

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW

Hochschule für Soziale Arbeit HSA

Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit

Olten

Depression und Bindung bei der Sozialhilfe

Inwiefern depressive Menschen bei der Sozialhilfe bindungsorientiert unterstützt werden können

Bachelorarbeit Frühlingssemester 2017

von Anja Bommer (14-474-332)

Eingereicht bei Nadine Käser

Olten, im Juni 2017

Abstract

Von der Schweizer Bevölkerung erkranken 5% an einer schweren Depression und 20% sind von depressiven Symptomen betroffen. Da sich Depressionen auf jegliche Lebensbereiche und insbesondere auf soziale Beziehungen und den Arbeitsbereich auswirken, betrifft die Thematik auch die Sozialhilfe. In dieser Arbeit wird mit dem Blick auf die Bindungstheorie der Frage „Inwiefern können depressive Menschen bei der Sozialhilfe bindungstheoretisch unterstützt werden?“ nachgegangen. Es gibt einige Ansätze, welche Sozialarbeitende bei der Sozialhilfe beachten sollten, um an Depressionen erkrankte Menschen unterstützen zu können. Ob dadurch die Möglichkeit einer Optimierung der Arbeit besteht, wird im Verlaufe der Arbeit ersichtlich.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
1.1	Erkenntnisinteresse und Fragestellung	3
1.2	Vorgehen und Aufbau	5
2	Depression	7
2.1	Historische Entwicklung – ein Überblick.....	7
2.2	Definition.....	9
2.3	Entstehung und Folgen einer Depression	14
2.3.1	Risikofaktoren	15
2.3.2	Komorbiditäten und Auswirkungen	16
2.4	Sozialhilfe und depressive Menschen.....	19
3	Bindungstheorie.....	22
3.1	Die Entstehung der Bindungstheorie	22
3.2	Grundlegende Begriffe	25
3.3	Bindung – Entstehung und Formen	28
3.3.1	Die vier Phasen der Bindungsentwicklung	28
3.3.2	Sicher oder unsicher gebunden	30
3.4	Auswirkungen fürs Leben	32
4	Bindung, Depression und die Soziale Arbeit	36
4.1	Bindung und Depression	36
4.2	Sozialarbeitende, Bindung und Depression.....	39
5	Schlusswort	43
5.1	Das Wichtigste in Kürze diskutiert.....	43
5.2	Herzstück - Beantwortung der Fragestellung	45
5.3	Weiterführendes.....	48
	Literatur- und Quellenverzeichnis.....	50
I.	Anhang	54
II.	Anhang	71
	Ehrenwörtliche Erklärung	72

1 Einleitung

„Die Depression ist nicht eine abwegige Eigenart des Sonderlings, sondern Reaktion auf die als kafkaesk erlebte Gesellschaft.“ (Rogal o.J.)

Nach dem Zitat von Rogal ist Depression keine Eigenart eines Individuums, sondern widerspiegelt eine unergründliche Bedrohlichkeit der Gesellschaft. Wenn wir davon ausgehen, dass eine Depression somit kein individuelles Problem darstellt, müssen wir uns mit dieser Thematik auseinandersetzen. Umso dringlicher lässt sich diese Auseinandersetzung benennen, wenn der Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beachtet wird, in dem steht, dass weltweit mehr als 300 Millionen Menschen allen Alters an einer Depression erkrankt sind (vgl. Weltgesundheitsorganisation Februar 2017: o.S.).

In der vorliegenden Bachelor Thesis, die für die Erlangung des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit verfasst wird, ist das Thema der Depression einer der wichtigsten Hauptaspekte. Inwiefern das Thema für die Soziale Arbeit relevant ist und um was es sich in der vorliegenden Arbeit genau handelt, wird im nächsten Kapitel hergeleitet.

1.1 Erkenntnisinteresse und Fragestellung

Depression ist eine verbreitete Krankheit, welche unter Anderem ein Gefühl von Leere, eine Antriebslosigkeit und Freudlosigkeit mit sich bringt (vgl. Payk 2010: 9). Im Jahr 2007 ergab eine Untersuchung von erwachsenen Personen in der Schweiz, dass etwa 5.2% der Bevölkerung von einer schweren Depression und rund 20% von depressiven Symptomen betroffen sind (vgl. Baer et. al. 2013: 27-28). Dabei ist die Anzahl von Personen, die häufig Depressivität empfinden, konstant geblieben, wohingegen die Anzahl Personen, die manchmal solche Gefühle empfinden, von 12.2 auf 18.1 % angestiegen ist. Die Gründe des Anstiegs sind jedoch nicht ganz klar (vgl. ebd.: 30). Durch eine depressive Erkrankung werden meist verschiedene Lebensbereiche der Betroffenen beeinträchtigt, wie zum Beispiel der Alltag, Beziehungen und die berufliche Situation. Affektive Störungen (darunter fallen Depressionen), von erwerbsfähigen Personen, bringen dem Staat Folgekosten von über 11 Milliarden Schweizer Franken. Diese werden besonders durch Fehlzeiten und fehlende Produktivität verursacht (vgl. ebd.: 3). Diese Schwierigkeiten können zu einer Arbeitsunfähigkeit und im schlimmsten Fall zu einer Auflösung des Arbeitsverhältnisses

führen (vgl. ebd.: 55). Bleibt der Zustand der Arbeitslosigkeit bestehen, führt dies zu einer Anmeldung bei der Sozialhilfe.

Sozialhilfe können Menschen in Anspruch nehmen, bei denen „die eigenen finanziellen Mittel eine bestimmte Grenze unterschreiten“ (Strebel Schlatter 2016: 102). Menschen im mittleren Erwachsenenalter (ca. 40-60 Jahre), welche in einer Arbeitslosigkeit leben und dadurch finanziellen Problemen ausgesetzt sind, sind besonders gefährdet, in immer tiefere Depressionen zu fallen (vgl. Berk 2011: 759). In der Schweiz sind die Zahlen der Sozialhilfebeziehenden, in den letzten Jahren bei den 46-55-Jährigen mehr oder weniger stabil geblieben (vgl. Chenux Bieri et. al. 2016: 22). Bei den 56 bis 64-Jährigen sind die Zahlen jedoch „von 1.9% im Jahr 2005 auf 2.7% im Jahr 2014“ (Chenux Bieri 2016: 23) gestiegen. Wird die steigende Anzahl der unterstützten Personen bei der Sozialhilfe und das erhöhte Risiko an der Erkrankung an einer Depression beachtet, kann daraus abgeleitet werden, dass Professionelle der Sozialen Arbeit auf einem Sozialdienst mit Menschen, die an einer Depression leiden, konfrontiert sind.

Es lässt sich nun die Frage stellen, was denn nun Sozialarbeitende auf einem Sozialdienst machen können, um depressive Menschen zu unterstützen. Einen möglichen Ansatz könnte die Bindungstheorie von Bowlby bieten. Dies wird in einem späteren Kapitel genauer erläutert. Kurz und bündig sagt die Theorie aus, dass es vier Arten von Bindungsverhalten gibt (vgl. Berk 2011: 261). Eine neuere Studie ergab, dass eine Depression die Folge einer unsicheren Bindung sein kann (vgl. Fischer-Kern et. al. 2014: 467). Auch Schauenburg (2008: 82) beschreibt einen Einfluss von unsicherer Bindung auf Depression. Er sagt, dass eine unsichere Bindung ein negatives Selbstbild auslösen kann, was wiederum zu einer „erlernten Hilflosigkeit“ und später zu Depressionen führen kann (vgl. ebd.: 82). Besteht möglicherweise die Chance, dass eine Depression schneller und besser heilen kann, wenn Sozialarbeitende mit bindungsorientierten Ansätzen arbeiten, weil dadurch das negative innere Selbstbild zum Positiven verändert wird? Ob dem nun so ist und was es für Ansätze geben könnte wird in dieser Bachelor Arbeit untersucht. Grundlegende Fragen dafür sind die Folgenden:

Inwiefern können depressive Menschen bei der Sozialhilfe bindungsorientiert unterstützt werden?

- Was kennzeichnet die Krankheit Depression?
- Was kennzeichnet die Bindungstheorie?

- Inwiefern gibt es mögliche Zusammenhänge zwischen Depression und Bindungsverhalten?
- Inwiefern gibt es Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit in Bezug auf Bindung und Depression?
- Was sind mögliche Handlungsempfehlungen für Professionelle der Sozialen Arbeit bei der Sozialhilfe?

Inwiefern die Fragen beantwortet werden und die gesamte Arbeit aufgebaut ist folgt im nächsten Kapitel.

1.2 Vorgehen und Aufbau

In diesem Kapitel folgt eine Übersicht zum Aufbau dieser Arbeit an Hand der verschiedenen Kapitel.

Die Auseinandersetzung mit den Themen Depression, Bindung und möglichen Handlungsempfehlungen erfolgt durch die Bearbeitung bestehender Literatur. Es werden einige Studien beigezogen, die bereits Erkenntnisse über das Bindungsverhalten, Depressionen und/oder den Zusammenhang der beiden Themen erforscht haben.

Im zweiten Kapitel wird in das Thema der Depression eingeführt. Als erstes wird die historische Entwicklung der Depression, wie sie heute bekannt ist, vorgestellt. Es soll ein Verständnis dafür entstehen, wie sich der Umgang mit Depressionen entwickelt und damit die heutige Gesellschaft beeinflusst hat. So wird klar, dass Depression, wie sie heute bekannt ist, noch nicht lange besteht und trotzdem bereits ein langjähriges Thema ist. In einem nächsten Schritt wird die Depression als solche vorgestellt. Die Auseinandersetzung findet an Hand des International Classification of Diseases (ICD-10 Klassifikationssystem) statt. Obschon das Stellen einer Diagnose in der ärztlichen Kompetenz liegt, dienen die Kriterien dem Verständnis und dem Erkennen einer vorliegenden Depression. In einem nächsten Schritt werden mögliche Risikofaktoren und Komorbiditäten/Auswirkungen vorgestellt, die auf Depressionen Einfluss nehmen können. Dabei lässt sich bereits eine Verbindung zur Bindungstheorie erahnen. Da die Therapie und Medikation von Depressionen in die ärztliche Verantwortung gehört und mit bindungsorientierten Handlungsempfehlungen nicht in Zusammenhang steht, werden die Themen Therapie und Medikation in der Arbeit nicht näher erklärt.

In einem nächsten Schritt folgt das Zusammentreffen der Themen Depression und Sozialhilfe. In diesem Kapitel wird näher auf die Sozialhilfe und ihre Strukturen eingegangen.

In Kapitel drei folgen die Erläuterung der Entstehungsgeschichte der Bindungstheorie, bindungstheoretische Schlüsselbegriffe und grundlegende Gedanken. Als erstes werden die die historischen Hintergründe der Bindungstheorie erklärt, damit die dahinter stehende Denkweise besser verstanden werden kann. Es folgt die Darstellung der wichtigsten Schlüsselbegriffe, sowie die Entstehung einer Bindung. Anschliessend werden die vier verschiedenen Bindungsformen nach Bowlby vorgestellt.

In einem nächsten Schritt folgt die Auseinandersetzung mit möglichen Auswirkungen durch eine sichere oder vor allem unsichere Bindung.

Im vierten Kapitel folgt die Verbindung von Bindung und Depression. Dabei wird ersichtlich, dass Erfahrungen aus der Kindheit innere Spuren hinterlassen, welche das spätere Erkrankungsrisiko für eine Depression beeinflussen. In weiteren Schritten folgt eine Auseinandersetzung mit Hinweisen aus der Literatur, worauf Therapeuten/Therapeutinnen in der Arbeit mit an Depressionen erkrankte Menschen achten sollten. Es folgt ein Vergleich mit Sozialarbeitenden und allgemeinen Erkenntnissen, wie die Soziale Arbeit mit Hilfe der Bindungstheorie arbeiten könnte.

Im letzten Kapitel folgt die Auseinandersetzung mit der Frage, inwiefern spezifisch Sozialarbeitende auf der Sozialhilfe mit an Depressionen erkrankten Menschen bindungsorientiert arbeiten können. Dabei wird ersichtlich, dass unter anderem eine hohe Zuverlässigkeit seitens der Sozialarbeitenden bereits eine grosse Rolle spielen kann. Es wird ersichtlich, dass nicht grosse Taten erkrankte Menschen unterstützen, sondern beispielsweise Zuverlässigkeit in den anfallenden Herausforderungen des Lebens hilfreich sind.

Um nun verstehen zu können, warum die Kenntnis über eine psychologische Krankheit in der Sozialen Arbeit eine wichtige Rolle spielt, wird im folgenden Kapitel die Depression in ihren verschiedenen Facetten vorgestellt.

2 Depression

In diesem Kapitel folgt eine Auseinandersetzung mit der Thematik Depression. Im ersten Unterkapitel wird die historische Entwicklung der Diagnose Depression behandelt, um ein Verständnis für die heutige Situation zu entwickeln. Danach wird die affektive Störung beschrieben, in die die Depression eingeordnet wird. Es folgt eine kurze Erklärung der einzelnen Episoden und eine Einschränkung auf die Episoden F32 und F33 nach dem ICD-10-System für den Weiterverlauf dieser Arbeit. Daraufhin werden mögliche Auswirkungen von Depressionen erläutert. Als letztes folgt eine Auseinandersetzung mit der Thematik von an Depression erkrankten Menschen bei der Sozialhilfe, um der Beantwortung der Fragestellung etwas näher zu kommen.

2.1 Historische Entwicklung – ein Überblick

Um zu verstehen, wie die heutige Klassifizierung von Depression entstanden ist, hilft die Erläuterung der historischen Entwicklung der Diagnose Depression.

Seit jeher sind die Zustände von langanhaltender Trauer, Verstimmungen, Schwermut und Niedergeschlagenheit bekannt, wenn auch nicht unter dem Begriff der Depression (vgl. Payk 2010: 10). Bereits aus dem Jahr 1900 v.Chr. gibt es „erste diesbezügliche schriftliche Hinweise [...] in den „Gesprächen eines Lebensmüden mit seiner Seele“, festgehalten im Papyrus Berlin Nr. 3014“ (ebd.: 10).

Für Hippokrates von Kos (um 460-370 v. Chr.) waren übernatürliche Erklärungen von Krankheiten nicht plausibel. Er war der Ansicht, dass das Gehirn für psychische und neurologische Krankheiten verantwortlich sei. Dabei stützte er sich „auf die genaue Beobachtung der Symptome und Erkrankungsumstände“ (Hegerl et. al. 2010: 103). Somit war er der Ansicht, dass ein melancholischer Zustand, eine längere Angst oder Traurigkeit durch „ein schädliches Übermaß an schwarzer Galle [Hervorhebung im Original] (griechisch: melane cholos)“ (Payk 2016: 12) entsteht. Aristoteles (um 384-322 v.Chr.) schreibt später, dass die schwarze Galle den natürlichen Zustand „kalt“ habe, was mit einer Melancholie/Depression verglichen wird (vgl. Hegerl et. al. 2016: 105). Menschen mit einer übermäßig warmen Galle fallen in übersteigerte Hochgefühle, Ekstasen, werden schnell wütend, etc. (vgl. ebd.: 106). Das Erwärmen der Galle, so Aristoteles, werde mit dem Trinken von Wein gefördert. Das heisst, dass durch den regen Konsum von Alkohol die Galle stark erwärmt und Hochgefühle, etc. auslöse. Eine grosse Gefahr bestehe darin, dass die natürliche Gallenwärme durch diese zusätzliche Wärme erlischt. Nach der Zufuhr von Alkohol kühle die

schwarze Galle ab. Dieses Erkalten der schwarzen Galle kann zu Depressionen führen und Menschen zum Suizid treiben (vgl. Hegerl et. al. 2016: 105).

Aufbauend auf dem hippokratischen Konzept des 1. Jahrhunderts n.Chr., beschrieb Galen von Pergamon die „Viersäftelehre“. Diese baut auf der Idee auf, dass „alle Krankheiten auf einem Ungleichgewicht der vier Körperflüssigkeiten Blut, Schleim, gelbe Galle und schwarzer Galle“ (Payk 2010: 12) beruhen. Es wurde davon ausgegangen, dass zu verschiedenen Jahreszeiten die einzelnen Körperflüssigkeiten mehr oder weniger arbeiten müssen. Wenn dieser Ablauf nicht funktioniert, dann kommt der Mensch aus dem Gleichgewicht und erkrankt (vgl. Hegerl et. al.2016: 104). Dieses Konzept verschwand erst Mitte des 19. Jahrhunderts aus der wissenschaftlichen Medizin (vgl. Payk 2010: 12).

Nebst der Betrachtungsweise von Aristoteles, die sich auf die schwarze Galle bezieht, ging Thomas von Aquin (1224-1274) davon aus, dass Krankheit allgemein als Prüfung von Gott verstanden werden kann, wobei Melancholie, und eine damit einhergehende Trägheit, aus seiner Sicht eine der Todessünden war (vgl. Hegerl et. al. 2016: 107). Martin Luther (1483-1546) wiederum dachte, dass die Gefühle von innerer Zerrissenheit und Trübsinnigkeit auf die Einwirkung des Teufels zurück zu führen sind (vgl. Payk 2010: 13).

Der Berliner Medizinprofessor Johann Christian Reil (1759-1813) führte eine neue Methode bei der Behandlung geistiger und seelischer Störungen ein. Diese Behandlungen hatten das Ziel einer erzieherischen Wirkung, d.h. ein Lohn-Strafe-Prinzip. So wurden in den damaligen Irrenanstalten bei Melancholie anregende Substanzen für den Körper genutzt (gemäß der Viersäftelehre) wie zum Beispiel Wein oder Mohnsaft ausgeschenkt, gestreichelt, gewärmt, musiziert, getanzt, etc. Bei unerwünschtem Verhalten wurden „z.B. Isolation, Nahrungsentzug, kalte Bäder, Rutenschläge“ (Payk 2010: 14) etc. eingesetzt.

Einige Jahre später widmete man sich erneut dem körperlichen Einfluss. Durch Charles Darwin (1809-1882) erfolgte langsam die nähere Forschung des Nervensystems. Nach mehr als 2000 Jahren, wurde über die gegenseitigen Einflüsse von Hirnregionen und seelischen Faktoren geforscht. Nun etablierte sich „Mitte des 19. Jahrhunderts die Lehre von der Erkennung und Behandlung psychischer Krankheiten als eigenständige Wissenschaft“ (Payk 2010: 15). Theorien, wie die Viersäftelehre, wurden durch Modelle von gestörten Hirn- und Nervenfunktionen ersetzt (vgl. Hegerl et. al. 2016: 114).

Durch Emil Kraepelin (1856-1926), der die Universitätsnervenklinik in München leitete, etablierte sich der Begriff „Depression“ und verdrängte die „Melancholie“ als Überbegriff. Kraepelin unterschied als erster die schizophrenen Erkrankungen von den affektiven Erkrankungen, wobei er diese noch als „manisch-depressives Irrsein“ bezeichnete, welches

heute einzig eine Subkategorie von Depressionen darstellt (vgl. Hegerl et. al. 2016: 114). Der über Jahrhunderte verwendete Begriff der Melancholie wurde zwar vom Begriff der Depression ersetzt, blieb aber als Begriff einer Spezialform von Depressionen erhalten (vgl. ebd.: 114).

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts konnten durch die Erkenntnisse der Psychoanalyse und Lernpsychologie neue Behandlungsformen entwickelt werden. Es entstand die „tiefenpsychologische bzw. ‚aufdeckende‘ Psychotherapie und Verhaltenstherapie“ (Payk 2010: 15). Diese wurden stetig weiterentwickelt und erforscht (vgl. ebd.: 16).

Durch die historische Entwicklung der Einteilung von den heute sogenannten psychischen Beeinträchtigungen/Störungen ist sichtbar, dass bis vor einigen Jahren Unstimmigkeiten bzw. Unsicherheiten herrschten, wie Depressionen diagnostiziert, bzw. kategorisiert werden können. Aus diesem Grund wurden mit viel Anstrengung Klassifikationssysteme entwickelt, die Fachpersonen helfen, möglichst präzise und übereinstimmende Diagnosen zu stellen. In Europa wird das Klassifikations-System ICD-10 (International Classification of Diseases, 10th revision) genutzt. In Amerika ist das DSM-IV-System (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition) in Gebrauch (vgl. Hegerl, Althaus, Reiners 2016: 27). Trotz vieler Ähnlichkeiten, gibt es einige Unterschiede wie beispielsweise in der Nutzung der Begrifflichkeiten. So entspricht eine Major Depression im DSM-IV einer schweren Depression im ICD-10-System und eine Minor Depression (DSM-IV) einer leichteren Form von Depression (ICD-10) (vgl. Vorderholzer o.J.). Im Rahmen dieser Arbeit werden die Begriffe des ICD-10 genutzt, da es das hierzulande verwendete Klassifikationssystem ist.

Wie die Ausführungen gezeigt haben, besteht der Begriff der Depression seit ca. einem Jahrhundert und wurde durch biologische, seelische und Glaubensannahmen stark geprägt und weiterentwickelt. Wie der aktuelle Stand vom Begriff und der Einteilung von Depressionen aussieht, wird im nächsten Kapitel beschrieben.

2.2 Definition

Nachdem über die historische Entwicklung einige Themen aufgegriffen wurden, folgt in diesem Kapitel eine Definition der Depression und deren verschiedene Formen. Als erstes wird allgemein auf die affektiven Störungen eingegangen. Es folgt eine Einführung in die drei Formen aus dem ICD-10-Schema F31 bipolare affektive Störung, F32 depressive Störung und F33 rezidivierende Störung. Anschliessend werden die Episoden F32 und F33 erklärt, dabei

werden die Diagnosekriterien miteinbezogen. Die bipolaren Störungen werden in dieser Arbeit nicht ausführlich behandelt, da sie sich durch die Wechsel von Manie und Antriebslosigkeit deutlich von den depressiven Störungen unterscheiden und somit allein einer Bachelor Thesis bedürfen würden. Die vorliegende Arbeit beschränkt sich vor allem auf die Episoden F32 und F33.

Depressionen können in diversen Formen auftreten. Ein Übergriff für Depressionen sind die „Affektiven Störungen“. Das Nachschlagewerk Duden (vgl. <http://www.duden.de/rechtschreibung/Affekt>) beschreibt Affekt als eine „heftige Erregung, Gemütsbewegung, Zustand außergewöhnlicher psychischer Angespanntheit“. Somit weist der Begriff der affektiven Störung darauf hin, dass es sich um eine Störung einer heftigen Erregung oder eine Störung einer aussergewöhnlichen Angespanntheit handelt. Diese Störung der Stimmungslage zeigt sich einerseits in einer depressiven Symptomatik, teilweise mit dem Begleitsymptom Angst oder andererseits in einer gehobenen Stimmung. Eine solche Veränderung der Stimmungslage, welche meist mehrere Episoden mit sich bringt, wird oftmals durch ein belastendes Ereignis oder eine Situation ausgelöst (vgl. Dillinger/Freyberger 2016: 119).

Im ICD-10-System werden die affektiven Störungen in sieben verschiedene Episoden unterteilt. Es handelt sich dabei um die manische Episode (F30), die bipolare affektive Störung (F31), die depressive Episode (F32), die rezidivierende depressive Störung (F33), die anhaltende affektive Störung (F34), andere affektive Störungen (F38) und nicht näher bezeichnete affektive Störung (F39) (vgl. ebd.: 119ff.). Im Folgenden werden die einzelnen Formen in kurzen Sätzen vorgestellt.

Bei der sogenannten manischen Episode (F30) ist die Stimmung inadäquat gehoben „und kann zwischen sorgloser Heiterkeit und fast unkontrollierbarer Erregung schwanken“ (Baer et. al. 2013: 132). Diese erhöhte Stimmung führt zu Schlaflosigkeit, Überaktivität, zum Verlust von sozialen Hemmungen und zu erhöhter Ablenkbarkeit (vgl. ebd.).

Bei der bipolaren affektiven Störung (F31) handelt es sich um „eine Störung, die durch mindestens zwei Episoden charakterisiert ist, in denen Stimmung und Aktivitätsniveau des Betroffenen deutlich gestört sind“ (Dillinger/Freyberger 2016: 127). Zuerst erfolgt eine gehobene Stimmung und eine erhöhte Aktivität (Manie), daraufhin folgt eine niedergeschlagene Stimmung mit tiefer Aktivität (Depression). Formen in denen wiederholt manische Episoden auftauchen, sind ebenfalls der bipolaren Störung zuzuordnen (vgl. ebd.).

