum Einsatz kommen, ist dies in Österreich noch nicht der Fall. Hier sollen zunächst für Diabetes mellitus, kardiovaskuläre Erkrankungen, Asthma und chronisch obstruktive Lungenerkrankungen entwickelt werden. Daher werde ich nicht näher auf diese Programme eingehen. Die Wirksamkeit evidenzbasierter DMP wurde v.a. durch eine Reihe von randomisierte-kontrollierten Studien im US-amerikanischen Raum nachgewiesen. (Steiermärkische Gebietskrankenkasse, 2007 & Klesse, C., 2007).

3 PRÄZISIERUNG DER LEITENDEN FRAGESTELLUNG

In möglichst offen geführten Interviews wurden Aussagen zur Forschungsfrage: *“Was hat Ihnen geholfen, sich heute vorwiegend stabil und gesund zu fühlen und die starken Beeinträchtigungen Ihrer Depression zu überwinden?”* erkundet.

Die dahinter liegende Fragestellung mit der in die Untersuchung gegangen wurde, lautete: *„In welche prägnante Kategorien lassen sich diese subjektiven Erfahrungen von letztendlich acht Untersuchungspersonen mittels qualitativer Inhaltsanalyse zusammenfassen und lässt sich aus dem Ergebnis eine subjektive Genesetheorie erstellen?“*

Unter *prägnanten Kategorien* verstehe ich Kategorien-Bezeichnungen die kurz und bündig den Inhalt vieler genannter Kriterien auf den Punkt bringen.

Die folgende leitende Fragestellung stand am Beginn der Untersuchung:

Bestätigt sich die Vermutung, dass bei schwerer Depression

- *materielle Sicherheit,*
- *Rückhalt aus der Familie,*
- *Psychiatrieaufenthalt und*
- *Psychopharmaka*

von den befragten Personen als wesentliche Voraussetzungen für den Weg aus der Krankheit angegeben werden?

(vgl. dazu Kapitel 5.1.2, 5.1.3 und 5.1.7)

Auf die Konzentration mehrerer und konkreterer Fragestellungen wurde mit Absicht verzichtet, um möglichst vorbehaltlos und erwartungsfrei den Berichten der Befragten viel Raum und Aufmerksamkeit zu geben. Die Hoffnung und Erwartung bestand darin, dass sich aus vielen unterschiedlichen Beschreibungen wenige prägnante Kategorien benennen lassen, mit denen man als Berater, Therapeut, Arzt, Betroffener oder Angehöriger ein erweitertes, in der Realität erfahrenes Repertoire an Impulsen und Inspirationen bei der Suche nach Wegen aus der Depression vorfindet.

4 EMPRIRISCHE UNTERSUCHUNG

4.1. ANWERBUNG UND AUSWAHL DER TEILNEHMERINNEN AN DER STUDIE

In einem ersten Schritt wurden ehemals an Depression erkrankte Personen mittels Zeitungsberichten gefunden. Zwei traditionelle Tiroler Tageszeitungen (siehe Anhang), die „Tiroler Tageszeitung“ und der „Kurier“ sowie die Monatszeitschrift „Die Tirolerin“ (Ausgabe November) schrieben über die Absicht, eine wissenschaftliche Untersuchung zu subjektiven Genesetheorien in Tirol durchzuführen. In Folge meldeten sich zunächst 14 Personen telefonisch und per e-mail. An diese erste zufällige Auswahl wurde ein kurzer Fragebogen verschickt, in welchem exakte Daten über die Krankheit und den Genesungsverlauf erfragt wurden. Aus den zurückgesendeten 12 Fragebögen erfüllten zunächst neun Personen die für die festgelegten Kriterien der Untersuchung erforderlichen Bedingungen:

1. Ein mindestens vierwöchiger Aufenthalt in Psychiatrie mit der Diagnose *Depression*
2. Mindestens zehn psychotherapeutische Therapiestunden bei einem anerkannten Psychotherapeuten
3. Seit mindestens drei Jahren kein stationärer Aufenthalt auf Grund der Depression und keine weitere Psychotherapie
4. Seit mindestens drei Jahren von sich sagen können: „Ich fühle mich durchschnittlich gut und besser“

Auf weitere soziodemographische Merkmale wurde in den Auswahlkriterien für diese Untersuchung verzichtet.

4.2 BESCHREIBUNG DER STICHPROBE

Aus den kurzen Fragebögen ergab sich folgende Zusammensetzung der Stichprobe:

T N	m/ w	Alte r 2007	Alter Diag n	Psychiatrie- aufenthalt(e) In Klammer: ca. Aufenthalt t in Wochen	Psychotherapie Welche Schule In Klammer: ca. Stundenanzahl insgesamt	letzte Psycho therapi e	noch Medikament e
1	w	57	49	2000 (14) 2001 (14) 2004 (10)	Gesprächstherapi e (180)	2005	ja
2	m	66	23	1964 (14)	Gesprächstherapi e (15)	1964	nein
3	m	70	28	1965 (4) 1974 (4)	Gespräch- und Gestalttherapie (40)	1970	nein
4	w	50	41	1998 (9)	Gesprächstherapi e (300)	2004	nein
5	m	38	23	1992 (24)	Gesprächstherapi e (25) KIP (100)	1998	nein
6	w	55	41	1993 (12) 1994 (10) 2001 (7)	Kunsttherapie (12)	2001	ja
7	w	62	22	1967 (14) 1993 (8)	Psychoanalytisch e-, Gesprächstherapi e und KIP (400)	1997	ja
8	w	55	46	1998 (12) 1999 (14) 2000 (10)	Gesprächstherapi e (200)	2002	ja
9*	m	55	45	1997 (13) 1998 (19)	Gesprächstherapi e (60)	1999	ja

* siehe dazu Kapitel 4.6

Mit diesen neun Personen wurden in den Monaten Dezember und Jänner Interviews durchgeführt.

4.3 METHODE DER DATENERHEBUNG

Für die vorliegende Untersuchung wurde eine Mischform aus narrativem und fokussiertem Interview angewandt.

Der Stimulus des fokussierten Interviews ist in der vorliegenden Untersuchung die Zeit, in der die Befragten aus der Krankheit Depression fanden, und vor allem die mit dieser Zeit verbundenen Erinnerungen und Wahrnehmungen.

Allerdings ist dieser Erinnerungs-Stimulus an die Zeit der Genesung verständlicherweise im Allgemeinen deutlich schwächer, als der, der mit der Zeit der Krankheit Depression in ihrer ganzen, zum Teil lebensbedrohlichen Dramatik verbunden ist. Daher war es den Probanden vor allem zu Beginn des Interviews nicht möglich, im Thema „Subjektive Genesetheorien“ zu bleiben. Die Möglichkeit am Anfang narrativ von Entstehung und Verlauf der Krankheit zu berichten, obwohl dies für die Untersuchung keine relevanten Ergebnisse brachte, gab den Befragten Gelegenheit, sich in der Erinnerung an eine schwere Lebensphase akzeptiert und verstanden zu fühlen, was eine Atmosphäre von Vertrauen und Offenheit schuf.

Die so gewonnene vertrauensvolle Beziehung zwischen den Interviewpartnern führte im weiteren - vorwiegend fokussiert geführten - Interview zu einer zum Teil sehr persönlichen Schilderung von für die Genesung wichtigen Erfahrungen und Erlebnissen.

4.4 INSTRUMENTE DER DATENERHEBUNG

- Kurzer Fragebogen zur Bestimmung der für die Untersuchung relevanten Auswahlkriterien: Dieser Fragebogen wurde den Personen zugeschickt, die sich auf Zeitungsberichte hin gemeldet hatten. Er sollte Aufschluss geben, welche Personen die Auswahlkriterien für die Teilnahme an der Untersuchung erfüllten. (vgl. Kapitel 4.1)

- Kurzer Fragebogen nach Abschluss der Qualitativen Inhaltsanalyse, um eine quantitative (nicht standardisierte) Bewertung der gefundenen Kategorien durch die Probanden zu erhalten.

4.5 DURCHFÜHRUNG DER BEFRAGUNG

Das Vorgehen bei der Durchführung der Interviews erfolgte schließlich in folgenden Schritten:

Schritt	Ablauf	Aktivität bei U=Untersucher B=Befragte/r
1	Begrüßung der Teilnehmers/der Teilnehmerin und kurze Einführung in den Ablauf des Interviews; Einschalten des Tonbandgeräts; Abklären offener Fragen	U
2	Narrative Erzählung des Teilnehmers, Untersuchungsleiter beschränkt sich auf aktives Zuhören und zum Weitererzählen aufmunternde Bemerkungen	B
3	Fokussierung auf die für die Genesung relevanten Ereignisse, Erkenntnisse und Erfahrungen Nachfragen des Untersuchungsleiters bei Unklarheiten	U und B
4	Abschluss des Interviews, Dank für die Mitarbeit und die Offenheit	U

In den Monaten November und Dezember 2007 wurden neun Interviews durchgeführt.

Zu Beginn des Interviews wurden der geplante Gesprächsverlauf und der zeitliche Rahmen des Gesprächs nochmals besprochen und anstehende Fragen geklärt. Das Tonbandgerät wurde bald nach der Begrüßung eingeschalten – darauf vorbereitet waren die Probanden schon mittels des im Vorfeld zugeschickten Fragebogens – um sich daran gewöhnen zu können. Das Aufnahmegerät war für niemanden eine spürbare Belastung.

Der Ablauf der narrativ-fokussierten Interviews lässt sich folgend beschreiben:

1. Einstiegsfrage: Das Interview begann mit der Fragestellung nach subjektiven Genesetheorien.
2. Aufwärmphase: Die Befragten reagierten zunächst kaum auf die Frage, sondern begannen von der inzwischen überwundenen Krankheit zu berichten. Es erwies sich als notwendig, eine Zeit des Berichtens über die Zeit der Krankheit zu gewähren.
3. Wiederholung der Einstiegsphase durch den Interviewer: Zu gegebenem Zeitpunkt wurde die Frage wiederholt. In der Mehrheit der Fälle musste dies öfters erfolgen, da immer wieder ein Zurückerinnern in die Ursachen und Ereignisse um die Krankheit Platz brauchte.
4. Gegen Ende des Interviews konzentrierte sich das Fragen nach weiteren genesungsgenerierenden Faktoren.

4.6 PROBLEME, DIE IM ZUSAMMENHANG MIT DEN INTERVIEWS AUFTRATEN

Ausfall einer Versuchsperson

Während einem der Interviews zeigte sich, dass ein Proband nicht stabil genug war, um an dieser Untersuchung teilnehmen zu können. Er weinte im Zuge seiner Erinnerung häufig, erzählte, dass er seit dem Tod seines Kindes in einem Verkehrsunfall, den er verursacht hatte, und der Trennung von seiner Frau, keinen Weg aus seiner Einsamkeit fände, dass er sich immer noch schuldig fühle und keine Therapie ihm habe helfen können. Das Kriterium: Seit mindestens drei Jahren von sich sagen können: „Ich fühle mich durchschnittlich gut und besser“ erfüllte dieser Proband sichtlich nicht. Es schien keinen akuten Grund zu geben, der die überdurchschnittliche Sensibilität während des Interviews rechtfertigte. Somit wurde dieser Proband aus der Stichgruppe genommen, die sich damit auf acht Personen reduzierte.

4.7 METHODE DER DATENANALYSE

Die Verschriftung der Tonbandaufzeichnungen ergab 117 DIN A4 Seiten und liegt bei der Autorin dieser Arbeit auf. Weiters wurden die Transkripte auf einer CD der ARGE übermittelt.

Die Verschriftung erfolgte nach als Standardorthographie, d.h. sie orientierte sich an den Normen der geschriebenen Sprache. Dies bedeutet eine Vernachlässigung von Besonderheiten der gesprochenen Sprache, was aber in der vorliegenden Arbeit ohne relevante Bedeutung ist und das Transkriptionsmaterial leichter lesbar macht. Literaturliste Ehlich (1993). Die Interviews wurden vollständig und wörtlich transkribiert. Außersprachliche Merkmale wie Blickzuwendungen und Gesten und nicht vokale Verhaltensweisen wie Gähnen wurden ebenfalls nicht berücksichtigt, da diese für die Erforschung des gestellten Themas ohne nennenswerte Bedeutungen scheinen.

Für die Interpretation dieser Arbeit wurde die Methode der *Zusammenfassung (Qualitative Inhaltsanalyse)* nach P. Mayring (2003b) verwendet. Die Zusammenfassung entspricht der induktiven Kategorienbildung und wird angewandt, um am Ende zu einer Theorie und zu Kategorien zu finden. Dabei sollen wesentliche Inhalte trotz Reduktion des Materials erhalten bleiben und durch Abstraktion ein überschaubarer Corpus geschaffen werden, der das Grundmaterial noch erkennen lässt.

4.8. QUALITATIVE INHALTSANALYSE

Fall	S.	Nr	Paraphrase	Generalisierung	Erster Reduktionsdruchgang
T1	1	1	Mit konsequenter Anstrengung versucht immer ein Stückchen weiterzukommen	Selbstdisziplin	K1 Selbstdisziplin <ul style="list-style-type: none"> • Konsequenz • eiserner Wille
		2	Viel Licht im Haus gibt Kraft	Licht	K2 Licht stärkt
	2	3	eiserner Wille hilft	Selbstdisziplin	
	2	4	Krankenhaus und Dr. Oberbauer helfen	ein spezieller Arzt	K3 Fachkundige Hilfe <ul style="list-style-type: none"> • Krankenhaus lebensnotwendig • Arzt <ul style="list-style-type: none"> ○ empathische und kompetente Persönlichkeit • Psychotherapie <ul style="list-style-type: none"> ○ Gesprächspsychotherapie
	2	5	Gesprächstherapie half	Gesprächstherapie	
	3	6	im Krankenhaus gegen die vielen Medikamente gewehrt, sie einfach nicht nehmen	Widerstand gegen zu viel Medikamente	K4 Grenzen setzen können <ul style="list-style-type: none"> • gegen zu viele Medikamente • gegen Verwandte
	4	7	Geld hilft (Wunsch-Arzt, Therapie, bessere Unterkünfte...)	Geld erleichtert Salutogenese	K5 Geld für <ul style="list-style-type: none"> • anderen helfen tat gut • Wunsch-Arzt/Psychotherapeut... • besseres Zimmer, bessere Verpflegung • reisen • nicht jede Arbeit machen müssen
	5	8	Körperpflege und Körper gesund erhalten	Körper gesund erhalten	K6 Motivation zu Körperpflege <ul style="list-style-type: none"> • stärkt Selbstdisziplin • hält Körper gesund
	5	9	arbeiten, Pflichten erfüllen	Selbstdisziplin	•

	5	10	Glaube	innerer Glaube	K7 Spiritualität und Glaube an Gott: <ul style="list-style-type: none"> • gibt Kraft und Unterstützung • ermöglicht Gebete • man kann auf Gott schimpfen • erzeugt gesunde Angst vor Selbstmord (hilft durchzuhalten)
	5	11	Gartenarbeit	Natur	K8 Natur <ul style="list-style-type: none"> • hält Körper gesund • entspannt (Wasser) • gibt Kraft • regt zu Bewegung an • frische Luft • inspiriert zum Nachdenken (Pflanzen wachsen – der Kranke auch)
	6	12	mit Pflanzen vergleichen: wieder blühen anfangen	Natur	
	6	13	Gelegenheit an frischer Luft zu sein nutzen	Natur	
	6	14	einen gesunden Glauben haben = nicht Kirche gehen	innerer Glaube	
	6	15	spenden, anderen Gutes tun	andere unterstützen	K9 soziales Netz <ul style="list-style-type: none"> • andere unterstützen • jemandem vertrauen können • Anerkennung erfahren • von anderen lernen • bedingungsloser Rückhalt stärkt
	7	16	Erleichtertes Gewissen – sich ein ruhiges Plätzchen (im Himmel) verschaffen	innerer Glaube	
	7	17	nicht gehen lassen. Körperpflege in der Früh	Selbstdisziplin	
	8	18	Durch andere lernen (abschreckend, eklig, so will ich nicht sein)	an anderen lernen	
	9	19	anderen helfen hilft	andere unterstützen	
	9	20	Vertrauen anderer hat gut getan	Anerkennung durch andere erfahren	
	9	21	Lesen (Fachliteratur Depressionen und Trauer, viel verschiedenes...)	Lesen (Fachliteratur u.a.)	K10 Lesen <ul style="list-style-type: none"> • Informationen • Inspirationen • Abwechslung
	10	22	jeden Tag sich zwingen aufzustehen und wenigstens zu sitzen	Selbstdisziplin	
	10	23	Angst vor dem Untergang gibt Kraft aufzustehen	„gesunde“ Angst (vor dem Untergang)	K11 gesunde Angst (vor Untergang, totalem Zusammenbruch) <ul style="list-style-type: none"> • gibt Kraft • schützt
	11	24	Aus früheren Erfahrungen ein Wissen gehabt das die Kraft gegeben hat sich nicht aufzugeben	Wissen/Erfahrungen von früher nutzen	K12 Altes Wissen und alte Erfahrungen stärken
	11	25	Widerstand gegen zu viele Medikamente	Widerstand gegen zu viele Medikamente	
	12	26	Von der Familie nichts erwarten, Abstand von der Familie hilft	Abgrenzen	
	14	27	Härte gegenüber anderen hilft weil man dann auch gegen sich und die Krankheit hart sein kann	Abgrenzen	
	14	28	Die Härte haben aufzustehen und sich zu pflegen	Selbstdisziplin	
	14	29	In den Wald gehen	Natur	
	14	30	In die Kirche gehen wenn keiner drin ist, Gespräch mit Gott suchen	innerer Glaube	
	15	31	Auf Gott schimpfen hilft	innerer Glaube	
	15	32	Sich nichts einreden lassen	Abgrenzen	

			hilft		
	15	33	Ruhe ist wichtig	Ruhe	K13 Ruhe
	15	34	Wasser, rauschendes Wasser tut gut, Ruhe	Natur	
	16	35	Eine besondere Vertrauensperson hilft sehr	Vertrauensperson	
	16	36	Anderen helfen, zuhören können tut gut	andere unterstützen	
	16	37	Mit einer Vertrauensperson reden, etwas unternehmen	Vertrauensperson	
	18	38	Weltoffenheit und Aufgeschlossenheit tut gut	Offenheit	K14 Offenheit, Aufgeschlossenheit
	18	39	Die eigene Zeit sinnvoll nutzen und sich nicht ausnutzen lassen	Sinnhaftigkeit und Abgrenzen	K15 Sinn <ul style="list-style-type: none"> • Sinnhaftigkeit erzeugen • Zeit sinnvoll nutzen
	19	40	Körper gesund erhalten = Körper pflegen	Körper gesund erhalten	
	20	41	Glaube erzeugt Angst vor Selbstmord und ist somit gut für Heilung	innerer Glaube	
	21	42	Arbeit und Beschäftigung sind wichtig sobald die Kraft dafür da ist	Verantwortung tragen	
	22	43	Körper zum Sitzen bringen in der schweren Depression	Selbstdisziplin	
	23	44	nachdenken	Nachdenken	K16 Nachdenken <ul style="list-style-type: none"> • über die eigene Situationen, das Leben...
	23	45	Aus eigenem Wissen das man vor der Krankheit angesammelt hat schöpfen (Kopf hoch)	Wissen/Erfahrungen von früher nutzen	
	23	46	Freiwilligkeit ist gut, hart sein schon aber nur bis zur Grenze	Abgrenzen	
	25	47	Persönlichkeit des Arztes, mitfühlend und streng	empathische aber kompetente Persönlichkeit des Arztes	
	27	48	Medikamente gegen Depression regelmäßig	regelmäßige Medikamenteneinnahme	K17 Medikamente <ul style="list-style-type: none"> • regelmäßig
	28	49	Schwarz tragen weil einen das schützt, die anderen lassen einen in Ruhe	Abgrenzen	
T2	31	50	rein aus Selbsterfahrungen gelernt	Lernen aus Selbsterfahrung	K18 Lernen <ul style="list-style-type: none"> • durch Selbsterfahrung – führt zu eigenem Wissen • Bei den Gedanken bleiben die in mir ein gutes Gefühl auslösen • Aus Hinterfragen von Reaktionen lernen wie ich mich verhalten muss um akzeptiert zu werden • Für die eigene Freiheit kämpfen • aus Negativem
	31	51	Die Selbsterkenntnis: Nur ich selbst kann mir helfen und sonst keiner	Selbsterkenntnis nur ich selbst kann mir helfen	K19 Erkenntnisse <ul style="list-style-type: none"> • nur ich selbst kann mir helfen • was macht mich traurig, was ängstigt • was schadet/nützt mir • Akzeptanz der eigenen Begrenztheit • Respekt solange keine Begrenzungen von außen • Mit Depression kann man nicht unbeschwert in eine Gesellschaft hinein leben
	31	52	habe auf mich selber gehört und gespürt, was mich noch trauriger und verzweifelter macht, mich ängstigt und verunsichert	Selbsterkenntnis: was macht mich traurig, verzweifelt, ängstigt	
	32	53	habe am Anfang die Ärzte, Medikamente und die	Ärzte und Klinik am Anfang überlebenswichtig	K20 Professionelle Hilfe und Medikamente am Anfang Überlebenswichtig

			Klinik gebraucht weil körperlich zusammengebrochen		
	33	54	habe am Anfang Medikamente gebraucht, weil ich mir am Anfang nicht habe selber helfen können. dann bald Rückzug von Schulmedizin	Medikamente am Anfang überlebenswichtig	K21 Selbstbewusstsein, Selbstwert <ul style="list-style-type: none"> • stärken durch Rückzug von Schulmedizin sobald wie möglich • entsteht durch viel Selbsterfahrung und Selbsterkenntnis • durch Rückkoppelung an andere Menschen
	34	55	Scheinheiligkeiten lehne ich grundsätzlich ab. hab damit Erfolg gehabt und inzwischen eine gewisse Anerkennung dafür	Abgrenzung von Scheinheiligkeiten Anerkennung für selbstbewusstes Auftreten	
	35	56	muss nicht alles wissen, bin ein Rädchen im gesamten und ich erkenne alles gleichwertig an.	Selbsterkenntnis: Ich muss nicht alles wissen - Ich bin ein Teil vom Ganzen	
	35	57	habe nicht das Bedürfnis meine Situation genau zu recherchieren und genau zu erkennen	Ich muss nicht alles wissen	
	35	58	es ist mir wichtig alles um mich zu respektieren, solange man mir meinen Freiraum lässt	Respekt solange keine Begrenzungen von außen	
	35	59	Wenn Freiraum bedroht dann gehe ich weit, weiter als die ganze scheinheilige Gesellschaft geht	Für die eigene Freiheit kämpfen lernen	
	36	60	Wenn gutes Gefühl bei Gedanken dann bleibe ich bei den Gedanken	Bei den Gedanken bleiben die in mir ein gutes Gefühl auslösen	
	37	61	Wir mussten das Krankenhaus selber zahlen. Wir hatten Schulden für ein Geschäft und ich hatte ein Verantwortungsgefühl.	Schulden sorgten für ein Verantwortungsgefühl	K22 Schulden <ul style="list-style-type: none"> • sorgten für Verantwortungsgefühl • verhelfen zu Selbstdisziplin
	37	62	Mir ist das alles selber eingefallen. Das gibt mir heute mein Selbstbewusstsein	Selbstbewusstsein durch viel Selbsterfahrung und Selbsterkenntnis	
	38	63	kann auch auftreten für mich. Das Selbstbewusstsein in ein adäquates Maß bringen: In der Rückkoppelung mit allen Menschen mit denen man zu tun hat.	Selbstbewusstsein durch Rückkoppelung an andere Menschen	
	38	64	habe Reaktionen hinterfragt und daraus habe ich Erkenntnisse für mich gewonnen, wie ich mich zu verhalten habe damit ich akzeptiert werde	Lernen durch Hinterfragen von Reaktionen - wie muss ich mich verhalten um akzeptiert zu werden	
	39	65	musste nachdenken. Es ging um die eigene Existenz. Ich hab nachdenken müssen	Nachdenken über eigene Existenz	K23 Nachdenken über eigene Existenz
	39	66	wichtige Erkenntnis: Man kann nicht einfach so hin einleben in die Gesellschaft mit so einer Krankheit.	Selbsterkenntnis: Mit Depression kann man nicht unbeschwert in einer Gesellschaft leben	
	40	67	Medikamente waren lebensrettend am Anfang	Medikamente am Anfang lebensrettend	
	41	68	Durch eigene Erfahrungen eigenes Wissen entwickeln	Aus Selbsterfahrung eigenes Wissen entwickeln	
	42	69	Glaube – glaube an mich als einen Teil im ganzen Kosmos, ich glaube nicht	Glaube an mich als einen Teil im Kosmos erleichtert	K25 Glaube <ul style="list-style-type: none"> • an mich als ein Teil im Kosmos erleichtert

			dass ich alles ergründen muss. das erleichtert		<ul style="list-style-type: none"> an positive und negative Kräfte aus dem Universum, die motivieren
	42	70	glaube an zusammenhängende Kräfte die ich spüren und ergründen muss		
	42	71	bin angewiesen auf positive Kräfte und negative, die mich wieder motivieren, selbst etwas zu entwickeln dass es wieder zum Positiven wird	Aus Negativem lernen	
	43	72	Familie, meine Kinder, dort kann ich meine Kraft einsetzen, dort bin ich gebraucht. Sie mögen und akzeptieren mich..	Familie gibt Kraft Gebraucht und akzeptiert sein ist positiv	K26 eigene Familie/Kinder <ul style="list-style-type: none"> Quelle der Kraft Akzeptanz und Gebraucht werden
	43	73	das Selbstbewusstsein ist das wichtigste dass ich das gefunden habe	Selbstbewusstsein ist das wichtigste	
	44	74	Glück ist schon wichtig, aber halt nicht nur	auch Glück	K27 Glück ist wichtig
	44	75	Sexualität ist unheimlich wichtig, man muss genau wissen wo man da steht	Bedeutung der eigenen Sexualität wissen	K28 Sexualität <ul style="list-style-type: none"> Bedeutung der eigenen S. wissen
	45	76	Bewegung ist wichtig, Joggen		
	45	77	Ich musste vor allem lernen nicht immer alles für andere zu tun	abgrenzen von den Erwartungen anderer	
	45	78	Aber auch Gutes tun hilft, da man akzeptiert wird	Gutes tun hilft akzeptiert zu werden	
	45	79	Kreativität – Musik: Ich habe täglich vier Stunden Posaune geübt über zwei Jahre. Das hat mir sehr geholfen	Selbstdisziplin gibt Struktur: Instrument konsequent geübt	
	45	80	Disziplin ist wichtig, mit den Gedanken. Nur das denken was mir gut tut	diszipliniert nur denken was gut tut	
	45	81	Erinnerungen helfen auch, wenn man einmal Gutes in der Kindheit erfahren hat	gute Kindheitserinnerungen helfen	
	45	82	Geld spielt auf alle Fälle eine Rolle. Mi haben die Schulden geholfen mich wirklich zusammen zu reißen	Schulden verhalfen zu Disziplin	
T3	47	82	War in schrecklichem Zustand – musste in gute Klinik	Klinik war einziger Ausweg	K29 Krankenhaus überlebensnotwendig
	48 49	83	Todesangst – Aufforderung zu Beten – Abschließen mit dem Leben – Hingabe an Gott – Jesuserscheinung – Hingabe ans Leben	Gotteswunder –Erscheinung Jesu	K30 alles veränderndes Gotteswunder Erscheinung Jesu
	49	84	Weg von Klink - ich stör das ganze System	Entfernung von der Klinik und Absetzen der Medikamente befreit und stärkt Selbstbewusstsein – wissend dass man eine Ausnahme ist	K31 Distanzierung von Klinik und Medizin im Einzelfall möglich und befreiend
	50	85	Auflösen des elterlichen Betriebes um der inneren Berufung folgen zu können	Durchziehen von großer Veränderung der berufl. Situation um Bestimmung zu leben	K32 Für einschneidende Veränderungen sorgen <ul style="list-style-type: none"> der beruflichen Situation (Auflösen des Betriebes, neue Arbeit)
	51	86	Eine schöne Aufgabe in Tirol übernehmen: Verantwortlich für die Herz Jesu Familien	Übernahme seelsorgerischer Aufgaben	K33 Verantwortung übernehmen stärkt

	52	87	Erkenntnis: Mensch findet über Leid zu Gott – daher Wirken des Satans in dem Ausmaß wie Gott in seiner Weisheit es zulässt	Erkenntnis: Gott in seiner Weisheit lässt Leid zu weil der Mensch dadurch zu ihm findet	K34 Neue Erkenntnisse <ul style="list-style-type: none"> Leid führt zu Gott
	53	88	Abladen und Abführen von seelischer Last bei der Wandlung reinigt und befreit	Glaubenszeremonien stärken	K35 Glaubenszeremonien stärken
	53	89	Glaube ist schon das Höchste und Größte	Glaube ist wichtig	
	53	90	Mit Kneipp-Wasserbädern Absetzen der Medikamente trotz großer Schmerzen	Wasserbäder gegen Schmerzen beim Absetzen der Medikamente	K36 Eigentherapie: <ul style="list-style-type: none"> Wasserbäder gegen Schmerzen beim Absetzen der Medikamente
	54	91	schöne Zukunftsvisionen	Gedanken die gut tun	K37 Gutteuende Gedanken stärken
	54	92	Schifahren	Körperliche Betätigung	K38 Körperliche Betätigung
	54	93	Beten	Glaube: Gebet	
	55	94	Bedingungsloses JA der Frau war großer Rückhalt in der Krankheit und danach	Soziales Umfeld: bedingungsloser Rückhalt stärkt	K39 Soziales Umfeld: bedingungsloser Rückhalt stärkt
T4	56	95	erster Start war sicher der stationäre Aufenthalt	stationärer Aufenthalt	K40 Krankenhaus wichtig
	56	96	auch gleich bei der richtigen Therapeutin gelandet	gute Therapeutin	K41 Gute Therapie wichtig <ul style="list-style-type: none"> Therapeut mit spirituellem Hintergrund gut früh genug zur Therapie um noch Entscheidungen treffen zu können Tanztherapie zum Bearbeiten von Themen
	56	97	war total offen für das was kommt	offen sein in der stationären Therapie	K42 offen sein in der stationären Therapie
	56	98	zu nichts gezwungen werden in Therapie, Selbst entscheiden dürfen, Kontrolle nicht abgeben müssen	kein Zwang in der (medikamentösen) Therapie	K43 Selbstbewusstsein / Selbstwert <ul style="list-style-type: none"> kein Zwang, eigene Entscheidungen treffen dürfen in Behandlung – stärkt anerkannt und geschätzt werden (flirten, verlieben)
	56	99	Bewegung – Joggen-Gymnastik... sehr wichtig	Körperliche Betätigung	K44 Körperliche Betätigung
	56	100	Gruppengespräche, Alltag in geschütztem Rahmen führen zu neuen Selbsterkenntnissen	neue Selbsterkenntnisse durch Gruppentherapie und gemeinsamen Klinikalltag	K45 Neue Erkenntnisse gewinnen in <ul style="list-style-type: none"> Gruppentherapie und gemeinsamen Klinikalltag Gespräche mit anderen
	56	101	Erfahren dass es anders gleich ergeht stärkt	neue Erkenntnis: anderen ergeht es gleich	K46 Erkenntnisse: <ul style="list-style-type: none"> anderen ergeht es ebenso soziales Umfeld bewusst wählen und stärken
	60	102	flirten, verlieben – gibt Selbstbestätigung	Selbstbestätigung durch anerkannt und geschätzt werden (flirten, verlieben)	
	60	103	bewegung hat mir unwahrscheinlich geholfen	körperliche aktivitäten	
	61	104	Spiritualität erleichtert ungemein, dieses abgeben nach oben	Spiritualität erleichtert	K47 Glaube und Spiritualität <ul style="list-style-type: none"> erleichtert durch Abgeben können von Kontrolle weil man das Göttliche nicht überfordern kann, Menschen aber schon
	61	105	Psychotherapeutin mit spirituellem Hintergrund hat geholfen	Psychotherapeutin mit spirituellem Hintergrund	
	62	106	Spiritualität erleichtert Kontrolle abzugeben	Spiritualität erleichtert durch Abgeben von Kontrolle	
	62	107	Spiritualität erleichtert weil man das Göttliche nicht überfordern kann, Menschen aber schon	Spiritualität erleichtert weil man das Göttliche nicht überfordern kann, Menschen aber schon	
	62	108	Früh genug zur Therapie gehen wenn man selbst noch entscheiden kann ob der Therapeut für einen	früh genug zur Therapie um noch Entscheidungen treffen zu können	