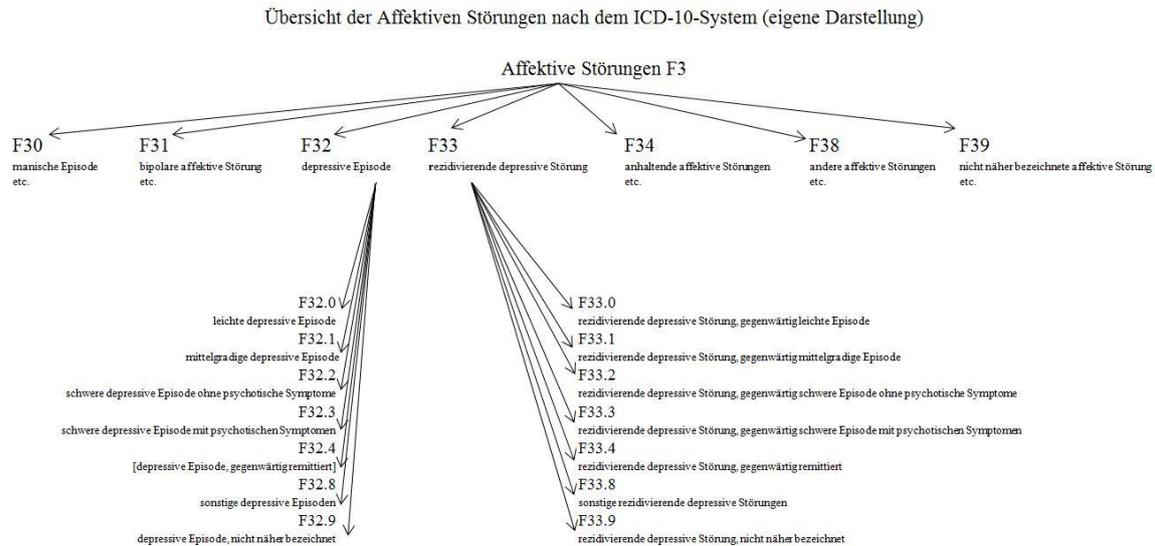
In der depressiven Episode (F32) ist die Stimmung gedrückt und der Antrieb und die Aktivität vermindert. Es gibt leichte, mittlere oder schwere Episoden, welche einmal vorkommen (vgl. Dillinger/Freyberger 2016: 132). Bei der rezidivierenden depressiven Störung (F33) handelt es sich um eine ähnliche Form wie bei F32, wobei hier eines der wichtigsten Merkmale das wiederholte Auftreten solcher depressiver Episoden ist (vgl. ebd.: 140).

Bei den anhaltenden affektiven Störungen (F34) handelt es sich um Stimmungsstörungen, die sich im Leben eines Erwachsenen immer wieder zeigen, aber oftmals nicht schwer genug sind, um den manischen oder depressiven Episoden zugeordnet zu werden. Durch die lange Dauer kann die anhaltende affektive Störung grosses Leiden mit sich bringen (vgl. ebd.: 145). Bei den anderen affektiven Störungen (F38) handelt es sich um Stimmungsstörungen, die keiner der vorher genannten Episoden zugeordnet werden können. Beispielsweise eine saisonale affektive Störung (F38.80) (vgl. ebd.: 149). Zu guter Letzt gibt es noch die nicht näher bezeichneten affektiven Störungen (F39) (vgl. ebd.: 151).

Im Jahr 2007 ergab eine Untersuchung von erwachsenen Personen in der Schweiz, dass etwa 5% der Bevölkerung von einer schweren Depression (Major Depression) und rund 20% von depressiven Symptomen betroffen sind (vgl. Baer et. al. 2013: 27-28). Auf Grund dessen wird in der vorliegenden Arbeit auf die depressive Episode F32 und die rezidivierenden depressiven Episoden F33 eingegangen. Bei der rezidivierenden Form handelt es sich um immer wiederkehrende depressive Episoden wie sie bei F32 vorkommen, darum werden F32 und F33 berücksichtigt.

Nachfolgende Grafik zeigt einen Überblick über die Unterteilung der verschiedenen Formen von affektiven Störungen. Dabei ist zu betonen, dass es zu jeder der sieben Formen weitere Unterformen gibt. Auf Grund der Eingrenzung auf die depressive und rezidivierende depressive Episode in dieser Arbeit, sind nur deren Unterformen aufgezeigt.

Abb. 1 Übersicht Affektive Störungen (In: II. Anhang)



Es folgt eine Erläuterung der Definition und Diagnosekriterien der beiden depressiven Episoden F32 und rezidivierend F33. Die Erläuterung von F33 wird etwas gekürzt ausfallen, da die Kriterien häufig denjenigen von F32 ähnlich sind.

F32 Depressive Episode

Bei einer depressiven Episode kann erst einmal zwischen einer leichten, mittelgradigen und schweren Episode unterschieden werden. Das Leiden der Person zeigt sich in „einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität“ (Dillinger/Freyberger 2016: 132). Weitere Symptome können sein:

- verminderte Freud-Fähigkeit
- beeinträchtigte Interessen und Konzentration
- ausgeprägte Müdigkeit
- Schlafstörungen
- verminderter Appetit
- beeinträchtigt Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle und/oder Gedanken über die eigene Wertlosigkeit
- „somatische“ Symptome wie: „Interessensverlust oder Unfähigkeit sich zu freuen, Früherwachen, Morgentief, deutlicher psychomotorischer Hemmung, Agitiertheit, Appetit-, Gewichts- und Libidoverlust“ (Dillinger/Freyberger 2016: 133).

Die Einteilung in den Grad einer Depression hängt von Anzahl und Schwere der Symptome ab. Grundlegend für alle Kategorien von F32 sind folgende diagnostische Kriterien:

„G1. Die depressive Episode sollte mindestens zwei Wochen dauern.

G2. In der Anamnese keine manischen oder hypomanischen Symptome, die schwer genug wären, die Kriterien für eine manische oder hypomanische Episode (F30) zu erfüllen.

G3. Ausschlussvorbehalt: Die Episode ist nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen (F1) oder auf eine organische psychische Störung im Sinne des Abschnitts F0 zurückzuführen.“ (Dillinger/Freyberger 2016: 133).

Zusätzlich kann das sogenannte somatische Syndrom vorliegen. Es wird von einem solchen ausgegangen, wenn vier der folgenden acht Kriterien zutreffend sind. Dabei ist zu bedenken, dass in den Leitlinien des ICD-10 davon ausgegangen wird, dass bei einer schweren depressiven Episode ein somatisches Syndrom vorliegt (vgl. ebd.: 134).

„1. deutlicher Interessensverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten

2. mangelnde Fähigkeit, auf Ereignisse oder Aktivitäten emotional zu reagieren, die normalerweise eine Reaktion hervorrufen

3. Früherwachen, zwei Stunden oder mehr vor der gewohnten Zeit

4. Morgentief

5. objektiver Befund einer ausgeprägten psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit (von anderen bemerkt oder berichtet)

6. deutlicher Appetitsverlust

7. Gewichtsverlust (mind. 5% oder mehr des Körpergewichts im vergangenen Monat)

8. deutlicher Libidoverlust“ (Dillinger/Freyberger 2016: 134).

Um die Einteilung in eine leichte, mittelgradige oder schwere depressive Episode vorzunehmen, sind weitere Kriterien zusammengestellt. Da die Auflistung aller einzelnen Kriterien den Rahmen dieser Arbeit sprengt, befindet sich eine Kopie der F30 Affektiven Störungen aus dem ICD-10 Taschenführer im Anhang. Dasselbe gilt bei den genauen Diagnosekriterien für die F33 rezidivierende depressive Störung, welche in einem nächsten Schritt erklärt werden.

F33 rezidivierende depressive Störung

Bei dieser depressiven Störung handelt es sich um sich wiederholende depressive Episoden wie bei F32. Zwischen den einzelnen Episoden sind keine manischen Phasen vorhanden. Ausnahmen in einem niedrigen Ausmass können trotzdem nach einer Behandlung mit Antidepressiva vorkommen. Eine solche Episode kann in jedem Alter, von Kindheit an, ob schleichend oder akut, von wenigen Wochen bis zu vielen Monaten vorkommen (vgl. Dillinger/Freyberger 2016.: 140). Die grundlegenden diagnostischen Kriterien lauten wie folgt:

„G1. In der Anamnese findet sich wenigstens eine entweder leichte (F32.0), mittelgradige (F32.1) oder schwere (F32.2, F32.3) depressive Episode, die mindestens zwei Wochen anhielt mit einem Intervall von mindestens zwei Monaten ohne deutliche affektive Störung bis zur gegenwärtigen affektiven Episode.

G2. In der Anamnese keine Episode, die die Kriterien für eine hypomanische oder manische Episode (F30) erfüllt.

G3. Ausschlussvorbehalt: Die Episode ist nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen (F1) oder auf eine organische psychische Störung im Sinne des Abschnitts F0 zurückzuführen.“ (Dillinger/Freyberger 2016: 141).

Die Einteilung in die Unterkategorien ist ähnlich wie bei F32 und im Anhang angefügt.

Um eine Diagnose zu erstellen und den Verlauf zu dokumentieren gibt es zahlreiche Selbst- und Fremdbeurteilungsbögen, Fragebögen, Tests, strukturierte und standardisierte Interviews, etc. (vgl. Hautzinger 1998: 19). Nachdem eine Diagnose gestellt wurde, kann die Behandlung spezifisch umgesetzt werden. Es stellt sich dabei die Frage, wie es zu einer depressiven Störung gekommen ist und wie sie sich auf das Leben der betroffenen Person auswirkt. Dies wiederum kann vom Schweregrad einer Depression abhängen. Im nächsten Kapitel wird auf die Risikofaktoren und die Auswirkungen von Depressionen eingegangen.

2.3 Entstehung und Folgen einer Depression

Um ein etwas umfassenderes Verständnis für die Entstehung von Depressionen zu erhalten, folgen in diesem Kapitel einige mögliche Risikofaktoren der Erkrankung. Anschliessend werden Komorbiditäten und Auswirkungen beschrieben. Dabei ist zu beachten, dass es sich

nicht um eine allumfängliche Erläuterung handelt, sondern lediglich einige mögliche Aspekte betrachtet werden.

2.3.1 Risikofaktoren

Bei der Entstehung einer Depression wird von einem multifaktoriellen Geschehen ausgegangen (vgl. Nickel 2009: 1). Es gibt also nicht einen Faktor der bestimmt werden kann und so eine Depression voraussagt. Vielmehr bestehen mehrere Faktoren in einem Zusammenspiel. In diesem Kapitel geht es darum, einen kleinen Überblick über mögliche Risikofaktoren und Erklärungsversuche zu erhalten. Ein ausführlicher Überblick würde den Rahmen dieser Arbeit jedoch sprengen.

Häufig steht die Entstehung einer Depression mit einem einschneidenden Lebensereignis in Zusammenhang. Dabei geht es aber nicht darum, wie ein Ereignis von aussen betrachtet wird, sondern wie es der betroffene Mensch selbst bewertet. Nebst der individuellen Bewertung des Ereignisses fließt auch die soziale Unterstützung in das Risiko, zu erkranken, mit ein. Wenn ein Mensch über seine Gefühle und Erfahrungen sprechen kann und Anerkennung und Zuwendung von anderen erhält, kann das Risiko, zu erkranken, sinken (vgl. Nuber 2008: 79f.).

Ein einflussnehmender Faktor ist sicherlich auch die Genetik. Nickel (2009) erwähnt Studien, welche nachgewiesen haben, dass verschiedene Gene bei stressreichen Ereignissen auf die Entstehung depressiver Störungen Einfluss haben (vgl. Nickel 2009: 1). So fasst auch Payk (2010: 51) zusammen, dass nebst den genetischen Faktoren auch psychotraumatisierende Erlebnisse im Kindesalter die Affektregulation erschweren und das Risiko, an einer Depression zu erkranken, erhöhen kann. Durch mangelnde Befriedigung der kindlichen Bedürfnisse und schwierige Beziehungserfahrungen, aber auch durch die Ausschüttung von Stresshormonen bei der Mutter während der Schwangerschaft, kann die Hirnfunktion eines Kindes, dadurch die Entwicklung und somit die Stressregulation beeinträchtigt werden (vgl. ebd.).

Als weiterer Risikofaktor wird das Geschlecht erwähnt. Frauen weisen ein doppelt so hohes Erkrankungsrisiko auf als Männer. Das erhöhte Risiko nimmt jedoch mit zunehmendem Alter ab (vgl. Hautzinger 1998: 14). Es gibt viele verschiedene Erklärungen, weshalb dem so ist. Nuber (2008: 47) fasst einige mögliche Erklärungen zusammen: „Frauen gehen eher zum Arzt

als Männer, geben leichter psychische Probleme zu, sind gewöhnt, über Gefühle zu reden, während Männer sich bei Schwierigkeiten lieber dem Alkohol zuwenden“. Es scheint also keine klare Antwort auf dieses Phänomen zu geben.

Es gibt noch einige Erklärungsversuche mehr, die auf ein Risiko an einer Depression zu erkranken hinweisen. So gibt es zum Beispiel auf der psychologischen Ebene verschiedene Theorien, mit denen Erklärungen zum Erkrankungsrisiko gesucht werden. Beispiele hierfür sind die klassische psychoanalytische Theorie, verhaltenstheoretische Modelle, kognitionspsychologische Ansätze, etc. Auf der Ebene der biologischen Faktoren werden Störungen des Austauschs von Neurotransmittern im Gehirn genannt (vgl. Steinhausen 2016: 211f.).

Grundsätzlich kann also gesagt werden, dass die Ursache zu erkranken und der Risikofaktor durch biologische/genetische, soziale und psychische Anlagen und Faktoren beeinflusst wird. Sowie die Depression entsteht, so wirkt sie sich auch auf die verschiedenen Bereiche des Lebens eines Individuums aus.

2.3.2 Komorbiditäten und Auswirkungen

Es werden nun in einigen Sätzen die Komorbiditäten und Auswirkungen von Depressionen in verschiedene Lebensbereiche vorgestellt. Es geht hierbei nicht um eine allumfängliche Auflistung sondern darum, ein Verständnis für die Thematik zu entwickeln. In diesem Kapitel werden die Ergebnisse aus der Forschung des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) vorgestellt. Grund für die Nutzung dieser einen Quelle ist der direkte Bezug zur Schweizer Bevölkerung, da die grundlegende Fragestellung mit dem System der Sozialhilfe auch einen Bezug zur Schweiz hat.

Eine Komorbidität besteht darin, wenn mehrere Störungen gleichzeitig vorhanden sind. Die häufigsten Störungen zusätzlich zu den affektiven Störungen sind Substanzabhängigkeit, neurotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen (vgl. Chenaux Bieri et. al. 2016: 58). Im Obsan-Bericht (2013) wird von weiteren Studien gesprochen, welche in sechs europäischen Ländern durchgeführt wurden. Das Resultat ergab einen 22%igen Anteil von der Komorbidität affektiver Störungen und Persönlichkeitsstörung. Am häufigsten sind abhängige, zwanghafte und vermeidende Persönlichkeitsstörungen (vgl. Chenaux Bieri et. al. 2016: 59). Depressivität kann zudem mit Substanzabhängigkeit einhergehen, d.h. sie nimmt

auch Einfluss auf das Gesundheitsverhalten eines Menschen. So erwähnt die Obsan-Studie: „während 51.6% der Personen ohne depressive Symptome nie geraucht haben (=Nichtraucher/innen sind), ist dies bei Personen mit mittleren bis starken depressiven Symptomen nur noch bei 43.2% der Fall“ (Chenaux Bieri et. al. 2016: 62). Weitere Einflussfaktoren auf das Gesundheitsverhalten sind erhöhter Alkoholkonsum und die Vernachlässigung von regelmässiger Bewegung (vgl. ebd.: 63). Es ist durchaus möglich, dass sich das vernachlässigende Gesundheitsverhalten auf eine weitere Komorbidität auswirkt.

Eine der ausgeprägtesten Komorbiditäten sind die körperlichen Beschwerden. In ca. 90% der Fälle mit affektiven Störungen haben Klienten und Klientinnen somatische Beschwerden wie z.B. Schlafstörungen oder Rückenschmerzen. Schlafstörungen können jedoch auch ein Symptom der Depression sein und mit Zunahme der depressiven Symptome ebenfalls zunehmen (vgl. ebd.: 45f.). Trotzdem kann nicht klar gesagt werden, ob nun Schlafstörungen oder andere somatische Beschwerden zu einer depressiven Symptomatik führen oder umgekehrt. Zu den häufigsten weiteren Diagnosen, die neben den affektiven Störungen gegeben werden, zählen Verletzung/Vergiftungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen, Kreislauferkrankungen, Krankheiten des Verdauungssystems und Krebserkrankungen (vgl. ebd.: 49). In der Untersuchung stellte sich heraus, dass es auch bei IV-Abklärungen viele Komorbiditäten gibt. Nur ein Drittel der Personen, die bei der IV-Rente anerkannt sind, sind anfangs des Abklärungsprozesses von Psychiatern/Psychiaterinnen abgeklärt worden. Das heisst zwei Drittel der IV-Rentner/innen mit einer affektiven Störung wurden zu Beginn auf Grund körperlicher Beschwerden abgeklärt (vgl. ebd.: 52).

Affektive Störungen können sich also auf körperlicher Ebene, aber auch auf der Verhaltensebene auswirken oder dadurch beeinflusst werden. Ein weiterer wichtiger Aspekt mit seinen Wechselwirkungen ist das soziale Umfeld. Vorwiegend Frauen mit depressiven Störungen haben häufig keinen Partner (vgl. ebd.: 66) oder fühlen sich emotional nicht unterstützt. Hier zeigt sich jedoch auch, dass je höher der Schweregrad der Depression ist, desto geringer wird die erhaltene Unterstützung wahrgenommen (vgl. ebd.: 67). Dies führt dazu, dass die soziale Unterstützung durch Partner/Partnerinnen dann oftmals ganz wegfällt, obwohl genau das eine wichtige Ressource zur Genesung darstellen würde (vgl. ebd.: 67f.). Der Kontakt zu verwandten Personen hingegen ist weniger einflussreich, als die partnerschaftliche Beziehung. Bei vielen Menschen mit affektiven Störungen kann die Beziehung zu Verwandten in ihrer Quantität etwas abnehmen, bleibt alles in allem aber ziemlich ähnlich wie vor der Erkrankung (vgl. Chenaux Bieri et. al. 2016: 68). Wiederum

etwas ausgeprägter ist der Kontakt oder Wunsch nach Kontakt mit einer nahen Vertrauensperson. So zeigt die Obsan-Studie (2013), dass “sich bei Personen mit mittleren bis starken depressiven Symptomen der Anteil täglicher bis wöchentlicher Kontakte gegenüber nicht Depressiven von 60,1% auf 53,9%“ (Chenaux Bieri et. al. 2016: 69) reduziert. Interessant ist, dass etwa 41,1% der erkrankten Personen eine Vertrauensperson vermissen, obwohl lediglich 12,7% keine Vertrauensperson angegeben haben (vgl. ebd.: 70). Dies führt zu einem Einsamkeitsgefühl, das Menschen mit einer affektiven Störung klar von Menschen ohne depressive Symptome unterscheidet (vgl. ebd.: 71). Wie stark der Zusammenhang zwischen dem Erleben von Einsamkeitsgefühlen und affektiven Störungen ist, ist nicht nachgewiesen. Es besteht jedoch ein Zusammenhang zwischen affektiven Störungen, Abhängigkeitsverhalten und Verlustangst und dem Gefühl, von der Aussenwelt abgeschnitten zu sein, was wiederum zu Einsamkeitsgefühlen führen kann. Dies zeigt umso mehr die Wichtigkeit einer sozialen Integration (vgl. ebd.: 73).

Nebst der körperlichen Ebene, der Verhaltensebene und der sozialen Ebene gibt es noch den Aspekt der Arbeit, worauf sich die Erkrankung einer affektiven Störung auswirkt. Affektive Störungen zeigen sich in verschiedenen Berufsgruppen unterschiedlich. Besonders in den Bereichen Hilfsarbeit, Büro und Verkauf sind Personen mit einer affektiven Störung vorzufinden (vgl. ebd.: 97). Mögliche Gründe sind das Heben schwerer Gegenstände, eintönige Arbeit und häufig hohe körperliche Belastungen, wie z.B. das Aushalten langer ermüdender Körperhaltungen. Es zeigt sich auch, dass Menschen mit depressiven Symptomen häufiger Teilzeit arbeiten, als Menschen ohne depressive Symptome (vgl. ebd.: 99). Die Verrichtung einer Teilzeitarbeit bewirkt wiederum eine finanzielle Einbusse. Personen, die vor der Erkrankung bereits Teilzeit gearbeitet haben, können öfter im selben Arbeitspensum weiterarbeiten und erleben so keine finanzielle Einbusse (vgl. ebd.: 100f.). Ein weiterer Aspekt, wie sich affektive Störungen auf die Arbeit auswirken sind die Krankheitstage. Dabei sind Menschen im Alter zwischen 35 bis 49 Jahren am meisten betroffen. Die Obsan-Studie (2013) ergab, dass in diesem Altersspektrum Personen mit mittel bis schweren depressiven Symptomen neun von 20 Tagen von der Arbeit fernblieben (vgl. ebd.: 103). Im restlichen erwerbsfähigen Alter (vor 35 und nach 49 Jahren) sind es zwischen 7 bis 8 von 20 Tagen Arbeitsabwesenheit (vgl. Chenaux Bieri et. al. 2016: 102). Auch eine eingeschränkte Arbeitsleistung bei Anwesenheit erwies sich als doppelt so hoch, wie bei Menschen ohne depressive Symptomatik (vgl. ebd.: 103). So zeigt sich, dass Menschen mit depressiver Symptomatik die Arbeit oft viel belastender erleben und unzufrieden bei der Arbeit sind (vgl.

ebd.: 104). Die dabei erlebten Gefühle zeigen sich in einem Angsterleben, einer Nervosität, einem Überforderungsgefühl und einer Erschöpfung nach der Arbeit (vgl. Chenaux Bieri et. al. 2016: 105). Hinzu können auch Schlafprobleme oder weitere negative Gefühle kommen. Dies wiederum kann sich so auf einen Menschen auswirken, dass es zu „Arbeitsunfähigkeit, verminderte Produktivität und Arbeitsplatzkonflikte bis hin zur Auflösung des Arbeitsverhältnisses“ (Chenaux Bieri et. al. 2016: 55) führen kann. Die therapeutische Behandlung von Menschen mit einer affektiven Störung beim Arbeitsplatz ist leider noch sehr gering. Eine solche Behandlung könnte einen Verlust der Arbeitsstelle verhindern und die berufliche Integration von an Depressionen erkrankten Menschen fördern (vgl. ebd.: 107f). Wie bereits erwähnt, ist jedoch ein Auflösen des Arbeitsverhältnisses durchaus möglich, wenn keine Interventionen, bzw. Therapien stattfinden. Folgt danach kein erneutes Arbeitsverhältnis und sind weitere private und öffentlich-rechtliche Ansprüche aufgebraucht, könnte eine Aufnahme bei der Sozialhilfe die Folge sein (vgl. Rinke/Brinkhaus-Gall 2014:37). Was die Sozialhilfe genau ist und wie sie in einem möglichen Verhältnis zu Depressionen stehen könnte, wird im nächsten Kapitel erläutert.

2.4 Sozialhilfe und depressive Menschen

Ausgangslage für diese Arbeit ist die Frage nach Handlungsempfehlungen für Sozialarbeitende auf der Sozialhilfe, wie sie bindungsorientiert mit depressiv erkrankten Menschen unterstützend arbeiten können. Damit eine Grundlage über das Wissen bezüglich Sozialhilfe vorhanden ist, wird in diesem Kapitel die Sozialhilfe vorgestellt und mit Depressionen in Verbindung gebracht.

Menschen, die aus diversen Gründen finanziell nicht mehr für ihre eigene Existenz sorgen können, haben in der Schweiz Anspruch auf ihre wirtschaftliche Existenzsicherung und auf „Hilfe in Notlagen“. Diese Sicherung wird ihnen durch den Staat gewährleistet und von der Sozialhilfe ausgerichtet. Die Sozialhilfe versteht sich als letztes Auffangnetz der sozialen Sicherheit und möchte verhindern, dass Menschen von der Teilnahme und Teilhabe in der Gesellschaft ausgeschlossen werden. Das Sozialhilfegesetz wird von den einzelnen Kantonen und Halbkantonen verfasst. Gesamtschweizerisch gibt es 26 verschiedene Sozialhilfegesetze (vgl. Rinke/Brinkhaus-Gall 2014: 7).