			passt		
	63	109	Neue Erkenntnis: Als Frau auch bewusst Kontakte mir Frauen pflegen – halfen Spiritualität zu entwickeln – das stärkte	Erkenntnis: soziales Umfeld bewusst wählen und stärken	
	64	110	Lesen: Spirituelle Literatur, Lebenshilfe Literatur	Lesen: Lebenshilfe, Spiritualität	K48 Lesen <ul style="list-style-type: none"> • Lebenshilfe und Spiritualität • Klarheit, Einsichten, Trost
	65	111	Natur ist absolut wichtig, vermittelt Kraft	Natur als Kraftquelle	K49 Natur <ul style="list-style-type: none"> • gibt Kraft • Pflanzen als Mitgeschöpfe – Sicherheit durch Verbundenheit
	66	112	Soziale Netz und Beziehungen sind wichtig	Soziale Netz, Beziehungen sind wichtig	K50 Soziales Netz Beziehungen sind wichtig
	66	113	Licht und Farben bewusst setzen v.a. im Herbst	Licht und Farben v.a. im Herbst	K51 Sinne pflegen <ul style="list-style-type: none"> • Licht und Farben erleichtern, sind heilsam v.a. im Herbst! • Düfte • ruhige Musik
	66	114	Pflanzen sind wichtig, Mitgeschöpfe	Natur: Pflanzen als Mitgeschöpfe	
	67	115	Ruhe fördert Wohlbefinden, auch ruhige Musik	Ruhe und ruhige Musik	K52 Ruhe
	67	116	Düfte fördern das Wohlbefinden, überhaupt alle Sinne	Alle Sinne fördern das Wohlbefinden: Düfte	
	67	117	Tanztherapie zum Bearbeiten von Themen	Tanztherapie zum Bearbeiten von Themen	
	68	118	Neue Erkenntnisse durch Gespräche mit anderen	Neue Erkenntnisse durch Gespräche mit anderen	
T5	69	119	Selbstmordversuch nahm vorübergehend Druck und gab Kraft, Erleichterung und Klarheit	Selbstmordversuch erleichtert und gibt Kraft und Klarheit	K53 Selbstmordversuch erleichtert und gibt Kraft und Klarheit
	70	120	Arzt der mich erkennt, der mit mir klare Vereinbarungen trifft, von mir Offenheit und Ehrlichkeit fordert.	Professionelle Hilfe: Arzt der mich erkennt, der mit mir klare Vereinbarungen trifft, von mir Offenheit und Ehrlichkeit fordert	K54 Professionelle Hilfe: <ul style="list-style-type: none"> • Arzt <ul style="list-style-type: none"> ○ mit dem Wellenlänge stimmt ○ der klare Vereinbarungen trifft ○ der Offenheit und Ehrlichkeit einfordert • Schlaftherapie: Abstand • Ergotherapie: Struktur, Abwechslung • KIP-Therapie • tägliche Einzel- und Ergotherapie • Gespräche mit Klinikseelsorger • Psychotherapie nicht durch Laien ersetzbar
	71	121	Schlaftherapie erholsam, schafft Abstand	Professionelle Hilfe: Schlaftherapie	
	72	122	Muss dem Arzt versprechen alles zu tun was er mir anordnet an Beschäftigungstherapie, Medikamenten usw	Entscheidung und Versprechen alle Anordnungen des Arztes zu befolgen	K55 Entscheidungen nehmen Druck, führen zu Klarheit, Erleichterung <ul style="list-style-type: none"> • Entscheidung und Versprechen alle Anordnungen des Arztes zu befolgen • Entscheidung sich das Leben zu nehmen • Entscheidung für eine Frau • moralische Unterstützung im Entscheidungsprozess durch einen Arzt • Entscheidung von zu Hause wegzugehen
	72	123	Ergotherapie sorgt für Abwechslung und Struktur	Professionelle Hilfe: Ergotherapie sorgt für Abwechslung und Struktur	
	73	124	Klare Entscheidung zu einer Frau zu stehen nimmt Druck, gibt Klarheit	Klare Entscheidung zu einer Frau zu stehen nimmt Druck, gibt Klarheit	
	73	125	Unterstützung eines Arztes	Unterstützung eines Arztes	

			in lebenspraktischen Aktivitäten und Entscheidungsprozessen	in lebenspraktischen Aktivitäten und Entscheidungsprozessen	
	73	126	Der Arzt hatte eine Ausbildung, KIP, und wir haben dann gemalt, Seelenbilder	KIP-Therapie und Malen von Seelenbilder, täglich ein Termin	
	73	127	Der Arzt hat jeden Tag mit mir einen Termin gehabt, einen Fixtermin, da war er dann da und hat Zeit gehabt	tägliche Therapie	
	74	128	Das Malen und Reden über die Seelenbilder war das erste Ding, ohne dem wäre es nicht gegangen	Malen hat am meisten geholfen	
	75	129	... da war ich an der Kippe, das war der Einzug in den Tod und da hab ich absolut mit Gott Kontakt gehabt... da hab ich sicher mein Bündnis mit ihm gemacht	am Einzug in den Tod (Selbstmord) ein Bündnis mit Gott machen	K56 Besonderes Glaubensereignis: Bündnis mit Gott am Einzug in den Tod
	75	130	Glück gehabt dass Organe nicht getroffen wurden	Glück wenn Selbstmord misslingt	K57 Glück <ul style="list-style-type: none"> wenn Selbstmord misslingt Berührung mit Gott wenn professionelle Helfer Zeit, Interesse haben
	76	130	Das Zusammenspiel mit Gott und die vielen Gespräche darüber waren ein großer Teil meiner Therapie	Gespräche mit Klinikseelsorger über Glaube an Gott als großer Teil der Therapie	
	77	131	Anerkennung durch Musikmachen, ich spiel Trompete	Anerkennung durch Musikmachen	K58 Selbstwert <ul style="list-style-type: none"> Anerkennung durch Musikmachen
	77	132	langsamer Wiedereinstieg in den Beruf	langsamer Wiedereinstieg in den alten Beruf war wichtig	K59 Nach stationärem Aufenthalt <ul style="list-style-type: none"> langsamer Wiedereinstieg in den alten Beruf therapiebegleitet und langsam zurück in selbständiges Leben
	77	133	Nach der Klinik nicht mehr in die alte Umgebung nach Hause sondern in eine eigene Wohnung	Nach der Klinik Neuanfang durch neuen Wohnort	K60 Veränderungen/Neubeginn <ul style="list-style-type: none"> nach Klinik: eigene Wohnung, weg von Familie
	78	134	Langsam zurück in ein vollkommen selbständiges Leben	therapiebegleitet und langsam von Stationärem Aufenthalt zurück in ein selbständiges Leben	
	79	135	Essen ist auch für die Psyche gut	Essen ist für die Psyche gut	K61 Essen ist für die Psyche gut
	79	136	Glück wenn Arzt und Therapeuten sich für einen viel Zeit nehmen können. Bekam auch private Telefonnummern, hab das nie gebraucht, aber es hat mir gut getan.	Glück wenn professionelle Helfer Zeit, Interesse haben	
	80	137	Medikamente waren eine Zeitlang wichtig	Medikamente eine Zeitlang wichtig	
	80	138	Glück den richtigen Behandler zu bekommen, wo die Chemie passt	Glück den zu einem passenden Behandler zu bekommen	
	81	139	Glück im Rahmen der Therapie eigene Talente einbringen zu können die allen zu Gute kommen, für die man Wertschätzung findet	Glück sich im therapeutischen Rahmen sinnvoll einbringen zu können, geben zu können	
	81	140	Geld sollte man soviel haben dass man keine Angst haben muss	Genug Geld zu haben um sich sicher zu fühlen	K62 Genug Geld um sich sicher fühlen zu können
	82	141	Psychotherapie ist absolut	Psychotherapie absolut	

			wichtig, nicht durch Laien ersetzbar	wichtig, nicht durch Laien ersetzbar	
	83	142	Familie angenehm als background		
	83	143	Lesen von Lebenshilfebüchern nach dem Suizid mehr gebracht	Lesen von Lebenshilfebüchern nach dem Suizid mehr gebracht	K63 Lesen: Lebenshilfebücher – hat erst nach dem Suizidversuch was gebracht
T6	84	144	Akzeptieren dass das eine Krankheit ist und nicht ein Zustand für den man selbst verantwortlich ist	Erkenntnis dass Depression eine Krankheit ist und kein Ergebnis von persönlichen Fehlern	K64 Erkenntnis: <ul style="list-style-type: none"> • Depression ist eine Krankheit und keine persönliche Schwäche • Medikamente sind für mich das wichtigste
	84	145	Akzeptieren von Medikamenten	Medikamente akzeptieren	K65 Medikamente <ul style="list-style-type: none"> • akzeptieren
	86	146	Habe erkannt dass mir nur Medikamente helfen	Erkenntnis der Notwendigkeit von Medikamenten	
	86	147	Glück den richtigen Arzt zu finden und im richtigen Krankenhaus zu sein	Glück die richtigen Behandlungen und Therapeuten zu finden	K66 Glück <ul style="list-style-type: none"> • richtige Behandlung • richtige Therapeuten • richtige Medikamente
	86	148	Glück die richtigen Medikamente zu bekommen	Glück die richtigen Medikamente zu bekommen	
	91	149	Veränderung von Einstellungen durch Autosuggestionen	Veränderung von Einstellungen durch Autosuggestionen	K67 Veränderungen <ul style="list-style-type: none"> • Einstellungen durch Suggestion
	92	150	Unterstützung im sozialen Umfeld wichtig	soziales Umfeld wichtig	K68 Soziales Umfeld
	92	151	Sport sehr wichtig	körperliche Betätigung sehr wichtig	K69 körperliche Betätigung
	93	152	Ruhe und Entspannung sind wichtig	Ruhe und Entspannung sind wichtig	K70 Ruhe und Entspannung
	93	153	Beschäftigt werden gibt Struktur, hilft über die zeit	Ergotherapie: gibt Struktur, hilft über die zeit	K71 Professionelle Hilfe <ul style="list-style-type: none"> • Ergotherapie
	94	154	Richtige Maß an Verantwortung ist gut	Abgrenzen gegen zuviel Verantwortung	K72 Abgrenzung <ul style="list-style-type: none"> • gegen zuviel Verantwortung
	94	155	Glaube, die Gemeinschaft im Glauben hilft	Glaube, die Gemeinschaft im Glauben hilft	K73 Glaube – Gemeinschaft im Glauben hilft
	95	156	Tiere sind Balsam für die Seele, du kriegst soviel von ihnen zurück	Tiere sind Balsam für die Seele, du kriegst soviel von ihnen zurück	K74 Tiere <ul style="list-style-type: none"> • sind Balsam für die Seele • Austausch von Liebe stärkt
	96	157	Licht auch wichtig	Licht	K75 Licht
T7	97	158	Erkenntnisse durch theologische Studien	Erkenntnisse durch theologische Studien	K76 Erkenntnisse <ul style="list-style-type: none"> • durch theologische Studien
	98	159	Gemeinschaft durch religiöse Gruppen – ich war auch in der Depression nie allein	soziales Umfeld durch religiöse Gruppen	K77 Soziales Umfeld <ul style="list-style-type: none"> • religiöse Gruppen statt Einsamkeit
	98	160	jahrelange Psychotherapie KIP	Psychotherapie: lange, KIP	K78 Professionelle Hilfe <ul style="list-style-type: none"> • KIP Psychotherapie lange genug (Jahre) • In PT nur Stichworte als Anregung, keine Ratschläge • Ärzte die an Patienten glauben, ihm vertrauen • Krankenhaus • Medikamente
	98	161	Ärzte die mir vertrauten und an mich glaubten	Vertrauen der Ärzte, glaubten an mich	K79 Glaube: <ul style="list-style-type: none"> • Gebet • Glaubensgemeinschaft die auf indiv Bedürfnisse eingeht
	98	162	beten	beten	
	100	164	Keine Ratschläge, keine Interpretationen in der Psychotherapie. Wichtig waren nur die Stichworte die die Th. gab	Psychotherapie: Nur Stichworte zum Weiterdenken, -malen, -schreiben keine Ratschläge!	
	102	165	Glaubensgemeinschaft wo auf die Bedürfnisse des	Glaubensgemeinschaft die auf indiv. Bedürfnisse	

			einzelnen eingegangen wird und nicht nur auf die Gebote	geht	
	103	166	Plötzliche Veränderung: Auszug von zu Hause	Plötzliche Veränderung: Auszug von zu Hause	K80 Plötzliche Veränderung: <ul style="list-style-type: none"> • Auszug von zu Hause • Plötzliche „Eingebung“: Ich werde alt und glücklich
	103	167	Arbeitgeber gibt Rückhalt und unterstützt	soziales Umfeld: Verständnisvoller Chef der unterstützt	K81 Soziales Umfeld: <ul style="list-style-type: none"> • Verständnisvoller Chef der unterstützt • macht Mut • Glaubensgemeinschaften • Möglichkeit kleine Verantwortungen zu übernehmen
	104	168	Intensives Gespräch mit Klinikseelsorger – danach Einwilligung in Krebsoperation – nach Narkose: Entscheidung alt und glücklich zu werden	soziales Umfeld macht Mut plötzlicher Gedanke: Ich werde alt und glücklich	
	105	169	Neue Religionsgemeinschaft Baptisten: Selbstwert: Taufenerneuerung (ICH entscheide)	Selbstwert: ICH entscheide selbst	K82 Selbstwert / Selbstbewusstsein <ul style="list-style-type: none"> • Selbst Entscheidungen treffen können • unverbindliche Aufgaben die nicht überfordern
	105	170	Glaubensgemeinschaft: In jeder Lebenslage jemanden haben zum teilen	soziales Umfeld durch Glaubensgemeinschaft	
	106	171	Plötzlicher Entschluss zur Befreiung aus Abhängigkeit bei Baptisten	Selbstbewusstsein: Eigene Entscheidungen treffen	
	106	172	Krankenhaus Arzt Therapie Medikamente	Krankenhaus Arzt Medikamente Therapie	
	106	173	unverbindliche Aufgaben in Glaubensgemeinschaften übernehmen hilft	soziales Umfeld: unverbindliche Aufgaben – stärkt Selbstvertrauen und überfordert nicht	
	107	174	Lesen (Theologisches) bringt neue Erkenntnisse	neue Erkenntnisse durch Lese von Fachliteratur	K83 Lesen von Fachliteratur - erklärt, klärt
	108	175	Geld ist wichtig. Hatte nie finanzielle Sorgen, ist wichtig	Geld: wichtig keine finanziellen Sorgen zu haben, sich das zu kaufen was man braucht und was einem gut tut	K84 Geld: keine finanziellen Sorgen haben ist wichtig sich kaufen können was man braucht oder was einem gut tut
T8	109	176	Eine Sr. Klara kennen gelernt, selbst betroffen, hat eine Selbsthilfegruppe gegründet	soziales Umfeld: Selbsthilfegruppe, engagierte Leiterin	K85 Soziales Umfeld: <ul style="list-style-type: none"> • Selbsthilfegruppe • engagierte Leiterin • andere Betroffene kennen lernen (zB Friedhof)
	110	177	auf Gott schimpfen erleichtert, dass er soviel Leid zulassen konnte	auf Gott schimpfen erleichtert	K86 Glaube <ul style="list-style-type: none"> • Auf Gott schimpfen erleichtert
	110	178	Schlaftherapien um nicht verrückt zu werden	Schlaftherapie	K87 Professionelle Hilfe <ul style="list-style-type: none"> • Schlaftherapie – um nicht verrückt zu werden
	110	179	Medikamente regelmäßig und immer nehmen ist wichtig	regelmäßig andauernd Medikamente	K88 Medikamente <ul style="list-style-type: none"> • regelmäßig • andauernd
	111	180	Friedhofsbesuche haben gut getan – andere Betroffene kennen lernen	andere Betroffene kennen lernen – soziales Umfeld	
	111	181	Wieder kleine Verantwortung übernehmen fürs Grab zB	Selbstbewusstsein: kleine Verantwortungen	K89 Selbstbewusstsein <ul style="list-style-type: none"> • Kleine Verantwortungen
	111	182	Immer wieder Freude zu erleben stärkt	immer wieder Freude zu erleben stärkt	K90 immer wieder Freude erleben stärkt
	112	183	kleine Verantwortungen – mit Hund spazieren gehen	Selbstbewusstsein: kleine Verantwortungen	
	113	184	Wunder-sames Erlebnis: Vogel als Kontakt zum toten Sohn	Wunder-sames Erlebnis: Vogel als Kontakt zum toten Sohn	K91 Wundersames Erlebnis <ul style="list-style-type: none"> • Über Vogel Kontakt mit toten Sohn aufnehmen
	113	185	Lesen von Fachliteratur	Lesen von Fachliteratur	K92 Lesen Fachliteratur (er)klärt

			klärt	klärt	
	114	186	Tiere für Zärtlichkeit, Verantwortung, Geborgenheit	Tiere für Zärtlichkeit, Verantwortung, Geborgenheit	K93 Tiere: <ul style="list-style-type: none"> • Zärtlichkeit, Geborgenheit • Verantwortung
	115	187	Natur sehr hilfreich, stärkt, tut wohl ermöglicht Verbindung zum toten Sohn	Natur sehr hilfreich, stärkt, tut wohl	K94 Natur <ul style="list-style-type: none"> • tut wohl • erholsam • stärkt
	116	188	Geld macht es leichter, wird aber weniger bedeutend solange man genug hat	Geld bedeutend, man muss genug haben, dann verliert es an Bedeutung	K95 Geld <ul style="list-style-type: none"> • wichtig • man muss genug haben, dann verliert es an Bedeutung

ZWEITE REDUKTION		
Kategorie	Generalisierung	Reduktion in Kategorien
T1		
K1 Selbstdisziplin <ul style="list-style-type: none"> • Konsequenz • eiserner Wille 	Selbstdisziplin <ul style="list-style-type: none"> • Konsequenz • eiserner Wille 	1 - Persönliche Stärken <ul style="list-style-type: none"> • Selbstdisziplin • Offenheit • Selbstbewusstsein • Selbstwert • Intellekt. Leistungen <ul style="list-style-type: none"> ○ Neue Erkenntni. ○ Lernen ○ Sinnhaftigkeit ○ Entscheidungen 2 - Professionelle Hilfe <ul style="list-style-type: none"> • Krankenhaus • Arzt • Psychotherapie • Medikamente 3 - Materielle Sicherheit <ul style="list-style-type: none"> • Geld 4 - Körperbewusstsein <ul style="list-style-type: none"> • Körperpflege • Körperliche Betätigung • Essen • Ruhe und Entspannung 5 - Glaube und Spiritualität <ul style="list-style-type: none"> • Kraft und Unterstützung • Erleichtert, nimmt Last • Schutz • Motivation • Gemeinschaft 6 - Natur <ul style="list-style-type: none"> • Ruhe • Kraft • Licht • Tiere 7 - Soziales Netz <ul style="list-style-type: none"> • Sinn (andere unterstützen) • Anerkennung • Stärkung (durch Vertrauen, Rückhalt) 8 - Glück/Wunder <ul style="list-style-type: none"> • Misslingen von Selbstmord • Gute Helfer, Medikamente • Außergewöhnliche Erfahrungen mit Göttlichem 9 - Veränderungen <ul style="list-style-type: none"> • berufliche Situation
K2 Licht stärkt	Licht stärkt	
K3 Fachkundige Hilfe <ul style="list-style-type: none"> • Krankenhaus lebensnotwendig • Arzt <ul style="list-style-type: none"> ○ empathische und kompetente Persönlichkeit • Psychotherapie <ul style="list-style-type: none"> ○ Gesprächspsychotherapie 	Fachkundige Hilfe <ul style="list-style-type: none"> • Krankenhaus • Arzt • Psychotherapie <ul style="list-style-type: none"> ○ Gesprächspsychotherapie 	
K4 Grenzen setzen können - Entscheidungen <ul style="list-style-type: none"> • gegen zu viele Medikamente • gegen Verwandte 	Grenzen setzen können - Entscheidungen <ul style="list-style-type: none"> • gegen zu viele Medikamente • gegen Verwandte 	
K5 Geld für <ul style="list-style-type: none"> • anderen helfen tat gut • Wunsch-Arzt/Psychotherapeut... • besseres Zimmer, bessere Verpflegung • reisen • nicht jede Arbeit machen müssen 	Geld für <ul style="list-style-type: none"> • anderen helfen tat gut • Wunsch-Arzt/Psychotherapeut... • besseres Zimmer, bessere Verpflegung • reisen • nicht jede Arbeit machen müssen 	
K6 Motivation zu Körperpflege <ul style="list-style-type: none"> • stärkt Selbstdisziplin • hält Körper gesund 	Körperpflege <ul style="list-style-type: none"> • stärkt Selbstbewusstsein • gesund 	
K7 Spiritualität und Glaube an Gott: <ul style="list-style-type: none"> • gibt Kraft und Unterstützung • ermöglicht Gebete • man kann auf Gott schimpfen • erzeugt gesunde Angst vor Selbstmord (hilft durchzuhalten) 	Spiritualität und Glaube <ul style="list-style-type: none"> • gibt Kraft und Unterstützung • ermöglicht Gebete • man kann auf Gott schimpfen • erzeugt gesunde Angst vor Selbstmord (hilft durchzuhalten) 	
K8 Natur <ul style="list-style-type: none"> • hält Körper gesund • entspannt (Wasser) • gibt Kraft • regt zu Bewegung an • frische Luft • inspiriert zum Nachdenken (Pflanzen wachsen – der Kranke auch) 	Natur <ul style="list-style-type: none"> • gesund • erholsam • stärkend • Ruhe zum Nachdenken 	
K9 soziales Netz <ul style="list-style-type: none"> • andere unterstützen • jemandem vertrauen können • Anerkennung erfahren • von anderen lernen • bedingungsloser Rückhalt stärkt 	soziales Netz <ul style="list-style-type: none"> • andere unterstützen • jemandem vertrauen können • Anerkennung erfahren • von anderen lernen • bedingungsloser Rückhalt stärkt 	
K10 Lesen <ul style="list-style-type: none"> • Informationen • Inspirationen • Abwechslung 	Lesen – Erkenntnisse und Entspannung	

K11 gesunde Angst (vor Untergang, totalem Zusammenbruch) • gibt Kraft • schützt	gesunde Angst – Selbstbewusstsein, Vertrauen • gibt Kraft • schützt	<ul style="list-style-type: none"> • eigene Wohnung • weg von Familie • Einstellungen
K12 Altes Wissen und alte Erfahrungen stärken	Altes Wissen und alte Erfahrungen stärken	
K13 Ruhe	Ruhe	
K14 Offenheit, Aufgeschlossenheit	Offenheit Aufgeschlossenheit	
K15 Sinn • Sinnhaftigkeit erzeugen • Zeit sinnvoll nutzen	Sinn • Sinnhaftigkeit erzeugen • Zeit sinnvoll nutzen	
K16 Nachdenken • über die eigene Situationen, das Leben...	Nachdenken	
K17 Medikamente • regelmäßig	Medikamente regelmäßig	
T2		
K18 Lernen • durch Selbsterfahrung – führt zu eigenem Wissen • Bei den Gedanken bleiben die in mir ein gutes Gefühl auslösen • Aus Hinterfragen von Reaktionen lernen wie ich mich verhalten muss um akzeptiert zu werden • Für die eigene Freiheit kämpfen aus Negativem	Lernen • durch Selbsterfahrung • durch Hinterfragen • für die eigene Freiheit zu kämpfen • auch aus negativen Erfahrungen	
K19 Neue Erkenntnisse • nur ich selbst kann mir helfen • was macht mich traurig, was ängstigt • was schadet/nützt mir • Akzeptanz der eigenen Begrenztheit • Mit Depression kann man nicht unbeschwert in eine Gesellschaft hinein leben	Neue Erkenntnisse	
K20 Professionelle Hilfe und Medikamente am Anfang Überlebenswichtig	Professionelle Hilfe und Medikamente zumindest am Anfang	
K21 Selbstbewusstsein, Selbstwert • stärken durch Rückzug von Schulmedizin sobald wie möglich entsteht durch viel Selbsterfahrung und Selbsterkenntnis • durch Rückkoppelung an andere Menschen	Selbstbewusstsein / Selbstwert stärken durch • Rückzug von Schulmedizin sobald wie möglich • Selbsterfahrung und Selbsterkenntnis • Rückkoppelung an andere Menschen	
K22 Schulden • sorgen für Verantwortungsgefühl • verhelfen zu Selbstdisziplin	Schulden können motivieren	
K23 Nachdenken	Nachdenken	
K25 Glaube • an mich als ein Teil im Kosmos erleichtert • an positive und negative Kräfte aus dem Universum, die motivieren	Glaube erleichtert und motiviert	
K26 eigene Familie/Kinder • Quelle der Kraft • Akzeptanz und Gebraucht werden	Eigene Familie/Kinder • Quelle der Kraft • Akzeptanz und Gebraucht werden	
K27 Glück ist wichtig	Glück wichtig	
K28 Sexualität • Bedeutung der eigenen S. wissen	Bewusstsein über eigene Sexualität	
T3		
K29 Krankenhaus überlebensnotwendig	Krankenhaus lebensnotwendig	
K30 alles veränderndes Gotteswunder Erscheinung Jesu	alles veränderndes Gotteswunder Erscheinung Jesu	
K31 Distanzierung von Klinik und Medizin im Einzelfall möglich und befreiend	Distanzierung von Klinik und Medizin im Einzelfall möglich und befreiend	
K32 Für einschneidende Veränderungen sorgen	Für einschneidende Veränderungen sorgen	

<ul style="list-style-type: none"> • der beruflichen Situation (Auflösen des Betriebes, neue Arbeit) 	zB der beruflichen Situation	
K33 Verantwortung übernehmen stärkt	Verantwortung übernehmen stärkt	
K34 Neue Erkenntnisse <ul style="list-style-type: none"> • Leid führt zu Gott 	Neue Erkenntnisse	
K35 Glaubenszeremonien stärken	Glaubenszeremonien stärken	
K36 Eigentherapie: <ul style="list-style-type: none"> • Wasserbäder gegen Schmerzen beim Absetzen der Medikamente 	Eigentherapie <ul style="list-style-type: none"> • Wasserbäder gegen Schmerzen beim Absetzen der Medikamente 	
K37 Guttuende Gedanken stärken	Guttuende Gedanken stärken	
K38 Körperliche Betätigung	Körperliche Betätigung	
K39 Soziales Umfeld: bedingungsloser Rückhalt stärkt	Soziales Umfeld: <ul style="list-style-type: none"> • bedingungsloser Rückhalt stärkt 	
T4		
K40 Krankenhaus wichtig	Krankenhaus wichtig	
K41 Gute Therapie wichtig <ul style="list-style-type: none"> • Therapeut mit spirituellem Hintergrund gut • früh genug zur Therapie um noch Entscheidungen treffen zu können • Tanztherapie zum Bearbeiten von Themen 	Gute Therapie wichtig <ul style="list-style-type: none"> • Therapeut mit spirituellem Hintergrund gut • früh genug zur Therapie um noch Entscheidungen treffen zu können • Tanztherapie zum Bearbeiten von Themen 	
K42 offen sein in der stationären Therapie	offen sein in der stationären Therapie	
K43 Selbstbewusstsein / Selbstwert <ul style="list-style-type: none"> • kein Zwang, eigene Entscheidungen treffen dürfen in Behandlung – stärkt anerkannt und geschätzt werden (flirten, verlieben) 	Selbstbewusstsein / Selbstwert durch <ul style="list-style-type: none"> • eigene Entscheidungen treffen dürfen in Behandlung • anerkannt und geschätzt werden 	
K44 Körperliche Betätigung	Körperliche Betätigung	
K45 Neue Erkenntnisse gewinnen in <ul style="list-style-type: none"> • Gruppentherapie und gemeinsamen Klinikalltag 	Neue Erkenntnisse gewinnen in <ul style="list-style-type: none"> • Gruppentherapie und gemeinsamen Klinikalltag • Gesprächen mit anderen 	
K46 Erkenntnisse: <ul style="list-style-type: none"> • anderen ergeht es ebenso • soziales Umfeld bewusst wählen und stärken 	Erkenntnisse: <ul style="list-style-type: none"> • anderen ergeht es ebenso • soziales Umfeld bewusst wählen und stärken 	
K47 Glaube und Spiritualität <ul style="list-style-type: none"> • erleichtert durch Abgeben können von Kontrolle • weil man das Göttliche nicht überfordern kann, Menschen aber schon 	Glaube und Spiritualität erleichtert weil <ul style="list-style-type: none"> • Abgeben können von Kontrolle • man das Göttliche nicht überfordern kann, Menschen aber schon 	
K48 Lesen <ul style="list-style-type: none"> • Lebenshilfe und Spiritualität • Klarheit, Einsichten, Trost 	Lesen <ul style="list-style-type: none"> • Lebenshilfe und Spiritualität • Klarheit, Einsichten, Trost 	
K49 Natur <ul style="list-style-type: none"> • gibt Kraft • Pflanzen als Mitgeschöpfe – Sicherheit durch Verbundenheit 	Natur <ul style="list-style-type: none"> • stärkt 	
K50 Soziales Netz Beziehungen sind wichtig	Soziales Netz ist wichtig	
K51 Sinne pflegen <ul style="list-style-type: none"> • Licht und Farben erleichtern, sind heilsam v.a. im Herbst! • Düfte • ruhige Musik 	Sinne pflegen <ul style="list-style-type: none"> • Licht und Farben erleichtern, sind heilsam v.a. im Herbst! • Düfte • ruhige Musik 	
K52 Ruhe	Ruhe	
T5		
K53 Selbstmordversuch erleichtert und gibt Kraft und Klarheit	Selbstmordversuch erleichtert und gibt Kraft und Klarheit	
K54 Professionelle Hilfe: <ul style="list-style-type: none"> • Arzt <ul style="list-style-type: none"> ○ mit dem Wellenlänge stimmt ○ der klare Vereinbarungen trifft ○ der Offenheit und Ehrlichkeit einfordert • Schlaftherapie: Abstand 	Professionelle Hilfe: <ul style="list-style-type: none"> • Arzt <ul style="list-style-type: none"> ○ mit dem Wellenlänge stimmt ○ der klare Vereinbarungen trifft ○ der Offenheit und Ehrlichkeit einfordert • Schlaftherapie: Abstand 	

<ul style="list-style-type: none"> • Ergotherapie: Struktur, Abwechslung • KIP-Therapie • tägliche Einzel- und Ergotherapie • Gespräche mit Klinikseelsorger • Psychotherapie nicht durch Laien ersetzbar 	<ul style="list-style-type: none"> • Ergotherapie: Struktur, Abwechslung • KIP Therapie • tägliche Einzel- und Ergotherapie • Gespräche mit Klinikseelsorger • Psychotherapie nicht durch Laien ersetzbar
<p>K55 Entscheidungen nehmen Druck, führen zu Klarheit, Erleichterung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entscheidung und Versprechen alle Anordnungen des Arztes zu befolgen • Entscheidung sich das Leben zu nehmen • Entscheidung für eine Frau • moralische Unterstützung im Entscheidungsprozess durch einen Arzt • Entscheidung von zu Hause wegzugehen 	<p>Entscheidungen nehmen Druck, führen zu Klarheit, Erleichterung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entscheidung und Versprechen alle Anordnungen des Arztes zu befolgen • Entscheidung sich das Leben zu nehmen • Entscheidung für eine Frau • moralische Unterstützung im Entscheidungsprozess durch einen Arzt • Entscheidung von zu Hause wegzugehen
<p>K56 Besonderes Glaubensereignis: Bündnis mit Gott am Einzug in den Tod</p>	<p>Besonderes Glaubensereignis: Bündnis mit Gott am Einzug in den Tod</p>
<p>K57 Glück</p> <ul style="list-style-type: none"> • wenn Selbstmord missling • Berührung mit Gott • wenn professionelle Helfer Zeit, Interesse haben 	<p>Glück</p> <ul style="list-style-type: none"> • wenn Selbstmord missling • Berührung mit Gott • wenn professionelle Helfer Zeit, Interesse haben
<p>K58 Selbstwert</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anerkennung durch Musikmachen 	<p>Selbstwert durch Anerkennung</p>
<p>K59 Nach stationärem Aufenthalt</p> <ul style="list-style-type: none"> • langsamer Wiedereinstieg in den alten Beruf • therapiebegleitet und langsam zurück in selbständiges Leben 	<p>Nach stationärem Aufenthalt</p> <ul style="list-style-type: none"> • langsamer Wiedereinstieg in den alten Beruf • therapiebegleitet und langsam zurück in selbständiges Leben
<p>K60 Veränderungen/Neubeginn</p> <ul style="list-style-type: none"> • nach Klinik: eigene Wohnung, weg von Familie 	<p>Veränderungen/Neubeginn</p> <ul style="list-style-type: none"> • nach Klinik: eigene Wohnung, weg von Familie
<p>K61 Essen ist für die Psyche gut</p>	<p>Essen ist für die Psyche gut</p>
<p>K62 Genug Geld um sich sicher fühlen zu können</p>	<p>Genug Geld um sicher zu fühlen</p>
<p>K63 Lesen: Lebenshilfebücher – hat erst nach dem Suizidversuch was gebracht</p>	<p>Lesen: Lebenshilfebücher</p>
<p>T6</p>	
<p>K64 Erkenntnis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depression ist eine Krankheit und keine persönliche Schwäche • Medikamente sind für mich das wichtigste 	<p>Neue Erkenntnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depression ist eine Krankheit und keine persönliche Schwäche • Medikamente sind für mich das wichtigste
<p>K65 Medikamente</p> <ul style="list-style-type: none"> • akzeptieren 	<p>Medikamente</p>
<p>K66 Glück</p> <ul style="list-style-type: none"> • richtige Behandlung • richtige Therapeuten • richtige Medikamente 	<p>Glück</p> <ul style="list-style-type: none"> • richtige Behandlung • richtige Therapeuten • richtige Medikamente
<p>K67 Veränderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einstellungen durch Auto-Suggestion 	<p>Veränderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • von Einstellungen durch Auto-Suggestion
<p>K68 Soziales Umfeld</p>	<p>soziales Umfeld</p>
<p>K69 körperliche Betätigung</p>	<p>körperliche Betätigung</p>
<p>K70 Ruhe und Entspannung</p>	<p>Ruhe und Entspannung</p>
<p>K71 Professionelle Hilfe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergotherapie 	<p>Professionelle Hilfe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergotherapie
<p>K72 Abgrenzung</p> <ul style="list-style-type: none"> • gegen zuviel Verantwortung 	<p>Abgrenzung</p> <ul style="list-style-type: none"> • gegen zuviel Verantwortung
<p>K73 Glaube – Gemeinschaft im Glauben hilft</p>	<p>Glaube – Gemeinschaft im Glauben hilft</p>
<p>K74 Tiere</p> <ul style="list-style-type: none"> • sind Balsam für die Seele • Austausch von Liebe stärkt 	<p>Tiere</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geborgenheit • stärken
<p>K75 Licht</p>	<p>Licht</p>
<p>T7</p>	