Das Gesetz regelt die Grundrechte und Grundsätze für die Hilfe in Notlagen. Darüber hinausgehende Leistungen können kantonale, aber auch kommunal individuell geregelt werden (vgl. ebd.: 19). Eine Unterstützung wird gewährleistet, wenn alle anderen Eigen- und

Drittleistungen ausgeschöpft sind. Als bedürftig gilt eine Person also dann, wenn Eigenleistungen wie Einkommen, Vermögen und eigene Arbeitsleistungen nicht mehr ausreichen und wenn die Leistungen von Dritten aufgebraucht sind. Abgedeckt wird mit den Kosten der notwendige Bedarf. Vorgaben werden trotzdem individuell, konkret und aktuell berechnet. Zuständig für die Unterstützung ist der Wohnsitz, in dessen Kanton die Person wohnhaft ist – der Unterstützungswohnsitz (vgl. Rinke/Brinkhaus-Gall 2014: 37f.).

Sozialhilfe können Menschen in Anspruch nehmen, bei denen „die eigenen finanziellen Mittel eine bestimmte Grenze unterschreiten“ (Strebel Schlatter 2016: 102). Dabei ist es Aufgabe der Sozialarbeitenden, den Anspruch auf Sozialhilfe zu klären, Abklärungen zu treffen und einen Antrag für die Leistungen an die Sozialbehörde zu stellen. Wichtig dabei ist es, dass die Sozialarbeitenden einfühlsam verstehen können, dass „der Gang zum Sozialdienst nicht einfach ist, und (...) Verständnis für die Situation der Klienten“ (Strebel Schlatter 2016: 109) zeigen. Hierbei ist zu bedenken, dass Menschen im mittleren Erwachsenenalter (ca. 40-60 Jahre) durch Arbeitslosigkeit und den daraus folgenden finanziellen Problemen besonders gefährdet sind, in immer tiefere Depressionen zu fallen (vgl. Berk 2011: 759). So schreibt auch Nuber (2008: 79), dass ein Auslöser für Depressionen bei Männern „an oberster Stelle die gefühlsmäßige Überforderung durch die Arbeit, ein schlechtes Arbeitsklima oder der Verlust des Arbeitsplatzes“ ist.

In der Schweiz sind die Zahlen der Sozialhilfebeziehenden der 56 bis 64-Jährigen „von 1.9% im Jahr 2005 auf 2.7% im Jahr 2014“ (Chenau Bieri et. al. 2016: 23) gestiegen. Die Quote der 46-55-Jährigen ist mehr oder weniger stabil geblieben (vgl. ebd.: 22). Wird die steigende Anzahl der unterstützten Personen bei der Sozialhilfe und das erhöhte Risiko der Erkrankung an einer Depression beachtet, kann daraus abgeleitet werden, dass Professionelle der Sozialen Arbeit auf einem Sozialdienst mit Menschen mit Depressionen konfrontiert sind. Rinke und Brinkhaus-Gall (2014: 24) berichten, dass ein allgemeines Ziel der Sozialhilfe die Förderung der wirtschaftlichen aber auch der persönlichen Selbstständigkeit ist. Hier sind die Behebung der Notlage und die Ursache dieser Notlage zu beachten. Berücksichtigt man also, dass eine Person auf Grund ihrer depressiven Erkrankung bei der Sozialhilfe ist, gilt es, dieses Thema anzugehen und da anzusetzen. Es stellt sich die Frage, wie dies geschehen soll.

Rückblickend auf das Kapitel der Depression lässt sich Folgendes zusammenfassen:

Depressionen waren schon seit jeher ein wichtiges Thema, wenn auch nicht als „Depression“ bekannt. Früher wurde häufig der Begriff der Melancholie verwendet, was heute noch ein Teil

einer depressiven Erkrankung darstellt. Depressionen gehören zu den Affektiven Störungen und können in sieben verschiedene Episoden eingeteilt werden. Im Rahmen dieser Arbeit beschränkt sich die Beantwortung der Fragestellung auf die Formen depressive Episoden F32 und rezidivierende depressive Störung F33, da sich diese in ihren Symptomen sehr ähnlich sind. Der Unterschied der beiden Formen besteht in der Chronifizierung der Erkrankung, welches F33 repräsentiert. Bei einer Depression handelt es sich um eine heftige Erregung im Gemütszustand, eine Störung der Stimmungslage, was sich beispielsweise in einer tiefen Trauer, einer Antriebslosigkeit und einer verminderten Aktivität widerspiegeln kann. Weitere Anzeichen oder Symptome können auch ein vermindertes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle oder Gedanken über die eigene Wertlosigkeit und ein grosses Einsamkeitsgefühl sein. Mögliche Risikofaktoren und Auslöser für eine Depression können einschneidende Erlebnisse, genetische Faktoren sowie psychologische Faktoren sein. So wie die Risiken für die Erkrankung an einer Depression bestehen, wirken sie sich auch wieder aus oder zeigen sich komorbid in den verschiedenen Lebensbereichen. Es ist möglich, dass zusätzlich zu einer Depression der Suchtmittelkonsum steigt, das Gesundheitsverhalten (genügend Bewegung und gesunde Ernährung) aber auch das Pflegen von sozialen Kontakten abnimmt. Unter anderem können sich eine ungesunde Verhaltensweise und die Störung der Gefühlsebene in einem Schlafmangel zeigen. Dieser kann sich dann wiederum auf die Arbeit auswirken, sodass die Arbeitsleistung abnimmt oder gar nicht mehr vorhanden ist. Wird die Depression nicht angegangen und geht dieses Muster weiter, kann dies zu einer Kündigung des Arbeitsverhältnisses führen. Fehlen mit der Zeit die finanziellen Mittel für den Lebensunterhalt folgt eine Anmeldung auf dem Sozialamt, welches das Existenzminimum der angemeldeten Person übernehmen soll. Hier spielt die persönliche Beratung eine Rolle. Beachtet man das empfundene Einsamkeitsgefühl bei an Depression erkrankten Menschen, lässt sich vermuten, dass ein Sozialarbeiter/eine Sozialarbeiterin für diese Person verfügbar sein und Beziehung anbieten sollte. Dies führt zu der Frage, wie eine solche Beziehung gestaltet werden sollte. Ein Ansatz, der den Menschen und seine erlernten Verhalten in Beziehungen beachtet, ist die Bindungstheorie. Im nächsten Kapitel wird diese in ihrer Entwicklung und ihren Grundstrukturen vorgestellt.

3 Bindungstheorie

In diesem Kapitel wird nun die Bindungstheorie in ihrer Vielschichtigkeit erklärt. Als erstes folgt eine Einführung mit der geschichtlichen Entstehung der Bindungstheorie. In einem nächsten Schritt werden die Schlüsselbegriffe, die wichtigsten Begriffe der Theorie, erklärt. Anschliessend folgt eine Erklärung zur Entstehung einer Bindung und zu den vier Bindungsformen, die Bowlby in Zusammenarbeit mit weiteren Pionierinnen der Bindungstheorie formuliert hat. Schliesslich werden im letzten Unterkapitel mögliche Auswirkungen eines Bindungsverhaltens erläutert.

3.1 Die Entstehung der Bindungstheorie

John Bowlby wurde 1907 in London geboren und kam 1927 erstmals mit entwicklungspsychologischen Themen in Kontakt. Dies weckte grosses Interesse in ihm, was dazu führte, dass er „eine ehrenamtliche Tätigkeit in zwei psychoanalytisch orientierten Kinderheimen für schwererziehbare Kinder und Jugendliche“ (Bretherton 2011:27) aufnahm. Holmes (2006: 35) zitiert Bowlby, der von einem Jungen in ebendiesem Heim berichtet, der nicht fähig war, Beziehungen zu Erwachsenen und Gleichaltrigen aufzubauen. Verantwortliche im Heim führten dies auf die Erfahrung des Jungen zurück, in den ersten Lebensjahren keine mütterliche Betreuung gehabt zu haben. Dies war der erste Hinweis für Bowlby für einen möglichen Zusammenhang von mangelnder Zuwendung und der Persönlichkeitsentwicklung. Ein Jahr nach Beginn der ehrenamtlichen Tätigkeit begann er sein Medizinstudium mit dem Ziel, Kinderpsychiater und Psychoanalytiker zu werden, um Familieneinflüsse auf die Entwicklung eines Kindes weiter zu verfolgen (vgl. Bretherton 2011: 28).

Nach Abschluss seines Studiums erhielt er eine Stelle bei der London Child Guidance Clinic (vgl. ebd.: 28). Die Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden, die einen Einfluss der elterlichen Probleme und deren Übertragung auf das eigene Kind beobachteten, zeigte ihm erneut eine Verbindung zwischen Umweltfaktoren und Persönlichkeitsentwicklung auf (vgl. Holmes 2006: 37). Das bewog Bowlby dazu, Müttern vorzuschlagen, sich einmal wöchentlich in Gesprächen mit der eigenen Kindheit und den damaligen Gefühlen auseinanderzusetzen. Bowlby interessierte sich schon früh für die generationenübergreifenden Weitergabe von Bindungen (vgl. Bretherton 2011: 28). Nachdem der zweite Weltkrieg seine Laufbahn als angehenden Kinderpsychiater unterbrochen hatte, übernahm er die Leitung der Kinderabteilung an der Tavistock Clinic. Er änderte den Abteilungsnamen umgehend in

„Abteilung für Eltern und Kinder“, um die Relevanz und sein Interesse an der Interaktion von Familiensystemen zu verdeutlichen. Da die meisten Mitarbeitenden nicht dasselbe Interesse an den Interaktionen zeigten, gründete Bowlby eine eigene Forschungsgruppe, in die einige Jahre später Mary Ainsworth als Mitarbeiterin eintrat (vgl. Bretherton 2011: 29).

Mary Ainsworth, 1913 unter dem Namen Mary Salter geboren, studierte Psychologie und war mit ihrer Dissertation an der Ausarbeitung der Sicherheitstheorie nach Blattz beteiligt. Diese Theorie half ihr später in der Forschung der Bindungstheorie. Die wichtigsten Grundsätze der Sicherheitstheorie sagen aus, dass ein Kind nur dann alleine in fremden Situationen zurechtkommt, wenn es zuvor Sicherheit und Vertrauen gegenüber den Eltern aufbauen konnte. Dies bildet die Basis zur Wissens- und Fähigkeitsbildung und ermöglicht es, sich später von den Eltern abzulösen und die Eltern-Kind-Beziehung „allmählich durch Beziehungen zu Gleichaltrigen und Partnerschaften“ (Bretherton 2011: 30) zu ersetzen. Nach Abschluss ihrer Dissertation wurde sie Dozentin an der Universität Toronto. Drei Jahre nach Kriegsbeginn half sie freiwillig im Frauenkorps und führte dort Interviews, Tests und Beratungen durch. So sammelte sie erste Erfahrungen mit klinischer Arbeit (vgl. ebd.: 30). Als Mary Salter 1950 heiratete und den Namen Ainsworth annahm, zog sie mit ihrem Mann nach London, wo sie in der Tavistock Klinik eine Stelle als Mitarbeiterin im Team von John Bowlby erhielt. Hier forschte sie über die „Auswirkungen von frühen Mutter-Kind-Trennungen auf die Persönlichkeitsentwicklung“ (Bretherton 2011: 31).

Ausschlaggebend für die ersten Entwürfe der Bindungstheorie war für Bowlby der Kontakt mit den ethologischen Ansätzen von Konrad Lorenz (vgl. ebd.: 33). In der Ethologie geht es um die Verhaltensforschung von Mensch und Tier (vgl. <http://www.duden.de/rechtschreibung/Ethologie>). Für Bowlby ergaben die Forschungen von Lorenz zwei wichtige Erkenntnisse. Einerseits war Bowlby „vom Prozeß der Prägung, durch den die Bildung enger sozialer Eltern-Kind-Beziehungen erklärt werden konnte“ (Bretherton 2011: 33) sehr angetan. Andererseits war er beeindruckt von den Feldstudien, in denen das alltägliche Leben unter den alltäglichen Bedingungen beobachtet wurde (vgl. ebd.: 33). Die ethologische Seite betrachtet „starke emotionale Bindungen zu spezifischen Individuen aufzubauen, als eine grundlegende Komponente der menschlichen Natur, welche im Keim bereits beim Neugeborenen vorhanden ist und die bis zum Erwachsenenalter und hohen Alter bestehen bleibt“ (Bowlby 2011: 20). Nicht nur die ethologische Sichtweise nahm Einfluss auf die Entstehung der Bindungstheorie, auch die entwicklungspsychiatrische Sicht beeinflusste sie. Diese sagt aus, dass sowohl das Band (in der Bindungstheorie Bindung genannt) des Kindes zu den Eltern, als auch das Band von den Eltern zum Kind Einfluss darauf nehmen, ob

ein Mensch psychisch gesund aufwächst oder an einer psychischen Störung erkrankt (vgl. Bowlby 2011.: 20). Mit seiner Ansicht, dass ein kleiner Säugling bereits fähig sei, eine soziale Beziehung einzugehen und das gefüttert werden keinen Zusammenhang mit der Liebe zur Mutter habe, dachte Bowlby bereits viel weiter, als die Gesellschaft zu diesem Zeitpunkt denken konnte. Es war für Bowlby anfangs schwierig, seine Mitarbeiter für die Betrachtungsweise der Interaktion zu überzeugen. Selbst Mary Ainsworth war anfangs skeptisch (vgl. Bretherton 2011: 34).

Auf Grund des beruflichen Werdegangs von Ainsworth Mann, zog sie mit ihm nach Uganda. Sie forschte dort während einem Jahr über die Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung. Die Kinder waren zu Beginn der Forschung zwischen 15 Monaten bis zwei Jahre alt. Sie beobachtete die Interaktionen ungefähr alle zwei Wochen im alltäglichen Umfeld der Mütter und Kinder. Zusätzlich führte sie Interviews mit den Müttern durch (vgl. ebd.: 38). Die Ergebnisse wertete Ainsworth jedoch erst aus, als sie nach Baltimore zog und mit Bowlby erneut über die Bindung zwischen Mutter und Kind in Kontakt trat. Sie erfasste drei verschiedene Gruppen: „sicher gebundene Kinder, die wenig schrien, unsicher gebundene Kinder, die mehr schrien, und noch nicht gebundene Kinder, die noch nicht spezifisches Bindungsverhalten gegenüber der Mutter zeigten“ (Bretherton 2011: 39). Daraufhin folgte eine erneute Zusammenarbeit mit Bowlby. Hierbei entstand das wohl bekannteste Projekt in Verbindung mit der Bindungstheorie: die Fremde-Situation.

In der Fremde-Situation beobachteten sie das Verhalten der Kinder, wie sie auf Spielsachen in einem Raum reagieren/diese erkunden, wenn die Mutter im Raum bleibt, den Raum verlässt oder sich das Kind mit einer fremden Person im Raum befindet. Normalerweise wurden die Spielsachen in Anwesenheit der Mutter am interessantesten erkundet. Einige Kinder wurden wütend, wenn die Mutter in den Raum zurückkehrte, reagierten mit strampeln oder schlagen. Andere schienen die Mutter bei ihrer Rückkehr zu meiden (vgl. ebd.: 42). Aus diesen Beobachtungen heraus wurden drei Bindungsformen definiert. Die sichere Bindung, die unsicher-vermeidende Bindung und die unsicher-ambivalente Bindung (vgl. Berk 2011: 261). Ergänzt wurden diese drei Bindungsformen später von Mary Main mit einer vierten Form: der unsicher-desorganisierten/desorientierten Bindung (vgl. Nussbaumer / Trescher 2005: 6).

Im deutschsprachigen Raum sind Karin und Klaus E. Grossmann sehr wichtige Forscher in der Bindungstheorie. Diverse Literatur von Lorenz, Bowlby, Ainsworth, Main, etc. inspirierte sie, Mütter und Kinder in Deutschland zu beobachten. Eine ihrer ersten Forschungsthemen war die Trennung von Mutter und Kind auf der Entbindungsstation, wenn das Kind mit anderen Säuglingen in einen Raum gelegt wurde. Daraus entstanden neue Interessensgebiete

der Beiden und es folgten weitere Forschungen, z.B. auch das Bindungsverhalten und die Auswirkungen dessen auf die Jugendzeit (vgl. Grossmann/Grossmann 2012: 21ff.).

Zu den neueren Forschungen der Bindungstheorie gehört u.a. das Adult Attachment Interview. Es handelt sich um ein Interview, in dem Erwachsene zu ihren Bindungsbeziehungen in ihrer Kindheit und deren Einfluss auf aktuelle Beziehungen befragt werden. Intensive Auswertungen der Interviews ergaben drei verschiedene Bindungsmuster im Erwachsenenalter, welche viele Ähnlichkeiten mit den Bindungsmustern im Kindesalter aufweisen. Die drei Muster sind: sicher-autonome Personen, unsicher-verwickelte Personen und unsicher-distanzierte Personen (vgl. Bretherton 2011: 44f.). Weitere Untersuchungen fanden auf der Bindungsebene zwischen Erwachsenen und auf der Ebene von Bindung und Entwicklungspsychopathologie statt (vgl. ebd.: 45f.).

Die Entstehung der Bindungstheorie wurde von Namen wie Bowlby, Ainsworth, Main und Grossmann geprägt. Um die Definition der verschiedenen Bindungsformen, die Beeinflussung der Bindungsform auf die Persönlichkeitsentwicklung und die Prägung im Erwachsenenalter zu entdecken, brauchte es Jahre und wird auch heute noch weiter untersucht. In einem nächsten Kapitel folgen Erklärungen zu den wichtigsten Schlüsselbegriffen der Bindungstheorie. Sinn und Zweck der Definitionen ist es, eine Grundlage und ein Verständnis für die Grundannahmen der Theorie zu erlangen.

3.2 Grundlegende Begriffe

In diesem Kapitel werden die Begriffe Bindung, Bindungsverhalten, „internales Arbeitsmodell“ und Explorationsverhalten erklärt. In der Literatur wird oftmals von der Mutter als erste Bindungsperson geschrieben, da sie normalerweise am meisten Zeit mit dem Säugling verbringt. Im Rahmen dieser Arbeit wird der Begriff der Bindungsperson/Bezugsperson (BP) verwendet, da nicht nur vom Säuglingsalter sondern auch vom Kindesalter ausgegangen wird, so dass weitere wichtige Bezugspersonen hinzukommen.

Bindung meint „die starke und innige Beziehung, die wir zu besonderen Menschen in unserem Leben haben“ (Berk 2011: 259). Grossmann und Grossmann (2012: 71f.) fassen zusammen, dass Bindung ein imaginäres Band zwischen zwei Menschen ist, das in den Gefühlen gefestigt ist und sie miteinander verbindet. Die Bindung besteht bei der Geburt noch nicht. Sie entsteht erst durch die Interaktion mit den Bezugspersonen im Verlaufe der ersten Lebensmonate. Eine genauere Beschreibung der Entstehung folgt in Kapitel 3.3.1. Die

Bindung hat eine schutzgebende Funktion – die schwächere Person sucht sich bei der stärkeren Person Schutz und Fürsorge. Dabei ist zu bedenken, dass Bindung nicht nur mit Liebe und Zuneigung, sondern auch mit Trennungsleid und Sehnsucht in Verbindung steht. Deshalb ist es gut, wenn ein Kind wenn möglich mehrere Bezugspersonen hat. Die Bindung ist bei Kindern hierarchisch geordnet. Die Bindung zu den Eltern oder primären Bezugspersonen ist beispielsweise stärker, als die Bindung zu einem gleichaltrigen Freund/Freundin. So ist die Trennung von den Eltern beim Eintritt in den Kindergarten am Morgen intensiver, als die Trennung vom Spielfreund am Abend (vgl. Grossmann/Grossmann 2012: 72).

Grossmann und Grossmann (2012) zitieren Bowlby, der sagt, dass ein Mensch die intensivsten Gefühle bei „der Entstehung, der Aufrechterhaltung, der Unterbrechung und des Endes von Bindungen“ (ebd.: 72) erlebt. Die Entstehung einer Bindung wird dem sich-verlieben und die beständige Bindung mit der Liebe verglichen. Diese Beständigkeit gibt einem Menschen psychische Sicherheit. Bei einer Bindungsgefährdung, einem Bindungsabbruch sind Gefühle wie Angst, Wut und Trauer ausgeprägt und erhöhen die Kampfbereitschaft, um die Bindung zu erhalten (vgl. ebd.).

Die Bindung entsteht durch die Interaktion mit einer Person, die als stärker empfunden wird und Schutz bieten kann. Diese Person wird in Trennungs-, Gefahren- oder Belastungssituationen mittels *Bindungsverhalten* aufgesucht. Unter diesem Bindungsverhalten wird ein Verhalten verstanden, das versucht, die Bindungsperson aufzusuchen oder beizubehalten (vgl. Buchheim 2016: 19). Das Bindungsverhalten wird bei Zuständen von „Angst, Müdigkeit, Erkrankung und entsprechendem Zuwendungs- oder Versorgungsbedürfnis am deutlichsten“ (Bowlby 2008: 21). Im Gegenteil zur Bindung, die im Verlaufe der ersten Lebensmonate entsteht, ist ein Säugling mit Bindungsverhaltensweisen von Geburt an ausgestattet. Diejenige Person, die am meisten auf das Bindungsverhalten des Säuglings antwortet – normalerweise die Mutter – baut eine Bindung zum Säugling auf. Das Bindungsverhalten zum Aufbau von Nähe zu einer Bindungsperson bleibt ein Leben lang gleich, wenn auch in einer formatierten Art und Weise. Beispiele dafür sind Seufzen, jemanden Anrufen, sachliche Argumente für einen Besuch bei den Eltern, etc. Ein Bindungsverhalten entsteht nur dann, wenn das Bedürfnis nach Nähe zur Bindungsperson vorhanden ist und eine Gefahr für die bestehende Bindung droht. Bindung selbst besteht kontinuierlich. Wenn in einer Situation, in der normalerweise ein Bindungsverhalten gezeigt und somit die Nähe und der Schutz zu einer Person gesucht wird, kein Bindungsverhalten

ausgeführt wird, ist die anwesende Person entweder nicht die Bindungsperson, oder sie hat dem Kind bereits mehrere Male abweisende Reaktionen gezeigt und die Schutzfunktion nicht ausgeübt (vgl. Grossmann/Grossmann 2012: 72ff.).

Durch die Reaktion der Bindungspersonen auf das gezeigte Bindungsverhalten entsteht das sogenannte „*innere/internale Arbeitsmodell*“. Ein Kind konstruiert aus den Reaktionen der Bezugspersonen einen „Satz von Erwartungen an die Verfügbarkeit der Bindungspersonen sowie der Wahrscheinlichkeit, dass diese dem Kind in belastenden Situationen Unterstützung bieten“ (Berk 2011: 261). Dieses Modell wird ein Teil der Persönlichkeit eines Menschen und dient für alle künftigen engen Beziehungen (vgl. ebd.: 261). Das „internale Arbeitsmodell“ sind also verinnerlichte Erwartungen, welche bereits im ersten Lebensjahr in Bezug auf die Bindungsperson entwickelt werden. Im Verlaufe der Entwicklung können sich diese jedoch nochmals stark verändern und betreffen anfangs lediglich diese eine Bindungsperson (vgl. ebd.: 448). In der Kindheit können verschiedene „internale Arbeitsmodelle“ gebildet werden, abhängig von den verschiedenen Bezugspersonen. Diese Modelle „entwickelt das Kind allmählich im Hinblick auf seine Umwelt, seine Bindungspersonen und später in Bezug auf sich selbst“ (Grossmann/Grossmann 2012: 82). Es handelt sich im Idealfall um das verinnerlichte Wissen darum, dass die Bindungspersonen verfügbar sind, wenn man sie braucht, man eine liebenswerte und wertvolle Person und es wert ist, dass einem geholfen wird (vgl. ebd.: 82). Später sind die Modelle unbewusst eher verfestigt. Holt ein Mensch sie jedoch in sein Bewusstsein, kann er gedanklich immer wieder aus der erlernten Dynamik aussteigen und diese so langsam verändern (vgl. Fremmer-Bombik 2011: 112).