K76 Erkenntnisse • durch theologische Studien	Neue Erkenntnisse • durch theologische Studien	
K77 Soziales Umfeld • religiöse Gruppen statt Einsamkeit	Soziales Umfeld • religiöse Gruppen statt Einsamkeit	
K78 Professionelle Hilfe • KIP Psychotherapie lange genug (Jahre) • In PT nur Stichworte als Anregung, keine Ratschläge • Ärzte die an Patienten glauben, ihm vertrauen • Krankenhaus • Medikamente	Professionelle Hilfe • KIP Psychotherapie • Ärzte die an Patienten glauben, ihm vertrauen • Krankenhaus • Medikamente	
K79 Glaube: • Gebet • Glaubensgemeinschaft die auf indiv Bedürfnisse eingeht	Glaube: • Gebet • Glaubensgemeinschaft die auf indiv Bedürfnisse eingeht	
K80 Plötzliche Veränderung: • Auszug von zu Hause	Plötzliche Veränderung: • Auszug von zu Hause	
K80 Plötzliche „Eingebung“: Ich werde alt und glücklich	Plötzliche „Eingebung“: Ich werde alt und glücklich	
K81 Soziales Umfeld: • Verständnisvoller Chef der unterstützt • macht Mut • Glaubensgemeinschaften • Möglichkeit kleine Verantwortungen zu übernehmen	Soziales Umfeld: • Unterstützung • macht Mut • Glaubensgemeinschaften • Möglichkeit kleine Verantwortungen zu übernehmen	
K82 Selbstwert / Selbstbewusstsein • Selbst Entscheidungen treffen können • unverbindliche Aufgaben die nicht überfordern	Selbstwert / Selbstbewusstsein • Selbst Entscheidungen treffen können • unverbindliche Aufgaben die nicht überfordern	
K83 Lesen von Fachliteratur - erklärt, klärt	Lesen von Fachliteratur - erklärt, klärt	
K84 Geld: • keine finanziellen Sorgen haben ist wichtig • sich kaufen können was man braucht oder was einem gut tut	Geld: • keine finanziellen Sorgen haben ist wichtig • sich kaufen können was man braucht oder was einem gut tut	
T8		
K85 Soziales Umfeld: • Selbsthilfegruppe • engagierte Leiterin • andere Betroffene kennen lernen (zB Friedhof)	Soziales Umfeld: • Selbsthilfegruppe • engagierte Leiterin • andere Betroffene kennen lernen (zB Friedhof)	
K86 Glaube • Auf Gott schimpfen erleichtert	Glaube • Auf Gott schimpfen erleichtert	
K87 Professionelle Hilfe • Schlaftherapie – um nicht verrückt zu werden	Professionelle Hilfe • Schlaftherapie – um nicht verrückt zu werden	
K88 Medikamente • regelmäßig, andauernd	Medikamente • regelmäßig, andauernd	
K89 Selbstbewusstsein • Kleine Verantwortungen	Selbstbewusstsein / Selbstwert • Kleine Verantwortungen	
K90 immer wieder Freude erleben stärkt	immer wieder Freude erleben stärkt	
K91 Wundersames Erlebnis • Über Vogel Kontakt mit toten Sohn aufnehmen	Wundersames Erlebnis • Über Vogel Kontakt mit toten Sohn aufnehmen	
K92 Lesen Fachliteratur (er)klärt	Lesen Fachliteratur (er)klärt	
K93 Tiere: • Zärtlichkeit, Geborgenheit • Verantwortung	Tiere: • Zärtlichkeit, Geborgenheit • Verantwortung	
K94 Natur • tut wohl, erholsam, stärkt	Natur • tut wohl, erholsam, stärkt	
K95 Geld • wichtig	Geld • wichtig	

5 DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND AUSBLICK

5.1. DISKUSSION DER 9 KATEGORIEN ALS ERGEBNIS DER QUALITATIVENINHALTSANALYSE

Die Reihenfolge ist wertfrei und ergab sich aus der Chronologie der zweiten Reduktion der Qualitativen Inhaltsanalyse.

5.1.1 Diskussion der Kategorie „Persönliche Stärken“

Diese Kategorie hat den stärksten Bezug zu Antonovsky's Salutogenesemodell. Begriffe wie **Selbstwert**, **Selbstvertrauen** und vor allem auch **Sinnhaftigkeit** finden wir in Antonovsky's Salutogenesemodell und sind in diesem weit ausführlicher und differenzierter bearbeitet und beschrieben als dies im Rahmen dieser Arbeit möglich ist. (vgl. Kapitel 2.4). Mehr noch als Antonovsky in seiner Arbeit beschreibt, scheinen für Genesung von Depression die Bereitschaft und die Fähigkeit erforderlich zu sein, sich zum Beispiel durch Nachdenken, Beobachten, Lesen, Therapien und Gespräche **neue selbst gewonnene Erkenntnisse** zu verschaffen, die sinngebend, selbstwertstärkend und auch wegweisend sein können. So sagt T7: „Sie (die Therapeutin, Anm. d. Verf.) hat mir nicht ein Stück vorgegeben. Nur ein Thema und sonst nichts. Dann hab ich zuerst mal einen kleinen Aufsatz geschrieben und dann etwas gezeichnet....Sie hat auch nie ein Ergebnis gesagt. Sie hat mir nie Ratschläge gegeben sondern nur in mir entstehen lassen...Also die Frau weiß gar nicht was das alles ausgelöst hat im Hintergrund...“. T5 beschreibt, wie seine Entdeckung, mit Gedanken, die ihm nicht gut tun umzugehen, auch seinen Selbstwert gestärkt haben: „Mir ist das selber eingefallen, ich hab das nicht gelesen und nicht gehört. Mir ist das selber eingefallen, das gibt mir heute mein Selbstbewusstsein.“ Die Entdeckung bestand darin, bei ungunstigen Gedanken sofort konzentriert und ruhig zu werden, sie bewusst abzustellen und angenehmen Gedanken Raum zu geben.(Anm.d.Verf.)

Die Interviews zeigten auch die Notwendigkeit auf, **Entscheidungen** zu treffen und durchzuziehen. Dieses Kriterium war in der verwendeten Literatur nicht explizit zu finden. T3 meint zum Thema Entscheidungen: „...und dann komm ich heim...und da war ein ganz feines Gespür,...das ist nicht meine Zukunft (die Übernahme des recht großen elterlichen Betriebes, Anm.d.Verf.), ich muss mich auf was anderes einstellen...ich hab dann drei Monate probiert...dann ist die Auflösung ganz reibungslos gegangen. Und ich hab mich bei ... anstellen lassen...“. T5 erzählt von seinem Erstgespräch mit einem Arzt, das mit einer verbindlichen Entscheidung endet: „Er hat von mir verlangt, dass ich ab jetzt alles sag, nichts verheimliche...und da hab ich nachdenken müssen und er hat mir Bedenkzeit gegeben...ich habe zugestimmt.“ Der selbe Patient schaffte es auch, die mit dem Arzt getroffene Entscheidung durchzuziehen, während des Psychiatrieaufenthaltes eine Garconniere zu finden und nach der Entlassung nicht mehr zur Mutter zurück zu gehen sondern alleine zu wohnen.

5.1.2 Diskussion der Kategorie „Professionelle Hilfe“

In dieser Kategorie finden sich gleich zwei Kriterien, die von *allen Probanden* im Zuge der Interviews erwähnt und als für die Heilung notwendig beschrieben wurden:

Krankenhausaufenthalt und Medikamente. Damit wird eindeutig die Vermutung zu Beginn der Untersuchung bestätigt, dass bei schwerer Depression auf professionelle Hilfe in psychiatrischen Anstalten und auf Psychopharmaka nicht verzichtet werden kann.

Alle Personen sind explizit der Meinung, dass es für sie ohne **stationären Aufenthalt** vermutlich keine Rettung gegeben hätte, obwohl ein (eher kleiner) Teil der Befragten sich darüber hinaus kritisch äußerte. So meint T5, „...da hat man dann einfach Sachen probiert ...hat nicht viel geholfen“. Nur T2 äußerte sich sehr negativ, wobei das auch daran liegen mag, dass sein Psychiatrieaufenthalt bereits 1964 (!) war und damit in eine Zeit viel in der in Psychiatrischen Anstalten noch vieles anderes war als heute.

Jeder der Untersuchten gab an, dass er davon überzeugt sei, in mindestens *einer* akuten Phase auf die Einnahme von **Psychopharmaka** angewiesen gewesen zu sein.

Psychopharmaka ermöglichten einerseits, durch Schlafkuren Abstand und somit psychische aber auch körperliche Erholung zu gewinnen. Andererseits beeinflussen und

korrigieren Medikamente biologische Vorgänge im Gehirn, die spürbare Auswirkungen auf das psychische Erleben haben. Testperson 6 ist davon überzeugt, dass Medikamente das einzige sind, was ihr wirklich hilft, ein durchschnittlich normales Leben führen zu können, wenn sie sagt: „Ich bin sicher einer der wenigen Fälle, dem nur mit Medikamenten zu helfen ist und nicht mit Gesprächen“. Es fällt auf, dass einige der Befragten, den Einsatz von Medikamenten in manchen Situationen als falsch oder unnötig erlebten, wie zum Beispiel Testperson 5 meint „...ohne Medikamente wäre es nicht gegangen glaube ich, aber [...] ich bin sicher auch falsch behandelt worden...“ (vgl. auch Kapitel 2.5.6.6).

Sehr unterschiedliche Aussagen finden sich zu Bedeutung und Wirksamkeit von **Psychotherapie**. Drei Punkte scheinen nennenswert:

1. Die Aussagen in den Interviews zum Einfluss von Psychotherapie bei der Genesung sind sehr widersprüchlich. Von *Sinnlosigkeit* (Testperson 6: „Ich bin einmal einem Therapeuten gegenüber gesessen, aber was will denn der jetzt, was möchte denn der mir sagen, mir helfen? [...] Ja und dann war's für mich aus, vorbei. Da komm ich nie mehr her“) bis zur *unverzichtbaren Unterstützung* (Testperson 1: „Dr. X, Gesprächstherapie machte der. Um ein zweites Mal da rauszukommen, da halfen mir eigentlich nur die Gespräche. Er ist eine angenehme Erscheinung, sehr sympathisch, der hat eine Aura um sich. Und sein Gesprächston, er kann auch scharf werden, aber er hat eine Stimme, die tröstet. Er ist sehr mitfühlend und doch auch wieder streng“) reichen die Meinungen.
2. In allen Fällen, vor allem bei den Patienten, die mit Gesprächstherapie behandelt wurden, zeigt sich, dass die Beziehung zum Therapeuten ausschlaggebend für die Bewertung der Psychotherapie ist. So erlebten T1, T4 und T7 ihre Psychotherapeuten(Gesprächstherapie) als besonders sympathisch. T4, die vor dem stationären Aufenthalt eine sehr unzufriedenstellende Therapieerfahrung gemacht hat, meint über die Psychotherapeutin, die ihr anlässlich des stationären Aufenthaltes zugeteilt wurde: „...die ist dann die ganzen Jahre meine Begleiterin geblieben, ...hab ich gleich das Gefühl gehabt, da bin ich jetzt richtig“.

3. Auffallend ist auch, dass jene zwei Personen, die Katatym Imaginative Psychotherapie erhielten, diese als besonders hilfreich lobten. (Testperson 5: „Ja und dann waren da die Gespräche über die Bilder. ‚Was siehst du da?‘ Und dann hat er gesagt, was er sieht. Also für mich war der Dr. M. dann schon der Gott, der Mann, der wichtigste Mann in meinem Leben. Also, der hat mich so geführt, dann hab ich wieder Lebenskraft gespürt...“)

5.1.3 Diskussion der Kategorie „Materielle Sicherheit“

Nach Vorliegen der Untersuchungsergebnisse mag es Erstaunen hervorrufen, dass der Aspekt der materiellen Sicherheit, der von *allen* Probanden als wesentliche Hilfe bei der Bewältigung der Depression genannt wird, im Theorieteil in der verwendeten - recht umfangreichen - Literatur kaum erwähnt wird.

Damit wird eindeutig die Vermutung zu Beginn der Untersuchung bestätigt, dass sich bei schwerer Depression ein sicherer finanzieller Hintergrund sehr positiv auf den Genesungsprozess auswirkt. (vgl. Kapitel 3)

Wenn man an Maslow`s Bedürfnispyramide denkt, liegt das Bedürfnis nach Sicherheit unmittelbar über den biologischen Grundbedürfnissen und gilt als ein sehr wesentliches Grundbedürfnis zu gesundem Überleben. (Bourne & Ekstrand, 2005).

Wie zum Beispiel in den Gesprächen mit T1, T3, T4, T6, T7 und T8 klar wird, erleichtert **Geld** durch die Möglichkeit, sich einen adäquaten Arzt und Therapeuten zu suchen. T1 und T5 betonen, dass es das Selbstvertrauen stärkt, „...wenn man sich auch während des langen stationären Aufenthaltes ab und zu etwas gönnen kann“ und sind sich sicher, dass es für die Genesung gut und entlastend ist, wenn man sich keine finanziellen Sorgen machen muss, wenn man weiß wie man nach der Entlassung sein Leben finanzieren kann.

Neben den Kriterien Krankenhaus, Medikamente, Glaube und Spiritualität ist Geld das vierte und letzte Kriterium, das von *allen Probanden* als wesentlich für den Weg aus der Depression genannt wird. Umso bemerkenswerter, dass dieser Sachverhalt in der Literatur so wenig Platz einnimmt.

5.1.4 Diskussion der Kategorie „Körperbewusstsein“

Auch diese Kategorie war in der verwendeten Literatur über Depressionstherapien mit Wirksamkeitsnachweis nicht zu finden. Auffallend, dass es dabei weniger um **sportliche körperliche Betätigung** geht, wie zum Beispiel T4, die bei der stationären Therapie mit dem Joggen begann, sondern vorwiegend um **Körperpflege**. T1 betont immer wieder ihre Disziplin, mit der sie bedacht war, ihren Körper gesund zu erhalten: „... und es ist halt schon sehr sehr wichtig, dass man sich morgen früh vor den Spiegel stellt, sich sauber anzieht, ... , sobald man frisiert ist, geht es einem schon ein bisschen besser.“ T1 meint, dass das nicht immer möglich war, aber dass sie es wann immer es ihr möglich war, auch mit „Gewalt“ gemacht hat. T4 und T8 schildern ebenfalls das tiefe Bedürfnis, den Körper und das Aussehen zu pflegen, auch wenn T8 dazu meint: „es kostet immer wieder ungeheuerliche Kraft und Anstrengung und manchmal gelingt es auch gar nicht. Und dann liegst du im Bett und hast statt frisierter Haare Schuldgefühle.“ T5 betont in Zusammenhang mit Körperbewusstsein, dass für ihn Essen in der Zeit der Genesung ein sehr wesentlicher Faktor war, dem er „bewusst Aufmerksamkeit und Zeit widmete“. Interessanterweise ist Essen für die anderen Probanden kein erwähnenswertes Kriterium.