Ein weiterer wichtiger Begriff der Bindungstheorie ist das *Explorationsverhalten*. Darunter „ist der Drang von Kindern“ gemeint, der sie dazu führt, „ihre Umwelt zu erkunden, zu spielen, und an verschiedenen Aktivitäten mit Gleichaltrigen teilzunehmen“ (Julius 2009: 13). Dieses Verhalten unterstützt die Entwicklung von sozialen, kognitiven und emotionalen Fähigkeiten eines Kindes. Ein Kind ist jedoch nur fähig die Umwelt zu erkunden, wenn es um den Schutz, den Trost und die Verfügbarkeit einer Bezugsperson weiss (vgl. Buchheim 2016: 19). Das Explorationsverhalten wird also dadurch beeinflusst, ob ein Kind sich des Schutzes und der Zuverlässigkeit seiner Bindungsperson sicher ist oder nicht. Dieses Vertrauen kann auf Grund der internalen Arbeitsmodelle stark beeinflusst werden. Dies wiederum führt zu verschiedenen Bindungsformen, die bereits im Säuglingsalter entwickelt werden. Was die

Bindungstheorie darüber genau aussagt, wie die Bindungen entstehen und welche Formen es gibt, folgt im nächsten Kapitel.

3.3 Bindung – Entstehung und Formen

Nun werden die vier Phasen der Bindungsentstehung und die vier Formen von Bindung, die durch Namen wie Bowlby, Ainsworth und Main geprägt wurden, vorgestellt.

3.3.1 Die vier Phasen der Bindungsentwicklung

Die Bindungstheorie erklärt den Einfluss der primären Bezugsperson auf den Säugling und, im Verlaufe seiner Entwicklung, zu anderen Bezugspersonen. Eine Bindung entsteht im Verlaufe der ersten Lebensmonate und umschreibt ein affektives Band, das zwei Menschen miteinander verbindet. Es entsteht durch die Interaktion eines Säuglings und (meistens) eines Elternteils und wird sichtbar gemacht durch das Bindungsverhalten, mit dessen Grundstrukturen ein Säugling von Geburt an ausgestattet ist, das sich jedoch mit zunehmendem Alter verändert. Dieser Prozess einer entstehenden Bindung kann in vier Phasen eingeteilt werden. Berk (2011: 260f.) benennt die Phasen wie folgt: die Vorphase, die beginnende Bindungsphase, die eindeutige Bindung und die reziproke Beziehung. Grossmann und Grossmann (2012) benennen die vier Phasen anders als Berk, inhaltlich sagen sie jedoch dasselbe aus. Nachfolgend werden die vier Phasen beschrieben und beide Benennungen erwähnt.

Die *Vorphase*, auch *Phase der unspezifischen sozialen Reaktionen* genannt, dauert von Geburt an bis ca. zur sechsten Lebenswoche. In dieser Phase sucht der Säugling durch Greifen, Lächeln, Weinen, etc. Nähe zu den Erwachsenen zu erlangen und ermutigt den Erwachsenen in seiner Nähe zu bleiben. Diese Nähe hat eine beruhigende Wirkung auf den Säugling. (vgl. Berk 2011: 260). Dabei richten sich die Signale des Säuglings unspezifisch an die Erwachsenen und noch nicht an die primäre Bezugsperson, auch wenn sie bereits erkannt wird (vgl. Grossmann/Grossmann 2012: 76).

Die *beginnende Bindungsphase*, auch *Phase der unterschiedlichen sozialen Reaktionsbereitschaft* oder *zielorientierte Phase* genannt, spielt sich zwischen der siebten Lebenswoche bis ca. zum achten Lebensmonat ab (vgl. Berk 2011: 260). In dieser Phase reagiert der Säugling auf seine ihm vertraute Bezugsperson anders als auf bekannte oder unbekannte Personen. Signale werden nicht mehr unspezifisch, sondern bereits bewusst an die Bezugspersonen gesendet, um in eine Interaktion zu treten (vgl. Grossmann/Grossmann 2012:

76). Auf die Trennung der Bezugsperson reagiert der Säugling noch nicht (vgl. Berk 2011: 260).

Die dritte Phase, die *eindeutige Bindung*, auch *Phase des aktiven und initiierten zielkorrigierten Bindungsverhaltens* genannt, spielt sich zwischen dem sechsten-achten Lebensmonat und 18.-24. Lebensmonat ab. In dieser Phase ist eine Bindung klar erkennbar. Es ist eine Trennungsangst beim Säugling sichtbar, wenn die primäre Bezugsperson den Raum verlässt. Das Bindungsverhalten des Säuglings zeigt an, dass er nicht von der Bezugsperson getrennt werden möchte – er kriecht ihr nach, klettert an ihr hoch, etc. Die Intensität der Trennungsangst und des Bindungsverhaltens hängt stark vom Temperament des Säuglings ab (vgl. Berk 2011: 260f.). In dieser Zeit gehört auch das Lernen, wie die Bezugsperson auf bestimmte Verhaltensweisen reagiert. Die Bindungsperson ist im Idealfall „zum „Sicheren Hafen“ („heaven of safety“) geworden, den das Krabbelkind aufsucht, wenn es sich unwohl fühlt, und zur „sicheren Basis“, die es gestärkt verlassen kann, wenn es sich sicher fühlt und Neues entdecken will“ (Grossmann/Grossmann 2012: 77).

In der letzten Phase, der *reziproken Beziehung*, auch bekannt als *Phase der zielkorrigierten Partnerschaft*, die vom 18. Lebensmonat bis zum zweiten Lebensjahr und darüber hinaus dauert, sind dem Kind einige Faktoren vom Kommen und Gehen der Bezugsperson verständlicher und Zusammenhänge können erschlossen werden. Das Kind kann u.a. durch die sprachliche Entwicklung nun mit den Bezugspersonen verhandeln. Beispielsweise kann das Kind die Bezugspersonen um eine kleine Gute-Nacht-Geschichte bitten, bevor diese gehen und das Kind mit dem Babysitter alleine lassen. Das Kind kann durch die zusätzliche Zuwendung und die Erklärung, wohin die Bezugspersonen gehen und wann sie wieder nach Hause kommen, mit der Trennung umgehen (vgl. Berk 2011: 261). In dieser Phase versuchen Kinder die Ziele der Bezugspersonen eher an die eigenen Ziele anzupassen. Ob das Kind lernt, das Wissen über die verschiedenen Bedürfnisse des Gegenübers und sich selbst negativ oder positiv anzuwenden, hängt von der Erziehung durch die Bezugspersonen ab (vgl. Grossmann/Grossmann 2012: 79).

In diesen vier Phasen entsteht erstmalig das „internale Arbeitsmodell“. Mittlerweile kann das Kind bereits zu einer weiteren Person, wie beispielsweise dem Babysitter, eine Bindung aufbauen. Dadurch können Erwartungen durch neue Erfahrungen mit Erwachsenen, Geschwistern und Freunden revidiert werden (vgl. Berk 2011: 261).

Wenn auch alle Kinder Bindungen zu ihren Bezugspersonen und mit der Zeit auch Gleichaltrigen, etc. aufbauen, sagt dies noch nichts über die Qualität einer Bindung aus. In der Fremden-Situation von Ainsworth wurden drei Bindungsqualitäten/-formen definiert, später von Main mit einer vierten Form ergänzt. Als nächstes werden diese vier Bindungsformen vorgestellt.

3.3.2 Sicher oder unsicher gebunden

In diesem Kapitel werden die einzelnen Bindungsformen vorgestellt. Als erstes folgt eine Erklärung an Hand der Fremden-Situation. Um die Fremden-Situation nochmals zu vergegenwärtigen, wird diese hier nochmals kurz erklärt: Bei der Fremden-Situation wurden Kinder mit ihrer primären Bezugsperson (BP) – hier der Mutter – in einen Raum voller Spielsachen geschickt. In acht Sequenzen wurden die Kinder beobachtet. Es bestand die Grundannahme, dass ein sicher gebundenes Kind die Mutter als „sichere Basis“ nutzt und die Spielsachen erkundet. Ebenso wird davon ausgegangen, dass die Abwesenheit der Mutter und Anwesenheit einer fremden Person eine beunruhigendere Wirkung hat (vgl. Berk 2011: 261f.).

Die sichere Bindung

Kinder, die sicher gebunden sind, nutzen die Bezugsperson als sichere Ausgangsbasis und erkunden die Spielsachen im Raum. Wenn die BP den Raum verlässt, kann es sein, dass sie mit Weinen reagieren. Die BP wird der fremden Person im Raum klar vorgezogen. Bei Rückkehr der BP reagieren die Kinder meist damit, dass sie aktiv die körperliche Nähe der BP aufsuchen und getröstet werden wollen. Durch den gespendeten Trost können sie sich in kurzer Zeit wieder beruhigen und sich wieder den Spielsachen zuwenden (vgl. Berk 2011: 262). Diese Kinder haben das innere Wissen, dass ihre Bezugsperson in schwierigen Situationen verfügbar ist. Eine sichere Bindung entsteht besonders bei Kindern, die verfügbare Bezugspersonen in den frühen Lebensjahren haben, welche „feinfühlig auf die Signale des Kindes reagieren und liebevoll und bereitwillig auf das Kind eingehen, wenn es Schutz, Trost oder Hilfe sucht“ (Bowlby 2011: 25).

Die unsicher-vermeidende Bindung

Kinder mit einer unsicher-vermeidenden Bindung reagieren bei der Trennung zur Bezugsperson kaum und behandeln die fremde Person im Raum auf dieselbe Art und Weise, wie die BP (vgl. Berk 2011: 262). Bei der Rückkehr der BP reagieren sie eher zurückhaltend

oder sogar ignorant. Wenn die Bezugsperson ein zweites und drittes Mal den Raum verlässt, behält das Kind die BP stark im Auge und ist in ihrem Explorationsverhalten im Raum gehemmt (vgl. Holmes 2006:129).

Menschen, die diese Bindungsform erlernten, haben oft Zurückhaltung von Seiten der BP oder missbräuchliche Erfahrungen gemacht. Bei Versuchen, Trost oder Schutz zu erhalten, trafen sie auf Zurückweisung seitens der Bezugsperson. Unsicher-vermeidend gebundene Menschen versuchen das Leben ohne Liebe oder Unterstützung, auf sich allein gestellt, zu meistern (vgl. Bowlby 2011: 25).

Die unsicher-ambivalente Bindung

Kinder mit einer unsicher-ambivalenten Bindung erkunden den Raum in Anwesenheit der Bezugsperson eher weniger, sondern suchen die Nähe zur BP. Bei der Trennung sind sie bekümmert und bei der Rückkehr reagieren sie einerseits mit dem Aufsuchen von Nähe und Körperkontakt, sie gehen zur Bezugsperson und schmiegen sich an sie, andererseits mit Wut und Ablehnung. Dies zeigt sich vor allem in Verhaltensweisen wie Strampeln, Schlagen, etc. In der Regel brauchen sie viel Zeit, bis sie sich beruhigen lassen, auch wenn sie von der BP in den Arm genommen werden (vgl. Berk 2011: 262). Diese Bindungsform entsteht oftmals durch unterschiedliche Verfügbarkeit oder Hilfsbereitschaft der Bezugspersonen. Das Kind kann sich nicht sicher sein, ob es nun Hilfe oder Ablehnung empfangen wird. Oftmals haben unsicher-ambivalent gebundene Kinder Trennungsangst, klammern sich an die BP an und haben ein geringes Explorationsverhalten (vgl. Bowlby 2011: 25).

Die unsicher-desorganisierte/desorientierte Bindung

Bei wenigen Kindern entsteht die unsicher-desorganisierte/desorientiert Bindung. Sie zeigt sich in einem verwirrten Verhalten, zu dem ein „einfrieren“ oder auch stereotype Bewegungen gehören (vgl. Holmes 2006: 129). Bei der Wiedervereinigung mit der Bezugsperson zeigen diese Kinder „konfuse, widersprüchliche Verhaltensweisen – sehen zum Beispiel weg, wenn die Bezugsperson sie auf dem Arm hält, oder nähern sich ihr mit einem flachen, depressiven Gefühl“ (Berk 2011: 263). Weitere Reaktionen können erstarrte Körperhaltungen oder das Ausbrechen in Tränen sein, nachdem sie bereits beruhigt wurden (vgl. ebd.: 263).

Nachträglich wurde entdeckt, dass Kinder mit einer solchen Bindungsform oftmals von ihren Bezugspersonen misshandelt oder von manisch-depressiven Müttern erzogen wurden. In dieser Bindungsform wird die Übertragung der Probleme von Bezugspersonen auf ihre

Kinder deutlich (vgl. Bowlby 2008: 102). Häufig bleibt eine solche Bindungsform bestehen, was die emotionale Selbstregulation der Kinder stört und die Gefühle gegenüber den Eltern ambivalent bleiben lässt (vgl. Berk 2011: 264).

Es gibt also vier Formen von Bindung. Die sichere, die unsicher-vermeidende, die unsicher-ambivalente und die unsicher-desorganisierte/desorientierte Bindung. Bei den unsicheren Bindungen wird deutlich, dass sich die Kinder unsicher über die Hilfe und den Schutz der Bezugspersonen sind. Besonders in der unsicher-desorganisierten/desorientierten Bindung wissen die Kinder nicht recht, was sie empfinden und zeigen dies zum Teil in einer körperlichen Erstarrung. Diese Bindungsform wird stark durch unverarbeitete negative Erfahrung der Eltern beeinflusst. Dies zeigt auf, dass das Bindungsverhalten der Bezugsperson eine Auswirkung auf die Beziehung, Erziehung und Entwicklung des eigenen Kindes haben kann. Was weitere Auswirkungen sein können und was unter dem Begriff der Bindungsstörung verstanden wird, folgt im nächsten Kapitel.

3.4 Auswirkungen fürs Leben

Im letzten Kapitel wurde ersichtlich, dass sich unsichere Bindungsformen negativ auf das Kind und später die erwachsene Person auswirken kann. In den folgenden Ausführungen wird zuerst auf den Einfluss bezüglich Beziehungen, Erziehung der eigenen Kinder und Explorationsverhalten eingegangen. Danach folgen eine Erläuterung der Bindungsstörungen, und deren Einfluss auf Depressionen.

Beziehungen, Erziehung der eigenen Kinder und Explorationsverhalten

Um den Einfluss von der erlernten Bindung auf spätere Paarbeziehungen herauszufinden, wurde eine Studie durchgeführt, welche Schleiffer (2014: 63) erläuterte: Die internalen Arbeitsmodelle, die in der Kindheit entstehen, waren in Beziehungen und Dating-Situationen von Jugendlichen erkennbar. Bei Beziehungen von sicher gebundenen Partnern schienen sich die Jugendlichen mehr um die gegenseitigen Befindlichkeiten zu kümmern als Partner mit unsicheren Bindungsformen. Bei letzteren gab es mehr Konflikte. Dies führte zu weiteren Enttäuschungen, da die negativen Beziehungserfahrungen von zu Hause anhielten und nicht besser wurden. So zeigte sich, dass unsicher gebundene Jugendliche eher an einem One-Night-Stand interessiert waren, da sie den Sinn einer Beziehung nicht erkannten.

Die erlernte Bindungsform wirkt sich nicht nur auf die weiteren Beziehungen aus, sondern überträgt sich in 70-80% der Fälle von den Eltern auf die eigenen Kinder. Ebenso zeigte sich,

dass ca. 75% der sicher gebundenen Kinder sicher gebundene Mütter hatten (vgl. Holmes 2006: 139). Dies weist darauf hin, dass 25% der unsicher gebundenen Mütter sicher gebundene Kinder grossziehen konnten. Die Unterbrechung der Weitergabe einer unsicheren Bindung kann durch eine hohe reflexive Kompetenz stattfinden (vgl. Nussbaumer/Trescher 2005: 52). Gelingt also der Aufbau einer sicheren Bindung mit dem Kind, kann das Kind die Bezugsperson als „sichere Basis“ nutzen und so in seiner Umgebung explorieren. Gelingt eine Vermittlung zwischen Bindung und Intellekt durch die „sichere Basis“ und Exploration, kann dies einem Kind helfen „sich erfolgreich kognitiven Aufgaben widmen zu können“ (Schleiffer 2009: 48). Bei einer unsicher-desorganisierten/desorientierten Bindung wurde ersichtlich, dass diese Kinder ein widersprüchliches und gehemmtes Explorationsverhalten aufweisen (vgl. ebd.: 50). Durch die ambivalente Innenwelt ist das Kind verunsichert und hat daher keine „sichere Basis“, um sich Unbekanntem offen zu zeigen und zu wissen, dass bei Gefahr Hilfe kommt. In dieser Bindungsform zeigt ein Kind schlechtere Anpassungen an schulische Anforderung und eine höhere Tendenz zu psychopathologischen Auffälligkeiten (vgl. ebd.: 50). Zu diesen sogenannten psychopathologischen Auffälligkeiten gehören unter anderem die Bindungsstörungen.

Bindungsstörungen

Brisch (2006: 76ff.) berichtet von Studien, in denen ein Zusammenhang zwischen unsicherem Bindungsverhalten, besonders dem desorganisierten, und psychischen Störungsbildern besteht. Dabei ist zu beachten, dass eine unsichere Bindung nicht automatisch zu einer psychischen Störung führt, sondern lediglich einen Risikofaktor darstellt. Genauso ist die sichere Bindung keine Garantie dafür, nicht an einer psychischen Störung zu erkranken. Kliniker haben festgestellt, dass es bei Kindern mit unsicheren Bindungsverhalten solche gab, die durch extremes Verhalten auffielen und definierten daraus sogenannte „Bindungsstörungen“. Bei den Bindungsstörungen nehmen soziale und schwerwiegende elterliche psychopathologische Auffälligkeiten Einfluss auf das Kind. Diese Auffälligkeiten sind für Aussenstehende kaum als Problem einer gestörten Bindung sichtbar, obwohl an der Bindung anzusetzen wäre.

Da die Ausführung der verschiedenen Bindungsstörungen den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, werden die einzelnen nur namentlich erwähnt. Die Bindungsstörungen werden laut Brisch (2006: 83-91) in folgende Kategorien eingeteilt:

- Keine Anzeichen von Bindungsverhalten (keine Reaktion bei einer Trennung oder in einer Gefahrensituation – kein Bindungsverhalten sichtbar)
- Undifferenziertes Bindungsverhalten (behandeln alle „stärkeren“ Personen gleich, egal ob vertraut oder fremd)
- Übersteigertes Bindungsverhalten (zeigen ein exzessives Klammern)
- Gehemmtes Bindungsverhalten (übermäßige Anpassung, sofortiges Gehorchen bei Aufträgen von Bezugsperson)
- Aggressives Bindungsverhalten (Beziehungsgestaltung vorwiegend mit körperlicher und/oder verbaler Aggression)
- Bindungsverhalten mit Rollenumkehrung (Kind kümmert sich um die Bezugsperson, statt umgekehrt)
- Psychosomatische Symptomatik (z.B. Wachstumsstörung, Ess-, Schrei- oder Schlafstörung, etc.)

Bis anhin gibt es auch im International Classification of Diseases (ICD-10) zwei Formen von Bindungsstörungen, die diagnostiziert werden können. Dabei handelt es sich um die „Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters“ (F94.1) und die „Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung“ (F94.2) (vgl. Dillinger/Freyberger 2016: 332ff.).

In den bereits erwähnten Studien, die Brisch zitierte (2006: 76), wurde ein Zusammenhang zwischen unsicheren Bindungsformen und verschiedenen Störungsbildern entdeckt. Unter anderem kann das Bindungsverhalten Einfluss auf die Erkrankung einer Depression nehmen.

Depression

Depressionen können in vielerlei Hinsichten mit den Bindungsformen in Verbindung stehen. Beispielsweise kann die Depression der Mutter dazu führen, dass sie nicht einfühlsam auf die Bedürfnisse des Kindes eingehen kann. Dies wiederum bewirkt die Entwicklung einer unsicheren Bindung, da sich das Kind über den Schutz der Mutter nie ganz sicher sein kann. So ergab auch eine Studie, dass Kinder, deren Mütter an einer postpartalen Depression (Depression nach der Geburt) litten, das Risiko für den Aufbau einer unsicheren Bindung um das Vierfache erhöhte (vgl. Murray 2011: 58-63).

Es gibt weitere Begründungen, die auf einen Zusammenhang von Bindung und Depression hindeuten. Verschiedene dieser Begründungen und die Zusammenführung der Themen folgt in Kapitel 4.

Zusammenfassend zur Bindungstheorie kann festgehalten werden:

In der Bindungstheorie wird davon ausgegangen, dass jeder Mensch eine Bindung zu anderen Menschen aufbaut. Diese Bindung stellt ein imaginäres Band dar, ist in der Gefühlswelt eines Menschen verankert und hat eine schutzgebende Funktion. Es handelt sich dabei nicht nur um positive Emotionen, die einem Menschen das schützende Gefühl vermitteln, sondern auch um Trennungsleid/Trennungsangst und einer Sehnsucht. Die Bindung wird mittels Bindungsverhalten herzustellen versucht. Ein Mensch wird geboren und versucht von Beginn an mittels bestimmten Verhaltensweisen eine Bindungsperson (BP) aufzusuchen und bei sich zu behalten. Das Bindungsverhalten wird vor allem angewendet, wenn unsichere Situationen auftauchen oder eine Gefahr für die Bindung droht. Ansonsten besteht eine Bindung kontinuierlich. Aus den Erfahrungen, wie BP auf das Bindungsverhalten des Kleinkindes reagieren, entsteht ein „internales Arbeitsmodell“. Darin sind die Erfahrungen über die Verfügbarkeit von BP und die Unterstützung in schwierigen Situationen abgespeichert. Im Verlaufe der Zeit entwickelt das Kind dann eine innere Erwartungshaltung zur Umwelt, zur Bindungsperson und deren Verfügbarkeit/Hilfsbereitschaft und auch zum Wert der eigenen Person. Die Erwartungen an die Verfügbarkeit von BP können meist in vier verschiedene Formen eingeteilt werden. Es gibt eine sichere Bindung, eine unsicher-vermeidende Bindung, eine unsicher-ambivalente Bindung und eine unsicher-desorganisierte/desorientierte Bindung. Bei einer sicheren Bindung ist sich ein Mensch über die Verfügbarkeit von Bindungspersonen gewiss und erholt sich nach einer Trennung von der BP wieder. Bei einer unsicher-vermeidenden Bindung erlebte ein Mensch bei Anfragen nach Schutz und Trost oft Zurückweisung und versucht sein Leben ohne Liebe oder Unterstützung zu meistern. Die unsicher-ambivalente Bindung entwickeln oftmals Personen, welche sehr unterschiedliche Verfügbarkeiten und Hilfen der BP erlebt haben. So zeigt sich auch im Verhalten etwas Ambivalentes zwischen Nähe suchen und Distanz halten. Die vierte Bindung, die unsicher-desorganisierte/desorientierte Bindung zeigt ein verwirrtes Verhalten. Menschen mit dieser Bindungsform erlebten oftmals Misshandlungen oder wuchsen unter Aufsicht von manisch-depressiven Müttern auf.

Die Bindung kann Einfluss auf vielerlei Bereiche im Leben eines Menschen nehmen. Besonders unsichere Bindungsformen, die ein negatives Selbstbild und die innere Erwartung haben, dass ihnen nicht geholfen wird, können sich negativ auf die Entwicklung auswirken. Unter anderem begünstigen unsichere Bindungen auch das Erkranken an einer Depression. Wie das genau begründet wird, folgt im nächsten Kapitel.

4 Bindung, Depression und die Soziale Arbeit

Nachdem in den vorigen Kapiteln die Depression und die Bindungstheorie vorgestellt wurden, werden die beiden Themen in diesem Kapitel miteinander in Verbindung gebracht. Der Zusammenzug folgt an Hand der dargelegten Inhalte und wird mit Erkenntnissen aus bestehender Literatur und Forschungsergebnissen bereichert. In einem weiteren Schritt folgt eine Auseinandersetzung mit bindungsorientierten Handlungsempfehlungen für die Praxis der Sozialen Arbeit.

4.1 Bindung und Depression

Nun folgen Zusammenhänge zwischen einer Depressionserkrankung und dem erlernten Bindungsverhalten.