5.1.5 Diskussion der Kategorie „Glaube und Spiritualität“

Der hohe Stellenwert, den **Glaube und Spiritualität** in dieser Untersuchung als Genesungsfaktor einnimmt, findet meines Erachtens in der bisherigen wissenschaftlichen Literatur keinen adäquaten Niederschlag. Vermutlich findet sich bei Antonovsky mit seiner Sinndimension, oder bei Viktor Frankl in der Existenzanalyse, aber auch bei Petzold mit „Werte und Werthaltungen“ als einen von fünf Bereichen menschlicher Identität das, was die Befragten in ihren Berichten über die Rolle von Glaube und Gott sehr direkt beim Namen nannten. (vgl. Kapitel 2.4 und Lorenz, R., 2005). Diese Untersuchung zeigt, dass allein die Tatsache, an etwas „Göttliches, Übermenschliches, Übernatürliches“ glauben zu *können*, wesentlich dazu beiträgt, eine

psychische Erkrankung wie die Depression zu überwinden. Dies hängt vermutlich u.a. damit zusammen, dass Glaube **Erleichterung** bringt, indem er ermöglicht, Enttäuschungen nicht mehr gegen sich selbst zu richten, sondern nach außen zu verlagern. So schildert Testperson 8 ihre Verbitterung: „...Ich mein, ich geh schon in die Kirche, allein halt, und dann schimpf ich da drin, manchmal laut, dass er (Gott, Anm.d.Verf.) mir das angetan hat...“. T8 nimmt damit eine besondere Stellung ein, da sie Glaube als für sie unwesentlich angab. Im Interview war aber klar ersichtlich, wie sehr sie den Glauben an Gott brauchte, um von ihren für sie unerträglichen Schuldgefühlen am Selbstmord des Sohnes abzulenken. Immer wieder bezeichnet sie Gott als den „Bösen“, während Maria und Jesus für sie unterstützend sind. Sie besuchte auch jahrelang eine von einer Klosterfrau geführte Depressionsgruppe und fühlt sich in leeren Gotteshäusern, die sie häufig aufsucht, um Gott zu klagen, wohl.

Die Mehrheit (sechs Personen) sieht im Göttlichen etwas **Unterstützendes** und **Schützendes**. So erzählt Testperson 5 „... in der Zeit, wo es mir schlecht gegangen ist, ab 1992, hab ich eigentlich vermehrt das Gotteshaus aufgesucht ... irgendwie hab ich mich da wohler gefühlt, aber das war nicht alles. Ich hab vermehrt eigentlich die Gottesnähe gesucht...“. Ein anderer Proband, Testperson 2, empfindet sich ... „als (kleines) Teil eines Ganzen, in ein universales Kräftesystem eingefügt, in dem er sein Leben lebt, so wie es durch das Ganze ermöglicht und gefordert ist“. T1 lässt deutlich erkennen, dass ihr Glaube an Gott sie daran hinderte, dass sie sich das Leben nahm: „Ja ich bin ja ein sehr gläubiger Mensch. Ich hab zwar oft dran gedacht, an Selbstmord, aber ich hab das dann immer wieder gleich weggelassen, weil der Glaube mir geholfen und **Kraft** gegeben hat. Ich komm da eigentlich immer wieder auf das gleiche Thema zurück.“

Vor allem T7 machte viele – auch negative – Erfahrungen in religiösen **Gemeinschaften**. In der evangelischen Gemeinschaft fand sie schließlich Menschen, die sie einen „liebenden und unterstützenden Gott, der einem in Freud und Leid nah sein konnte, sodass man sich nicht einsam fühlt, auch wenn man allein ist“ kennen lernen ließ. T7 spielt in dieser Gemeinschaft aber auch in einer katholischen Pfarre heute noch die Orgel und führt ein aktives Glaubensleben, in dem sie viel Selbstbestätigung und Kraft findet.

5.1.6 Diskussion der Kategorie „Natur“

Auch bezüglich des Kriteriums Natur sind in der aktuellen Literatur kaum Hinweise mit Wirksamkeitsnachweis zu finden. Einzige Ausnahme bildet die im Kapitel 2.5.6.8 beschriebene **Licht**therapie, die sich auf Grund der heilsamen Wirkung von Licht vor allem in dunklen Jahreszeiten ergänzend zu Psychopharmaka und Psychotherapie als wirksam erwiesen hat.

T1 fand vor allem in der Pflege ihres Gartens nach Überwindung der schweren Krise, in der sie auch ihre Blumen vernachlässigte, eine vielschichtige Unterstützung auf dem Weg der Genesung, in dem sie in der Natur vor allem **Ruhe** suchte und fand, die ihr gut tat. Auch T4 legte – sobald nach Überwindung der ärgsten Krise die Kraft dazu da war – viel Wert auf die Pflege ihrer Blumen. „Ich war da immer ganz glücklich, wenn ich das so hinkrieg, dass ich mich wohlfühl in diesem (Blumen - Anm.d.Verf.) Rahmen“.

Sehr viel Bedeutung wird von drei Personen den **Tieren** zugesprochen. Die Rolle, die diese für die Betroffenen spielen, würde rechtfertigen, dieses Kriterium der Kategorie „Soziales Netz“ zuzuordnen. (vgl. Kapitel 5.1.7). So beschreibt T6 sehr ausführlich, wie ihr Kater und ihr Hund ihr Geborgenheit und Liebe geben konnten, was für sie sehr heilsam und kräftigend war: „...und dann schlafen wir beide, er auf meinem Bauch und ich. Ich genieß das, das ist Balsam auf meiner Seele...“ Weiters „zwingen“ Tiere zu Tätigkeit und zur Übernahme von Verantwortung, was wiederum das Selbstwertgefühl stärkt. T8 meint: „Ich bin, sobald es mir besser gegangen ist, ins Tierheim gefahren und da durfte man täglich einen Hund holen und mit dem spazieren gehen. Das hat mir ganz besonders geholfen, das war mein Haupttermin... wenn’s mir schlecht ging ein kleiner (Spaziergang – Anm.d.Verf.) und sonst ein größerer“.

5.1.7 Diskussion der Kategorie „Soziales Netz“

Die Bedeutung eines stärkenden sozialen Netzes für psychisch Kranke ist inzwischen unbestritten.

Die kranke Seele braucht – was Sozialität betrifft - etwas anderes, als den einsamen Tod am Scheiterhaufen wie im Mittelalter oder isolierende Ketten wie im Narrenturm in Wien in der Zeit Josef’s II, aber auch etwas anderes als zerstörerische Rituale und

Kulte, die unter anderem aus falsch verstandenen Ritualen anderer Kulturen bei uns Fuß fassten. (Schmidbauer, W., 1998).

Ein unterstützendes soziales Netz, soziale Beziehungen, ob Familie, Partnerschaft, Glaubensgemeinschaft, Mitarbeiter, Freundeskreis, oder zunächst auch eine Therapiegruppe, bringt Entlastung und Beruhigung, indem es Gefühle des **Vertrauen-Könnens** und des Sicherheit gebenden **Rückhalts** weckt.

Die Vermutung zu Beginn der Untersuchung (vg. Kapitel 3), dass Genesung *vor allem* auch durch eine unterstützende Familie/Partnerschaft gefördert wird, hat sich jedoch nicht bestätigt. Mehrere der befragten Personen, vor allem T1, T6 und T7 wurden in ihrer Heilung durch das Unverständnis, auf das sie in Familie und Partnerschaft stießen, eher behindert als gefördert. (vgl. weitere Ausführungen in diesem Kapitel). Häufig sind es Bezugspersonen außerhalb des familiären Verbandes, die in schwersten Zeiten als hilfreich und unterstützend empfunden werden.

So meint T1: „...die Fini, sie war in der Depression eine sehr wichtige Begleiterin für mich. Eigentlich ist sie meine Angestellte, meine Putzerin. Aber .. so etwas wie Freundschaft entstanden... Sie horchte mir zu, ich hab ihr auch zugehört natürlich, dann haben wir ab und zu einen Ausflug gemacht...“ Während T1 in der Familie und Partnerschaft überhaupt keine Hilfe erfahren konnte und sich von den Angehörigen distanzierte, da sie sich bevormundet und unverstanden fühlte („Jeder fremde Mensch kann einem mehr helfen als ein Angehöriger“), findet T3 in seiner Gattin „eine herrliche Begleitung in diesen schweren Stunden“, die immer hinter ihm gestanden ist „... in diesen schweren Stunden“. Für T7 hingegen war die Taufe bei den Baptisten ein einschneidender Tag, der ihr viel Kraft für ihren Weg gab: „Das war für mich einer der schönsten und ernstesten Tage meines Lebens... Ich hab gesagt: Andere heiraten, für mich war das der große Tag“.

Eingebunden zu sein in ein soziales Netz gibt aber auch Gelegenheit, Verantwortung zu übernehmen und sich einzubringen, was wiederum **Sinn** am eigenen Sein und **Anerkennung** erfahren lässt. Hier zeigt sich auch ein Verwobensein dieser Kategorie Soziales Netz mit der Kategorie Persönliche Stärken: Wer Sinn am Leben und Wertschätzung findet, wird auch in seiner Persönlichkeit **gestärkt**. (vgl. 5.1.) So erzählt

T7: „Jeder hat seine Aufgabe. Meine besteht darin, anderen Menschen mit meiner Musik zu dienen. Dabei fühle ich mich richtig und wohl und wichtig. Das macht mir Freude...und so macht mein Leben einen Sinn. Das zu erleben ist für mich... heute das wichtigste: sinnvoll zu sein“. Hier lässt sich wieder ein Bezug zu Antonovsky's Modell der Salutogenese herstellen. Sinnhaftigkeit ist bei ihm eine tragende Säule des Kohärenzgefühles, das ja laut Antonovsky ausschlaggebend für Gesundheitsentstehung ist. (vgl. 2.4).

Wie im vorangegangenen Kapitel 5.1.6 beschrieben könnten auch Haustiere zum sozialen Netz gezählt werden. Sie schenken Geborgenheit, zeigen Liebe und Anerkennung. Durch ihre Abhängigkeit vom Menschen können sie Motivation zur Übernahme von Verantwortung sein und damit Selbstwert und Sinnhaftigkeit beim betreuenden Menschen stärken.

5.1.8 Diskussion der Kategorie „Glück/'Wunder'“

Diese Kategorie trägt eine – für einewissenschaftliche Forschungsarbeit –heikle Bezeichnung, wird doch die Qualität einer wissenschaftlichen Arbeit vor allem danach bewertet, wie sachlich begründet und nachvollziehbar sie ist. (Drexler, A., 2006). Ereignisse, die als Glück oder Wunder bezeichnet werden, genügen diesen Ansprüchen nicht. Die Kategorienbezeichnungen in dieser Arbeit sollen aber wertfrei alle Aussagen der interviewten Personen erfassen. Die Kategorie „Glück und ,Wunder'“ enthält subjektive Erfahrungen, die in sich unerklärbar und nicht nachvollziehbar sind, aber für die Genesung als ausschlaggebend und wichtig angegeben werden.

Die Verfasserin ist der Ansicht, dass *allen* subjektiven Aussagen der untersuchten Personen in dieser Arbeit Raum zu geben ist, auch wenn diese in sich nicht erklärbar sind. Es gibt keinen ersichtlichen Grund, die Stellungnahmen zweier Probanden (T5 und vor allem T3, dessen Erfahrung tatsächlich sehr außergewöhnlich war) zu ignorieren, aus Angst vor Ablehnung in Wissenschaftskreisen. Die Geschichte von T3, dessen Genesung letztendlich ausschließlich auf *ein einziges* „wundersames“ Ereignis zurück zu führen zu sein scheint, soll hier näher beschrieben werden – vor allem aber auch, *warum* sie in dieser Arbeit ihren Platz findet.

T3 gibt an, ein von Kind auf gläubiger und in einer katholischen Familie aufgewachsener Mann zu sein, der zwischen 1963 und 1974 unter Depressionen in 3-Monatsphasen litt, zwei mehrwöchige Psychiatrieaufenthalte erlebte und über Jahre regelmäßig Medikamente einnahm. Er beschreibt, wie ihm während seines zweiten Psychiatrieaufenthaltes im Jahr 1974 in einer qualvoll erlebten Erfahrung Jesus erschienen sei: ...Ich betete den Rosenkranz und war ganz sicher, wenn der fertig ist, ist auch mein Leben fertig. Und das hat mich irgendwie beruhigt...und auf einmal war der Rosenkranz fertig, aber mein Leben nicht...Und dann kommt dasselbe wieder: Eine große und starke Metallpratze... Jetzt können es nur mehr Sekunden sein und dann ist mein Leben zu Ende, weil ich keine Luft mehr bekomme... Und plötzlich schrie ich den Schrei meines Lebens: Mein Herr Jesu Barmherzigkeit o Maria hilf... und plötzlich ist vor mir ein gleißend weißes Licht gewesen...mitten drin ein Holzkreuz und lauter farbige Strahlen...ein Mann mit langen dunklen Haaren und weißem Gewand...streckt mir die Hände entgegen: „Hans, was hast du denn für eine Angst? Ich war immer in der Depression bei dir, aber du hast dich bis jetzt nie in meine barmherzigen Hände fallen lassen und jetzt ist es passiert.“ In der Folge erzählt T3 von einem Zustand der Befreiung, einem großen inneren Frieden, Tränen der Freude... Der Bericht mutet an wie ein Alptraum und würde in dieser Arbeit keinen Platz finden, wenn in Folge dieser Mann nicht vollständig von seiner Krankheit geheilt gewesen wäre, und er seinem Leben eine ganz neue Ausrichtung gegeben hätte. Er setzte die Medikamente nach und nach ab und ist seit Dezember 1974 vollkommen beschwerdefrei. Er berichtete glaubwürdig von seiner nicht problemlosen Verarbeitung des Erlebten. Nach seinem letzten Psychiatrieaufenthalt wechselte er seinen Beruf und lebt heute als lebensfroher und psychisch gesunder Pensionist mit seiner Frau in Tirol.

Auf Grund seiner durchaus nachvollziehbaren Verarbeitung des Erlebten und den tief greifenden Änderungen, die er nach dieser Erfahrung in sein Leben brachte, scheint es mir gerechtfertigt, dieses Erlebnis in die Arbeit mit einfließen zu lassen und einer Kategorie die Bezeichnung „Glück und ,Wunder““ zu geben.

5.1.9 Diskussion der Kategorie „Veränderungen“

In der wissenschaftlichen Literatur wird dem Begriff „Veränderungen“ wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Allerdings meint Antonovsky, wenn er über „Handhabbarkeit“ als das Vertrauen in die Lösbarkeit eines Problems spricht, wohl auch die Fähigkeit, Veränderungen herbeizuführen. (Lorenz, R., 2005)

Diese Kategorie enthält wieder Aussagen des Großteils der untersuchten Personen. Meist begannen bereits in der Akutphase während des Krankenhausaufenthaltes durch Arzt- und/oder Therapiegespräche, aber auch durch Erfahrungen mit Mitpatienten erste einschneidende Veränderungen von persönlichen **Einstellungen**. T7 berichtet, dass das „...enorme Vertrauen der Ärzte...“ - sie durfte täglich am Nachmittag nach Hause fahren um Klavier zu üben - ihr soviel Kraft und Selbstvertrauen gaben, dass sie „voll mitgearbeitet“ und noch einmal einem Versuch mit einer Psychotherapie zugestimmt hat, obwohl sie sich nach zwei sehr schlechten Therapieerfahrungen „...geschworen hatte, sich nie mehr einem Therapeuten...“ anzuvertrauen.

T5 schaffte es mit Unterstützung seines Psychotherapeuten und einer Sozialarbeiterin noch während des stationären Aufenthaltes eine **eigene Garconniere** anzumieten und nach dem Aufenthalt nicht mehr nach Hause zur Mutter sondern in diese zu ziehen. T5 meinte dazu unter anderem: „Ich war damals 22, 23 Jahre und das ist sicher der Punkt wo man erwachsen werden muss... und ich hab gewusst: das ist jetzt der Zeitpunkt“.