Der Begründer der Bindungstheorie, John Bowlby, hat sich viele Gedanken über den Zusammenhang vom Bindungsverhalten und Depressionen gemacht. Bowlby (2006: 235f.) schreibt, dass jeder Mensch in seinem Leben Phasen der Trauer oder depressive Phasen durchlebt. Er geht davon aus, dass eine solche Phase meist durch einen Verlust im Leben eines Menschen ausgelöst wird. Solange in einer solchen Phase ein Austausch zwischen Individuum und Aussenwelt stattfindet, können verschiedene Emotionen empfunden werden. Sobald dieser Austausch jedoch aufhört, tritt eine Depression auf und hält so lange an, bis ein neuer Austausch stattfindet. Dies nennt Bowlby (ebd.) auch eine Desorganisation des Verhaltens. Diese Phase unterscheidet sich bei einem psychisch gesunden Mensch im Vergleich zu einem depressiv erkrankten Menschen darin, dass er „diese Phase von Depression und Desorganisation geduldig ertragen und nach nicht allzu langer Zeit daraus mit der beginnenden Reorganisation von Verhalten, Denken und Fühlen zu Interaktionen einer neuen Art auftauchen kann.“ (Bowlby 2006: 236) Wichtig dabei ist, dass in dieser Phase das Gefühl des eigenen Werts und das Wissen um die eigene Kompetenz intakt bleiben (vgl. ebd.: 236). Es stellt sich dabei die Frage, warum bei depressiv erkrankten Menschen Gefühle der Einsamkeit, der Wertlosigkeit, etc. vorhanden sind. Bowlby (2006) versucht dies mit Hilfe der „erlernten Hilflosigkeit“ nach Seligmann (1973 in Bowlby 2006) zu begründen. Die „erlernte Hilflosigkeit“ entsteht, wenn es einem Mensch häufig misslungen ist Probleme zu lösen und er vermutlich deshalb keinen Problemlöseversuch mehr vornimmt. Wenn er es doch noch einmal versucht und Erfolg hat, wird er es vermutlich als Zufall bewerten (vgl. Bowlby 2006: 236). Somit bedeutet die „erlernte Hilflosigkeit“ ein innerlich gefestigtes Modell, dass Probleme nicht gelöst werden können und der Mensch ihnen gegenüber hilflos ausgeliefert

ist. Der betroffene Mensch lernt also hilflos zu sein. Diese „erlernte Hilflosigkeit“ sei häufig bei depressiv erkrankten Menschen anzutreffen (vgl. Bowlby 2006.: 236). Bowlby (ebd.: 236f.) versucht zu erklären, dass die „erlernte Hilflosigkeit“ aus Erfahrungen in der Familie, spezifisch aus den folgenden drei Erlebniswelten herrührt:

- Als Kind hat der Mensch keine stabile oder sichere Beziehung zu den Eltern aufbauen können, obschon er sich oftmals darum bemühte und versucht hat, den (überhöhten) Erwartungen der Eltern nachzukommen. Diese Erfahrungen führen zum Gefühl, dass weitere Verluste dem eigenen Versagen im Herstellen und Erhalten von Beziehungen zuzuschreiben sind (vgl. Bowlby 2006.: 237).
- Es wurde einem Kind immer wieder gesagt, „wie unliebenswert und/oder unzulänglich und/oder inkompetent“ (ebd.) es sei. Daraus entwickelte sich ein inneres Modell von Wertlosigkeit. In schwierigen Situationen hat dieser Mensch nicht mehr die Erwartung, dass ihm geholfen wird, sondern dass die Anderen gegen ihn sind (vgl. ebd.).
- Als dritte mögliche Erklärung dient ein realer Verlust eines Elternteils. Diese Erfahrung und ein Aushalten der Situation kann zu der Überzeugung führen, dass alle situationsändernden Anstrengungen, scheitern werden (vgl. ebd.).

Bowlby (2006) erklärt also den Unterschied von normalen depressiven Phasen eines Menschen zu Menschen, die an Depressionen erkrankt sind, durch die Erfahrungen und den daraus resultierenden erlernten negativen oder positiven Erwartungen/Selbstbildern.

Ein Blick zurück auf die Bindungstheorie zeigt, dass sich diese Schlussfolgerung mit dem Gedanken des „internalen Arbeitsmodells“ verbinden lässt. Die oben genannten Aspekte, wie die „erlernte Hilflosigkeit“, weisen auf verinnerlichte Erfahrungen und daraus entstehende innere Erwartungen hin. So sagt auch das „internale Arbeitsmodell“, dass im Kindesalter verinnerlichte Erwartungen entstehen, ob/wie andere Menschen in belastenden Situationen Unterstützung bieten (siehe Kapitel 3.2). Die Erfahrung im Kindesalter bezüglich Selbstwert und Verfügbarkeit von Hilfe kann also durchaus mit den Gefühlsmerkmalen Wertlosigkeit und Einsamkeit bei Depressionen in Verbindung stehen.

So schreiben auch Fischer-Kern et. al. (2014: 467ff.) darüber, dass die inneren Arbeitsmodelle unbewusst, aber stabil wirksam sind. Ebenfalls erwähnen sie in ihrem Artikel zu einer Studie über den Einfluss der Bindung bei stationär chronisch-depressiven Patienten eine weitere Studie, in welcher die unsichere Bindung mit Depressionen in Verbindung gebracht wurde.

Die Studie zeigte auf, dass „unsichere Bindung mit einer Einschränkung mentaler Verarbeitung verknüpft wird“ (Fischer-Kern et. al. 2014: 472) und besonders die „desorganisierten Bindung zu einem Zusammenbruch der intrapsychischen Organisation, in der nichtverarbeitete Traumata und Verlust Erfahrungen auf verwirrte und desorganisierte Weise dargestellt werden.“ (ebd.) führen. Obschon die Zusammenhänge von Bindung und Depression hergestellt werden können, wird die Verallgemeinerung der Studie in Frage gestellt, da die Stichprobengröße klein war (vgl. ebd.).

Deshalb kann die Verbindung zwischen unsicherer Bindung, einem negativen „internalen Arbeitsmodell“ und Depressionen zuerst weit hergeholt wirken, auch wenn sie bereits durch Studien belegt wurde. Auch Schauenburg (2008: 82) schreibt, dass aufgrund einer Untersuchung aus dem Jahr 2002 von Felitti et. al. davon auszugehen ist, dass belastende Kindheitserlebnisse das Risiko massiv erhöhen, später an einer Depression zu erkranken. In diesem Zusammenhang wird erneut die „erlernte Hilflosigkeit“ erwähnt. Er sagt, dass diese „erlernte Hilflosigkeit“ im Erwachsenenalter als emotionales Dilemma verstanden werden sollte. Ein daraus resultierendes unsicheres Selbst(wert)gefühl kann dann in eine überstarke Abhängigkeit führen (vgl. ebd.).

Diese Abhängigkeit kann wiederum zu einem Verlust des Selbstvertrauens und des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten, aber auch zu einer sozialen Isolation als Schutzmechanismus führen. Das Verhalten bezüglich der erhöhten Abhängigkeit und des Rückzugs könnte wiederum auf ein erlerntes Bindungsverhalten zurückgeführt werden. So vergleicht Schauenburg (2008: 83) eine überhöhte Abhängigkeit mit dem unsicher-ambivalenten und ein autonomes, am inneren Ideal orientiertes Verhalten mit dem unsicher-vermeidenden Bindungsverhalten. Konkret können die Modelle der „erlernten Hilflosigkeit“ und der verschiedenen Bindungsverhalten als mögliche „Verarbeitungs- und Bewältigungsmodi dieser Vulnerabilität [depressiven Erkrankung] im Sinne eines hypervigilanten oder eines deaktivierten Bindungssystems“ (ebd.) verstanden werden.

Es gibt also mögliche Verbindungen zwischen einer Depression und dem Bindungsverhalten. Dies zeigt sich besonders in einem negativen Selbstbild. Das negative Selbstbild kann durch keine oder unzuverlässige Hilfe in der Kindheit beeinflusst worden sein. Dadurch entwickelte sich ein Gefühl von Hilflosigkeit und das innere Gefühl, es nicht wert zu sein, Hilfe zu erhalten. Somit entstehen einerseits eine unsichere Bindung und andererseits ein negatives Selbstbild. Diese unzuverlässige Hilfe und das unsichere Gebunden-sein könnte eine mögliche Erklärung für das Einsamkeits- und Wertlosigkeitsgefühl bei depressiv erkrankten

Menschen bieten. Auch wenn die Zusammenhänge mit keiner 100 prozentigen Sicherheit belegt werden können, bestehen dennoch klare Anzeichen und wissenschaftliche Befunde dafür, dass eine unsichere Bindung das Erkranken an einer Depression beeinflussen. Was dieses Wissen im Praxisalltag für Professionelle bedeutet, die im Fokus ihrer Arbeit den Klienten/die Klientin haben, wird im nächsten Kapitel erläutert.

4.2 Sozialarbeitende, Bindung und Depression

Bisher wurde die Bindungstheorie, die Depression und ein Zusammenhang der beiden Themen vorgestellt. Daraus ist ersichtlich, dass eine unsichere Bindung die Erkrankung an einer Depression beeinflusst. Gerade eine unsicher-desorganisierte Bindung kann das Risiko zu scheitern erhöhen, was sich auf jegliche Lebensbereiche eines Individuums auswirken kann (vgl. Trost 2014: 7). Da die Soziale Arbeit sich mit Menschen auseinandersetzt, jeder Mensch ein Bindungsverhalten erlernt hat und sich in der Sozialen Arbeit „große Anteile hochunsicher gebundener Menschen“ (Trost 2014: 7) befinden, ist die Auseinandersetzung für Sozialarbeitende mit den Themen Bindung, Depression und vor allem die daraus folgenden Erkenntnisse über den Umgang mit diesen Menschen wichtig (vgl. ebd.).

In diesem Kapitel werden in einem ersten Schritt Empfehlungen für therapeutische Personen beschrieben, wie sie aus dem Blickwinkel der Bindungstheorie mit an Depressionen erkrankten Menschen arbeiten können. In einem weiteren Schritt folgt eine Auseinandersetzung mit Bindungsstilen von Sozialarbeitenden in der Arbeit mit dem Klientel und eine Erläuterung einiger bindungstheoretischer Umgangsformen.

Spezifische auf der Bindungstheorie beruhende Empfehlungen, um mit depressiv erkrankten Menschen zu arbeiten, sind häufig für Therapeuten/Therapeutinnen zu finden. Da diese in einem gewissen Masse auch auf Sozialarbeitende übertragbar sind, werden sie in einem nächsten Abschnitt vorgestellt. Hierbei gilt zu beachten, dass Sozialarbeitende nicht eine therapeutische Aufgabe besitzen, in der sie mit dem Klient/der Klientin alte Erfahrungen aufarbeiten. Diese Aufgabe soll den dafür ausgebildeten Therapeuten/Therapeutinnen überlassen werden.

Bowlby (2010: 116f.) geht davon aus, dass die Beziehungserfahrungen mit den Eltern grossen Einfluss auf die Beziehung zum Therapeuten nehmen. Er beschreibt verschiedene Übertragungen, die ein Klient/eine Klientin auf einen Therapeuten/eine Therapeutin machen kann und welche Erfahrung dahinter steht. Hat ein Kind erlebt, dass es von den Eltern oft

abgelehnt wird und deshalb eine unsicher-vermeidende Bindung aufgebaut, lernte es im Laufe der Zeit zwischenmenschliche Beziehungen von sich fern zu halten. So wird später auch der Therapeut auf Distanz gehalten. Daher ist es wichtig, dass ein Therapeut sich dessen bewusst ist und sieht, dass das innere verunsicherte Kind in der therapeutischen Beziehung Ähnliches befürchtet, wie der jetzige erwachsene Mensch es von den Eltern kennen gelernt hat (vgl. Bowlby.: 116f.).

Wenn die therapeutische Person dieses Verhalten jedoch nicht als Rückschritt in ein kindliches Muster betrachtet, sondern als Aktivierung des Bindungssystems, quasi als Anfrage für Hilfe in einer schwierigen Lage, kann der Therapeut/die Therapeutin zu einer wichtigen Bindungsperson werden (vgl. Holmes 2006: 169). Es ist wichtig, empathisch auf dieses Bindungsbedürfnis zu reagieren, damit „ein Gefühl der Lebendigkeit und der Bedeutung, der Sicherheit und der Selbstachtung“ (ebd.: 169) entstehen kann. Wird die therapeutische Beziehung in diesem Sinne positiv genutzt, kann sie mit der Bezugsperson eines sicher gebundenen Kindes verglichen werden. Die Bezugsperson dient als „sichere Basis“ für das Kind, um in der Umwelt zu explorieren. Folglich ist es für einen Klienten/eine Klientin wichtig, eine sichere Bindung zum Therapeuten/zur Therapeutin zu haben, um von dieser „sicheren Basis“ aus die inneren schwierigen und schmerzhaften Erfahrungen zu untersuchen – zu explorieren (vgl. Wartner 2011: 410).

Der Aufbau der sicheren Bindung soll durch zuverlässige Aufmerksamkeit und Unterstützung seitens des Therapeuten/der Therapeutin im Prozess geschehen. Ebenfalls sollte die therapeutische Person die Perspektive des Klientels einnehmen, um so „die Welt aus der Perspektive und mit den Augen des Patienten wahrzunehmen und zu verstehen.“ (ebd.).

Bei dieser Zugangsweise des Therapeuten als „sichere Basis“ kann die Gefahr zur Abhängigkeit bestehen. Hier gilt es zu beachten, dass der Therapeut/die Therapeutin als „sichere Basis“ gilt, auch wenn es in einem ersten Moment als Abhängigkeitskonstrukt angesehen werden könnte. Holmes (2006: 181) argumentiert, dass bei Klienten und Klientinnen, die in eine Therapie gehen, eine Abhängigkeit vom Therapeuten/der Therapeutin eine „angemessene Antwort auf emotionale Not“ (ebd.) ist, welche es zu bearbeiten gilt.

Der Blick weg von den Empfehlungen für Therapeuten/Therapeutinnen hin zu Sozialarbeitenden weist ein Buch, das nach einem Fachkongress über die Bindungstheorie in der Sozialen Arbeit entstand. Es heisst „Bindungsorientierung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen – Forschungsergebnisse – Anwendungsbereiche“ von Alexander Trost (2014). Unter anderem wird in diesem Buch von einer Studie berichtet, welche Bindungsstile von

Sozialarbeitenden in Deutschland erforschte. Die Studie hat ergeben, dass lediglich 10% von 219 teilnehmenden Sozialarbeitenden sicher gebunden und 20% bedingt sicher gebunden sind. Rund 24% haben einen ambivalent-verschlossenen und 36% haben einen ambivalent-anklammernden Bindungsstil (vgl. Kreutz/Trost 2014: 229).

Personen mit einem solchen unsicher-ambivalenten Bindungsstil (also verschlossen und anklammernd gemeinsam) haben ein mangelndes Vertrauen in sich selbst und sehr gute Antennen, wie sich das Gegenüber fühlt. Hierbei ist zu bedenken, dass dies nicht mit Empathie, gleichzusetzen ist. Diese gute Antenne kommt aus der Zeit, in der die Bindungspersonen unvorhersehbar auf die Bedürfnisse reagierten und das Kind lernte, auf die Gefühlswelt der Bindungsperson zu achten um eine Resonanz herzustellen. Hat also ein Sozialarbeiter/eine Sozialarbeiterin eine unsicher-ambivalente Bindung und nimmt die Gefühlswelt des Klientels wahr, ist meistens das Bindungssystem aktiviert. Dies birgt die Gefahr, dass die sozialarbeitende Person mit sich selbst und der eigenen Bedürftigkeit beschäftigt ist und deshalb nicht adäquat auf die Bedürfnisse des Klientels eingehen kann. Das kann dazu führen, dass sich Sozialarbeitende bei der Klientel Sicherheit suchen und nicht dem Klientel den Schutz/die Hilfe anbieten können, die sie sollten (vgl. ebd.: 233).

Deshalb ist es wichtig, dass Sozialarbeitende sich bewusst sind „wann und unter welchen Umständen ihr Bindungssystem aktiviert wird“ (ebd.: 234). So verwundert es nicht, dass Supervisionen mit bindungstheoretischer Grundlage und der Arbeitgeber als „sichere Basis“ für Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen wichtige Grundlagen für eine gelingende Beziehungsarbeit sind (vgl. ebd.: 238). Diese Erkenntnis deckt sich mit bindungsorientierten Ansätzen von Therapeuten/Therapeutinnen, welche unter dem Blickwinkel von Bindung und Depression betrachtet wurden. Auch die therapeutische Person muss die eigenen Kindheitserlebnisse und eigenen Anteile reflektieren und sich diesen im Prozess mit den einzelnen Klienten/Klientinnen bewusst sein (vgl. Bowlby 2010: 115). Dies weist auf die Wichtigkeit der Selbstreflexionskompetenz hin, um mit der Klientel auf einer guten und bindungstheoretischen Basis arbeiten zu können.

In einem weiteren Artikel hat Karl Heinz Brisch (2014: 25f.) weitere allgemeine Empfehlungen für Sozialarbeitende mit Blick auf die Bindungstheorie beschrieben. Diese Handlungsempfehlungen wurden in Anlehnung an die Mutter-Kind-Beziehung ausgearbeitet. Die Empfehlungen mit der Bindung als Basis gelten als wesentlicher Faktor für die Beziehungsarbeit zwischen Sozialarbeitenden und dem Klientel. Der Sozialarbeiter/Die Sozialarbeiterin soll mit dem Klientel eine „sichere Basis“ errichten, was durch Empathie,

viel Feinfühligkeit und dem inneren Wissen über das Vorkommen von ungewöhnlichem, eigenwilligem Verhalten, welches die Bindungsbedürfnisse repräsentieren, geschehen sollte. Wichtig dabei ist das „Wahrnehmen der Signale des Klienten, im richtigen Verständnis und in der angemessenen und prompten Reaktion auf diese Signale“ (Brisch 2014: 26). Des Weiteren schreibt Brisch (ebd.), dass Sozialarbeitende stets auf das Bindungsverhalten seitens der Klientel, aber auch auf das der eigenen Person achten sollten. Dabei ist es gut zu wissen, dass vergangene Bindungserfahrungen und daraus resultierende Annahmen über zu erhaltende Hilfe nicht mehr mit der aktuellen Situation übereinstimmen müssen. Dies zeigt, dass eben nicht nur die Beachtung des Bindungsverhaltens wichtig ist, sondern auch die Wahrnehmung von Projektionen auf das Gegenüber. Im Zusammenhang mit diesen Empfehlungen wird zwischen Jugendlichen und Erwachsenen nicht unterschieden (vgl. ebd.: 25f.).

Werden die Handlungsempfehlungen für Sozialarbeitende mit denjenigen der therapeutischen Personen verglichen, zeigt sich eine grosse Ähnlichkeit. Bis anhin lässt sich also sagen, dass die Selbstreflexion seitens der Sozialarbeitenden eine wichtige Teilaufgabe darstellt, damit überhaupt eine gelingende Arbeitsbeziehung, mit Hilfe vom bindungstheoretischen Blickwinkel, entstehen kann. Dadurch lassen sich allfällige Gegenübertragungen, Abhängigkeiten und ein überhöhtes Mass an Empathie vermeiden oder zumindest wahrnehmen und ändern. Weitere wichtige Handlungsempfehlungen für Sozialarbeitende sind das Eingehen auf die Beziehungsanfragen, Zuverlässigkeit gegenüber der Klientel, anregen zur Selbstreflexion des Klientels, unterstützen, ermutigen und bieten einer „sicheren Basis“. Was das konkret für Sozialarbeitende bei der Sozialhilfe bedeutet, die mit Menschen mit einer depressiven Erkrankung arbeiten, wird im abschliessenden Kapitel beantwortet.

5 Schlusswort

Der Abschluss dieser Arbeit beinhaltet eine Diskussion der bisher erarbeiteten Themen Depression, Bindung und deren Zusammenhang und Einfluss auf die Sozialhilfe. Daraus folgt die Beantwortung der Fragestellung und damit einhergehende mögliche Handlungsempfehlungen für die Praxis. In einem letzten Schritt folgen weiterführende Fragen und Denkanstösse.

5.1 Das Wichtigste in Kürze diskutiert

Die Bindungstheorie sagt aus, dass ein Kind durch die Interaktionen und Reaktionen der Bezugsperson ein „internales Arbeitsmodell“ entwickelt. Das heisst, dass ein Kind in schwierigen oder bedürftigen Situationen durch ein bestimmtes Verhalten versucht, die Bindungsperson zu erreichen und Hilfe zu erhalten (siehe Kapitel 3.2). Durch ein regelmässiges und zuverlässiges Antworten auf die Anfrage, kann ein Kind ein positives Selbstbild und ein positives Gefühl, Hilfe zu erhalten, entwickeln. Ist die Reaktion auf das Bindungsverhalten unregelmässig, unzuverlässig oder fällt immer wieder anders aus, entwickelt sich eher ein negatives Selbstbild und ein Gefühl, keine Hilfe zu erhalten, das Leben also ohne jegliche Hilfe meistern zu müssen. Somit können unsichere Bindungsformen entstehen (siehe Kapitel 3.3.2). Diese inneren Erwartungen werden dann als das „internale Arbeitsmodell“ bezeichnet, welches auch im Erwachsenenalter unbewusst noch vorhanden ist.

Ein Blick auf das Thema Depression zeigt auf, dass mit der affektiven Störung häufig ein niedriges Selbstwertgefühl und Selbstbild, aber auch ein grosses Einsamkeitsgefühl einhergeht. Oftmals werden Depressionen durch belastende Ereignisse oder Situationen ausgelöst (siehe Kapitel 2.3.1). Erlebt ein Mensch nun ein schwieriges Ereignis, traut sich die Bewältigung nicht zu (negatives Selbstbild) und hat das Gefühl, dass ihm nicht geholfen wird, kann eine Depression ausgelöst werden. Die negativ empfundene Innenwelt weist auf eine Verbindung zu einer unsicheren Bindung hin, die wiederum eine Verbindung zur Bindungstheorie darstellt. Insofern begünstigt das unsichere Bindungsverhalten die Erkrankung an einer Depression (siehe auch Kapitel 4.1).

Es lässt sich nun die Frage stellen, wieso dann Depressionen nicht einfach über den Aufbau von Selbstsicherheit und zuverlässiger Hilfe geheilt werden können, wenn eine so klare Verbindung zwischen den Themen Depression und Bindungstheorie besteht. Hier ist festzuhalten, dass trotz wissenschaftlicher Ergebnisse über einen bestehenden Zusammenhang von Bindungstheorie und Depression, diese nicht als die einzige Ursache angesehen werden

kann. Weitere Einflussfaktoren, welche eine Erkrankung an einer Depression begünstigen sind, wie in Kapitel 2.3.2 beschrieben, genetische Veranlagung, Austausch von Neurotransmittern im Gehirn, verhaltenstheoretische Ansätze, etc. Es lässt sich also sagen, dass die Bindungstheorie einen Ansatz für die Erklärung und somit auch für die Unterstützung von an Depression erkrankten Menschen bieten kann, jedoch keine vollumfängliche Erklärung und Lösung darstellt. Dennoch erweist sich der Zusammenhang des „internalen Arbeitsmodells“ und den inneren Erwartungen und Gefühlen depressiv erkrankter Menschen als hilfreiches Arbeitsmodell.

Die Erkrankung an einer Depression hat Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche und Verhaltensweisen eines Menschen, wie beispielweise auf den Suchtmittelkonsum, das soziale Umfeld, körperliche Leistungsfähigkeit und den Arbeitsbereich. Verschlechtert sich, durch die affektive Störung, die Arbeitsleistung, eine Stelle geht verloren und alle finanziellen Mittel sind aufgebraucht, kommt die Sozialhilfe zum Zug (siehe Kapitel 2.3.2).

Die Sozialhilfe ist das letzte Auffangnetz in der Schweiz und hat unter anderem die Aufgabe, das Existenzminimum der Klienten und Klientinnen abzudecken, wenn diese die existenzsichernden Mittel nicht mehr selber aufbringen oder von Dritten abgedeckt werden können. Sozialarbeitende haben dabei die Aufgabe, die Abklärung und Verwaltung der finanziellen Hilfe zu übernehmen, aber auch persönliche Beratung anzubieten. Werden Zahlen aus der Sozialhilfestatistik (2016) betrachtet und bedacht, dass arbeitslose Personen einem erhöhten „Depressions-Risiko“ ausgesetzt sind, kann davon ausgegangen werden, dass Sozialarbeitende bei der Sozialhilfe vermehrt mit an Depressionen erkrankten Menschen konfrontiert sind. So ist die Anzahl von sozialhilfebeziehenden Personen in den letzten zehn Jahren etwas angestiegen (siehe Kapitel 2.4). Ein Zusammenhang zwischen der Sozialhilfe und depressiven Menschen als Klientel kann wissenschaftlich nicht bestätigt werden. Es entsteht der Eindruck einer vagen Vermutung und lässt die Frage aufkommen, warum denn diese Abhandlung relevant ist. Auf Grund der steigenden Anzahl Sozialhilfebeziehenden, dem darin enthaltenen erhöhten Risiko für eine Depressionserkrankung und den Zahlen depressiver Menschen in der Schweiz (5% schwere Depression, 20% depressive Symptomatik) (siehe Kapitel 1.1) besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass Sozialarbeitende bei der Sozialhilfe der Depressions-Thematik begegnen. So schreiben auch Baer et. al. (2013) von Erwerbslosen, die „sehr viel häufiger depressive Symptome [haben], und umgekehrt (...) Personen mit depressiven Symptomen häufiger arbeitslos [sind]“ (ebd.: 4).