In drei Fällen waren es auch Veränderungen der **beruflichen Situation**, die als maßgeblich für den Weg in eine bessere Lebensqualität bezeichnet wurden. T6 und T7 erhielten Erleichterung durch zunächst befristete Pensionierungen, T3 verschaffte sich aus eigener Kraft spürbare Entlastung, indem er darauf verzichtete, den erfolgreichen Betrieb des Vaters zu übernehmen, diesen auflöste und sich in einem anderen Betrieb anstellen ließ. T5 hingegen gibt an, dass nach seinem beinahe sechsmonatigen Psychiatrieaufenthalt die Rückkehr in den Beruf, den er auch heute noch ausübt, zwar schwer aber sehr motivierend und unterstützend war. Somit lässt sich nicht

verallgemeinernd sagen, ob es besser ist zu arbeiten oder aus der Arbeitswelt (vorübergehend) auszutreten.

5.2 DISKUSSION DER UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE IM BEZUG ZUM THEORIETEIL DIESER ARBEIT

5.2.1 Bezug zu den Begriffen Krankheit und Gesundheit (vgl. Kapitel 2)

Die Tatsache, dass es den Interviewpartnern über weite Strecken der Interviews sichtlich schwer fiel, über ihre *gesundheits*generierenden Erfahrungen und Ereignisse zu sprechen, lässt darauf schließen, dass der Wandel, der sich in der Forschungswissenschaft schon recht gut etabliert hat, in der Alltagspraxis noch nicht sehr spürbar ist. Wir sprechen immer noch leichter über unsere Krankheiten als unsere Gesundheit.

Es wurde erwartet, dass ein Thema über subjektive Genesetheorien in einem engen Zusammenhang zu den Begriffen Gesundheit und Krankheit steht. Erst im Zuge der Gegenüberstellung der Untersuchungsergebnisse und der im Theorieteil beschriebenen Themen zu Gesundheit und Krankheit zeigte sich, dass *Genesung* weder mit dem einen noch mit dem anderen eng verbunden ist, sondern eine sehr eigenständige Rolle einnimmt. Genesung scheint ein Prozess zu sein, der geprägt ist durch Veränderung in eine bestimmte Richtung: weg von „Ich fühle mich durchschnittlich krank und schlechter“ hin zu „Ich fühle mich durchschnittlich gesund und besser“. Genesung ist vergleichbar mit einer Brücke, die ein rechtes und ein linkes Ufer verbindet, ohne selbst Ufer zu sein. (vgl. Kapitel 5.5)

5.2.2 Bezug zu Antonovsky's Salutogenesemodell (vgl. Kapitel 2.4)

In der Diskussion der 9 Kategorien (vgl. Kapitel 5.1.), die sich aus der qualitativen Inhaltsanalyse ergeben haben, wurde immer wieder auch auf Antonovsky's Salutogenesemodell, das - wie in Kapitel 2.4 beschrieben - viel Bewegung in die Gesundheitsforschung gebracht hat, Bezug genommen.

Antonovsky's Modell ist ein *Gesundheitsmodell*, ein Modell das Voraussetzungen beschreibt, unter denen *stabile* Gesundheit entsteht und sich festigen kann. Es geht dabei nicht so sehr um die Überwindung einer Krankheit.

Die Kategorien dieser Untersuchung beinhalten hingegen Kriterien, die den Prozess der Genesung beschreiben, der *zwischen* Krankheit und Gesundheit liegt und diese *beiden* Pole berührt. Dieser Prozess ist geprägt durch eine festgelegte Richtung: Weg von „ich fühle mich krank“ hin zu „ich fühle mich gesund“.

Es erscheint eine logische Konsequenz, dass zahlreiche Aspekte von Antonovsky's Modell in diesen neun Kategorien (vgl. Kapitel 5.1.), und auch in den vier Elementen einer subjektiven Genesetheorie (vgl. Kapitel 5.4.1) enthalten sind, dass aber darüber hinaus weitere Kriterien für Genesung im Sinne von Überwindung einer Krankheit, eine zentrale Rolle spielen.

5.2.3 Bezug zu bisherigen Erkenntnisse über die Epidemiologie der Depression (vgl. Kapitel 2.5.5)

Die bisherigen recht unterschiedlichen Untersuchungsergebnisse über **Alter** und Altersverschiebungen von Depressionspatienten werden durch die Ergebnisse dieser Untersuchung auf Grund der kleinen Stichprobengröße und der Streuung der Ergebnisse weder widerlegt noch bestätigt.

Ebenso können auf Grund der zu geringen Stichprobengröße keine relevanten Angaben über **geschlechtsspezifische** Unterschiede gemacht werden.

Erstaunlich, aber weiter nicht erklärbar ist die Tatsache, dass alle drei Männer dieser Untersuchung es schafften, sich vollkommen von Medikamenten zu befreien, während das nur eine von fünf Frauen schaffte. (vgl. Tabelle in Kapitel 4.2). Die in einer Untersuchung von Fischer, G. (2007) aufgestellte Theorie, dass sich Männer lieber Medikamente verschreiben lassen als Frauen, während Frauen Psychotherapien und Naturheilmittel eher annehmen als Männer, würde dem widersprechen. Allerdings ist auch hier die Stichprobengröße zu klein, um von einem relevanten Ergebnis sprechen zu können.

Die präventive Wirkung von unterstützenden **Sozialbeziehungen** zeigte sich auch in dieser Untersuchung und findet ihren Ausdruck in Kategorie 7 (vgl. Kapitel 4.1.7) der subjektiven Genesetheorien.

5.3 KRITISCHE ANMERKUNGEN ZUR VORLIEGENDEN ARBEIT

5.3.1 Anmerkungen zum Inhalt des theoretischen Teils dieser Arbeit

Da keine Untersuchungsergebnisse mit vergleichbarer Absicht und Vorgehensweise zugänglich waren, konnte sich der Theorieteil nur anhand von Randthemen dem eigentlichen Forschungsschwerpunkt annähern und keine Vergleiche mit vorhandenen Untersuchungen und Arbeiten anstreben.

Die Auswahl der Themen für den Theorieteil erfolgte unter folgenden Gesichtspunkten:

- Klären von Begrifflichkeiten
- Informationen zum aktuellen Forschungsstand rund um Gesundheit und Depression
- Ausführungen, die interessante und die weitere Forschung beeinflussende Entwicklungen widerspiegeln

Im Theorieteil wurde somit versucht, den aktuellen Stand der Wissenschaft bezüglich des Gesundheitsbegriffes und der Krankheit Depression darzustellen. Ein geschichtlicher Abriss und die Beschreibung moderner wissenschaftlich abgesicherter Therapieverfahren in der Depressionsbehandlung lassen erkennen, dass wir uns in einer Zeit einer einschneidenden Wende befinden. Neue Konzepte und Theorien über Gesundheit, Gesundheitsentstehung und Gesundheitsförderung nehmen in der Wissenschaft mehr und mehr Raum ein, dem auch ganzheitlich strukturierte Behandlungskonzepte – zumindest in der Theorie - immer mehr Rechnung tragen. Man kann vielleicht nicht von einem Paradigmen*wechsel* in der Wissenschaft sprechen. Es geht nicht darum, dem bis vor kurzem alles bestimmenden naturwissenschaftlichen Krankheitsverständnis des neunzehnten Jahrhunderts abzuschwören. Dieses Verständnis, das mit seiner strikten Trennung von Erkenntnisobjekt (biochemische

„Körpermaschine“) und erkennendem Subjekt („körperloser“ Wissenschaftler) epochemachenden medizinischen Fortschritten den Weg ebnete, soll um ein wiederentdecktes ganzheitliches Gesundheitsverständnis und um gesundheitsfördernde Konzepte erweitert werden. (Legewie, H. & Trojan, A., 2000). Es geht also nicht um einen dramatischen Wechsel, sondern um Erweiterung. Es geht nicht um „entweder-oder“ sondern um „sowohl-als“ auch. Die Ausführungen in Kapitel 2 lassen erkennen, dass diese neue Betrachtung von Krankheit und Gesundheit auf breiter Ebene interdisziplinär erfolgt, was sich auch in der Profilierung eines neuen Wissenschaftszweiges, der Gesundheitswissenschaft, zeigt.

5.3.2 Geringe Stichprobengröße

Acht Personen sind eine sehr geringe Zahl für eine Stichprobe. Die Ergebnisse aus der Untersuchung können daher nur als ein erster Schritt, als erste Hinweise auf einen Komplex verstanden werden.

vgl. auch Kapitel 5.2.3 – Bezug zu bisherigen Erkenntnissen über die Epidemiologie der Depression und Kapitel 5.4.4 – weitere Forschungsfragen

5.3.3 Definierung von Gesundheit im Vorfeld dieser Untersuchung - Kritik

In den Auswahlkriterien für die Untersuchung mussten die Personen, die an der Untersuchung teilnehmen wollten erklären, dass sie sich seit mindestens drei Jahren durchschnittlich gut und besser fühlen. (vgl. 4.1)

Dieses Auswahlkriterium war in den Fragebögen für die Auswahl der Probanden sichtlich zu wenig klar umschrieben gewesen und hätte anhand der in Kapitel 2.3.2 und 2.3.3 beschriebenen Erläuterungen genauer definiert werden müssen. So hätte vermutlich vermieden werden können, dass sich eine Person zur Untersuchung meldete, obwohl sie als nicht psychisch gesund bezeichnet werden kann und daher nachträglich aus der Untersuchung genommen werden musste. (vgl. Kapitel 4.6)

5.3.4 Probleme in Zusammenhang mit dem Ablauf der Interviews

Mit zunehmender Anzahl an bereits durchgeführten Interviews kristallisierten sich immer mehr genesungsgenerierenden Kriterien heraus, die der Interviewende bei den später folgenden Interviews in die Phase des Nachfragens einbrachte. Für zukünftige Untersuchungen empfiehlt es sich, den Interviews auch einen Leitfaden zu Grunde zu legen, um sie untereinander besser vergleichbar zu machen und an ein Maximum an objektivem Datenmaterial zu bekommen.

5.4 AUSBLICK

5.4.1 Vier Elemente einer subjektiven Genesetheorie

Es wurde versucht, die neun Kategorien der qualitativen Inhaltsanalyse thematisch zusammenzufassen und einen ersten Ansatz einer subjektiven Genesetheorie zu entwickeln. So entstanden schließlich vier Elemente einer subjektiven Genesetheorie.

5.4.1.1 Element 1 - HABEN

Intrinsisch bereits von Geburt an vorhandene und/oder über die Zeit entwickelte Persönlichkeitsmerkmale, die als Stärken empfunden werden

Explizit genannt wurden dabei folgende:

- Selbstwert
- Selbstdisziplin
- Selbstbewusstsein
- Offenheit für und Suche nach Erkenntnissen
- Glaube und Spiritualität

5.4.1.2 Element 2 - TUN

- Tätigkeiten und Handlungen, die zu positiv erlebten Veränderungen in der Innen – und/oder sichtbaren Veränderungen in der Außenwelt führen. Genannt wurden dabei vor allem die Fähigkeit, Entscheidungen in die Tat um zu setzen, sodass es zu einschneidenden Veränderungen kommt. Als Beispiel wurde von großen beruflichen

Veränderungen, wie dem Auflösen des eigenen Betriebes, radikale Veränderung der Wohnsituation oder des Beziehungslebens berichtet.

- Die bewusste Auseinandersetzung mit einer gesunden körperlichen Lebensführung, was von täglicher Körperpflege bis zu sportlichen Betätigungen reicht.

5.4.1.3 Element 3 – ERHALTEN/BEKOMMEN

Von außen erhaltene positive Einflüsse auf das innere Erleben und das alltägliche Leben.

In dieser Untersuchung explizit genannt wurden:

- Unterstützende professionelle Hilfe durch kompetente Ärzte und Psychotherapeuten, wobei in allen Interviews eine positive Beziehungsebene als besonders förderlich herausgestrichen wurde.
- Stationärer Aufenthalt an einer Psychiatrie
- Passende Medikamente
- Materielle Sicherheit
- Unterstützendes Soziales Umfeld: Damit sind alle Personen und Personengruppen gemeint, die auf den Genesungsweg positiven Einfluss hatten.
- Natur: Luft, Wasser, Pflanzen, Tiere...
- Licht, Farben, Düfte, Musik – für die Sinne heilsame Einflüsse
- Literatur, Filme, Vorträge
- Glaube und Spiritualität

5.4.1.4 Element - GLÜCK/ „WUNDER“

Extrinsische, unvorhersehbare und unbeeinflussbare positive Einflüsse und Ereignisse, die einen glücklichen Ausgang haben und die unvorhersehbar, ohne Talent oder ähnliches, ohne Leistung und ohne Absicht eintreten.

Der Ausdruck „Wunder“ ist in einer wissenschaftlichen Arbeit nicht ohne Vorbehalte zu verwenden. Es sei daher auf die Diskussion dieses Begriffes in Kapitel 5.1.8 verwiesen.

5.4.2 Die nachträgliche Bewertung der vier Elemente

Nach Erarbeitung dieser vier Elemente wurden den Probanden nochmals kurze Fragebögen zugeschickt. Sie wurden gebeten, nach Schulnotensystem den Einfluss der einzelnen Elemente für ihre Genesung zu bewerten. („1“ für: Sehr viel Einfluss bis „5“ für: Kein Einfluss) – siehe Tabelle im **Anhang**

Es fällt auf, dass die Elemente 1 bis 3 von keiner einzigen Person negativ, also als nicht einflussreich für die Genesung, bewertet wurden. Anders ausgedrückt: Man kann davon ausgehen, dass intrinsisch genetisch vorhandene oder im Lauf des Lebens erworbene Persönlichkeitsstärken, sowie die intrinsische Motivation zur Ausführung von Handlungen und Tätigkeiten, die entscheidende Veränderungen in die Erlebens- und/oder Lebenswelt bringen und aus der äußeren Umgebung einwirkende unterstützende Einflüsse vorhanden sein *müssen*, wenn Genesung gelingen soll.

Die Bedeutung des Elements 2 wurde am einheitlichsten – nur 2 und 3 – bewertet. Am meisten Bedeutung geben die befragten Personen ihren intrinsisch von Geburt an vorhandenen oder sich im Laufe des Lebens entwickelten Persönlichkeitsstärken. Auf alle Fälle ist die Streuung in den ersten drei Elementen markant gering im Vergleich zur Streuung in Element 4.

Element 4 – Glück und „Wunder“: Auffallend – aber verständlich – ist die Polarisierung der Bewertungen in diesem Element. Hier gibt es abgesehen von einer 4-er Bewertung nur 1 und 5, also nur *sehr wichtig* oder *überhaupt nicht wichtig*. Dies lässt folgende Schlüsse zu: Glückhafte und wundersame Ereignisse sind – so sie eintreten *sehr*

wirksam. Aber – und das ist das Tröstliche und Mutmachende – Heilung ist auch ohne glückhafte und wundersame Ereignisse möglich!

Abschließend und zusammenfassend: das Ergebnis der vorliegenden Arbeit besagt, dass das Vorhandensein von Kriterien der ersten drei Elemente Voraussetzung für Heilung zu sein scheint, während Element 4 keine Voraussetzung ist, aber einen sehr nachhaltigen positiven Einfluss haben *kann*.

5.4.3 Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Elementen

Zwischen den Elementen bestehen Wechselwirkungen. So kann ein starkes Selbstwertgefühl bereits vor Ausbruch der Depression vorhanden sein und scheint in Element 1 (Haben) auf. Oder es wird erst – z.B. durch eine entsprechende Psychotherapie (Element 3 - Erhalten/Bekommen) entwickelt und steht dann erst für die weitere Genesung zur Verfügung. In diesem Fall kann man von einer Wechselwirkung zwischen Element 3 und 1 sprechen.

(vgl. Kapitel 5.4.4 – weitere Forschungsfragen)

5.4.4 Ausblick auf weitere Forschungsfragen

Es ist verständlich und war zu erwarten, dass eine erste Forschungsarbeit zu subjektiven Genesetheorien mehr Fragen aufwirft, als dass sie Antworten gibt. Einige Untersuchungsschwerpunkte sehe ich in folgenden Bereichen:

- Zunächst wäre es notwendig und interessant, in einer größer angelegten Studie mit mehr Probanden und eventuell einem dem Interview zu Grunde gelegten Leitfaden die vorliegenden Ergebnisse zu überprüfen, näher zu beschreiben und gegebenenfalls zu modifizieren oder zu erweitern. Neben einem grundsätzlich qualitativ angelegten Interview sollten auch quantitative Methoden in die Auswertung mit eingebaut werden, um besser fundierte Aussagen über die neun Kategorien als Ergebnis der qualitativen Inhaltsanalyse bzw. die subjektive Genesetheorie und deren 4 Elemente machen zu können.