Wenn nun also Menschen mit Depressionen bei der Sozialhilfe begleitet werden und die Bindungstheorie auf Depressionen Einfluss nimmt, muss es Möglichkeiten geben, depressive Menschen zu unterstützen. Dies führt zur Fragestellung dieser Arbeit und zu deren Beantwortung im nächsten Kapitel.

5.2 Herzstück - Beantwortung der Fragestellung

Zu Beginn dieser Arbeit wurde die Fragestellung „Inwiefern können depressive Menschen bei der Sozialhilfe bindungsorientiert unterstützt werden?“ hergeleitet. Es folgte eine Auseinandersetzung mit den Themen Depression, Bindung und Sozialhilfe. Nun folgt die Beantwortung der Fragestellung.

In Kapitel 4.2 wurden einige Faktoren genannt, welche Brisch (2014) für die bindungsorientierte Arbeit in der Sozialen Arbeit empfiehlt. In Anlehnung an seine Empfehlungen, wie beispielsweise das empathische Eingehen auf Bindungssignale, das Erkennen von Projektionen, das Reflektieren eigener Bindungserfahrungen und das Bieten einer „sicheren Basis“, werden nachstehend differenzierte Ansätze formuliert.

Sich beim Sozialdienst anzumelden ist für die meisten Menschen sehr schwierig (siehe Kapitel 2.4). Deshalb kann angenommen werden, dass es für einen an einer Depression erkrankten Menschen um ein mehrfaches schwieriger ist. Es braucht Überwindung, finanzielle Mittel von einer Behörde in Anspruch zu nehmen und mit inneren Versagensgefühlen klar zu kommen. Bei einer Depression kommen die inneren Wertlosigkeitsgefühle hinzu und bei unsicheren Bindungen das Misstrauen gegenüber Mitmenschen. Das jeweilige Bindungssystem wird aktiviert, welches in unsicheren Situationen zum Tragen kommt. Trotz dieser sowieso schon schwierigen Situation und den allfälligen depressiven Symptomen müssen Kontakte zu fremden Personen aufgenommen und viele persönliche Informationen dargelegt werden. Diese Herausforderung erfolgt in einer antriebslosen Zeit. Daher ist es sehr wichtig, dass hier seitens der Sozialarbeitenden viel *Empathie und Verständnis* gezeigt wird. Dadurch soll eine „sichere Basis“ zum Klientel aufgebaut werden. Im Idealfall könnte dadurch eine Hoffnung auf Besserung und das Entdecken neuer Lebenswelten angeregt werden, da der Sozialarbeiter/die Sozialarbeiterin als „sichere Basis“ fungiert. Brisch (2014) schreibt, dass sich der Sozialarbeiter/die Sozialarbeiterin „in seinem Fürsorgeverhalten durch das aktivierte Bindungssystem des hilfeschendenden Klienten ansprechen lassen und ihm zeitlich, räumlich und emotional zur

Verfügung stellen“ (ebd.: 25) muss. Es ist anzumerken, dass es nicht darum geht, nur Verständnis aufzubringen und die Samthandschuhe anzuziehen. Vielmehr ist zu versuchen, die Lebenswelt der Klientel zu verstehen und darauf zu reagieren. Dies beinhaltet auch, dass klare Worte gesprochen, Auflagen gemacht oder ein Konflikt ausgehalten werden muss. Wobei es zu beachten gilt, dass bei einer depressiven Episode/einer rezidivierenden depressiven Episode die Konflikte darin bestehen können, den Klienten/die Klientin zu einer aktiven Mitarbeit zu bewegen. Durch die beeinträchtigte Konzentration, Freud-Fähigkeit und auch das beeinträchtigte Selbstwertgefühl/Selbstvertrauen kann es an Depressionen erkrankten Menschen sehr schwer fallen, sich aktiv zu betätigen (nicht nur im Sinne von körperlicher Aktivität). Um diese „sichere Basis“ zu ermöglichen, sind Empathie und Verständnis notwendig. Hinzu kommt der wichtige Aspekt der Zuverlässigkeit.

Unsicher gebundene Menschen haben nicht gelernt, dass sie zuverlässige Hilfe erhalten. Um nun das Ziel der „sicheren Basis“ mit dem Klienten/der Klientin erreichen zu können, bedarf es also einer hohen *Zuverlässigkeit* bei der Hilfestellung. Konkret für die Sozialarbeitenden bei der Sozialhilfe könnte das heissen: Abmachungen einhalten, bei Gesprächen pünktlich sein, auf Anrufe, E-Mails, Post möglichst rasch antworten und die finanziellen Angelegenheiten fristgerecht und gemäss Vereinbarungen ausführen. Im Idealfall kann dadurch eine „sichere Basis“ entstehen, da die Klientel weiss, dass auf die Bindungsanfragen reagiert und Hilfe angeboten wird. Dies bedeutet, dass Anrufe, etc. als Bindungsanfragen betrachtet werden können. Solches Verhalten kann gerade bei depressiven Klienten/Klientinnen dazu führen, dass sie eine Vertrauensperson gewinnen, was in dieser Situation oft gewünscht wird, aber nicht vorhanden ist (siehe Kapitel 2.3.2). Es gilt hier jedoch wieder zu beachten, dass die sozialarbeitende Person keine Privatperson ist, die rund um die Uhr zur Verfügung stehen könnte. Vielmehr handelt es sich um ein professionelles und gewissermassen erzwungenes Beziehungsverhältnis, welches in den vorgegebenen Zeiten und Räumen stattfindet und auch dann nicht immer unmittelbar abgerufen werden kann. Wird dieser Rahmen jedoch klar kommuniziert und darin zuverlässig gehandelt, kann der Aufbau einer „sicheren Basis“ dennoch möglich sein.

Wie bereits angedeutet, können Unstimmigkeiten oder Konflikte in der Zusammenarbeit auftreten. Dabei ist ein weiterer wichtiger Aspekt, dass *Unstimmigkeiten ausgehalten* werden. Dies fliesst in die Zuverlässigkeit mit ein. Ist Verlass darauf, dass die Sozialarbeitende Person auch bei Unstimmigkeiten fair und transparent gegenüber dem Klientel bleibt oder beginnt ein Machtkampf, der beispielsweise durch unverhältnismässige Sanktionen,

Bezugspersonenwechsel, usw. ausgetragen wird. Bei einem Machtkampf kann sich für die Klientel erneut das „internale Arbeitsmodell“ der unsicheren Bindung bestätigen. Dies wiederum könnte sich kontraproduktiv in Bezug auf die Depressivität auswirken.

Damit solche Machtkämpfe nicht entstehen ist es unabdingbar, dass Sozialarbeitende sich immer wieder selber reflektieren und Projektionen erkennen. Damit werden zwei wichtige weitere Aspekte erwähnt, die beachtet werden sollten: die *Selbstreflexion* und die *Projektionen*.

Nicht nur die Klienten und Klientinnen bei der Sozialhilfe haben Bindungsformen und „internale Arbeitsmodelle“ entwickelt, auch die Sozialarbeitenden haben ihre Erfahrungen gemacht. Da die Sozialarbeitenden eine gewisse „Amtsmacht“ besitzen ist es wichtig, dass sie sich selbst, ihren Umgang mit Klienten/Klientinnen, ihr eigenes Bindungsverhalten und ihre eigenen Werte, etc. wahrnehmen und reflektieren. Ohne diese Selbstreflexion würde deren Handeln auf eigenen Bedürfnissen aufbauen und könnte immer wieder in ein Ausnutzen der „Amtsmacht“ münden. So kann es, wie in Kapitel 4.2 bereits erläutert, vorkommen, dass der Sozialarbeiter/die Sozialarbeiterin sich beim eigenen aktivierten unsicheren Bindungssystem Sicherheit bei der Klientel sucht, anstatt dem Klientel gegenüber Sicherheit zu vermitteln. Eine stetige Selbstreflexion sollte solche Vorgänge verhindern. Dabei besteht nicht die Erwartung, dass alles genau richtig ausgeführt wird. Es geht darum, die eigenen Erfahrungen und „internalen Arbeitsmodelle“ zu kennen, in den einzelnen Situationen zu erkennen und wo nötig zu verändern. Somit kann die sozialarbeitende Person durch die eigene innere Sicherheit der Klientel gegenüber eine Sicherheit vermitteln und eine „sichere Basis“ bieten.

Selbstreflexion bedeutet auch wahrnehmen von eigenen Projektionen, die auf das Gegenüber gemacht werden. In der professionellen Beziehung ist das Erkennen von Übertragung und Gegenübertragung die Aufgabe des Sozialarbeiters/der Sozialarbeiterin. Durch das Erkennen und thematisieren dieser Projektionen können neue innere Erfahrungen entstehen und eine „sichere Basis“ aufgebaut werden. Die Relevanz für die Umsetzung dieses Ansatzes besteht darin, eine „sichere Basis“ zu ermöglichen.

Ziel ist es also mit diesen Ansätzen zur Stabilisation beizutragen und so eventuell Möglichkeiten zu schaffen, dass die Klientel wieder einen Schritt zurück in die Arbeitswelt machen kann. Damit kommt ein weiterer wichtiger Aspekt hinzu: die *Vermittlung/Kooperation mit behandelnden Professionen*. Wird eine Depression erkannt, wäre die Vermittlung in eine Therapie – sofern eine solche noch nicht besteht – von grosser

Relevanz, damit eine Genesung erfolgen kann. Durch die Kooperation und einem Austausch mit Therapeuten/Therapeutinnen können gemeinsame Ziele erarbeitet und Erfolgchancen erhöht werden. Dies wiederum macht eine Kooperation mit weiteren Professionen und Fachstellen unabdingbar. Auch der Aspekt der Kooperation mit weiteren Professionen kann mit der Bindungstheorie in Verbindung gebracht werden. Im Idealfall kann durch die Therapeuten/Therapeutinnen eine weitere „sichere Basis“ geschaffen und positive Bindungserfahrungen gesammelt werden. Im Rahmen der therapeutischen Beziehung sollte dann das bewusste Aufarbeiten von Bindungserfahrungen möglich sein (siehe Kapitel 4.2). Dies wiederum kann sich auf die Beziehung zur sozialarbeitenden Person positiv auswirken und die „sichere Basis“ festigen, so dass eine Offenheit für neue und zuverlässige Hilfsangebote geschaffen wird.

Es kann gesagt werden, dass die Bindungstheorie einige Ansätze für die Arbeit mit depressiven Menschen für Sozialarbeitende bei der Sozialhilfe liefert. Hilfreich dafür sind Empathie, Verständnis, Zuverlässigkeit, Unstimmigkeiten aushalten, Selbstreflexion, Projektionen erkennen und Kooperation mit weiteren Professionen. Was hier so einfach klingt, kann in der Praxis sehr herausfordernd sein. Im Berufsalltag spielen die beschränkte Zeit und die Persönlichkeit der einzelnen Sozialarbeitenden eine grosse Rolle. Aber auch Sympathie und Antipathie zwischen Sozialarbeitenden und Klientel nehmen Einfluss, sodass nicht immer in derselben Weise auf die einzelnen Klienten und Klientinnen eingegangen werden kann. Die erwähnten Aspekte bieten lediglich mögliche Ansatzpunkte und sind nicht abschliessend formuliert. Es steht offen, diese zu diskutieren, zu ergänzen und weiter zu reflektieren. Was aus dieser Arbeit folgend noch diskutiert werden könnte folgt im nächsten abschliessenden Kapitel.

5.3 Weiterführendes

Nachdem die zugrundeliegende Frage soweit beantwortet wurde, lassen sich folgende möglichen Themen diskutieren oder gar erforschen:

Aus der Beantwortung der Fragestellung wurde ersichtlich, dass eine bindungsorientierte Arbeit die Chance einer Genesung von einer Depression erhöhen und damit eine bessere Zusammenarbeit und eventuell sogar Wiedereingliederung in den 1. Arbeitsmarkt entstehen könnte. Mit der vorliegenden Bachelor-Thesis lässt sich zur Fragestellung die Praxistauglichkeit nicht bestätigen. Deshalb wäre es sehr interessant, dies als These zu

übernehmen und in einem weiteren Schritt an Hand eines Forschungsprojekts in der Praxis zu überprüfen.

Ebenfalls wäre eine weiterführende Möglichkeit die Überprüfung depressiver Klienten/Klientinnen bei der Sozialhilfe. Zu erkennen, wie viele der Sozialhilfebeziehenden tatsächlich an der Krankheit leiden und möglicherweise auch intensivere Unterstützung benötigen würden, könnte bei einer Optimierung der Arbeit nützlich sein. Dabei könnten die erarbeiteten bindungstheoretischen Ansätze einbezogen und überprüft werden, ob das Vermitteln von Sicherheit auch tatsächlich eine so grosse Auswirkung haben könnte.

Die erarbeiteten bindungstheoretischen Ansätze bieten Möglichkeiten für eine mögliche Arbeitsweise, wie auf einem Sozialdienst mit dem Klientel gearbeitet werden kann. Mit diesen Ansätzen kann weitergeforscht, weitergedacht und weiter diskutiert werden. Grundsätzlich gilt, dass die Bindungstheorie und die hier erarbeiteten Ansätze nicht nur für Sozialarbeitende relevant sind. Bindung und die daraus folgenden Verhaltensweisen können in jeglichen Professionen, die mit Menschen in einem Arbeitsverhältnis stehen, hilfreich sein und für die Zusammenarbeit genutzt werden.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Literarische Quellen

Baer, Niklas/Schuler, Daniela/Füglister-Dousse, Sylvie/Moreau-Gruet, Florence (2013). Depressionen in der Schweizer Bevölkerung. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).

Berk, Laura E. (2011). Entwicklungspsychologie. 5. Aufl. München: PEARSON.

Bowlby, John (2006). Verlust. Trauer und Depression. München: reinhardt.

Bowlby, John (2008). Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie. München: reinhardt.

Bowlby, John (2011). Historische Wurzeln, theoretische Konzepte und klinische Relevanz. In: Spangler, Gottfried/Zimmermann, Peter (Hg.) (2011). Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. 6. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 17-26.

Bretherton, Inge (2011). Die Geschichte der Bindungstheorie. In: Spangler, Gottfried/Zimmermann, Peter (Hg.) (2011). Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. 6. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 27-49.

Brisch, Karl Heinz (2014). Die Bedeutung von Bindung in Sozialer Arbeit, Pädagogik und Beratung. In: Trost, Alexander (Hg.) (2014). Bindungsorientierung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen – Forschungsergebnisse – Anwendungsbereiche. Basel: BORGMANN HOLDING AG. S. 15-42.

Buchheim, Anna (2016). Bindung und Explorationsverhalten. Ihre Bedeutung im klinischen und psychotherapeutischen Kontext. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

Chenau Bieri, Nicole/Donini, Antoinette/Dubach, Marc/Gysin, Basil/Hofer, Silvia/Meister, Nora/Priester, Tom/Ruch, Thomas/Bundesamt für Statistik (Hg.) (2016). 10 Jahre Schweizerische Sozialhilfestatistik. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Dillinger, Horst/Freyberger, Harald J. (Hg.) (2016). Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen. 8. Aufl. Bern: Hogrefe Verlag.

Fischer-Kern, Melitta/Nolte, Tobias/Kadi, Barbara/Naderer, Andrea (2014). Bindungsrepräsentation bei stationär behandelten chronisch-depressiven Patientinnen. Pilotstudie. In: Zeitschrift Psychotherapeut Issue 6 Volume 59. S. 467-473.

Fremmer-Bombik, Elisabeth (2011). Innere Arbeitsmodelle von Bindung. In: Spangler, Gottfried/Zimmermann, Peter (Hg.) (2011). Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. 6. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 109-119.

Grossmann, Klaus E. / Grossmann, Karin (2012). Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Hautzinger, Martin (1998). Depression. Göttingen: Hogrefe.

Hegerl, Ulrich/Althaus, David/Reiners, Holger (2016). Das Rätsel Depression. Eine Krankheit wird entschlüsselt. 3. Aufl. München: C.H. Beck Verlag.

Holmes, Jeremy (2006). John Bowlby und die Bindungstheorie. 2. Aufl. München: Reinhardt.

Julius, Henri (2009). Bindung und familiäre Gewalt-, Verlust- und Vernachlässigungserfahrungen. Grundzüge der Bindungstheorie. In: Julius, Henri/GasteigerKlicpera, Barbara/Kißgen, Rüdiger (Hg.) (2009). Bindung im Kindesalter. Diagnostik und Interventionen. Göttingen: Hogrefe. S. 13-26.

Kreutz, Diana/Trost, Alexander (Hg.) (2014). Bindungsstile bei Professionellen der Sozialen Arbeit. In: Trost, Alexander (Hg.) (2014). Bindungsorientierung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen – Forschungsergebnisse – Anwendungsbereiche. Basel: BORGSMANN HOLDING AG. S. 225-238.

Murray, Lynn (2011). Die Entwicklung von Kindern postpartal depressiver Mütter: Befunde der Cambridge-Längsschnittstudie. In: Brisch, Karl-Heinz (Hg.) (2011). Bindung und frühe Störungen der Entwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 51-71.

Nickel, Marius (2009). Depressive Erkrankungen. Wien: Springer Verlag.

Nuber, Ursula (2008). Depression. Die verkannte Krankheit. 5. Aufl. Stuttgart: Kreuz Verlag.

Nussbaumer, Claudine / Trescher Barbara (2005). Bindungstheorie – Bindungsstörungen. DIPLOMARBEIT ZUR ERLANGUNG ALS SCHULISCHE HEILPÄDAGOGIN. Institut für Spezielle Pädagogik und Psychologie der Universität Basel. Basel.

Payk, Theo R. (2010). Depression. München: Reinhardt.

Rinke, Brigitte/Brinkhaus-Gall, Ursula (2014). Die öffentliche Sozialhilfe in der Schweiz. Lehrbuch. Osthofen: Seibert.

Schauenburg, Henning (2008). Bindungsaspekte der Depression. In: Strauß, Bernhard (Hg.). Bindung und Psychopathologie. Stuttgart: Klett-Cota. S. 81-105.

Schleiffer, Roland (2009). Konsequenzen unsicherer Bindungsqualität: Verhaltensauffälligkeiten und Schulleistungsprobleme. In: Julius, Henri/Gasteiger-Klicpera, Barbara/Kißgen, Rüdiger (Hg.) (2009). Bindung im Kindesalter. Diagnostik und Interventionen. Göttingen: Hogrefe. S. 39-63.

Schleiffer, Roland (2014). Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung 5. Aufl. Weinheim und Basel: BELTZ JUVENTA.

Steinhausen, Hans-Christoph (2016). Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie. 8. Aufl. München: Elsevier.

Strebel Schlatter, Corinne (2016). Wenn das Geld nicht reicht. So funktionieren die Sozialversicherungen und die Sozialhilfe. 2. Aufl. Zürich: Ringier Axel Springer Schweiz AG.

Trost, Alexander (2014). Einleitung. In: Trost, Alexander (Hg.) (2014). Bindungsorientierung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen – Forschungsergebnisse – Anwendungsbereiche. Basel: BORGMANN HOLDING AG. S. 9-11.

Trost, Alexander (2014). Vorwort. In: Trost, Alexander (Hg.) (2014). Bindungsorientierung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen – Forschungsergebnisse – Anwendungsbereiche. Basel: BORGMANN HOLDING AG. S. 7-8.

Wartner, Ulrike G. (2011). Die klinische Anwendung bindungstheoretischer Konzepte – Beispiele aus der Sicht einer klinischen Psychologin. In: Spangler, Gottfried / Zimmermann, Peter (Hg.) (2011). Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. 6. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 409-418.

Internet Quellen

Duden (o.J.). Affekt. In: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Affekt> [Zugriffdatum: 20. März 2017].

Duden (o.J.). Ethologie. In: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Ethologie> [Zugriffdatum: 20. März 2017].

Rogal, Stefan (o.J.). In: <https://www.aphorismen.de/zitat/207836> [Zugriffdatum: 22. Mai 2017].

Vorderholzer, Ulrich (o.J.). Einteilung der Depression. In: <https://www.neurologen-und-psiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/erkrankungen/depressionen/einteilung/> [Zugriffdatum: 15. März 2017].

Weltgesundheitsorganisation (Update Februar 2017). In: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> [Zugriffdatum: 01. März 2017].

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Übersicht Affektive Störungen, Seite 13 (eigene Darstellung in Anlehnung an: vgl. Dillinger/Freyberger (2016)).

I. Anhang

Kopie der F30 Affektiven Störungen (aus: Dillinger, Horst/Freyberger, Harald J. (Hg.) (2016). Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen. 8. Aufl. Bern: Hogrefe Verlag. S. 119-151.)

119

F3

Affektive Störungen

Bei diesen Störungen bestehen die Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität entweder zur Depression – mit oder ohne begleitende Angst – oder zur gehobenen Stimmung. Dieser Stimmungswechsel wird meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Die meisten anderen Symptome beruhen hierauf oder sind im Zusammenhang mit dem Stimmungs- und Aktivitätswechsel leicht zu verstehen. Die meisten dieser Störungen neigen zu Rückfällen. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen.

Kommentar: Affektive Störungen, die in der Kindheit oder Jugend beginnen, sollten hier kodiert werden, wenn sie den gegebenen Beschreibungen entsprechen. Es sollten aber auch F92, kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen, beachtet werden.

Diese Klassifikation ermöglicht die Diagnose einfacher erster Episoden der Manie oder Hypomanie, ohne dass notwendigerweise eine bipolare affektive Störung diagnostiziert werden muss; eine beträchtliche Anzahl der Patienten hat nämlich nur eine Krankheitsepisode.

Die hier «somatisch» bezeichneten Symptome könnten ebensogut «melancholisch», «vital», «biologisch» oder «endogen» bzw. «endogenomorph» oder «endomorph» bezeichnet werden. Die Stellung dieses Syndroms ist noch ungewiss, aber es wurde aufgeführt, da viele Kliniker glauben, dass das Konzept nützlich ist.

F30 manische Episode

- F30.0 Hypomanie
- F30.1 Manie ohne psychotische Symptome
- F30.2 Manie mit psychotischen Symptomen
 - .20 mit synthymen psychotischen Symptomen
 - .21 mit parathymen psychotischen Symptomen
- F30.3 [*manische Episode, gegenwärtig remittiert*]
- F30.8 sonstige manische Episoden
- F30.9 manische Episode, nicht näher bezeichnet

F3

120	F3 affektive Störungen		121	F3 Übersicht
F31 bipolare affektive Störung				
F31.0	bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode		F32.4	[depressive Episode, gegenwärtig remittiert]
F31.1	bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome		F32.8	sonstige depressive Episoden
F31.2	bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen		F32.9	depressive Episode, nicht näher bezeichnet
.20	mit synthymen psychotischen Symptomen		F33 rezidivierende depressive Störung	
.21	mit parathymen psychotischen Symptomen		F33.0	rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode
F31.3	bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode		.00	ohne somatisches Syndrom
.30	ohne somatisches Syndrom		.01	mit somatischem Syndrom
.31	mit somatischem Syndrom		F33.1	rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
F31.4	bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome		.10	ohne somatisches Syndrom
F31.5	bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen		.11	mit somatischem Syndrom
.50	mit synthymen psychotischen Symptomen		F33.2	rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
.51	mit parathymen psychotischen Symptomen		F33.3	rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
F31.6	bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode		.30	mit synthymen psychotischen Symptomen
F31.7	bipolare affektive Störung, gegenwärtig remittiert		.31	mit parathymen psychotischen Symptomen
F31.8	sonstige bipolare affektive Störungen		F33.4	rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert
.80	Bipolar-II-Störung (Anhang I)		F33.8	sonstige rezidivierende depressive Störungen
.81	bipolare Störung mit schnellem Phasenwechsel (Anhang I)		F33.9	depressive Störung, nicht näher bezeichnet
.82	rezidivierende manische Episoden		F34 anhaltende affektive Störungen	
F31.9	bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet		F34.0	Zyklothymia
F32 depressive Episode			F34.1	Dysthymia
F32.0	leichte depressive Episode		F34.8	sonstige anhaltende affektive Störungen
.00	ohne somatisches Syndrom		F34.9	anhaltende affektive Störung, nicht näher bezeichnet
.01	mit somatischem Syndrom		F38 andere affektive Störungen	
F32.1	mittelgradige depressive Episode		F38.0	andere einzelne affektive Störungen
.10	ohne somatisches Syndrom		.00	gemischte affektive Episode
.11	mit somatischem Syndrom		F38.1	andere rezidivierende affektive Störungen
F32.2	schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome		.10	rezidivierende kurze depressive Störung
F32.3	schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen		.11	saisonale affektive Störung (Anhang I)
.30	mit synthymen psychotischen Symptomen		.12	rezidivierende gemischte affektive Episoden
.31	mit parathymen psychotischen Symptomen		F38.8	sonstige [andere] näher bezeichnete affektive Störungen
			F39 nicht näher bezeichnete affektive Störung	

122	F3 affektive Störungen	123	F30 manische Episode
<p>F30 manische Episode</p> <p>Alle Untergruppen dieser Kategorie dürfen nur für eine einzelne Episode verwendet werden. Hypomanische oder manische Episoden bei Betroffenen, die früher eine oder mehrere affektive (depressive, hypomanische, manische oder gemischte) Episoden hatten, sind unter bipolarer affektiver Störung zu klassifizieren (F31.0, F31.1, F31.2 bzw. F31.82).</p> <p>Dazugehöriger Begriff:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ bipolare Störung, einzelne manische Episode <p>F30.0 Hypomanie</p> <p>Eine Störung, charakterisiert durch eine anhaltende, leicht gehobene Stimmung, gesteigerten Antrieb und Aktivität und in der Regel auch ein auffallendes Gefühl von Wohlbefinden und körperlicher und seelischer Leistungsfähigkeit. Gesteigerte Geselligkeit, Gesprächigkeit, übermäßige Vertraulichkeit, gesteigerte Libido und vermindertes Schlafbedürfnis sind häufig vorhanden, aber nicht in dem Ausmaß, dass sie zu einem Abbruch der Berufstätigkeit oder zu sozialer Ablehnung führen. Reizbarkeit, Selbstüberschätzung und flegelhaftes Verhalten können an die Stelle der häufigen euphorischen Geselligkeit treten. Die Störungen der Stimmung und des Verhaltens werden nicht von Halluzinationen oder Wahn begleitet.</p> <p>Diagnostische Kriterien</p> <p>A. Die Stimmung ist in einem für den Betroffenen deutlich abnormen Ausmaß an mindestens vier aufeinander folgenden Tagen gehoben oder gereizt.</p> <p>B. Mindestens drei der folgenden Merkmale müssen vorhanden sein und die persönliche Lebensführung beeinträchtigen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. gesteigerte Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit 2. gesteigerte Gesprächigkeit 3. Konzentrationsschwierigkeiten oder Ablenkbarkeit 		<p style="text-align: center;">F3</p> <p>F30 manische Episode</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. vermindertes Schlafbedürfnis 5. gesteigerte Libido 6. übertriebene Geldausgaben (Einkäufe) oder andere Arten von leichtsinnigem oder verantwortungslosem Verhalten 7. gesteigerte Geselligkeit oder übermäßige Vertraulichkeit <p>C. Die Episode erfüllt nicht die Kriterien für Manie (F30.1, F30.2), bipolare affektive Störung (F31), depressive Episode (F32), Zyklothymia (F34.0) oder für Anorexia nervosa (F50.0).</p> <p>D. Ausschlussvorbehalt: Die Episode ist nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen (F1) oder auf eine organische psychische Störung im Sinne des Abschnitts F0 zurückzuführen.</p> <p>F30.1 Manie ohne psychotische Symptome</p> <p>Die Stimmung ist situationsinadäquat gehoben und kann zwischen sorgloser Heiterkeit und fast unkontrollierbarer Erregung schwanken. Die gehobene Stimmung ist mit vermehrtem Antrieb verbunden; dies führt zu Überaktivität, Rededrang und vermindertem Schlafbedürfnis. Die Aufmerksamkeit kann nicht mehr aufrechterhalten werden, es kommt oft zu starker Ablenkbarkeit. Die Selbsteinschätzung ist mit Größenideen oder übertriebenem Optimismus häufig weit überhöht. Der Verlust normaler sozialer Hemmungen kann zu einem rücksichtslosen, tollkühnen oder in Bezug auf die Umstände unpassenden und persönlichkeitsfremden Verhalten führen.</p> <p>Kommentar: Bei einigen manischen Episoden ist die Stimmung mehr irritiert und misstrauisch als gehoben.</p> <p>Diagnostische Kriterien</p> <p>A. Die Stimmung ist vorwiegend gehoben, expansiv oder gereizt und für die Betroffenen deutlich abnorm. Dieser</p>	

124	F3 affektive Störungen	<p>Stimmungswechsel muss dominieren und mindestens eine Woche anhalten (es sei denn, eine Krankenhauseinweisung wird notwendig).</p> <p>B. Mindestens drei der folgenden Merkmale müssen vorliegen (vier, wenn die Stimmung nur gereizt ist) und eine schwere Störung der alltäglichen Lebensführung verursachen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. gesteigerte Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit 2. gesteigerte Gesprächigkeit («Rededrang») 3. Ideenflucht oder subjektives Gefühl von Gedankenrasen 4. Verlust normaler sozialer Hemmungen, was zu einem den Umständen unangemessenen Verhalten führt 5. vermindertes Schlafbedürfnis 6. überhöhte Selbsteinschätzung oder Größenwahn 7. Ablenkbarkeit oder andauernder Wechsel von Aktivitäten oder Plänen 8. tollkühnes oder rücksichtsloses Verhalten, dessen Risiken die Betroffenen nicht erkennen, z.B. Ausgehen von Lokahrunden, törichte Unternehmungen, rücksichtsloses Fahren 9. gesteigerte Libido oder sexuelle Taktlosigkeit <p>C. Fehlen von Halluzinationen oder Wahn; Wahrnehmungsstörungen können aber vorkommen (z. B. subjektive Hyperakusis, Wahrnehmung von Farben als besonders leuchtend etc.).</p> <p>D. Ausschlussvorbehalt: Die Episode ist nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen (F1) oder auf eine organische psychische Störung im Sinne des Abschnitts F0 zurückzuführen.</p>
125	F30 manische Episode	<p>Erregung, die ausgeprägte körperliche Aktivität und die Ideenflucht sind so extrem, dass die betroffene Person unverstänglich oder für eine normale Kommunikation unzugänglich wird.</p> <p>Dazugehörige Begriffe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Manie mit synthymen psychotischen Symptomen ■ Manie mit parathymen psychotischen Symptomen ■ manischer Stupor <p>Kommentar: Die Differentialdiagnose zwischen Manie und Schizophrenie ist schwierig, besonders wenn der Patient das erste Mal in hochakutem Zustand untersucht wird. Die Therapieantwort auf die Medikation kann auch diagnostische Probleme mit sich bringen, da Überaktivität oft auf die Medikation reagiert, bevor sich Wahn und Halluzinationen bessern.</p>
F3	F3	<p>Diagnostische Kriterien</p> <p>A. Die Episode erfüllt die Kriterien für eine Manie ohne psychotische Symptome (F30.1) mit Ausnahme des Kriteriums C.</p> <p>B. Die Episode erfüllt nicht gleichzeitig die Kriterien für eine Schizophrenie (F20.0–F20.3) oder eine schizomane Störung (F25.0).</p> <p>C. Wahnideen oder Halluzinationen kommen vor, aber andere als die unter F20 G1.1.b, c und d aufgelisteten typisch schizophrener (d.h. die Wahngedanken sind nicht bizarr oder kulturell unangemessen, bei den Halluzinationen handelt es sich nicht um Rede in der dritten Person oder kommentierende Stimmen). Am häufigsten sind Größen-, Liebes-, Beziehungs- und Verfolgungswahn.</p> <p>D. Ausschlussvorbehalt: Die Episode ist nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen (F1) oder auf eine organische psychische Störung im Sinne des Abschnitts F0 zurückzuführen.</p> <p>Mit der fünften Stelle können die Halluzinationen oder Wahnideen als synthym oder parathym differenziert werden:</p>
		<p>F30.2 Manie mit psychotischen Symptomen</p> <p>Zusätzlich zu dem unter F30.1 beschriebenen klinischen Bild treten Wahn (zumeist Größenwahn) oder Halluzinationen (zumeist Stimmen, die unmittelbar zum Betroffenen sprechen) auf, oder die</p>

126	F3 affektive Störungen	<p>F30.20 Manie mit synthymen psychotischen Symptomen (z. B. Größenwahn oder Stimmen, die dem Betroffenen sagen, er habe übermenschliche Kräfte)</p> <p>F30.21 Manie mit parathymen psychotischen Symptomen (z. B. Stimmen, die zum Betroffenen von affektiv neutralen Dingen sprechen, ferner Beziehungs- oder Verfolgungswahn)</p>
		<p>F30.3 [manische Episode, gegenwärtig remittiert]</p> <p>Die Kriterien für F30.0–F30.2 sind in der Anamnese erfüllt, aber in den letzten Monaten und gegenwärtig bestehen keine manischen Symptome.</p> <p>Diagnostische Kriterien</p> <p>A. Die Kriterien für eine Hypomanie oder Manie (F30) waren in der Vergangenheit erfüllt.</p> <p>B. Der gegenwärtige Zustand erfüllt nicht die Kriterien für eine manische Episode (F30) irgendeines Schweregrades oder für eine andere Störung des Abschnitts F3.</p>
		<p>F30.8 sonstige manische Episoden</p> <p>F30.9 manische Episode, nicht näher bezeichnet</p> <p>Dazugehöriger Begriff:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nicht näher bezeichnete Manie
127	F31 bipolare affektive Störung	<p>F31 bipolare affektive Störung</p> <p>Hierbei handelt es sich um eine Störung, die durch mindestens zwei Episoden charakterisiert ist, in denen Stimmung und Aktivitätsniveau des Betroffenen deutlich gestört sind. Diese Störung besteht einmal in gehobener Stimmung, vermehrtem Antrieb und Aktivität (Hypomanie oder Manie), dann wieder in einer Stimmungssenkung und vermindertem Antrieb und Aktivität (Depression). Patienten, die ausschließlich an wiederholten hypomanischen oder manischen Episoden leiden, sind ebenfalls als bipolar zu klassifizieren (s. auch unter F31.8).</p> <p>Dazugehörige Begriffe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ manisch-depressive Erkrankung ▪ manisch-depressive Psychose ▪ manisch-depressive Reaktion <p>Ausschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ einzelne manische Episode (F30.x) ▪ einzelne depressive Episode (F32) ▪ rezidivierende depressive Störung (F33) ▪ Zykllothymia (F34.0) <p>Kommentar: Die Episoden sind durch einen Wechsel zu einer Episode mit entgegengesetzter Stimmung oder mit gemischter Symptomatik oder aber durch eine Remission voneinander abgesetzt.</p> <p>Mit einer sechsten Stelle können die in der Anamnese aufgetretenen Episoden charakterisiert werden:</p> <p>F31.xx0 nur depressive Episoden (gilt nicht für F31.3, F31.4, F31.5) F31.xx1 nur hypomanische oder manische Episoden (rezidivierende Manie) F31.xx2 nur gemischte Episoden F31.xx3 hypomanische, manische, depressive und/oder gemischte Episoden</p> <p>F31.0 bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode</p> <p>Die betroffene Person ist gegenwärtig hypomanisch und hat wenigstens eine weitere affektive Episode (hypomanisch, manisch, depressiv oder gemischt) in der Anamnese.</p>

128	F3 affektive Störungen	129	F31 bipolare affektive Störung
<p>Diagnostische Kriterien</p> <p>A. Die gegenwärtige Episode erfüllt die Kriterien für eine Hypomanie (F30.0).</p> <p>B. In der Anamnese findet sich mindestens eine andere affektive Episode, die die Kriterien für eine hypomanische oder manische Episode (F30), eine depressive Episode (F32) oder gemischte affektive Episode (F38.00) erfüllt.</p>		<p>Diagnostische Kriterien</p> <p>A. Die gegenwärtige Episode erfüllt die Kriterien für eine Manie mit psychotischen Symptomen (F30.2).</p> <p>B. In der Anamnese findet sich mindestens eine andere affektive Episode, die die Kriterien für eine hypomanische oder manische Episode (F30), depressive Episode (F32) oder gemischte affektive Episode (F38.00) erfüllt.</p> <p>Mit der fünften Stelle können die psychotischen Symptome als syndrom oder parathym differenziert werden: F31.20 mit syndromen psychotischen Symptomen F31.21 mit parathymen psychotischen Symptomen</p>	
<p>F31.1 bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome</p> <p>Die betroffene Person ist gegenwärtig manisch ohne psychotische Symptome und hat wenigstens eine weitere affektive Episode (hypomanisch, manisch, depressiv oder gemischt) in der Anamnese.</p>		F3	
<p>Diagnostische Kriterien</p> <p>A. Die gegenwärtige Episode erfüllt die Kriterien für eine Manie ohne psychotische Symptome (F30.1).</p> <p>B. In der Anamnese findet sich wenigstens eine andere affektive Episode, die die Kriterien für eine hypomanische oder manische Episode (F30), depressive Episode (F32) oder gemischte affektive Episode (F38.00) erfüllt.</p>		<p>F31.3 bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode</p> <p>Die betroffene Person ist gegenwärtig depressiv, wie bei einer leichten oder mittelgradigen depressiven Episode und hat wenigstens eine eindeutig diagnostizierte hypomanische, manische oder gemischte Episode in der Anamnese.</p>	
<p>F31.2 bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen</p> <p>Die betroffene Person ist gegenwärtig manisch mit psychotischen Symptomen und hat wenigstens eine weitere affektive Episode (hypomanisch, manisch, depressiv oder gemischt) in der Anamnese.</p>		<p>Diagnostische Kriterien</p> <p>A. Die gegenwärtige Episode erfüllt entweder die Kriterien für eine leichte (F32.0) oder eine mittelgradige (F32.1) depressive Episode.</p> <p>B. In der Anamnese findet sich mindestens eine andere affektive Episode, die die Kriterien für eine hypomanische oder manische Episode (F30) oder gemischte affektive Episode (F38.00) erfüllt.</p> <p>Mit der fünften Stelle kann das Vorliegen eines «somatischen Syndroms», definiert unter F32, während der gegenwärtigen depressiven Episode angegeben werden: F31.30 ohne somatisches Syndrom F31.31 mit somatischem Syndrom</p>	

130	F3 affektive Störungen	131	F31 bipolare affektive Störung
<p>F31.4 bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome</p> <p>Die betroffene Person ist gegenwärtig depressiv, wie bei einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome und hat mindestens eine eindeutig diagnostizierte hypomanische, manische oder gemischte Episode in der Anamnese.</p> <p>Diagnostische Kriterien</p> <p>A. Die gegenwärtige Episode erfüllt die Kriterien für eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2).</p> <p>B. In der Anamnese findet sich wenigstens eine eindeutig belegte hypomanische oder manische Episode (F30) oder gemischte affektive Episode (F38.00).</p>		<p>Mit der fünften Stelle können die psychotischen Symptome als synthym oder parathym differenziert werden:</p> <p>F31.50 mit synthymen psychotischen Symptomen F31.51 mit parathymen psychotischen Symptomen</p> <p>F31.6 bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode</p> <p>Die betroffene Person hat wenigstens eine eindeutig diagnostizierte hypomanische, manische, depressive oder gemischte affektive Episode in der Anamnese und zeigt gegenwärtig entweder eine Kombination oder einen raschen Wechsel von manischen und depressiven Symptomen.</p> <p>Ausschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ einzelne gemischte affektive Episode (F38.00) <p>Diagnostische Kriterien</p> <p>A. Die gegenwärtige Episode ist entweder durch eine Mischung oder einen schnellen Wechsel (d. h. innerhalb von wenigen Stunden) von hypomanischen, manischen und depressiven Symptomen charakterisiert.</p> <p>B. Manische und depressive Symptome müssen die meiste Zeit während eines Zeitraumes von mindestens zwei Wochen deutlich vorhanden sein.</p> <p>C. In der Anamnese findet sich wenigstens eine eindeutig belegte hypomanische oder manische Episode (F30), eine depressive Episode (F32) oder eine gemischte affektive Episode (F38.00).</p>	
<p>F31.5 bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen</p> <p>Die betroffene Person ist gegenwärtig depressiv, wie bei einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen und hat mindestens eine eindeutig diagnostizierte hypomanische, manische oder gemischte Episode in der Anamnese.</p> <p>Diagnostische Kriterien</p> <p>A. Die gegenwärtige Episode erfüllt die Kriterien für eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3).</p> <p>B. In der Anamnese findet sich wenigstens eine eindeutig belegte hypomanische oder manische Episode (F30) oder eine gemischte affektive Episode (F38.00).</p>		<p>F31.7 bipolare affektive Störung, gegenwärtig remittiert</p> <p>Die betroffene Person hatte in der Vergangenheit mindestens eine eindeutig diagnostizierte hypomanische, manische oder gemischte</p>	

132	F3 affektive Störungen	<p>affektive Episode und zusätzlich mindestens eine weitere depressive, hypomanische, manische oder gemischte affektive Episode; in den letzten Monaten und gegenwärtig besteht keine deutliche Störung der Stimmung. Auch Remissionen unter einer prophylaktischen Behandlung sollen hier kodiert werden.</p> <p>Diagnostische Kriterien</p> <p>A. Der gegenwärtige Zustand erfüllt nicht die Kriterien für eine depressive oder manische Episode irgendeines Schweregrades oder für irgendeine andere affektive Störung des Kapitels F3 (möglicherweise aufgrund einer rückfallprophylaktischen Medikation).</p> <p>B. In der Anamnese findet sich mindestens eine eindeutig belegte hypomanische oder manische Episode (F30) und zusätzlich mindestens eine andere affektive Episode (hypomanisch oder manisch (F30), depressiv (F32) oder gemischt (F38.00)).</p>
133	F32 depressive Episode	<p>Interesse und die Konzentration sind beeinträchtigt. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über die eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von sog. «somatischen» Symptomen begleitet werden wie Interessenverlust oder Unfähigkeit sich zu freuen, Früherwachen, Morgentief, deutlicher psychomotorischer Hemmung, Agitiertheit, Appetit-, Gewichts- und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen.</p> <p>Dazugehörige Begriffe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ einzelne Episoden von: <ul style="list-style-type: none"> ■ depressiver Reaktion ■ <i>major depression</i> ■ <i>majorer Depression</i> ■ psychogener Depression ■ reaktiver Depression (F32.0, F32.1, F32.2) <p>Ausschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Anpassungsstörungen (F43.2) ■ depressive Episode in Verbindung mit Störungen des Sozialverhaltens (F91, F92.0) ■ rezidivierende depressive Störung (F33) <p>Diagnostische Kriterien</p> <p>G1. Die depressive Episode sollte mindestens zwei Wochen dauern.</p> <p>G2. In der Anamnese keine manischen oder hypomanischen Symptome, die schwer genug wären, die Kriterien für eine manische oder hypomanische Episode (F30) zu erfüllen.</p> <p>G3. Ausschlussvorbehalt: Die Episode ist nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen (F1) oder auf eine organische psychische Störung im Sinne des Abschnitts F0 zurückzuführen.</p>
	F3	<p>F31.8 sonstige bipolare affektive Störungen</p> <p>Dazugehörige Begriffe (siehe auch Anhang I!)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ bipolare-II Störung [Bipolar-II-Störung] (F 31.80) ■ bipolare Störung mit schnellem Phasenwechsel (F 31.81) ■ rezidivierende manische Episoden (F 31.82) <p>F31.9 bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet</p> <p>F32 depressive Episode</p> <p>Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden leidet die betroffene Person unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit sich zu freuen, das</p>

134	F3 affektive Störungen	F32 depressive Episode	135
<p>Somatisches Syndrom</p> <p>Einige depressive Symptome haben eine allgemein anerkannte spezielle klinische Bedeutung und werden hier «somatic» genannt (in anderen Klassifikationen biologisch, vital, melancholisch oder endogenomorph).</p> <p>Mit einer fünften Stelle (wie in F31.3, F32.0, F32.1, F33.0 und F33.1 angegeben) kann das Vorliegen oder Fehlen des somatischen Syndroms kodiert werden. Von einem somatischen Syndrom sollte nur ausgegangen werden, wenn vier der folgenden Symptome vorhanden sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. deutlicher Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten 2. mangelnde Fähigkeit, auf Ereignisse oder Aktivitäten emotional zu reagieren, die normalerweise eine Reaktion hervorrufen 3. Früherwachen, zwei Stunden oder mehr vor der gewohnten Zeit 4. Morgentief 5. objektiver Befund einer ausgeprägten psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit (von anderen bemerkt oder berichtet) 6. deutlicher Appetitverlust 7. Gewichtsverlust (5% oder mehr des Körpergewichts im vergangenen Monat) 8. deutlicher Libidoverlust <p>Kommentar: In den klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 Kapitel V (F) wird das Vorliegen oder die Abwesenheit des somatischen Syndroms bei schweren depressiven Episoden nicht verschlüsselt, da angenommen wird, dass schwere depressive Episoden in den meisten Fällen mit einem somatischen Syndrom einhergehen. Für wissenschaftliche Zwecke mag es jedoch ratsam sein, auch bei schweren depressiven Episoden die Abwesenheit des somatischen Syndroms zu kodieren (z. B. bei Fehlen von mehr als einem der Symptome 3 bis 8).</p>		<p>F32.0 leichte depressive Episode</p> <p>Die betroffene Person ist im Allgemeinen beeinträchtigt, aber oft in der Lage, ihre meisten Aktivitäten zu bewältigen.</p> <p>Dazugehöriger Begriff:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ <i>mild-depressive Episode</i> <p>Diagnostische Kriterien</p> <p>A. Die allgemeinen Kriterien für eine depressive Episode (F32 G1. bis G3.) sind erfüllt.</p> <p>B. Mindestens zwei der folgenden drei Symptome liegen vor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. depressive Stimmung, in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen und mindestens zwei Wochen anhaltend 2. Interessen- oder Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren 3. verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit <p>C. Eins oder mehrere zusätzliche der folgenden Symptome, so dass die Gesamtzahl aus B. und C. mindestens vier <i>oder auch fünf</i> ergibt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühles 2. unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle 3. wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid oder suizidales Verhalten 4. Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentslossenheit 5. psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv) 	
		F3	

136	F3 affektive Störungen	<p>6. Schlafstörungen jeder Art</p> <p>7. Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung</p> <p>Mit der fünften Stelle sollte das Vorliegen eines «somatischen» Syndroms (Definition siehe oben) angegeben werden:</p> <p>F32.00 ohne somatisches Syndrom F32.01 mit somatischem Syndrom</p>
137	F32 depressive Episode	<p>F32.2 schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome</p> <p>Eine depressive Episode mit einer Reihe von qualenden Symptomen. Typischerweise bestehen ein Verlust des Selbstwertgefühls und Gefühle von Wertlosigkeit und Schuld. Suizidgedanken und -handlungen sind häufig; meist liegen eine Anzahl von somatischen Symptomen vor.</p> <p>Dazugehörige Begriffe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ einzelne Episode einer agitierten Depression ■ einzelne Episode einer majoren Depression (Major Depression) ohne psychotische Symptome ■ einzelne Episode einer vitalen Depression: ohne psychotische Symptome ■ <i>ernsthaft-depressive Episode ohne psychotische Symptome</i> ■ Melancholie <p>Kommentar: Wenn wichtige Symptome, wie Agitiertheit oder Verlangsamung, sehr deutlich ausgeprägt sind, können oder wollen die Betroffenen möglicherweise nähere Angaben zu weiteren Symptomen nicht machen. Eine Einordnung als schwere depressive Episode kann unter solchen Umständen dennoch gerechtfertigt sein.</p> <p>Diagnostische Kriterien</p> <p>A. Die allgemeinen Kriterien für eine depressive Episode (F32) sind erfüllt.</p> <p>B. Alle drei Symptome von F32.0 B.</p> <p>C. Zusätzliche Symptome von F32.0 C., so dass die Gesamtzahl aus B. und C. mindestens acht Symptome ergibt.</p> <p>D. Keine Halluzinationen, Wahn oder depressiver Stupor.</p>
F3	F3	<p>F32.1 mittelgradige depressive Episode</p> <p>Neben den drei unter F32 angegebenen Kriterien sind gewöhnlich sechs bis sieben der unter F32.0 angegebenen Symptome vorhanden und die betroffene Person hat meist große Schwierigkeiten, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen.</p> <p>Dazugehöriger Begriff:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ <i>mäßig-depressive Episode</i> <p>Diagnostische Kriterien</p> <p>A. Die allgemeinen Kriterien für eine depressive Episode (F32) sind erfüllt.</p> <p>B. Mindestens zwei der drei Symptome von F32.0 B.</p> <p>C. Zusätzliche Symptome von F32.0 C., so dass die Gesamtzahl mindestens sechs <i>oder auch sieben</i> Symptome beträgt bezogen auf B. und C.</p> <p>Mit der fünften Stelle sollte das Vorliegen eines «somatischen» Syndroms angegeben werden:</p> <p>F32.10 ohne somatisches Syndrom F32.11 mit somatischem Syndrom</p>