- Interessant wäre auch eine Untersuchung, in der die Auswahl der von einer schweren Depression geheilten Patienten *nicht* an erfahrene professionelle Hilfe und die Einnahme von Psychopharmaka gebunden ist. Zum Einen stellt sich die Frage, ob solche Probanden zu finden sind, zum Anderen wie man ohne ärztliche Diagnosen und anerkannte Methoden der Behandlung Rückschlüsse auf die Schwere der Erkrankung ziehen kann. Schließlich wäre aber besonders interessant, ob die Befragung zu deutlich anderen Ergebnissen führen würde.
- Erforschung von Wechselwirkungen der einzelnen Kategorien bzw. Elemente untereinander

5.5 BEENDEN MÖCHTE ICH

diese Arbeit mit einem Bild, das anschaulich machen soll, welche überraschend eigenständige Position *Genesetheorien* haben. Nach Vorliegen der Untersuchungsergebnisse ist erkennbar, dass subjektive Genesetheorien wenig mit Gesundheit und Krankheit direkt in Bezug stehen. Genesetheorien werden wirksam, wenn Krankheit besteht und beschreiben den Weg, der zwischen Krankheit und Gesundheit liegt – ähnlich einer Brücke, die ein rechtes und ein linkes Flussufer verbindet, ohne selbst Ufer zu sein. Und – um bei diesem Bild zu bleiben: So wie Genesetheorien nicht mit Gesundheit und Gesundheitstheorien, beziehungsweise mit Krankheit und Krankheitstheorien in engen Bezug gesetzt werden können, ist auch die Brücke etwas völlig anderes als die beiden Ufer. Und doch erfüllt die Brücke eine sehr wertvolle Funktion für die beiden Ufer – nämlich die Verbindung. Genesetheorien könnten demzufolge als Verbindungselemente zwischen Gesundheits- und Krankheitstheorien betrachtet werden.

LITERATURLISTE

Bücher

- Antonovsky, A., (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag
- Bauer, M., Berghoefer, A. & Adli, M., (2005). Akute und therapieresistente Depressionen. Pharmakotherapie — Psychotherapie — Innovationen. Berlin: Springer Verlag
- Boecker, H., (2005). In: M. Leuzinger-Bohleber, H. Deserno.& St. Hau.(Hg.) Depression - Pluralismus in Praxis und Forschung. (S. 258-280). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Bourne, L.e. & Ekstrand, B.R. (2005). Einführung in die Psychologie. Eschborn bei Frankfurt am Main: Verlag Dietmar Klotz
- Bruch, C. (2002). Die große Enzyklopaedie Naturheilkunde. Heilmethoden, Wirkungsweisen und Anwendungsgebiete. Köln: DuMont monte Verlag.
- Burns, D. (2006). Fühl dich gut. Angstfrei mit Depression umgehen. Paderborn: Jungfermann
- DGPPN (2006). Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Naturheilkunde. Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Behandlungsleitlinien Affektiver Erkrankungen (Band 5). Darmstadt: Steinkopff
- Ehlich, K. (1993). Qualitäten des Quantitativen, Qualitäten des Qualitativen. Theoretische Überlegungen zu einer gängigen Unterscheidung im Wissenschaftsbetrieb. In: J.-P. Timm & H.J. Vollmer (Hg.). Kontroversen in der Fremdsprachenforschung. S. 201-222. Bochum: Brockmeyer
- Ernst, C. (1997). Epidemiologie depressiver Störungen im Alter. In: H. Radebold & R.D. Hirsch (Hg.). Depressionen im Alter. Darmstadt: Steinkopf
- Faltermaier, T., (1994) Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag. Weinheim: Verlagsgruppe Beltz
- Finke, J.& Teusch, L., (2007). Gesprächspsychotherapie der Depression. In J. Kriz & Th. Sluneko, (Hg.), Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes. (S. 233-247). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG
- Fischer-Rosenthal, W. & Rosenthal, G. (1997). Narrationsanalyse biographischer Selbstpräsentation. In: R. Hitzler & A. Honer (Hg.), Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Eine Einführung. (S. 133-165) . Opladen: Leske + Budrich.
- Flick, U. (1987). Methodenangemessene Gütekriterien in der qualitativ-interpretativen Forschung. In: J.B. Bergold & U. Flick (Hg.), Ein- Sichten. Zugänge zur Sicht des Subjekts mittels qualitativer Forschung. (S.246-263). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Flick, U. (2005). Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg:: Rowohlt
- Friebertshaeuser, B. & Prengel, A. (Hg.), (1997). Handbuch qualitativer Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim und München: Juventa
- Gensichen, J. & Peitz, M. (2006). Behandlungsoptionen für Depression in der allgemeinmedizinischen Versorgung. In: F.W. Schwartz , A. Bramesfeld, B. Stubbe (Hg.). Volkskrankheit Depression. Berlin: Springer

- Goeppel, R., (1997). Ursprünge der seelischen Gesundheit. Würzburg: edition-bentheim
- Hauser, J. (2004). Vom Sinn des Leidens. Die Bedeutsamkeit systemtheoretischer, existenzphilosophischer und religiös-spirituelle Anschauungsweisen für die therapeutische Praxis. Würzburg: Königshausen&Neumann
- Hautzinger, M & Bailer, M. (1993). Die Allgemeine Depressionsskala. Weinheim: Beltz-Test
- Hautzinger, M. & Meyer, T.D., (2002). Diagnostik affektiver Störungen. Göttingen: Hogrefe
- Hautzinger, M., (2003). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Weinheim: Verlagsgruppe Beltz
- Heinze, T. (1995). Qualitative Sozialforschung - Erfahrungen, Probleme und Perspektiven. WV Studium 144. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Heuer, H., Roesler, F. & Tack, W.H., (Hg), (2006). Psychotherapie. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer
- Hilber, A., (2006). Interpersonelle Psychotherapie. In H. Heuer (Hg.). Psychotherapie. Ein Lehrbuch. (S. 404-416). Stuttgart: W. Kohlhammer
- Huber, Th., Klug, G. & Wallerstein, R.S., (2006). Skalen Psychischer Kompetenzen (SPK). Ein Messinstrument für therapeutische Veränderung in der psychischen Struktur. Stuttgart: W. Kohlhammer
- Jacobs, C., (2000). Salutogenese. Eine pastoralpsychologische Studie zur seelischer Gesundheit, Ressourcen und Umgang mit Belastung bei Seelsorgern. Würzburg: Echter
- Jong-Meyer, R. de, Hautzinger, M., Kuehner, Ch. & Schramm, E, (2007). Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie Affektiver Störungen. Göttingen: Hogrefe Verlag
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J. & Chevron, E., (1984). Interpersonal Psychotherapy of Depression. New York: Basic Books.
- Kriz, J., (2007). Grundkonzepte der Psychotherapie. Weinheim: Verlagsgruppe Beltz
- Laengle, A., Holzhey-Kunz, A., (2008). Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG
- Leuzinger-Bohleber, M., 2005. Depressionsforschung zwischen Verweigerung und Anpassung. Eine Einführung. In Stephan Hau, Heinrich Deserno & Hans-Joachim Busch (Hg.), Depression - zwischen Lebensgefühl und Krankheit (S. 11-45). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Loewe, B., Spitzer, R.L., Zipfel S. & Herzog, W. (2002). Gesundheitsfragebogen für Patienten. Komplettversion und Kurzform. Testmappe mit Manual, Fragebögen, Schablonen (2.Aufl.). Karlsruhe: Pfizer GmbH
- Lorenz, R., (2005). Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Mayring, P. (2003). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz-UTB
- Mayring, P. (2003b). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. (8. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz
- Pauls, H., (2004). Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Weinheim und München: Juventa Verlag
- Psychrembel. Klinisches Wörterbuch.(1998). Berlin: de Gruyter
- Schipperger, H., (2003). Gesundheit und Gesellschaft. ein historisch-kritisches Panorama. Berlin: Springer Verlag

- Schmidbauer, W., (1998). Vom Umgang mit der Seele. Himberg: Wiener Verlag.
- Schoepf, J., (2006). Therapie der Depression. Darmstadt: Steinkopff Verlag
- Schramm, E., (Hg), (2003). Interpersonelle Psychotherapie. Stuttgart: Verlag für Medien- und Naturwissenschaften
- Toennies, S., Ploehn, S. & Krippendorf, U. (1996). Skalen zur psychischen Gesundheit
- Uexkuell, Thure von., & Wesiack, W. (1991). Theorie der Humanmedizin: Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. München: Urban & Schwarzenberg

Zeitschriften

- Arnow, B.A., Manber, R., Blasey, C., Klein, D.N., Blalock, J.A., Markowitz, J.C., Rothbaum, B.O., Rush, A.J., Thase, M.E., Riso, L.P., Vivian, D, and McCullough, Jr., J.P. (2003). Therapeutic reactance as a predictor of outcome in the treatment of chronic depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, S.1025-1035
- Berner, M. (2004). Die Behandlung der Major Depression. *Pharmazie in unserer Zeit*. 33 (4), S. 304-310
- Cordes, J., Mobashcer, A., Arends, M., Agelink, M.W., Klimke, A., (2005). Ein neues Behandlungsverfahren der Depression : Die repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS). *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 130, S.889-892
- Cottraux, J., Cucherat, M., Blackburn, I. A metaanalysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 1998, 49 (1), S.59-72
- Dammann, G. (2007). Für eine „Neue Sozialpsychiatrie“: Aktuelle Brennpunkte und Entwicklungslinien der psychiatrischen Versorgung im Spannungsfeld von integrativen und gesundheitsökonomischen Perspektiven. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 75(10), S.593-605
- DeRubeis, Rj, Shelton Rc et al. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry* 2005, 62, S.417-422
- Frieling, H.,(Hillemacher, T., Demling, J.H., Kornhuber, J. & Bleich, S. (2007). Neue Wege in der Depressionsbehandlung. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 75(11), S.641-652
- Gloaguen, V., Cottraux, J., cucherat, M. & Blackburn, I. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49(1), S.59-72
- Hoffmann-Richter U., Alder B. & Finzen, A., (1998). Die Elektrokrampftherapie und die Defibrillation in der Zeitung. Eine Medienanalyse. *Der Nervenarzt*, 69 (7), S. 622-628
- Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., Shelton, R.C., Amsterdam, I.D., Salomon, R.M. et al. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), S.417-422
- Honig M.-S., Gravenhorst, L. & Wahl, K. (1982). Wissenschaftlichkeit und Interessen. Zur Herstellung subjektivitätsorientierter Sozialforschung. Frankfurt: Suhrkamp
- Hopf, C. (1978). Die Pseudo-Exploration – Überlegungen zur Technik qualitativer Interviews in der Sozialforschung. *Zeitschrift für Soziologie* 7, S.97-115.

- Huck, G. (2004). Krankheit bekämpfen oder Gesundheit aktivieren? Die Bedeutung der Salutogenese für die psychiatrische Pflege. *Psychiatrische Pflege heute*, 10, S.2-13
- Klesse, C., Bermejo, I., Haerter, M. (2007). Neue Versorgungsmodelle in der Depressionsbehandlung. *Nervenarzt, Suppl.3*, S.585-594
- Kuehner, C. (2003). Das Gruppenprogramm „Depression bewältigen“ und seine Varianten - eine aktualisierte Metaanalyse. *Verhaltenstherapie. Praxis Forschung Perspektiven*, 13, S.254-262
- Murray, Cj, Lopez,AD. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349, S.1436 – 1442
- Neumann, N.-U Frasn, K. (2007). Die Bedeutung regelmäßiger körperlicher Aktivität für Gesundheit und Wohlbefinden. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 132, S.2387-2391
- Pogarell, O., Koch, W., Poepperl G. et al. (2006). Striatal dopamine release after prefrontal repetitive transcranial magnetic stimulation in major depression: Preliminary results of a dynamic study. *Journal of Psychiatric Research*, 40 (4), S.307-314
- Schramm, E., (2007). Psychotherapie unipolarer Depression. *Fortschritte der Neurologie. Psychiatrie*, 75 (8), S.491-502
- Schramm, E., Caspar, F., Berger, M. (2006). Spezifische Therapie für chronische Depression. *Nervenarzt*, 77(3), S.355-371
- Spiessl, H., Huebner-Liebermann, B. & Hajak, G., (2006). Volkskrankheit Depression. Epidemiologie, Versorgungssituation, Diagnostik, Therapie und Prävention. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 131, S.35-40
- Thase, Me, Greenhouse, Jb & Frank, E. Treatment of depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Archives of General Psychiatry*, 2005 (62). S.417-422.

Diplomarbeit

- Hilscher, Ch., (2001). Zusammenhang zwischen konstruktivem Denken, weiterer Aspekte der Selbstkommunikation und psychischer Gesundheit. Diplomarbeit Studiengang Psychologie des Fachbereichs Psychologie der Universität Hamburg.

Handreichung

- Drexler, A., Niedermair, K. & Bitschnau, K. (2006). Der Forschungsprozess. In: Th. Hug (Hg.). *Wissenschaftliches Arbeiten. Handreichung*. Fakultät für Bildungswissenschaften der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck

Internetseiten

- Fischer, G., (2007). Handout zum Vortrag „Ist Depression weiblich“ am 3. Dezember 2007 im Rahmen der Ringvorlesung „Geschlechterforschung in der Medizin“ an der Univ. Klinik Innsbruck – abrufbar auf <http://www.i-med.ac.at/gleichstellung/files/INNSBRUCK2007.pdf>. 14. Dezember 2007.
- Grimm, J. & Grimm, W. (1971). *Deutsches Wörterbuch*. Band 5, Spalten 4321 – 4338, Leipzig: S. Hirzel 1854-1960. -- Quellenverzeichnis abrufbar auf

- http://germazope.uni-trier.de/Projects/WBB/woerterbuecher/dwb/wbgui?lemmode=lemmasearch&mode=hierarchy&textsize=600&onlist=&word=gesund&lemid=GG12203&query_start=1&totalhits=0&textword=&locpattern=&textpattern=&lemmapattern=&verspatter=#GG12203L0. 27.12.2007
- Leuzinger-Bohleber, M., Beutel, M., Stuhr, U. et al. (2007-2010). Die Frankfurter Depressionstudie – abrufbar auf <http://www.sfi-frankfurt.de/forschung/forschungsfeld-2/depressionsstudie/projektbeschreibung/projektdateien.html>. 12.2.2008
- Oeser, E. (2008). Grundlagen und Formen wissenschaftlicher Erkenntnis. Wissenschaftstheorie I. Die psychologische Definition der Gesundheit – abrufbar auf http://www.univie.ac.at/science-archives/wissenschaftstheorie_1/feld_3/psychologie2.html. 2.2.2008
- Pötscher-Eidenberger, M., (2007). Kompetenzzentrum für Case & Care Management – abrufbar auf <http://www.pga.at/index.php?id=1297>. 25.12.2007
- Steiermärkische Gebietskrankenkasse (StGKK), (2007). Konzepterstellung für Disease Management in Österreich – abrufbar auf <http://www.joanneum.at/en/fb6/msg/projects/konzepterstellung-fuer-disease-management-in-oesterreich.html>. 25.12.2007.
- Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit (2007). Kompetenzzentrum für Case & Care Management – abrufbar auf <http://www.pga.at/index.php?id=1297>. 14.1.2008
- WHO. Ottawa Charter zur Gesundheitsförderung – abrufbar auf http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German. 2.2.2008

Anhang

Testperson	Element 1	Element 2	Element 3	Element 4
T 1	1	2	3	1
T 2	2	2	3	5
T 3	2	3	4	1
T 4	2	2	3	1
T 5	2	2	2	1
T 6	3	3	2	4
T 7	1	2	3	5
T 8	3	2	3	5
Durchschnittl. Bewertung	2	2,25	2,88	2,88

Bewertung der einzelnen Elemente - Kapitel 5.5.2

Hiermit bestätige ich durch meine Unterschrift,

dass ich meine Master Thesis mit dem Titel

„SUBJEKTIVE GENESETHEORIEN BEI DEPRESSION“

eigenständig verfasst habe. Ich bin damit einverstanden, dass die Abstracts auf der Webseite der ARGE Bildungsmanagement Wien veröffentlicht werden.) beinhaltet.

”

Elisabeth Kutmon

Innsbruck, am 24. März 2008-03-23