138	F3 affektive Störungen	<p>F32.3 schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen</p> <p>Eine schwere depressive Episode, wie unter F32.2 beschrieben, bei der aber Halluzinationen, Wahnideen, psychomotorische Hemmung oder ein Stupor so schwer ausgeprägt sind, dass alltägliche soziale Aktivitäten unmöglich sind und Lebensgefahr durch Suizid und mangelhafte Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme bestehen kann. Halluzinationen und Wahn können, müssen aber nicht, symptomatisch sein.</p> <p>Dazugehörige Begriffe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ einzelne Episoden von: ■ <i>ernsthaft-depressiver Episode mit psychotischen Symptomen</i> ■ majorer Depression (Major Depression) mit psychotischen Symptomen ■ psychogener depressiver Psychose ■ psychotischer Depression ■ reaktiver depressiver Psychose <p>Diagnostische Kriterien</p> <p>A. Die allgemeinen Kriterien für F32 (depressive Episode) sind erfüllt.</p> <p>B. Die Kriterien für eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2) sind, mit Ausnahme von Kriterium D., erfüllt.</p> <p>C. Die Kriterien für eine Schizophrenie (F20.0–F20.3) oder eine schizodepressive Störung (F25.1) sind nicht erfüllt.</p> <p>D. Entweder 1. oder 2.:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wahnideen oder Halluzinationen kommen vor, aber andere als die für F20.0–F20.3 als typisch schizophrenen aufgelisteten (F20 G1.1.b, c und d), d.h. die Wahngedanken sind nicht bizarr oder kulturell unangemessen; bei den Halluzinationen handelt es sich nicht um Rede in der dritten Person oder kommentierende Stimmen. Am häufigsten sind depres-
139	F32 depressive Episode	<p>siver, Schuld-, hypochondrischer, nihilistischer, Beziehungs- oder Verfolgungswahn;</p> <p>2. depressiver Stupor.</p> <p>Mit der fünften Stelle sollten die psychotischen Symptome als symptom oder parathym differenziert werden:</p> <p>F32.30 mit <i>synthymen</i> psychotischen Symptomen (z. B. Schuldwahn, Wahn von Wertlosigkeit, körperlicher Krankheit, drohenden Katastrophen, spöttische oder verdamrende akustische Halluzinationen)</p> <p>F32.31 mit <i>parathymen</i> psychotischen Symptomen (z. B. Verfolgungs- oder Beziehungswahn ohne affektiven Inhalt; affektiv neutrale Halluzinationen)</p> <p style="text-align: right;">F3</p> <p>F32.4 [depressive Episode, gegenwärtig remittiert]</p> <p>Die Kriterien für F32.0–F32.3 sind in der Anamnese erfüllt, aber in den letzten Monaten und gegenwärtig bestehen keine depressiven Symptome.</p> <p>Diagnostische Kriterien</p> <p>A. Die Kriterien für eine depressive Episode (F32) waren in der Vergangenheit erfüllt.</p> <p>B. Der gegenwärtige Zustand erfüllt nicht die Kriterien für eine depressive Episode (F32) irgendeines Schweregrades oder für eine andere Störung des Abschnitts F3.</p> <p>F32.8 sonstige depressive Episoden</p> <p>Dazugehörige Begriffe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ atypische Depression ■ nicht näher bezeichnete einzelne Episoden der «larvierten» Depression

140	F3 affektive Störungen	<p>Kommentar: Hier sollten Episoden verschlüsselt werden, die nicht die Beschreibungen der depressiven Episoden F32.0–F32.3 erfüllen, die aber nach allgemeinem diagnostischen Eindruck depressiver Natur zu sein scheinen. Beispiele sind verschiedene Muster depressiver Symptome, vor allem solche des somatischen Syndroms, mit unspezifischen Symptomen, wie Anspannung, Ängste, Verzweiflung sowie eine Mischung somatisch-depressiver Symptome mit anhaltenden Schmerzen oder Müdigkeit, die nicht organisch bedingt sind (wie sie nicht selten in Allgemeinkrankenhäusern vorkommen).</p>
141	F33 rezidivierende depressive Störung	<p>Dazugehörige Begriffe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ rezidivierende Episoden der ■ depressiven Reaktion ■ psychogenen Depression ■ reaktiven Depression ■ saisonale depressive Störung <p>Ausschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ rezidivierende kurze depressive Episoden (F38.1) <p>Diagnostische Kriterien</p> <p>G1. In der Anamnese findet sich wenigstens eine entweder leichte (F32.0), mittelgradige (F32.1) oder schwere (F32.2, F32.3) depressive Episode, die mindestens zwei Wochen anhält mit einem Intervall von mindestens zwei Monaten ohne deutliche affektive Störung bis zur gegenwärtigen affektiven Episode.</p> <p>G2. In der Anamnese keine Episode, die die Kriterien für eine hypomanische oder manische Episode (F30) erfüllt.</p> <p>G3. Ausschlussvorbehalt: Die Episode ist nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen (F1) oder auf eine organische psychische Störung im Sinne des Abschnitts F0 zurückzuführen.</p> <p>Es ist empfehlenswert, den vorherrschenden Typus der früheren Episoden anzugeben (leicht, mittelgradig, schwer, unsicher).</p> <p>F33.0 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode</p> <p>Eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden gekennzeichnet ist, wobei die gegenwärtige Episode leicht ist, ohne Manie in der Anamnese.</p> <p>Diagnostische Kriterien</p> <p>A. Die allgemeinen Kriterien für eine rezidivierende depressive Störung (F33) sind erfüllt.</p>

F32.9 depressive Episode, nicht näher bezeichnet

- Dazugehörige Begriffe:**
- Depression, nicht näher bezeichnet
 - depressive Störung, nicht näher bezeichnet

F33 rezidivierende depressive Störung

Hierbei handelt es sich um eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden (siehe F32) charakterisiert ist. In der Anamnese finden sich dabei keine unabhängigen Episoden mit gehobener Stimmung und vermehrtem Antrieb (Manie). Kurze Episoden von leicht gehobener Stimmung und Überaktivität (Hypomanie) können allerdings unmittelbar nach einer depressiven Episode, manchmal durch eine antidepressive Behandlung mitbedingt, aufgetreten sein. Die schwereren Formen der rezidivierenden depressiven Störung (F33.2 und F33.3) haben viel mit den früheren Konzepten der manisch-depressiven Erkrankung, der Melancholie, der vitalen Depression und der endogenen Depression gemeinsam. Die erste Episode kann in jedem Alter zwischen Kindheit und Senium auftreten, der Beginn kann akut oder schleichend sein, die Dauer reicht von wenigen Wochen bis zu vielen Monaten. Das Risiko, dass ein Patient mit rezidivierender depressiver Störung eine manische Episode entwickelt, wird niemals vollständig aufgehoben, gleichgültig, wie viele depressive Episoden aufgetreten sind. Bei Auftreten einer manischen Episode ist die Diagnose in bipolare affektive Störung zu ändern (F31).

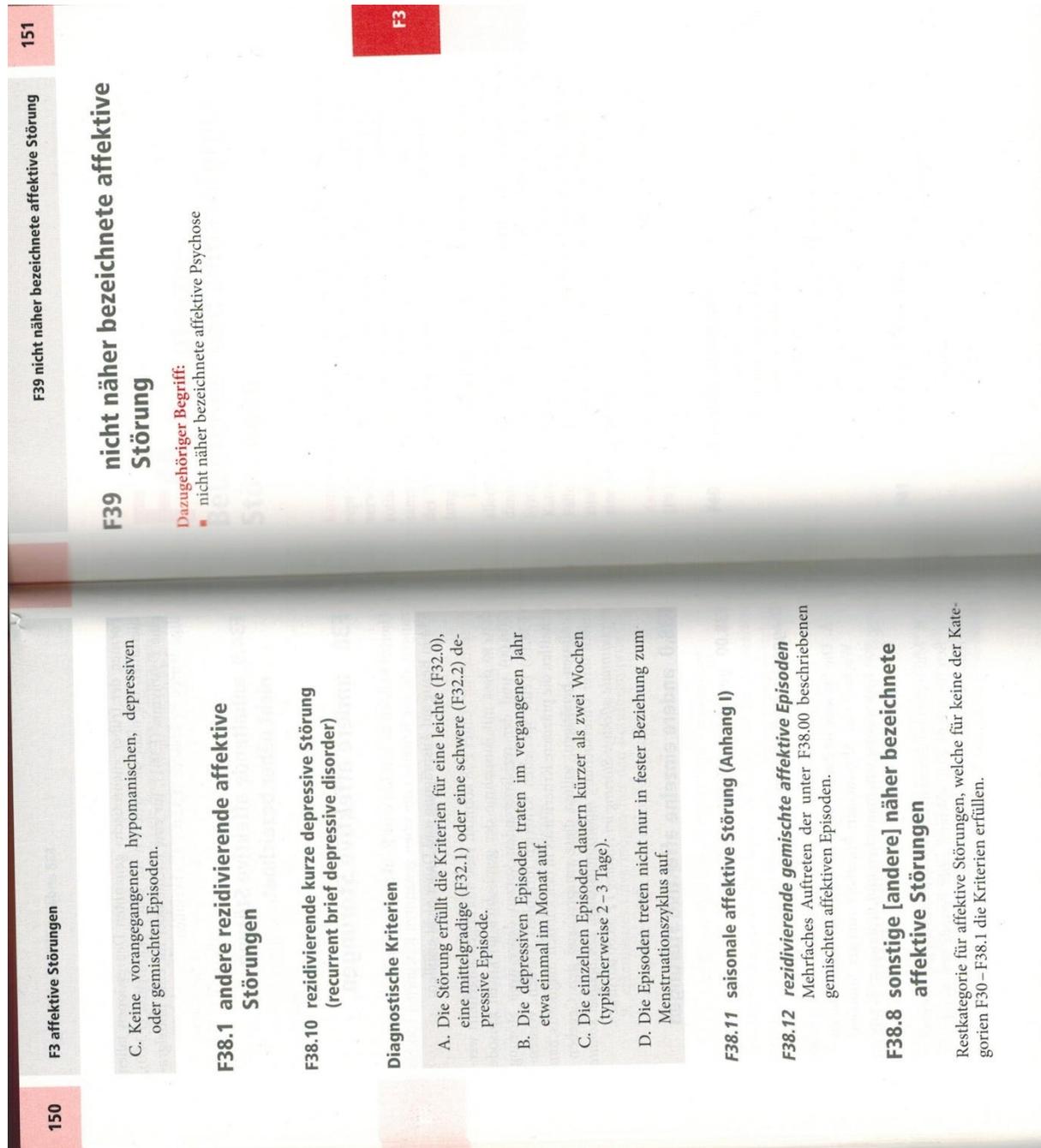
142	F3 affektive Störungen	<p>B. Die gegenwärtige Episode erfüllt die Kriterien für eine leichte depressive Episode (F32.0).</p> <p>Mit der fünften Stelle kann das Vorliegen oder Fehlen eines somatischen Syndroms, wie unter F32 definiert, während der gegenwärtigen Episode angegeben werden:</p> <p>F33.00 ohne somatisches Syndrom F33.01 mit somatischem Syndrom</p>	143	F33 rezidivierende depressive Störung	<p>Dazugehörige Begriffe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ endogene Depression ohne psychotische Symptome ■ manisch-depressive Psychose, depressive Form, ohne psychotische Symptome ■ rezidivierende majore Depression (Major Depression) ohne psychotische Symptome ■ rezidivierende vitale Depression, ohne psychotische Symptome <p>Diagnostische Kriterien</p> <p>A. Die allgemeinen Kriterien für eine rezidivierende depressive Störung (F33) sind erfüllt.</p> <p>B. Die gegenwärtige Episode erfüllt die Kriterien für eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2).</p>
	F33.1 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	<p>Eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden gekennzeichnet ist, wobei die gegenwärtige Episode mittelgradig ist, ohne Manie in der Anamnese.</p> <p>Diagnostische Kriterien</p> <p>A. Die allgemeinen Kriterien für eine rezidivierende depressive Störung (F33) sind erfüllt.</p> <p>B. Die gegenwärtige Episode erfüllt die Kriterien für eine mittelgradige depressive Episode (F32.1).</p> <p>Mit der fünften Stelle kann das Vorliegen oder Fehlen eines somatischen Syndroms, wie unter F32 definiert, während der gegenwärtigen Episode angegeben werden:</p> <p>F33.10 ohne somatisches Syndrom F33.11 mit somatischem Syndrom</p>	F3	F33.3 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	<p>Eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden gekennzeichnet ist; die gegenwärtige Episode ist schwer, mit psychotischen Symptomen, ohne Manie in der Anamnese.</p> <p>Dazugehörige Begriffe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ endogene Depression mit psychotischen Symptomen ■ manisch-depressive Psychose, depressive Form, mit psychotischen Symptomen ■ rezidivierende schwere Episoden von: <ul style="list-style-type: none"> ■ majorer Depression (Major Depression) mit psychotischen Symptomen ■ psychogener depressiver Psychose ■ psychotischer Depression ■ reaktiver depressiver Psychose <p>Diagnostische Kriterien</p> <p>A. Die allgemeinen Kriterien für eine rezidivierende depressive Störung (F33) sind erfüllt.</p>
	F33.2 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	<p>Eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden gekennzeichnet ist; die gegenwärtige Episode ist schwer ohne psychotische Symptome und ohne Manie in der Anamnese.</p>			

144	F3 affektive Störungen	<p>B. Die gegenwärtige Episode erfüllt die Kriterien für eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3).</p> <p>Mit der fünften Stelle sollten die psychotischen Symptome als syntym oder paratym differenziert werden:</p> <p>F33.30 mit syntymen psychotischen Symptomen F33.31 mit paratymen psychotischen Symptomen</p> <p>F33.4 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert</p> <p>Die Kriterien für eine der oben beschriebenen Störungen F33.0–F33.3 sind in der Anamnese erfüllt, aber in den letzten Monaten und gegenwärtig bestehen keine depressiven Symptome.</p> <p>Diagnostische Kriterien</p> <p>A. Die allgemeinen Kriterien für eine rezidivierende depressive Störung (F33) waren in der Vergangenheit erfüllt.</p> <p>B. Der gegenwärtige Zustand erfüllt nicht die Kriterien für eine depressive Episode (F32) irgendeines Schweregrades oder für eine andere Störung des Abschnitts F3.</p> <p>Kommentar: Die Kategorie kann auch verwendet werden, wenn die Betroffenen eine phasenprophylaktische Medikation erhalten.</p>
145	F34 anhaltende affektive Störungen	<p>F34 anhaltende affektive Störungen</p> <p>Hierbei handelt es sich um anhaltende und meist fluktuierende Stimmungsstörungen, bei denen die Mehrzahl der einzelnen Episoden nicht ausreichend schwer genug sind, um als hypomanische oder auch nur leichte depressive Episoden gelten zu können. Da sie jahrelang, manchmal den größeren Teil des Erwachsenenlebens, andauern, ziehen sie beträchtliches subjektives Leiden und Beeinträchtigungen nach sich. Gelegentlich können rezidivierende oder einzelne manische oder depressive Episoden eine anhaltende affektive Störung überlagern.</p> <p style="text-align: center;">F3</p> <p>F34.0 Zykllothymia¹</p> <p>Hierbei handelt es sich um eine andauernde Instabilität der Stimmung mit zahlreichen Perioden von depressiver Verstimmung und leicht gehobener Stimmung (Hypomanie), von denen aber keine ausreichend schwer und anhaltend genug ist, um die Kriterien für eine bipolare affektive Störung (F31) oder rezidivierende depressive Störung (F33) zu erfüllen. Diese Störung kommt häufig bei Verwandten von Patienten mit bipolarer affektiver Störung vor. Einige Patienten mit Zykllothymia entwickeln schließlich selbst eine bipolare affektive Störung.</p> <p>Dazugehörige Begriffe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ affektive Persönlichkeit (sstörung) ■ zyklotische Persönlichkeit ■ zyklotische Persönlichkeit <p>Diagnostische Kriterien</p> <p>A. Stimmungsinstabilität mit mehreren Perioden von Depression und Hypomanie, mit oder ohne normale Stimmung im Intervall über mindestens zwei Jahre.</p> <p>B. Während einer solchen Zwei-Jahres-Periode war keine depressive oder hypomanische Stimmungsschwankung</p>

¹ nicht Zykllothymie (entspricht bei Kurt Schneider der bipolaren Störung in der ICD-10)

146	F3 affektive Störungen	<p>so schwer oder so lang anhaltend, dass sie die Kriterien für eine manische, eine mittelgradige oder eine schwere depressive Episode erfüllt. Manische oder depressive Episoden können jedoch vor oder nach einer solchen Periode länger anhaltender Stimmungsinstabilität auftreten.</p> <p>C. Wenigstens während einiger depressiver Episoden sollten mindestens drei der folgenden Symptome vorhanden sein:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. verminderter Antrieb oder Aktivität 2. ausgeprägte Schlafstörungen 3. Verlust des Selbstvertrauens oder Gefühl von Unzulänglichkeit 4. Konzentrationsschwierigkeiten 5. sozialer Rückzug 6. Verlust des Interesses oder der Freude an Sexualität und anderen angenehmen Aktivitäten 7. verminderte Gesprächigkeit 8. Pessimismus im Hinblick auf die Zukunft oder Grübeln über die Vergangenheit <p>D. Wenigstens während einiger Perioden mit gehobener Stimmung sollten drei der folgenden Symptome vorhanden sein:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. vermehrter Antrieb oder Aktivität 2. herabgesetztes Schlafbedürfnis 3. überhöhtes Selbstgefühl 4. geschärftes oder ungewöhnlich kreatives Denken 5. mehr Geselligkeit als sonst 6. gesprächiger oder witziger als sonst 7. gesteigertes Interesse und Sicheinlassen in sexuelle und andere angenehme Aktivitäten 8. überoptimistisch oder Übertreibung früherer Erfolge
147	F34 anhaltende affektive Störungen	<p>Kommentar: Wenn gewünscht, kann ein früher (in der Adoleszenz oder in den Zwanzigern), oder ein später Beginn (meist zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr, im Anschluss an eine affektive Episode) näher gekennzeichnet werden.</p> <p>F34.1 Dysthymia</p> <p>Hierbei handelt es sich um eine chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung, die weder hinreichend schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten redividierenden depressiven Störung (F33) zu erfüllen.</p> <p>Dazugehörige Begriffe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ anhaltende ängstliche Depression ■ depressive Neurose ■ depressive Persönlichkeit(störung) ■ neurotische Depression <p>Ausschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ängstliche Depression, leicht, oder nicht andauernd (F41.2) <p>Kommentar: Obwohl die gegenwärtigen Symptome die Diagnose einer depressiven Störung möglicherweise nicht rechtfertigen, kann eine Dysthymia doch diagnostiziert werden, wenn dieses in der Vergangenheit zutraf, besonders bei Beginn der Störung. Die «Balance» zwischen individuellen Phasen leichter Depression und dazwischenliegenden Perioden vergleichbarer Normalität ist sehr unterschiedlich. Die Dysthymia hat vieles gemeinsam mit den Konzepten der depressiven Neurose und der neurotischen Depression.</p> <p>Diagnostische Kriterien</p> <p>A. Konstante oder konstant wiederkehrende Depression über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren. Dazwischenliegende Perioden normaler Stimmung dauern selten länger als einige Wochen, hypomanische Episoden kommen nicht vor.</p>

148	F3 affektive Störungen	<p>B. Keine oder nur sehr wenige der einzelnen depressiven Episoden während eines solchen Zwei-Jahres-Zeitraumes sind so schwer oder dauern so lange an, dass sie die Kriterien für eine rezidivierende leichte depressive Störung (F33.0) erfüllen.</p> <p>C. Wenigstens während einiger Perioden der Depression sollten mindestens drei der folgenden Symptome vorliegen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. verminderter Antrieb oder Aktivität 2. ausgeprägte Schlafstörungen 3. Verlust des Selbstvertrauens oder Gefühl von Unzulänglichkeit 4. Konzentrationsschwierigkeiten 5. sozialer Rückzug 6. Verlust des Interesses oder der Freude an Sexualität und anderen angenehmen Aktivitäten 7. verminderte Gesprächigkeit 8. Pessimismus im Hinblick auf die Zukunft oder Grübeln über die Vergangenheit 9. erkennbares Unvermögen mit den Routineanforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden 10. Neigung zum Weinen 11. Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung <p>Beachte: Wenn gewünscht, kann ein früher (in der Adoleszenz oder in den Zwanzigern), oder ein später Beginn (meist zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr, im Anschluss an eine affektive Episode) näher gekennzeichnet werden.</p>
149	F38 andere affektive Störungen	<p>Formen der früher «neurotisch» genannten Depressionen fallen hierunter, die nicht die Kriterien für eine Zyklothymia (F34.0), eine Dysthymia (F34.1), für eine leichte oder für eine mittelgradige depressive Episode (F32.0, F32.1) erfüllen.</p> <p>F34.9 anhaltende affektive Störung, nicht näher bezeichnet</p> <p>F38 andere affektive Störungen</p> <p>Hierbei handelt es sich um eine Restkategorie für Stimmungsstörungen, die die Kriterien der oben genannten Kategorien F30 bis F34 in Bezug auf Ausprägung und Dauer nicht erfüllen.</p> <p>Kommentar: Unter F38 könnten viele Störungen aufgeführt werden, so dass mit Ausnahme der gemischten affektiven Episode (F38.00) und der rezidivierenden kurzen depressiven Störung (F38.10) keine spezielleren Kriterien formuliert wurden. Wissenschaftler, die präzisere Kriterien als in den klinisch-diagnostischen Leitlinien benötigen, sollten diese entsprechend den Gegebenheiten ihrer Untersuchung zusammenstellen. <i>Ein Beispiel könnte die saisonale affektive Störung im Anhang I F 38.80 darstellen.</i></p>
		<p>F38.0 andere einzelne affektive Störungen</p> <p>F38.00 gemischte affektive Episode</p> <p>Diagnostische Kriterien</p> <p>A. Die Episode ist durch eine Mischung oder einen raschen Wechsel (im Allgemeinen innerhalb weniger Stunden) von hypomanischen, manischen und depressiven Symptomen gekennzeichnet.</p> <p>B. Manische und depressive Symptome müssen gleichermaßen die meiste Zeit während einer Periode von wenigstens zwei Wochen vorhanden sein.</p>



150

F3 affektive Störungen

C. Keine vorangegangenen hypomanischen, depressiven oder gemischten Episoden.

F38.1 andere rezidivierende affektive Störungen

F38.10 rezidivierende kurze depressive Störung (recurrent brief depressive disorder)

Diagnostische Kriterien

- A. Die Störung erfüllt die Kriterien für eine leichte (F32.0), eine mittelgradige (F32.1) oder eine schwere (F32.2) depressive Episode.
- B. Die depressiven Episoden traten im vergangenen Jahr etwa einmal im Monat auf.
- C. Die einzelnen Episoden dauern kürzer als zwei Wochen (typischerweise 2 – 3 Tage).
- D. Die Episoden treten nicht nur in fester Beziehung zum Menstruationszyklus auf.

F38.11 saisonale affektive Störung (Anhang I)

F38.12 rezidivierende gemischte affektive Episoden

Mehrfaches Auftreten der unter F38.00 beschriebenen gemischten affektiven Episoden.

F38.8 sonstige [andere] näher bezeichnete affektive Störungen

Restkategorie für affektive Störungen, welche für keine der Kategorien F30 – F38.1 die Kriterien erfüllen.

151

F39 nicht näher bezeichnete affektive Störung

F39 nicht näher bezeichnete affektive Störung

Dazugehöriger Begriff:

- nicht näher bezeichnete affektive Psychose

F3

II. Anhang

Abb. 1 Übersicht Affektive Störungen (eigene Darstellung)

